

به نام خداوند عشق و مهربانی





عنوان و نام پدیدآور: آموزش هنگام ازدواج (سلامت باروری و جنسی) ویژه مربیان کلاس های آموزش ازدواج / تهیه و تنظیم ناهید اکبری ... [و دیگران]؛ [په سفارش] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، اداره باروری سالم و جمعیت.

مشخصات نشر: قم: اندیشه ماندگار، ۱۳۹۸.

مشخصات ظاهری: ۸۰ ص.: مصور (رنگی)، جدول (رنگی)، نمودار (رنگی)؛ ۵/۴×۲۱/۵ س.م.

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۷۰۰۷-۰۲-۲

وضعیت فهرست نویسی: فیپا

یادداشت: تهیه و تنظیم ناهید اکبری، اعظم دخت رحیمی، پرنیان عندلیب، مهدیه یزدان پناه راوری.

یادداشت: کتابنامه.

موضوع: بهداشت باروری / Reproductive health / بهداشت جنسی / Sexual health / زناشویی / Marriage

شناسه افزوده: اکبری، ناهید، ۱۳۴۵-

شناسه افزوده: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس. اداره باروری سالم

رده بندی کنگره: RG۱۳۳/۵

رده بندی دیویی: ۶۱۲/۶

شماره کتابشناسی ملی: ۵۹۶۷۳۲۵



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

آموزش هنگام ازدواج (سلامت باروری و جنسی)

ویژه مربیان کلاس های آموزش ازدواج

تهیه و تنظیم: دکتر ناهید اکبری، اعظم دخت رحیمی

پرنیان عندلیب، دکتر مهدیه یزدان پناه راوری

ناشر: اندیشه ماندگار

نوبت چاپ: اول - ۱۳۹۸

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۷۰۰۷-۰۲-۲

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس / اداره باروری سالم و جمعیت



فهرست

پیش‌گفتار..... ۵

فصل اول: جمعیت و تحولات باروری

مقدمه	۱۱
پیامدهای اجتماعی	۱۳
پیامدهای اقتصادی	۱۳
پیامدهای امنیتی	۱۳
پیامدهای سیاسی	۱۳
پیامدهای فرهنگی	۱۳
تحولات جمعیت و باروری در ایران	۱۳
انتقال ساختار سنی	۱۵
برخی مولفه های موثر بر میزان باروری کلی	۱۶
پنجره جمعیتی	۱۸

فصل دوم: اهمیت، اصول و استانداردهای آموزش هنگام ازدواج

اثرات ازدواج بر سلامتی	۲۳
۱. اثربخشی آموزش های هنگام ازدواج	۲۳
۲. اصول آموزش سلامت زناشویی و باروری	۲۴
۳. اهداف آموزش هنگام ازدواج	۲۵
۴. استانداردهای آموزش هنگام ازدواج	۲۵

فصل سوم: سلامت باروری و جنسی

تعریف سلامت	۲۹
تعریف سلامت باروری	۲۹
۱. تأثیر سلامت جسم، روان و معنوی بر روابط زناشویی	۳۰
۲. آناتومی و عملکرد دستگاه تناسلی زن و مرد	۳۳
برخی سؤالات رایج	۳۸
۴. جنسینگی، اجزا و تعاریف	۳۹
برانگیختگی در مردان	۴۹
برانگیختگی در زنان	۵۰

۵۳	..... علائم خاص در مردان
۵۳	..... علائم خاص در زنان
۵۳	..... واکنش‌های نسبتاً مشترک در هر دو جنس
۵۶	..... برخی سؤال‌های رایج

فصل چهارم: سلامت باروری و فرزندآوری

۶۱	..... مقدمه
۶۱	..... فیزیولوژی باروری
۶۲	..... چند پرسش شایع
۶۴	..... فرزندآوری: یک مکانیسم طبیعی برای داشتن دوره باروری سالم در زنان و مردان
۶۶	..... ازدواج: فرصتی برای تغییر در رفتار و شیوه زندگی زوجین
۶۷	..... استفاده از اینترنت و شبکه‌های اجتماعی
۶۸	..... مصرف دارو، الکل، کافئین و مواد مخدر
۶۸	..... رفتار جنسی مسئولانه، مشروع و ایمن
۶۹	..... منابع
۷۳	..... اهتمای یاددهی ویژه مربیان آموزش ازدواج
۷۳	..... مقدمات لازم و اساسی سامان دهی آموزش هنگام ازدواج:
۷۴	..... برای مثال می‌توان از متن زیر در شروع کلاس، استفاده نمود.
۷۴	..... اصول کلی آموزش



پیش‌گفتار

ازدواج سنگ بنای تشکیل خانواده است و در همه ادیان به ویژه دین مبین اسلام از اهمیت و ارزش والایی برخوردار است. در کتاب وحی الهی و احادیث متعددی به نقل از ائمه اطهار علیهم‌السلام از ازدواج به عنوان امری مهم، محبوب و مقدس، تکمیل‌کننده دین، موجب آرامش زن و مرد... یاد شده است. سلامت زناشویی و باروری محوراصلی تداوم و پایداری ازدواج و خانواده است. کسب آگاهی و دانش کافی زوجین در مورد نیازهای جنسی و باروری و ارتقاء مهارت زوجین در جهت مراقبت از روابط زناشویی همدیگر تأثیر بسزایی در استحکام بنیان خانواده خواهد داشت. برقراری روابط صمیمانه و محترمانه در زوجین علاوه بر این که سلامت جسم و روان همدیگر را ارتقاء می‌بخشند، بر سلامتی کودکان و حتی نسل‌های بعدی هم تأثیرگذار هست.

این مهم نیازمند کسب آگاهی زوجین از نیازهای جنسی و باروری همدیگر، مهارت مراقبت از زندگی زناشویی در طول زندگی مشترک و احترام به نیازها و انتظارات یکدیگر است. در راستای تحکیم بنیان خانواده و بهبود روابط زناشویی از سال ۱۳۷۲ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام به برگزاری کلاس‌های آموزش هنگام ازدواج، در کشور نموده است. اقدام نوآورانه‌ای که در زمان خود توانست حداقل اطلاعات لازم را در زمینه سلامت جنسی و باروری، در اختیار زوجین قرار دهد. در راستای تأکیدات مقام معظم رهبری (مدظله‌العالی) در خصوص اهتمام جدی همه دستگاه‌های اجرایی برای مقابله با آسیب‌های اجتماعی (طلاق) و با توجه به سیاست‌ها و خط‌مشی‌های شورای اجتماعی کشور در چارچوب طرح تقسیم کار ملی برای کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی، ارتقای این آموزش‌ها از ۲ ساعت به ۶ ساعت، به منظور برخورداری زوجین در آستانه ازدواج و پس از آن از دانش، توانمندی‌ها، آموزش‌ها و خدمات لازم در دستور کار این معاونت قرار گرفت. در این آموزش‌ها سعی شده تا علاوه بر نیازهای آموزشی زوجین در زمینه سلامت باروری و جنسی، به ارائه اطلاعات مورد نیاز ایشان در آغاز زندگی مشترک در رابطه با مباحث: اخلاق و احکام، حقوق و روانشناسی نیز پرداخته شود.

با توجه به مقتضای اجتماعی و فرهنگی جامعه، نیازهای آموزشی زوجین مدام در حال تغییر است. لذا با توجه به نتایج مطالعات اثربخشی آموزش‌های ازدواج، دریافت نظرات زوجین و مربیان بازنگری بسته ویژه مربیان و زوجین انجام خواهد شد. البته اطلاع‌رسانی از طریق سایر کانال‌های ارتباطی نیز در برنامه آینده ما قرار دارد. از این رو لازم است برنامه آموزش هنگام ازدواج به عنوان نقطه شروع ارتقای دانش و مهارت زوجین در برقراری رابطه جنسی سالم و رضایت‌بخش مورد توجه ویژه قرار گیرد. لذا ضروری است کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی، نیروی انسانی صلاحیت‌دار (مربی ازدواج) و امکانات و زیرساخت‌های لازم برای دستیابی به هدف برنامه ششم توسعه یعنی افزایش رضایتمندی از زندگی زناشویی در چارچوب سلامت باروری و جنسی را تقویت نمایند.



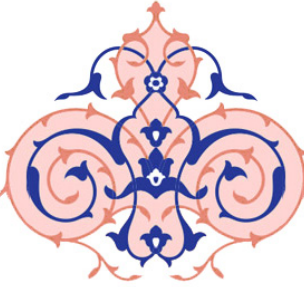
این مجموعه با همکاری کارگروه ملی ترویج ازدواج، کنترل و کاهش طلاق دبیرخانه شورای عالی انقلاب فرهنگی، آماده شده است که جای سپاس و قدردانی دارد. از اعضای محترم هیات علمی و مربیان ارشد کشوری سلامت باروری و جنسی آموزش هنگام و پس از ازدواج که در تدوین این کتاب همکاری تنگاتنگی داشته‌اند تقدیر و تشکر می‌نمایم.

همچنین از همکاران عزیز اداره باروری سالم و جمعیت دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس که نقش مهمی در پشتیبانی علمی و فنی این مجموعه ایفا نموده‌اند سپاسگزارم و امیدوارم این گام، آغازی برای ارتقای مستمر برنامه‌های آموزش هنگام و پس از ازدواج باشد.

امید است با اتکال به خداوند متعال و اجرای مؤثر برنامه‌ها در ارتقاء و تعالی خانواده‌های ایرانی سرفراز گردیم.

دکتر علیرضا رئیسی

معاونت بهداشت



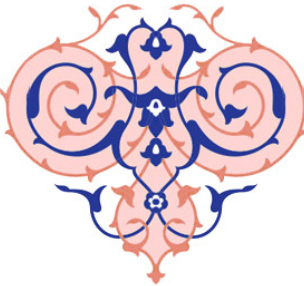
پیام مقام معظم رهبری به مسئولین کنگره سلامت جنسی و خانواده (۱۳۸۴)

«مشاوره‌های قبل از ازدواج چیز خوبی است؛ البته الان هم هست و معمول است قبل از ازدواج می‌روند، مشاوره‌هایی می‌کنند و یک تعالیم و آموزش‌هایی به دختر و پسر جوان می‌دهند... باید تأکید بشود و تأیید بشود که این کار هم انجام بگیرد؛ این هم حرف درستی است. وزارت بهداشت مراکزی دارد که می‌روند و آنجا آموزش‌هایی به دختر و پسر می‌دهند که کار مفیدی است، همان‌جا می‌شود به آن‌ها گفت که شما کار را اینجا تمام شده ندانید و مراکزی وجود دارد که بعد از ازدواج به این‌ها مراجعه بشود تا اگر مشکلی وجود داشت بروند حل کنند. این هم خوب است.»

بند ۴ سیاست کلی جمعیت (۳۰ اردیبهشت ۱۳۹۳)

تحکیم بنیان و پایداری خانواده با اصلاح و تکمیل آموزش‌های عمومی درباره اصالت کانون خانواده و فرزندپروری و با تأکید بر آموزش مهارت‌های زندگی و ارتباطی و ارائه خدمات مشاوره‌ای بر مبنای فرهنگ و ارزش‌های اسلامی ایرانی و توسعه و تقویت نظام تأمین اجتماعی، خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی در جهت سلامت باروری و فرزندآوری؛

۱. کلاس‌های آموزش هنگام ازدواج وزارت بهداشت.





فصل اول: جمعیت و تحولات باروری

اهداف یادگیری

- در پایان فصل انتظار می‌رود مربی به اهداف زیر دست یابد:
- برخی مفاهیم مرتبط با جمعیت را بداند؛
 - تاثیر کاهش میزان باروری کلی بر ساختار آینده جمعیت کشور را بداند.



جمعیت و دگرگونی های باروری در گذشته، حال و آینده از متغیرهای اساسی سیاست گذاری و طراحی برنامه های توسعه اقتصادی - اجتماعی کشورهاست. باروری، مهاجرت و مرگ سه متغیر تعیین کننده حجم جمعیت هستند. به طوری که تعداد تولدهای زنده به همراه تعداد مهاجرین به داخل باعث افزایش جمعیت، و تعداد فوت شدگان و مهاجرت کنندگان از یک جامعه باعث کاهش جمعیت یک جامعه می گردند. با توجه به اینکه ولادت و فوت دو امر طبیعی می باشند، موالید و فوت دو متغیر تعیین کننده جمعیت می باشند. اگر تعداد موالید نسبت به تعداد متوفیان بیشتر باشد، جمعیت در پایان یک سال نسبت به آغاز آن افزایش می یابد. در این صورت جمعیت دارای رشد مثبت است. همچنین اگر تعداد متوفیان نسبت به موالید بیشتر باشد، جمعیت پایان سال نسبت به ابتدای آن کمتر خواهد بود. در این صورت، جمعیت رشد منفی خواهد داشت.^۱

در گذشته های دور به دلیل عدم پیشرفت های پزشکی میزان های مرگ و میر افراد، بخصوص کودکان و زنان، بیشتر بود و افراد کمتری شانس رسیدن به سنین بالا را داشتند. در این جوامع برای پیشگیری از کاهش جمعیت، افراد برای داشتن فرزند در سنین پایین تر تشویق می شدند. باروری بالای این جوامع در عین حال پاسخی به مرگ و میر بالای آنها بود تا جامعه را از خطر انقراض نجات دهد. در کل رشد جمعیت در این جوامع بطئی و کند بود. بعد از انقلاب صنعتی و توسعه دانش پزشکی و تکنولوژی های جدید، میزان های مرگ و میر، بخصوص در بین کودکان و نوزادان، کاهش چشمگیری را تجربه نمودند. کاهش مرگ و میر و بالا ماندن نرخ موالید سبب افزایش جمعیت این جوامع گردیده است. بدنبال آن، تغییرات گسترده اجتماعی - اقتصادی در سطح خرد و کلان همانند شهرنشینی، الگوی بیماری ها، سبک زندگی و ... بر نگرش فرزندآوری و رفتار باروری جوامع هم تاثیر گذاشته است.^۲

در ادبیات جمعیت شناسی، انتقال از یک جامعه سنتی دارای مرگ و میر و باروری بالا به جامعه مدرن صنعتی با میزان های باروری و مرگ و میر پایین را «انتقال جمعیت شناسی» می گویند. در طی این پروسه ی انتقال، به دلیل فاصله زمانی بین کاهش مرگ و میر و کاهش باروری، رشد شدید جمعیتی اتفاق می افتد. کشورهای توسعه یافته غربی (عمدتا در قرن ۱۹) به دلیل رشد بطئی تکنولوژی و دانش پزشکی؛ رشد جمعیت زیادی را تجربه نکردند، در حالیکه در کشورهای در حال توسعه، انتقال جمعیتی عمدتاً در قرن بیستم میلادی و در اکثر این کشورها بعد از جنگ جهانی دوم اتفاق افتاده است. با توجه به اینکه تکنولوژی و دانش پزشکی از جوامع غربی به این کشورها وارد شده است. کاهش سریع مرگ و میر در کنار تداوم باروری بالا منجر به افزایش بیشتر جمعیت این کشورها گردید که با شروع برنامه های تنظیم خانواده دولتی و در مواردی

۱. میزان رشد، میزانی است که یک جمعیت به علت افزایش طبیعی و خالص مهاجرت در طی یک سال معین افزایش یا کاهش می یابد و به صورت درصدی از جمعیت پایه نشان داده می شود.

۲. دکتر حسن عینی زیناب، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

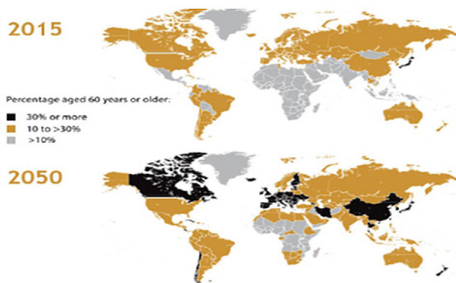
بین‌المللی منجر به کاهش، توقف و یا تا حدودی کنترل باروری در این کشورها شده است. شاخص‌های مختلفی برای اندازه‌گیری رفتار فرزندآوری یک جمعیت وجود دارد که مهمترین آنها شامل میزان خام موالید، میزان باروری ویژه سنی، میزان باروری کلی می‌باشد. در جمعیت شناسی، میزان خام موالید، تعداد موالید زنده در هزار نفر جمعیت در یک سال معین را نشان می‌دهد.

میزان اختصاصی سنی باروری را در گروه‌های سنی خاص محاسبه می‌نماید. این میزان برای گروه‌های سنی ۱۰ تا ۱۴، ۱۵ تا ۱۹، ۲۰ تا ۲۴... و ۴۵ تا ۴۹ سال زنان به دست می‌آید. در هر گروه سنی تعداد موالید در زنان آن گروه سنی به ازای هزار زن همان گروه سنی محاسبه می‌شود.

میزان باروری کل به «تعداد موالیدی که هر زن می‌تواند تا سن ۵۰ سالگی داشته باشد به شرط آنکه، در طی سال‌های فرزندآوری خود زنده باشد و احتمالات فرزندآوری ویژه سنی را که در طی دوره زمانی خاصی و یا در طی تجربه زندگی یک کوهورت (نسل) خاص شایع بوده است را تجربه کند». سطح باروری خیلی پایین برای مدت طولانی می‌تواند منجر به سالخوردگی جمعیت و کاهش نیروی کار و رشد منفی جمعیت شود. همانطور که بیان شد، یکی از مسائل و آسیب‌های جدی بدنبال کاهش نرخ باروری، روند سریع سالمندی کشور می‌باشد. در حال حاضر ایران، ششمین کشور جهان است که به سرعت به سوی سالمندی پیش می‌رود. سازمان ملل بر اساس نتایج سرشماری کشورها هر چهار سال یک بار تحولات جمعیتی را در افق‌های زمانی پنجاه ساله بررسی کرده و آن را در سه سناریوی مختلف (حد پایین، حد متوسط و حد بالای رشد جمعیتی) پیش بینی می‌کند. بر اساس این پیش بینی‌ها در سه حالت فوق جمعیت کشور به ترتیب: ۸۷۷۰۰۰۰۰؛ ۹۶۸۰۰۰۰۰ و ۱۰۶۰۰۰۰۰۰ نفر در سال ۱۴۲۰ خواهد رسید.

نکته حایز اهمیت در این پیش بینی‌ها در صد جمعیت بالای ۶۰ سال می‌باشد. گرچه از نظر تعداد این گروه در سال ۱۴۲۰ رقمی در حدود بیست میلیون نفر خواهند داشت؛ لیکن در سناریوی حد پایین از هر ۴۴ نفر جمعیت کشور ۱۰ نفر بیشتر از ۶۰ سال خواهند داشت که این میزان در پیش بینی‌های حد متوسط و حد بالای رشد جمعیتی ۱۰ نفر به ازای ۴۸ نفر و ۵۳ نفر خواهد شد. اهمیت این آمار در ساختار کلی جمعیت کشور و درصد گروه‌های مختلف سنی نمود دارد.

پیش بینی سازمان جهانی بهداشت، بانک اطلاعاتی سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۵



Source: World Health Organization (WHO), 2015, 2

آسیب‌ها و پیامدهای منفی سالمندی کشور به صورت خلاصه عبارتند از:

پیامدهای اجتماعی

با کاهش تعداد فرزندان خانواده؛ مسئولیت نگهداری از والدین سالمند جای چند فرزند برعهده یک یا دو فرزند خواهد بود که مستلزم صرف هزینه‌های زمانی و مالی زیادی است. همچنین کاهش تعداد فرزندان منجر به کاهش ارتباطات اجتماعی و خانوادگی، عدم انسجام اجتماعی، کاهش نشاط و کاهش جمعیت کشور می‌گردد.

پیامدهای اقتصادی

کاهش نیروی کار و افزایش مصرف‌کنندگان، ایجاد مشکل در رشد و پیشرفت کشور، کاهش تولید ناخالص داخلی، کاهش صادرات محصولات صنعتی، افزایش واردات، کاهش ذخایر ارزی و افزایش بدهی‌های خارجی، صرف بخش عمده‌ای از هزینه‌ها بابت خدمات درمانی می‌شود.

پیامدهای امنیتی

کاهش اقتدار ملی و بروز مسائل امنیتی، فرهنگی، اقتصادی در کشور، ورود اتباع دیگر کشورها جهت تکمیل نیروی کار مورد نیاز را به دنبال دارد.

پیامدهای سیاسی

جمعیت یکی از مؤلفه‌های قطعی در اقتدار کشورهاست. از بعد سیاسی و امنیتی، جمعیت کشورها در توان نظامی و قدرت بازدارندگی یک کشور بسیار اهمیت دارد. در هنگام بروز بحران‌ها، کشور دارای ساختار سنی جوان، کمتر از کشوری با جمعیت سالخورده آسیب‌پذیر خواهد بود. لازم به ذکر است در طول سه دهه گذشته، نرخ باروری در کل جهان ۳۳ درصد، در جهان اسلام ۴۱ درصد و در کشور ایران حدود ۷۰ درصد کاهش یافته است.^۱ در صورت تداوم کاهش فرزندآوری کشور و کاهش جمعیت جوان، ملت ایران قدرت بازدارندگی خود را در مقابل تهدیدهای مختلف، از دست خواهد داد.

پیامدهای فرهنگی

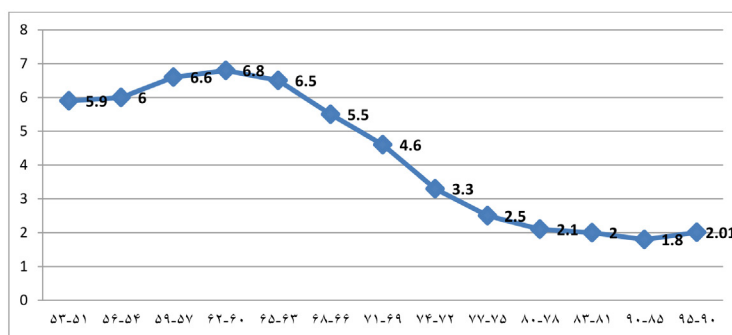
اساساً در جامعه سالمند چابکی و سرعت لازم برای حل مسائل اجتماعی و فرهنگی، خلاقیت و نوآوری و ریسک‌پذیری کاهش می‌یابد. معمولاً کثرت نسل جوان عامل رشد علمی و نوآوری‌ها و موفقیت‌های کشور در عرصه‌های مختلف علمی، ورزشی، تولیدی است.

تحولات جمعیت و باروری در ایران

متغیرهای جمعیت در ایران همچون باروری و مرگ و میر دستخوش تغییرات گسترده‌ای طی چند دهه

۱. Eberstadt ۲۰۱۳, on Fertility Decline in the Muslim World: A Vertible Sea-Change, Still Curiously Unnoticed.

گذشته شده است. کشور ایران گذار باروری خود را مثل اکثر کشورهای در حال توسعه در نیمه دوم قرن بیستم تجربه کرده است. نمودار شماره یک سیر تحولات باروری در ایران را نشان دهد باروری ایران تا سال ۱۳۴۰ از الگوی باروری طبیعی پیروی می‌کرد. میزان باروری کلی در سال ۱۳۴۵ معادل ۷ بوده است. این میزان که در سال ۱۳۵۵ به ۵٫۶ کاهش یافته بود پس از پیروزی انقلاب اسلامی، در سال ۱۳۵۹ به همان میزان ۷ برگشت هر چند سیاست‌های مستقیم و غیرمستقیم تشویق مولید تا شروع برنامه تنظیم خانواده در سال ۱۳۶۸ ادامه داشته است ولی از اوایل دهه ۱۳۶۰ باروری شروع به کاهش بطنی نموده و به سطح ۶/۳ در سال ۱۳۶۵ رسیده است. با شروع مجدد برنامه تنظیم خانواده در سال ۱۳۶۸، کاهش باروری شتاب بیشتری گرفته است. بطوری که میزان باروری کل در سال‌های ۱۳۷۵، ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰ به ترتیب به ۲/۸، ۱/۹، و ۱٫۸ رسیده است. باید توجه داشت در سال‌های منتهی به ۱۳۹۰ که میانگین سن فرزندآوری بالا رفته است شاخص‌های محاسبه شده، باروری را اندکی کمتر از مقدار واقعی آن نشان می‌دهند. فاصله سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ باروری روندی افزایشی را تجربه کرده و به عدد ۲٫۰۱ (برای دوره ۵ ساله) رسیده است.



نمودار نرخ باروری کلی کشور منبع: مرکز آمار ایران - PRB ۲۰۱۰

نرخ جایگزینی یا نرخ باروری در حد جانشینی شاخص مهم دیگری است که بیانگر داشتن متوسط ۲ فرزند برای هر زوج است که تا سن ازدواج و فرزندآوری زنده باشند. برای این منظور داشتن متوسط ۲٫۱ فرزند برای هر زوج لازم است. به عبارتی لازم است تا هر ۱۰ زن ۲۱ فرزند به دنیا بیاورند. چالش کنونی کشور ایران در زمینه باروری این است که میزان باروری در سطحی پایین‌تر از نرخ جانشینی (باروری ۲٫۱) قرار دارد که این امر در دراز مدت می‌تواند به نرخ رشد منفی در جمعیت منتهی شود. برای مقابله با این چالش، لازم است گروه‌های دارای باروری پایین، مانند زنان شاغل و تحصیل کرده، که بدلیل شرایط ساختاری، مانند بازارکار، کمتر قادر به ازدواج و فرزندآوری هستند شناسایی شده و برنامه‌های مرتبط جهت رفع موانع ازدواج و فرزندآوری اجرا گردد. با رفع و یا تسهیل این موانع ساختاری فرصت ازدواج و فرزندآوری برای این افراد بیشتر خواهد شد که به نوبه خود می‌تواند به رفع مشکل باروری پایین در ایران کمک کند.

آمار ارائه شده از سوی سازمان ثبت احوال کشور در سال ۹۲ حاکی است که حدود ۳۳٪ خانواده های ایرانی حداکثر یک فرزند دارند. از این آمار حدود ۱۹٪ تک فرزند و حدود ۱۴٪ بدون فرزند هستند. پدیده تک فرزندی، در آینده ای نه چندان دور می تواند صدمات سنگین و جبران ناپذیری را بر پیکره جامعه ایرانی وارد نماید.

در فرهنگ ایرانی که مناسبات خانوادگی دارای ارزش بالایی است افزایش تک فرزندی در جامعه منجر به بالا رفتن احتمال ازدواج دو تک فرزند با یکدیگر و محروم شدن فرزند این زوج از داشتن دایی، خاله، عمو و عمه سبب کم رنگ شدن کارکرد اجتماعی - عاطفی خانواده در مفهوم وسیع و به هم خوردن تدریجی



هنجارهای خانواده ایرانی می شود. در چنین شرایطی افزایش احتمال انزوای والدین تک فرزند در سنین پیری، دور از ذهن نخواهد بود. در یک پژوهش کیفی پیرامون طلاق مشاهده شده است که شیوع بیشتر کودک سالاری در خانواده های کم فرزند، یکی از علل کم شدن انعطاف پذیری جوانان در زندگی زناشویی آینده آن ها می شود.

نکته مهم این است که روند تک فرزندی با توجه به سطح تحصیلات زن و مرد رو به افزایش بوده و این مسئله می تواند به عنوان یک ضرر بزرگ تلقی شود و کشور را از زن انسان های برتر و نخبه محروم نماید. همچنین تبعات منفی از دست دادن تک فرزند، بر جنبه های مختلف سلامت جسمی و روانی والدین، از جمله ابتلا به افسردگی و بیماری های مزمن بسیار بیشتر از خانواده های چند فرزند است.

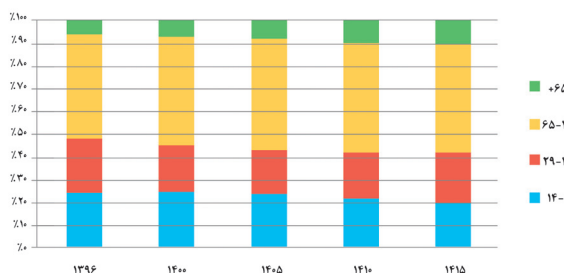
انتقال ساختار سنی

انتقال جمعیتی در ایران، کاهش مرگ و میر و باروری که عمدتاً در دهه های ۱۳۵۰ و ۱۳۶۰ اتفاق افتاده است، ساختار جمعیتی ایران را نیز تحت تاثیر قرار داده و منجر به ایجاد موج جمعیتی بزرگی شده است. این موج جمعیتی که در ادبیات غیررسمی به «دهه شصتی ها» معروف است، جمعیت ایران را وارد فاز انتقال ساختار سنی جمعیت نموده است. در مرحله اول انتقال ساختار سنی، جمعیت ایران دارای سهم عظیمی از کودکان زیر ۱۵ سال بود که مزایا و چالش های خاص خود، مانند فشار به سیستم آموزش و پرورش به دلیل حجم بالای تعداد دانش آموزان را داشت. در مرحله دوم، که در ادبیات جمعیتی از آن به عنوان پنجره فرصت جمعیتی نام برده می شود، سهم جمعیت فعال، جمعیت ۶۴-۱۵ ساله، افزایش می یابد. جمعیت ایران اکنون در این مرحله قرار دارد. وجود سهم بالای جمعیت فعال برای هر کشوری یک موهبت بزرگ می باشد که با ایجاد زیرساخت های لازم می تواند به توسعه همه جانبه دست یابد. از حدود سال ۱۴۲۰ که متولدین دهه ۱۳۶۰ وارد سنین بازنشستگی خواهند شد، سهم جمعیت سالمندان ایران به سرعت زیاد خواهد شد. هر چند داشتن یک جمعیت سالمند با چالش هایی همراه است ولی می توان با برنامه ریزی به موقع و سیاست گذاری

مناسب در حوزه‌های مورد نیاز، این چالش را به فرصتی برای توسعه پایدار تبدیل کرد.

برخی مولفه‌های موثر بر میزان باروری کلی

۱. **سه‌م جمعیت جوان از کل جمعیت:** براساس پیش‌بینی مرکز آمار ایران (۱۳۹۶) سه‌م جمعیت ۱۴-۰ ساله از ۲۴,۳ درصد در سال ۱۳۹۶ به ۱۹,۷ درصد در سال ۱۴۱۵ کاهش خواهد یافت. سه‌م جمعیت جوان (۱۵-۲۹ ساله) از سال ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۵ از ۲۳,۹ درصد به ۱۹,۶ درصد کاهش یافته و سپس تا سال ۱۴۱۵ به ۲۱,۸ درصد افزایش می‌یابد. سه‌م جمعیت میانسال (۳۰-۶۴ ساله) نیز از سال ۱۳۹۶ تا سال ۱۴۰۵ از ۴۵,۶ درصد به ۴۸,۸ درصد افزایش یافته و سپس تا سال ۱۴۱۵ به ۴۷,۵ درصد کاهش می‌یابد. جمعیت سالمندان ۶۵ ساله و بیشتر از ۶,۱ درصد از سال ۹۶ به ۱۱ درصد به سال ۱۴۱۵ افزایش می‌یابد.



نمودار ۱- پیش‌بینی سه‌م جمعیت کل کشور به تفکیک گروه‌های عمده سنی از سال ۱۳۹۶-۱۴۱۵

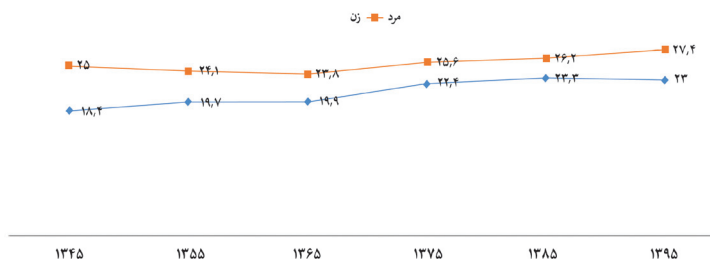
۲. **درصد زنان همسر دار از کل زنان ۱۵ تا ۴۵ ساله:** نکته قابل تامل این است که با توجه به اینکه برای محاسبه این شاخص تعداد کل زنان ۱۵ تا ۴۵ سال محاسبه می‌شوند. لذا هرچه در جامعه ما درصد زنان همسر دار بیشتر شود احتمال بیشتر شدن میزان باروری کلی وجود دارد. لذا با مداخله در افزایش درصد ازدواج افزایش میزان باروری کلی اتفاق می‌افتد. جدول ۲ برآورد میزان باروری کلی براساس مولفه‌های ساختار خانواده و ازدواج را نشان می‌دهد در بررسی آینده نگرسی سهم متغیرهای جمعیتی فروض مختلف «کاهش ۱۰ درصدی افراد بدون همسر به دلیل فوت همسر، کاهش متاهلین در اثر طلاق و کاهش ۱۰ درصدی مجردین به دلیل ازدواج» میزان باروری کل در سال ۱۳۹۰ از ۱,۸۵ به ترتیب به ۱,۸۸-۱,۸۷ و ۲,۶ فرزند خواهد رسید. اگر هریک از سه مورد ۱۰ درصد کاهش یابد میزان باروری کلی به ۲,۶۵ فرزند خواهد رسید. بنابراین می‌توان گفت: سهم عوامل ساختاری موثر بر بارداری حدود ۳۰ درصد می‌باشد.^۱

۱. دکتر شهلا کاظم پور - دانشیار و عضو هیات علمی دانشگاه تهران.

تغییرات میزان باروری کل - بررسی بر مبنای اطلاعات سرشماری سال ۱۳۹۰	
برآورد میزان باروری کل	فرض های مختلف
۱,۸۵	در ساختار وضع زناشویی سال ۹۰
۱,۸۷	در صورت ۱۰ درصد کاهش افراد بدون همسر در اثر فوت
۱,۸۸	در صورت ۱۰٪ کاهش افراد بدون همسر در اثر طلاق
۲,۶۰	در صورت ۱۹٪ کاهش افراد مجرد
۲,۶۵	در صورت ۱۰٪ کاهش همه موارد فوق

جدول ۳: برآورد نرخ کلی باروری بر اساس مولفه های ازدواج و تحکیم خانواده

۳. **سن ازدواج:** یکی دیگر از مولفه های مهم تاثیرگذار سن ازدواج و سن فرزندآوری است. نمودار ۳ نشان می دهد میانگین سنی ازدواج در دختران و پسران طی این سال ها افزایش یافته است.



نمودار ۳. افزایش سن ازدواج در فواصل سال های ۱۳۴۵-۱۳۹۵ منبع: مرکز آمار ایران

۴. **فاصله ازدواج تا تولد فرزند اول و فاصله بین فرزندان:** چنانچه در جدول شماره ۴ ملاحظه می شود افزایش سن ازدواج و فاصله بین ازدواج و تولد فرزند اول و همچنین فاصله بین تولدها سهم گروه های سنی زیر ۲۵ سال از موالید از ۴۱,۳ درصد در سال ۸۵ به ۲۶,۳۶ درصد در سال ۹۵ کاهش یافته است. این در حالی است که سهم زنان بالای ۳۵ سال از کل بارداری ها از ۱۰,۱ درصد در سال ۱۳۸۵ به ۱۵,۹ درصد در سال ۱۳۹۵ ارتقاء یافته است. این مساله یکی از دلایل کاهش باروری مقطعی است (اثر زمان بندی).

ASFR	۸۵	۹۰	۹۵
<۱۵ سال	۰	۰٫۱	۰٫۱
۱۵-۱۹ سال	۹٫۹	۸٫۲	۶٫۱
۲۰-۲۴ سال	۳۱٫۴	۲۶٫۹	۲۰٫۲۶
۲۵-۲۹ سال	۳۰٫۴	۳۲٫۲	۳۰٫۵۲
۳۰-۳۴ سال	۱۸٫۲	۲۱٫۲	۲۶٫۵
۳۵-۳۹ سال	۷٫۹	۸٫۹	۱۲٫۹
۴۰-۴۴ سال	۱٫۷	۲	۲٫۸
۴۵-۴۹ سال	۰٫۲	۰٫۱	۰٫۲
>۴۹ سال	۰٫۳	۰	۰

جدول ۴-۶: میزان باروری اختصاصی سن در سال های ۸۵-۹۵

با توجه به وضعیت موجود باروری ایران، ازدواج، تشکیل و تحکیم خانواده از مولفه های اساسی فزونی باروری و فرزندآوری است و می تواند در افزایش باروری کلی نقش برجسته ای را ایفا نماید.

پنجره جمعیتی

با گذر زمان موج جمعیتی حاصله از رشد سریع جمعیت، وارد سن کار و فعالیت می گردد. در این مرحله هرم سنی جمعیت به شکل دوکی، با میانه ضخیم و ابتدا و انتهای نازک ترمی باشد. به دلیل شروع و ادامه کاهش باروری، گروه های سنی کودک در این مرحله جمعیتی کمتر از جمعیت واقع در سنین فعالیت هستند. در سنین بالاتر نیز هنوز درصد جمعیت بالای ۶۵ سال رشد چندانی نداشته است. این همان مقطع زمانی است که از آن به عنوان فرصت طلایی و پنجره جمعیتی یاد می شود. پنجره طلایی به دوره ای اطلاق می شود که در آن نسبت جمعیت زیر ۱۵ سال به کمتر از ۳۰٪ کل جمعیت می رسد و نسبت جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر هنوز کمتر از ۱۵٪ است بنابراین عمده جمعیت در گروه سنی ۱۵ تا ۶۵ سال قرار می گیرند. یعنی بیش از ۵۵٪ جمعیت طبق تعریف از نظر اقتصادی فعال هستند.

با گذشت زمان از سال ۱۴۱۵ به بعد و با ورود متولدین سال های ۱۳۷۰-۱۳۵۵ به گروه سنی بالای ۶۰ سال موج جمعیتی ایجاد شده به سن بازنشستگی و پایان دوره فعالیت اقتصادی می رسند. اگر با برنامه ریزی های صحیح در زمینه باروری و فرزندآوری به منظور افزایش جمعیت جوان مداخله نماییم، با ورود این موج به گروه جمعیت سالمند، نسبت جمعیت سالمند به سایر گروه های سنی وزن بیشتری در هرم سنی جمعیتی پیدا خواهد کرد. پیش بینی می شود چنین جامعه ای برای انجام امورات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی دچار مشکل شود.

در پاسخ به کاهش باروری و سالخوردگی جمعیت، بسیاری از جوامع پیشرفته سیاست های کلان اجتماعی،

حمایتی و رفاهی را در جهت افزایش باروری اتخاذ نموده اند. خوشبختانه سیاست جمعیت که به صورت مدبرانه و آینده نگرانه توسط مقام معظم رهبری ابلاغ شده است نشان از رویکرد جامع در اجرای درست سیاست فزونی نسل است. اجرای این سیاست مسئولیت فردی، سازمانی و اجتماعی همگان را می طلبد. بدیهی است تلاش مستمر و جدی در همه سطوح کلان و خرد آینده بهتری را برای داشتن ایرانی جوان تضمین خواهد نمود. در حال حاضر، مجموعه ای از تدابیر و برنامه در حوزه سلامت جمعیت در برنامه هایی در جهت اجرایی شدن سیاست های جمعیتی و رسیدن به نرخ باروری بیش از سطح جانشینی، در کشور ما در دست اجراست که با توجه به مطالعات صورت گرفته، ارتقاء امید به زندگی زنان، مادران، نوزادان و کودکان؛ آموزش ازدواج و سلامت جنسی خانواده؛ آموزش و مشاوره فرزندآوری؛ پیشگیری از ناباروری و سقط از اولویت های حوزه سلامت جنسی و خانواده می باشد. لازم به ذکر است آموزش های هنگام ازدواج شروعی موثر برای توسعه خدمات سلامت ازدواج و جنسی خانواده است. اولویت این برنامه، برنامه ریزی و تدوین الزامات، استانداردها و توسعه خدمات سلامت جنسی در چارچوب نظام ارجاع کشور است به ویژه زوجین در ۵ سال اول زندگی مشترک گروه هدف استفاده از این خدمات می باشند.

براساس برخی اطلاعات موجود، فاصله بین ازدواج و تولد فرزند اول در طی سال های گذشته افزایش داشته است. این فاصله زمانی بیش از حدود ۳٫۵ سال برآورد شده است. با توجه به اینکه سن ازدواج در کشور در سال های اخیر افزایش یافته است، تاخیر طولانی در فرزندآوری اول سبب از دست رفتن فرصت های مناسب برای بارداری اول و بارداری های بعدی می گردد که این امر به نوبه خود محدود شدن فرزندآوری را به دنبال دارد. شایان ذکر است که اگر زوجین در آغاز زندگی دارای مشکلات ناباروری باشند، فاصله طولانی بین ازدواج و تصمیم به تولد اولین فرزند موجب خواهد شد که مشکل ناباروری برای مدت طولانی تری از نظر پوشیده بماند و طبیعتاً درمان های بعدی را نیز با مشکلات بیشتری روبرو کند. البته ترویج سبک زندگی سالم و مقابله با کم تحرکی، مصرف سیگار...، تشخیص به موقع و مدیریت عوارض و بیماری ها در ارتقاء سلامت جنسی زوجین و خانواده سالم از راهبردهای اساسی است که باید در همه برنامه ها از جمله برنامه سلامت جنسی و باروری مورد توجه قرار گیرد. ضروری است زوجین بعد از ازدواج برای دریافت خدمات مشاوره ای به مراکز جامع خدمات بهداشت نزدیک محل اقامت خویش مراجعه نمایند تا با مشاوره صحیح، خدمات مورد نیازشان را دریافت نمایند. بدیهی است که در صورت تمایل مادر به باردار شدن، در حد اعلا کیفیت ممکن برای مراقبت های ویژه دوران بارداری و نیز نوزادی برخوردار باشد.

یکی از مهم ترین اصولی که باید توسط همه ارایه کنندگان خدمت باروری سالم مدنظر قرار گیرد، حقوق سلامت باروری افراد است. یکی از بدیهی ترین اصول حقوق سلامت باروری این است که تعیین تعداد فرزندان به عهده زوجین می باشد و ارایه کننده خدمت باید از هرگونه توصیه که القا کننده تصمیم گیری برای زوجین باشد پرهیز نماید. از سویی دیگر حق جامعه و زوجین این است که از درست ترین اطلاعات درباره سلامت باروری و فرزندآوری برخوردار باشند و بدانند که برای اینکه به تعداد فرزند دلخواه خود

دستیابی پیدا کنند، باید چه برنامه ای را برای سلامت باروری خود تعیین نموده و از آن پیروی نمایند که در بهترین سنین به تعداد فرزند دلخواه خود دست یافته و بارداری های خود را بدون دلیل موجه به تاخیر نیندازند و حداکثر سعی خود را در بهره گیری از فرصت های مناسب باروری به خرج دهند.

پیام کلیدی:

- میزان باروری کلی تعداد فرزندانی است که یک زن در طی دوران باروری خود به دنیا می آورد.
- نرخ باروری پایین تر از سطح جانشینی (کمتر از ۲٫۱) چالش اصلی کشور ماست و اتخاذ قوانین و سیاست های حمایتی و اجرای برنامه ها با رویکرد ترویج فرزندآوری برای ارتقاء آن الزامی است.
- در راستای سیاست های کلی جمعیت برنامه آموزش و مشاوره فرزندآوری، پیشگیری از ناباروری، سقط، توسعه خدمات آموزش هنگام ازدواج و توسعه خدمات سلامت جنسی خانواده در اولویت برنامه ها می باشند.



فصل دوم: اهمیت، اصول و استانداردهای آموزش هنگام ازدواج

اهداف یادگیری

- در پایان فصل انتظار می‌رود مربی به اهداف زیر دست یابد:
- نقش برنامه آموزش هنگام ازدواج را در بهبود دانش زوجین نسبت به تقویت روابط زناشویی بداند؛
 - با اصول و استانداردهای آموزش هنگام ازدواج آشنا شود و آن‌ها را به کار بندد.



اثرات ازدواج بر سلامتی

نتایج مطالعات معتبر حاکی از آن است که صمیمیت و همدلی بین زوجین در جریان ازدواج در درازمدت بر سلامتی و بهزیستی و طولانی تر شدن طول عمر افراد تأثیرگذار است. این مطالعات نشان داده‌اند افراد ازدواج کرده در قیاس با افراد مجرد کمتر در معرض خطر عوارض قلبی-عروقی و فراموشی قرار می‌گیرند و همچنین از سلامتی روان، نشاط فردی و اجتماعی بیشتری برخوردار هستند (Kyung-Sook et al, 2018; Robles, 2014; Wong et al, 2018). به علاوه، رابطه زناشویی خوشایند و صمیمانه زوجین در آینده بر سلامت جسمی و روانی کودکان هم تأثیر بسزایی خواهد داشت. نتایج تحقیقات معتبر نشان می‌دهد که روابط زناشویی صمیمانه و پایدار بین زوجین یکی از عناصر کلیدی و موثر بر شادابی، سلامت روان فرزندان و همچنین بهبود عملکرد تحصیلی آن‌هاست (Staton, 2009).

یکی از نیازهای اساسی همه انسان‌ها، نیاز جنسی و باروری است. ازدواج و صمیمیت زناشویی، بستری متعالی را در جهت برآوردن نیازهای باروری و جنسی افراد فراهم می‌کند. تکامل و پاسخ به نیاز جنسی در فرد، نیازمند محیطی امن و آرام است که این محیط امن و خوشایند با ازدواج حاصل می‌شود. گرچه تصور عام بر این است که نیاز جنسی صرفاً نقش کلیدی در باروری افراد دارد، اما نتایج مطالعات اخیر در زوجین تازه ازدواج کرده نشان داده‌اند رابطه جنسی در طولانی مدت نقش کلیدی در تحکیم خانواده و همچنین بهبود کیفیت زناشویی دارد (Meltzer et al, 2017).

پیام کلیدی:

سرمايه‌گذاري در آموزش قبل، حين و بعد از ازدواج همراه با تقويت صميميت زناشویی و آرامش خانواده، منجر به ارتقاء سلامتی فرد، خانواده، کودکان و نسل‌های بعدی می‌شود.

۱. اثربخشی آموزش‌های هنگام ازدواج

مطالعات متعددی اثربخشی آموزش‌های هنگام ازدواج در تقویت روابط زناشویی را نشان داده‌اند. برخی مطالعات تأثیر آموزش‌های هنگام ازدواج را بر افزایش نشاط، بهبود روابط زوجین، رضایت جنسی و زناشویی و همچنین کاهش میزان شکست زناشویی را نشان داده‌اند. ۱۶ مطالعه متاآنالیز (مطالعه نقل از گزارش اخیر مرکز ملی آموزش ازدواج آمریکا، ۲۰۱۶) نشان داده‌اند زوجینی که دوره آموزش ازدواج را گذرانده‌اند مهارت‌های ارتباطی، رضایت زناشویی و کیفیت ارتباط بین آن‌ها بهبود یافته است (Butler, 1999). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که مداخلات و برنامه‌های آموزش ازدواج با رویکرد صمیمیت زناشویی، بر بهبود ارتباطات زوجین، کاهش تعارض و بهبود رضایت جنسی تأثیر مثبت داشته و همچنین احتمال طلاق را کاهش داده‌اند. (Knutson and Olson, 2003; Markman et al, 1993). در اکثر کشورها

هدف از آموزش قبل و هنگام ازدواج، تحکیم خانواده و بسترسازی برای تقویت جایگاه خانواده با هدف کاهش آسیب‌های اجتماعی، اقتصادی و سلامتی فرد، جامعه و خانواده است.

۲. اصول آموزش سلامت زناشویی و باروری

رعایت اصول آموزش سلامت زناشویی و باروری برای زوجین در جهت بهبود کیفیت آموزش و ارتقای دانش زوجین حائز اهمیت است:

- زیربنای مصادیق اخلاقی و حقوقی در پزشکی و سلامت، حفظ شأن و احترام به کرامت انسانی است. ارزش‌گذاری به مبانی ازدواج و تشکیل خانواده در آیات و روایات دین مبین اسلام تأکید شده است.
- بهبود آگاهی‌های زوجین و آموزش‌های لازم در زمینه حقوق، تکالیف، روابط سالم زناشویی، بهداشت باروری، مهارت‌های زندگی، حُسن خُلق و معاشرت به منظور بهبود کیفیت زناشویی امری کلیدی است (کلیات سیاست‌ها و راهبردهای ارتقای سلامت زنان مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی ۱۳۸۶/۹/۱۱ شماره ابلاغ ۵۳۹۹ به ویژه بند ۱۹ ماده ۴).

- آگاهی مریبان از ارزش‌های بنیادی مهم است. زیرا اگر در مورد این ارزش‌ها آگاهی داشته باشند، مسلماً در کار خود اثرگذارتر خواهند بود. بدین ترتیب بهتر قادر خواهند بود تا به زوجین در تعیین مسیر زندگی جنسی و باروری خویش کمک کنند. همچنین در توانمندسازی زوجین، در حل تعارض‌های ایجاد شده بین ارزش‌های خود در راستای ارتقای استقلال خویش، مهارت بیشتری خواهند داشت.^۱
- ارزش‌های پایه، انتخاب، وقار، تنوع، برابری و احترام تأییدی بر ارزش تمامیت انسان بودن است. این موارد از حقوق انسان‌ها بوده و باید همواره مورد توجه قرار گیرند. با توجه به حساسیت‌زا بودن مفاهیم جنس و جنسینگی، این نگرش‌ها که شامل اصول زیر می‌باشند باید همواره حفظ شوند.

■ **وقار:** همه افراد فارغ از سن، طبقه، صنف، جنسیت، تمایلات، علایق، مذهب و وضعیت اقتصادی - اجتماعی و دیگر مولفه‌های وضعیتی، از ارزش خاص خود برخوردار هستند. در واقع وقار به مفهوم احساس شأن و منزلت، حفظ احساس شأن و منزلت و ایجاد اعتماد به نفس در افراد و احساس مناسبی که درگیرنده خدمت یا همسر در اثر احترام گذاشتن فرد مقابل به وجود می‌آید. بنابراین وقار توسط فرد احساس می‌شود.

■ **تنوع:** زوجین فرهنگ‌ها، اعتقادات، احساسات، باورها، ارزش‌ها و سنت‌های متفاوتی دارند که

۱. ارزش‌های بنیادی از مفاهیمی هستند که لازم نیست مریب آنها را به تفکیک به شرکت کنندگان در کلاس‌ها آموزش دهد. بلکه این مفاهیم باید در همه صحبت‌ها و آموزش‌های او مستتر باشد. آموزش دهنده باید مفاهیم بنیادی را در دو راستا همواره مورد توجه قرار دهد. یکی از این دو، رویکرد به آموزش گیرندگان و خدمت‌گیرندگان است. آموزش دهنده و ارایه دهنده خدمت باید در تمام زمانی که به گیرندگان خدمت آموزش و خدمت ارایه می‌دهد، به ارزش‌های بنیادی به عنوان پایه و اساس ارایه خدمات سلامت و سلامت باروری توجه نماید. مبحث دوم که بسیار مهم بوده و بویژه در آغاز زندگی مشترک برای هر دو زوج از ارزش خاص خود برخوردار است، توجه به این ارزش‌ها در برقراری ارتباطات مشترک پس از ازدواج است. این ارتباطات شامل ارتباطات اجتماعی، عاطفی، زناشویی و هرگونه روابطی است که پس از آغاز زندگی مشترک برای این دو نفر بوجود خواهد آمد. بدیهی است درکی صحیح از ارزش‌های بنیادی باعث خواهد شد تا حتی در روابط هر کدام از این زوجین، با افرادی که پیش از ازدواج نیز با آنان مرتبط بوده‌اند، بهبود بوجود آید.

در هنگام آموزش این ارزش ها و سنن قابل تکریم می باشند.

■ **عدالت:** ارائه اطلاعات و آموزش و کسب مهارت، بسته به سطح تحصیلات و سواد زن و مرد متفاوت است. عدالت به مفهوم رفتار یکسان با افراد است. یعنی دادن اطلاعات لازم به افراد تا آن اندازه که نیاز آنها را برآورده نماید و دادن اطلاعات کامل مورد نیاز افراد بدون اعمال تفاوت. در این مورد رعایت احترام و شأن زن و مرد برای همگان ضروری است.

■ **انتخاب:** به معنای داشتن حق انتخاب درباره مسایل زناشویی و فارغ از اجبار و با دسترسی به اطلاعات و خدمات جامع ضمن احترام به حقوق دیگران است.

■ **احترام:** همه مردان و زنان علی رغم انتخاب ها و شناخت های فردی از مسایل سکسوالیتی شایسته احترام هستند.

● **رازداری و محرمانگی:** در حفظ اطلاعات سلامت زوجین در زمان ارائه آموزش و ثبت اطلاعات امری ضروری است.



۳. اهداف آموزش هنگام ازدواج

رفتار سالم زناشویی متأثر از دانش و مهارت زوجین و برای تقویت روابط زناشویی و رضایت جنسی است؛ بنابراین، آموزش هنگام ازدواج، با تأکید بر سلامت جنسی و باروری اهداف زیر را دنبال می کند:

- ارتقای دانش زوجین و کسب مهارت برای داشتن رابطه زناشویی خوشایند و مدیریت انتظارات همدیگر؛
- شناخت و درک زوجین از تفاوت های ظاهر و عملکرد اندام های باروری و جنسی؛
- توجه زوجین به نیازها و احساسات همدیگر و داشتن رابطه جنسی لذت بخش و همراه با رضایت؛
- برنامه ریزی برای داشتن باروری سالم و فرزندآوری به هنگام.

۴. استانداردهای آموزش هنگام ازدواج^۱

به منظور تأمین اهداف برنامه آموزش هنگام ازدواج لازم است مربی:

- از هدف برنامه آموزش هنگام ازدواج و اهمیت آموزش زوجین مطلع باشد و با شناخت کافی از برنامه، به این امر اهتمام ورزد.

۱. جزئیات استاندارد در بسته جداگانه ارائه می شود.

- از مسائل و باورهای شخصی خود مطلع بوده و همچنین به ازدواج سالم نگرش مثبت داشته باشد.
- قبل از برگزاری کلاس نسبت به خود، باورها و اعتقادات خود شناخت داشته باشد و قضاوت و کلیشه‌های شخصی را کنار بگذارد.
- بداند که رازداری سرلوحه برنامه آموزش ازدواج است و مسئولان، کارکنان و مربیان باید در محیط مرکز و کلاس، جوی ایمن ایجاد نمایند.
- فضای کلاس در محیطی امن برگزار گردد.
- در کلاس فضای پذیرش و تشویق را با رعایت احترام متقابل ایجاد کند.
- کلاس آموزشی خود را با کیفیت مناسب اداره نماید.
- اطلاعات مورد نیاز مربوط به سلامت زناشویی و باروری را به درستی و با صراحت در اختیار زوجین قرار دهد.
- در هنگام آموزش درستی و امانت^۱ را در انتقال اطلاعات به زوجین رعایت کند.
- در هنگام آموزش شفافیت و صراحت^۲ را در انتقال اطلاعات به زوجین رعایت کند.
- مهارت‌های ارتباطی مؤثر را در ارائه آموزش ازدواج به کار گیرد.
- بداند در آموزش، ابزار کلیدی برای ارتباط بهتر با زوجین استفاده از ارتباطات غیرکلامی است.
- به شکل مسئولانه برگزاری آموزش با کیفیت را به عهده بگیرد و در اجرای برنامه مشارکت فعالانه داشته باشد.
- فضای روانی مناسب و امنی برای مشارکت زوجین در کلاس فراهم کند.
- حقوق و تکالیف سلامت باروری و جنسی را محترم بشمارد.
- حقوق سلامت جنسی را بر مبنای آموزه‌های دین مبین اسلام آموزش دهد.
- بدون توجه به طبقه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی و با رعایت کرامت انسانی کلاس را اداره کند.^۳
- مطالب با مشارکت زوجین مطالب ارائه گردد.

۱. Integrity

۲. Clarification

۳. Training Marriage Education Practitioners. <http://www.healthymarriageinfo.org/resource-detail/index.aspx?rid=۳۳۴۸> Using.



فصل سوم: سلامت باروری و جنسی

اهداف یادگیری

در پایان فصل انتظار می‌رود مربی به اهداف زیر دست یابد:

- تعریف سلامت، سلامت باروری و جنسی را بداند؛
- تفاوت‌های ظاهری و کارکرد دستگاه تناسلی زوجین را به درستی آموزش دهد؛
- چرخه پاسخ جنسی را در زنان و مردان بداند و در آموزش به زوجین، نکات کلیدی رابطه زناشویی رضایت بخش و خوشایند را بیان نماید.





حفظ سلامت و خوب بودن از جنبه جسمی، روحی و روانی فرد پیش نیاز اساسی برای حفظ و تداوم رابطه زناشویی سالم و خوشایند است. باید توجه کرد که سلامت جسم و روان و جنبه‌های سلامت از همدیگر متأثرند، به طور مثال تحقیقات نشان داده است افسردگی و اضطراب با افت سیستم ایمنی فرد (Herbert and; ۱۹۹۵, Frasure-Smith et al) و کارکرد ضعیف قلبی (Shen et al; ۱۹۹۳, Cohen; Ormel et al; ۱۹۹۷) و کارکرد ضعیف قلبی (Shen et al; ۲۰۱۱) در ارتباط است.

تعریف سلامت^۱

«سلامت در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت تحت عنوان خوب بودن کامل از جنبه‌های جسمی، ذهنی و روانی و اجتماعی تعریف شده است و صرفاً به نبودن بیماری یا ناخوشی اطلاق نمی‌شود.» (WHO, ۲۰۱۹)

تعریف سلامت باروری

«سلامت باروری شرایطی است که فرآیند باروری در یک وضعیت خوب بودن کامل جسمی، ذهنی / روانی و اجتماعی قرار داشته و صرفاً به معنی نبودن بیماری یا اختلال در فرآیند باروری نیست.» (WHO, ۲۰۱۹)

سلامت زناشویی و جنسی از ابعاد مهم سلامت هر فرد است. باید توجه داشت که مفهوم سلامت باروری محدود به خانم‌ها نیست و مردان نیز نیازهای سلامت باروری دارند. توجه به نیازهای سلامت باروری در هر دو زوج مهم است. به همین خاطر است که تاکید می‌گردد آموزش‌های هنگام ازدواج می‌بایست هم برای خانم‌ها و هم آقایان ارایه شوند. لازم به ذکر است که توانایی و ظرفیت‌های سلامت باروری در دوران پیش از بلوغ رخ می‌دهد و توانایی فیزیکی پیش از توانایی روانی ایجاد می‌شود. این توانایی در دختران با قاعدگی و در پسران با Wet Dream آغاز می‌گردد.

رابطه جنسی لذت بخش و رضایت بخش، یکی از مصادیق سلامت باروری است که می‌تواند کیفیت زندگی زناشویی را بهبود بخشد و در کوتاه مدت و طولانی مدت منجر به بهبود سلامت فرد و زوج از همه جنبه‌ها شود. البته خوب بودن از جنبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی متأثر از رفتارهای سالم، سبک زندگی و عادات سالم بهداشتی فرد هم هست. بنابراین در بخش‌های مختلف این کتاب به طور مختصر

۱. تعریفی که در این بخش از سلامت و سلامت باروری ارایه می‌گردد، صرفاً برای دانش ارایه دهنده خدمت (مربی) بوده تا بر این اساس آموزش‌های خود را ارایه نماید. بدیهی است که ضرورتی برای ارایه این تعریف در کلاس‌ها نبوده و مربی در زمان پاسخگویی به سوال‌های احتمالی یا در تبیین اهداف سلامت به طور غیر مستقیم از این تعریف استفاده خواهد نمود. باید دقت شود که در گفتن تعریف‌ها و نیز ارایه مثال‌ها باید همواره از ساده‌ترین تعریف‌های ممکن استفاده شود تا اینکه شنونده حتماً قادر به درک مفاهیم گفته شده باشد.

در تعریف منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت (EMRO)، بعد معنوی نیز به سه بعد ذکر شده در این تعریف اضافه شده است. همچنین شورای عالی انقلاب فرهنگی نیز در مصوبه شماره ۶۱۳ مورخ در تعریفی که از سلامت ارایه نموده است، بعد معنوی را نیز از ابعاد سلامت ذکر کرده است.

توصیه‌هایی در زمینه شیوه زندگی و ترویج عادات سالم بهداشتی ارائه شده است که به زوجین کمک می‌کند زندگی زناشویی سالم‌تری را تجربه نمایند. رابطه جنسی و سلامت جنسی بخش مهمی از روابط زناشویی است (Christopher and Sprecher, ۲۰۰۰). طبق نتایج مطالعات، اکثر زوجین رضایتمندی از روابط جنسی با همسرشان را بیش از هر چیز متأثر از ارتباط صمیمانه با همسر خود می‌دانند. چنانچه بررسی‌ها نشان داده‌اند فعالیت کم جنسی در زندگی زناشویی و نداشتن رابطه جنسی، بر تداوم ازدواج و رابطه زوجین تأثیر سوء می‌گذارد (Yabiku and Gager, ۲۰۰۹). البته رضایت جنسی تا حدی با سن، به‌ویژه با کاهش تعداد دفعات فعالیت جنسی افت می‌کند ولی این مسئله به تنهایی قابل توجیه نیست. تغییرات هورمونی و همچنین عوارض داروها بر روابط جنسی تأثیر می‌گذارند که ارائه‌دهندگان خدمات نیز می‌بایست به این مسئله توجه داشته باشند (Carlson et al, ۱۹۹۲). عملکرد و رضایت جنسی به وضوح با سلامت جسم و روان زوجین وابسته است (Laumann et al, ۱۹۹۹). رضایتمندی در رابطه جنسی با دیگر جنبه‌های کارکرد زوجین هم ارتباط دارد؛ این مساله با اینکه چقدر همسر تمایلات و احساسات جنسی خود را به راحتی ابراز می‌کند مرتبط است (Cupach and Comstock, ۱۹۹۰). در بخش‌های بعد، مفاهیم جنسینگی^۱، ابراز جنسی و چرخه پاسخ جنسی زنان و مردان توضیح داده می‌شود.

۱. تأثیر سلامت جسم، روان و معنوی بر روابط زناشویی

در این بخش، جنبه‌های مختلف سلامت که ممکن است بر رابطه جنسی و زناشویی تأثیر بگذارد مطرح شده است. مریبان باید به طور مختصر بر ضروری بودن احساس رضایت در رابطه زناشویی تأکید کنند و از زوجین بخواهند به سلامت و خوب بودن از جنبه جسمی، روانی و اجتماعی هم اهمیت دهند.

۱-۱. تأثیر سلامت جسم بر رابطه جنسی و زناشویی

برای اینکه فرد احساس خوبی از زندگی خود داشته باشد، سلامت جسم حیاتی است. افرادی که از بیماری و درد رنج می‌برند، در قیاس با افرادی که بیمار نیستند، زندگی‌شان کیفیت پایین‌تری دارد (Rubin and Peyrot, ۱۹۹۹; Skevington, ۱۹۹۸). چاقی و اختلالات تغذیه‌ای هم باعث می‌شود افراد کیفیت پایین‌تری در زندگی داشته باشند (Fontaine and Barofsky, ۲۰۰۱; Hay, ۲۰۰۳). ضعف در سلامت جسمی بر کیفیت زندگی و همچنین روابط زناشویی فرد تأثیر منفی می‌گذارد؛ به طور مثال ارتباطات زناشویی و رضایتمندی بعد از جراحی قلب کاهش می‌یابد (Van der Poel and Greeff, ۲۰۰۳). همچنین رفتارهای پرخطر همچون سیگار و اعتیاد، روابط زناشویی را مختل می‌کند (Fu and Goldman, ۲۰۰۰). ضعف در سلامتی جسم می‌تواند بر توانایی فرد و همچنین در زوجین ایجاد تنش کند و بر رضایت زناشویی و روابط آن‌ها تأثیر بگذارد. در بیشتر موارد، تنش روانی هم که بر اثر بیماری همسر ایجاد می‌شود، بر کیفیت زناشویی تأثیر می‌گذارد (Hagedoorn et al, ۲۰۰۰; Rohrbaugh et al, ۲۰۰۲).

عوامل دیگری نیز ممکن است به طور غیرمستقیم بر روابط زناشویی تأثیر بگذارند؛ به طور مثال یکی از زوجین فکر می‌کند اضافه وزن دارد و همین تصور فرد از بدن خود بر روابط و رضایت زناشویی تأثیر می‌گذارد؛ در حالی که تحقیقات نشان می‌دهند این طور نیست، بلکه این تصورات به طور غیرمستقیم از طریق کاهش اعتماد به نفس فرد، رضایت زناشویی را در او تحت تأثیر قرار داده است (Ball et al., ۲۰۰۴; Markey et al., ۲۰۰۴). خودارزیابی منفی ممکن است بر تعاملات زوجین اثر منفی بگذارد و کیفیت زناشویی ضعیف‌تر شود. به طور کلی، شواهد نشان می‌دهند جسم و روان سالم به طور مستقیم و غیرمستقیم تأثیر عمیقی بر روابط زناشویی زوجین خواهد گذاشت. البته عادات و رفتارهای بهداشتی افراد، از قبیل رژیم غذایی درست، فعالیت فیزیکی، خواب کافی و مصرف نکردن سیگار، الکل و مواد مخدر از مهم‌ترین رفتارهایی است که بر رضایت جنسی زوجین تأثیر می‌گذارد.

۱-۲. تأثیر سلامت روان بر روابط زناشویی

در افرادی که شخصیتی شاد دارند، ماندگاری روابط زناشویی و رضایت جنسی بیشتر است (Lucas et al., ۲۰۰۳). مثبت‌اندیشیدن و آینده‌نگری و داشتن هدف در زوجین، در رضایتمندی و همچنین نشاط بیشتر زوجین نقش کلیدی دارد (Burpee and Langer, ۲۰۰۵). اینکه زوجین روزانه به نقاط قوت خود بیندیشند و تصور خوبی از خود و زندگی خود داشته باشند منجر به تنش کمتر و تعاملات اجتماعی بیشتر و سلامتی اجتماعی روانی بالاتری می‌شود (Kieviet-Stijnen et al., ۲۰۰۸; Samuelson et al., ۲۰۰۷). افرادی که از لحاظ روانی سالم هستند در مدیریت تنظیم هیجانات خود توانایی بیشتری دارند و نوع بیان احساسات مثبت و منفی خود را مدیریت می‌کنند (Gross, ۱۹۹۸; Gross and Levenson, ۱۹۹۷; Gross and Muñoz, ۱۹۹۵; Wei et al., ۲۰۰۵). مهارت نکردن احساسات منفی مانند عصبانیت با افزایش فشارخون و بیماری قلبی، به ویژه در زنان ارتباط دارد. تنظیم هیجانات زوجین هم با رضایت جنسی و تعاملات بین زوجین در ارتباط است (Gross, ۱۹۹۸; Jorgensen, Johnson, Kolodziej, & Schreer, ۱۹۹۶). برخی شیوه‌های کنترل هیجان، از قبیل در تنهایی به سربردن، تنفس عمیق و صبر پیشه کردن، از جمله روش‌های تنظیم هیجان هستند که در کنترل احساسات منفی مؤثرند. زوجین لازم است برای تنظیم هیجان، مهارت لازم را کسب و همدیگر را برای مثبت‌اندیشی تشویق کنند.

گاهی زوجین در بیان راحت احساسات زناشویی و جنسی به یکدیگر احساس شرم دارند. باید به این زوجین گفت نیاز جنسی انسان کاملاً متفاوت با گزینه جنسی سایر موجودات است. با نگاهی سطحی این مسئله روشن می‌شود برخلاف دیگر مخلوقات، ظاهر و اندام‌های جنسی زن و مرد به گونه‌ای آفریده شده است که متناسب با رابطه جنسی و ارتباط چهره به چهره بین زوجین است. می‌توان نتیجه گرفت، در جریان ازدواج، زوجین نسبت به هم درک عمیق‌تر پیدا می‌کنند و از لحاظ معنوی و روحی یکی می‌شوند و رابطه جنسی شکل می‌گیرد. ازدواج و زندگی زناشویی مسیر تکامل زوجین را فراهم می‌کند. تحقیقات

اخیر نشان داده‌اند رابطه جنسی، منجر به درک عمیق‌تر زوجین نسبت به همدیگر و ایجاد روابط صمیمانه جنسی و در نهایت آرامش بیشتری برای زوجین می‌شود (Futris and Adler-Baeder, ۲۰۱۳).

پیام کلیدی:

سلامت جسم و روان هر کدام از زوجین بر روابط جنسی و کیفیت زندگی زناشویی تأثیر می‌گذارد.

۱-۳. اثرات سلامت معنوی بر روابط زناشویی و جنسی

سلامت و خوب بودن معنوی جنبه مذهبی سلامتی را نشان می‌دهد (Koenig et al, ۲۰۱۲). تحقیقات اخیر نشان داده‌اند سلامت معنوی بخش مهمی از سلامتی در همه جنبه‌هاست (Coyle, ۲۰۰۲). معنویت با ارزش‌ها و اعتقادات و زندگی روزمره همه انسان‌ها عجین شده است. تحقیقات نشان داده‌اند افرادی که از سلامت معنوی بالاتری برخوردار هستند شادترند و نمره بالاتری در سلامت روان و رفتار و سبک زندگی سالم می‌گیرند. این افراد در روابط زناشویی لحظات خوشایند بیشتری در زندگی مشترکشان دارند و از حمایت اجتماعی بالاتر برخوردار هستند (Koenig et al, ۲۰۱۲). زوجینی که از معنویت کمتری برخوردار هستند، میزان بالاتری از تعارضات زناشویی و رضایت کمتر زناشویی و جنسی را دارند؛ در حالی که افراد مذهبی سازگاری زناشویی بالاتری دارند (Curtis and Ellison, ۲۰۰۲; Marshall, ۲۰۱۲). همچنین زوجینی که عبادت و دعا پیشه می‌کنند، تعهد و رضایتمندی بیشتری از زندگی‌شان دارند (Fincham et al, ۲۰۰۸). با تشویق زوجین در استفاده از روش‌های معنوی در مواجهه با استرس، می‌توان روابط زناشویی را تقویت کرد (Lambert and Dollahite, ۲۰۰۶; Lichter and Carmalt, ۲۰۰۹).

به طور خلاصه، در ازدواج، دو فرد در مسیر عشق و حمایت از همدیگر به توافق رسیده‌اند؛ از این رو ضروری است زوجین برای سلامت جنسی و زناشویی و در نتیجه تثبیت و تداوم زندگی جنسی رضایت‌بخش و خوشایند خود سرمایه‌گذاری کنند. در این مسیر باید به نیازهای سلامت جنسی همدیگر توجه کنند و احترام بگذارند و با کسب مهارت و توانمندی، زندگی جنسی مطلوب‌تری برای خود و همسرشان فراهم کنند.

نکات زیر را به زوجین یادآوری کنید:

هر روز با پرسش سوالات زیر، حال همسر خود را جویا شده و از خوب بودن وی مطمئن شوید

- حالت چطور است؟
- چه حس و حالی داری؟
- به تو کمک کنم؟

قبل از اینکه زوجین با موضوع جنسینگی و رابطه جنسی آشنا شوند، لازم است مختصری در مورد عملکرد دستگاه تناسلی زن و مرد توضیح داده شود.^۱

۲. آناتومی و عملکرد دستگاه تناسلی زن و مرد

ارگان‌های تناسلی چند ماه قبل از تولد در دوران جنینی تشکیل می‌شود و تا زمان بلوغ غیرفعال هستند. در زمان بلوغ، اندام‌های جنسی سیگنال‌هایی را از غده هیپوفیز (غده‌ای کوچک در پایه مغز)، دریافت می‌کنند. گفتنی است این غده نقشی 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 غده 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.

۲-۱. آناتومی و کاربرد دستگاه تناسلی زن

در زمان بلوغ در دختران دو هورمون اصلی استروژن و پروژسترون ترشح می‌شوند که منجر به تکامل اندام‌های تناسلی می‌شود. دستگاه تناسلی زن دارای دو بخش خارجی و داخلی است.

۲-۱-۱. 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 می‌نمایند 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 مؤثری 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،

۱. در این بخش مرئی باید برای درک بهتر مخاطب در کلاس خانم‌ها اول آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی خانم‌ها (به ترتیب اندام‌های خارجی، اندام‌های داخلی، چگونگی ارتباط این اندام‌ها و عملکرد آنها در روابط جنسی) و سپس آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی آقایان را با استفاده از مواد کمک آموزشی تعیین شده (پوستر و مولاز) با بیان ساده و در حد مطالب گفته شده در این محتوا، توضیح دهد و در کلاس آقایان اول آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی آقایان و سپس خانم‌ها با همان ترتیب گفته شده، بیان گردد.

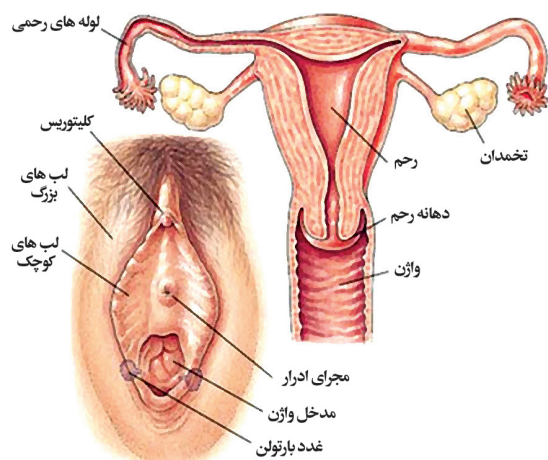
بالا) و مجرای تناسلی و زایمان (سوراخ بزرگ‌تر، پایین) دیده خواهند شد.

• **تاژک، فنج یا کلیتوریس:** یک اندام حساس، نرم و انعطاف‌پذیر در بالای دهانه واژن و محل رسیدن لب‌های کوچک به همدیگر است. این عضو تاثیر 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 آقایان بوده و مسئول 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 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 / زه چین:** 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، منافذی) وجود دارد که این امکان را ایجاد می‌کند تا خون قاعدگی از این مجرا خارج گردد.



۲-۱-۲. بخش داخلی دستگاه تناسلی زن

• **مهبل یا واژن:** دو قسمت فوقانی و تحتانی دارد و رحم را به قسمت خارجی بدن وصل می‌کند. مهبل از عضله و مخاط ساخته شده و در واقع یک لوله دراز و خالی است که گاهی کانال زایمان خوانده می‌شود. مهبل عضوی انعطاف پذیر و آکاردئونی شکل است که این انعطاف پذیری سبب می‌شود تناسب بین اندازه دستگاه تناسلی مرد و زن در هنگام تماس جنسی ایجاد شود.^۱ بخش تحتانی مهبل دارای اعصاب است که نقش کلیدی در برانگیختگی جنسی دارد و عضلات را منقبض و منبسط می‌کند. همچنین با توجه به اینکه واژن کانال زایمان طبیعی است، این عضو در هنگام زایمان باید آنقدر باز شود تا خروج نوزاد را امکان پذیر سازد. در ابتدای واژن غدد بارتولن قرار دارند که هنگام تحریک جنسی مایع لزجی را ترشح می‌کنند. این مایع ورود آلت را به واژن راحت تر می‌کند.

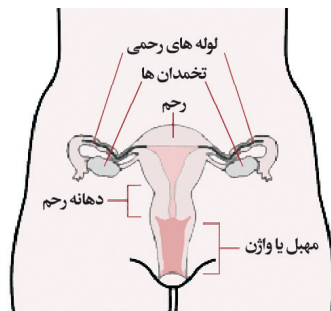
• **دهانه رحم:** قسمت پایینی رحم که به مهبل متصل است و غالباً با عنوان گردن رحم یا دهانه رحم خوانده می‌شود.

• **رحم:** پس از گردن رحم قرار دارد. یک عضو گلابی شکل است و در لگن زن قرار دارد و از عضله تشکیل شده است. رحم محل رشد جنین است و جنین را در دوران بارداری تغذیه و نگهداری می‌کند.

• **لوله‌های رحمی:** راه ارتباطی بین تخمدان‌ها و رحم هستند. لوله‌های رحمی در زیر و دو طرف چپ و راست شکم قرار دارند. انتهای این لوله‌ها به سمت تخمدان‌ها، شیپوری شکل است. این لوله‌ها حرکات موجی شکل دارند و تخمک آزاد شده از تخمدان را به حفره رحم منتقل می‌کنند. معمولاً لقاح اسپرم با تخمک، درون لوله‌های رحمی اتفاق می‌افتد و سلول ایجاد شده تخم به سلول تخم تغییر کند و به رحم منتقل و در رحم لانه‌گزینی انجام می‌شود.

• **تخمدان‌ها:** معمولاً دو تخمدان وجود دارد که از نظر شکل و اندازه تقریباً شبیه بادام هستند. تخمدان‌ها در پایین و دو طرف چپ و راست شکم قرار دارند. معمولاً در هر دوره قاعدگی یکی از تخمدان‌ها یک تخمک آزاد می‌کند، آزاد شدن بیش از یک تخمک در هر سیکل در موارد بسیار کمی اتفاق می‌افتد. اگر این تخمک در زمان مناسب با اسپرم مرد تماس پیدا کند، سبب لقاح، لانه‌گزینی و بارداری می‌شود و در غیر این صورت، تخمک آزاد شده دفع می‌شود و خون‌ریزی قاعدگی اتفاق می‌افتد. همچنین تخمدان‌ها وظیفه ترشح برخی از هورمون‌های مهم زنانه را برعهده دارند.

۱. در واقع به همین خاطر است که طول آلت تناسلی مرد اثر تعیین کننده ای در ارضای جنسی همسر ندارد. قدرت تطابقی که در واژن وجود دارد سبب می‌شود که اندازه واژن با آلت تناسلی مرد مطابقت داده شود و ارضای جنسی در صورتی که مراحل مقاربت طی شده باشد، رخ دهد. بنابراین باید به زوجین تاکید کرد که بسیاری از تبلیغات مرتبط با این مساله فریبنده بوده و زوجین بدون نیاز به هرگونه مداخله طبی قادر به دستیابی به رضایت جنسی خواهند بود.



تصویر ۲. تصویر برش خورده دستگاه تناسلی داخلی زن

۲-۲. کارکرد و فیزیولوژی باروری در زن

سن بلوغ برای خانم‌ها متفاوت بوده و بین ۸ تا ۱۲ سالگی رخ می‌دهد. بلوغ می‌تواند زودرس یا دیررس باشد. در خانم‌ها عادت ماهانه می‌تواند آخرین نشانه بلوغ باشد. در سن بلوغ امکان باروری و باردارشدن وجود دارد. در سیکل قاعدگی، بدن زن آماده بارداری می‌شود. قاعدگی دختران بین ۱۱ تا ۱۶ سالگی شروع می‌شود. دوره قاعدگی (اولین روز قاعدگی تا اولین روز قاعدگی بعدی) معمولاً ۲۸ روز است، ولی می‌تواند از خانمی به خانم دیگر و از هر ماه به ماه دیگر تغییر کند. فاصله این سیکل در دامنه ۲۱ تا ۳۵ روز قابل تغییر است.

دوره باروری در هر سیکل: در یک دوره منظم قاعدگی، احتمال بارور شدن تخمک در فاصله روزهای ۱۲ تا ۱۸ (حدود یک هفته) وجود دارد. طول عمر تخمک و اسپرم پس از آزاد شدن به ترتیب حدود ۲۴ ساعت و ۲۴ تا ۴۸ ساعت است. در هر قاعدگی یک تخمک از یکی از تخمدان‌ها آزاد می‌شود (معمولاً ماهی یک بار) و از طریق لوله‌های رحمی به رحم منتقل می‌شود. تخمک‌گذاری معمولاً در فاصله ۷ تا ۲۱ روز از چرخه / دوره قاعدگی و اغلب در حوالی روز ۱۴ اتفاق می‌افتد. البته تخمک‌گذاری می‌تواند در هر زمانی از سیکل و بعد از پایان چرخه / دوره قاعدگی رخ دهد و روز دقیق آن قابل پیش‌بینی نیست. ضخیم شدن لایه داخلی رحم معمولاً تا ۱۴ روز بعد از تخمک‌گذاری است و این لایه در این دوران برای پذیرش تخمک ضخیم و عروق خونی‌اش زیاد می‌شود. اگر تخمک بارور نشود بارداری رخ نمی‌دهد، میزان هورمون‌ها کاهش می‌یابد و تخمک بارور نشده دفع می‌شود. با کم شدن میزان هورمون‌ها لایه ضخیم شده داخلی رحم به داخل واژن ریخته و از بدن خارج می‌شود.

نشانه‌های این خونریزی دیدن لخته‌های خون (لایه درونی رحم) است. این خونریزی ماهیانه، قاعدگی نامیده می‌شود. انقباضات رحم در این دوران می‌تواند مشکلات دوران قاعدگی شامل درد سینه، ورم دست و پا، آکنه، مشکلات خلقی، به هم خوردن سیکل خواب، تحریک‌پذیری، کم‌حوصلگی و ... را در برخی خانم‌ها ایجاد کند که برطرف کردن یا کاهش شدت این مشکلات نیازمند استفاده از مسکن‌های ساده و همراهی همسر است. در موارد نادری این دردها خود را به صورت درد عضلانی در زیر شکم و اندام

تحتانی نشان می‌دهد که می‌تواند خیلی شدید و نگران‌کننده باشد.

الگوی خون‌ریزی قاعدگی^۱ در خانم‌ها تفاوت دارد. رعایت اصول بهداشتی در این دوران برای خانم‌ها بسیار اهمیت دارد. استفاده مرتب از نوار بهداشتی و تعویض مکرر آن، استحمام روزانه کوتاه و ایستاده (دفعات بیشتر در مقایسه با زمان‌هایی غیر از دوره قاعدگی) و شستن اندام تناسلی از سمت جلو به عقب از نکات مهم تلقی می‌شود. ~~خون‌ریزی در بعضی از خانم‌ها کوتاه‌مدت است (مثلاً دو روز)، حال آنکه در بعضی دیگر تا هشت روز طول می‌کشد.~~

خون‌ریزی می‌تواند شدید یا خفیف باشد، ولی با دفع لخته همراه نیست. خون‌ریزی قاعدگی (پریود) معمولاً بین ۲ تا ۱۰ روز طول می‌کشد، اما در بیشتر موارد ۵ تا ۷ روزه بوده و میزان خون‌ریزی حدود یک استکان است. لازم است خانم‌ها تاریخ روز اول دوره قاعدگی خود را در تقویم یادداشت کنند.

۲-۳. دستگاه تناسلی مردان

دستگاه تناسلی مردان از دو قسمت خارجی (آلت تناسلی، دهانه مجرای ادرار، مجرای ادرار، کیسه بیضه و بیضه‌ها) و داخلی (مجرای دفران، کیسه‌های تولیدکننده منی و غده پروستات) تشکیل شده است.

۱-۲-۳. بخش خارجی دستگاه تناسلی مرد

● **آلت تناسلی:** عضو جنسی مردان برای نزدیکی و خروج ادرار است و متشکل از یک شبکه عروقی استوانه‌ای است با فضاهایی که با تحریک جنسی، خون در آن جمع می‌شود و باعث بزرگی و سفتی آلت تناسلی می‌شوند. همچنین سر آلت مهم‌ترین بخش اندام تناسلی آقایان برای رسیدن به ارگاسم است و بیشترین تعداد اعصاب تحریک‌کننده جنسی آقایان در این قسمت قرار دارد.^۲

● **دهانه مجرای ادرار:** قسمت خارجی مجرای ادرار است که ادرار و منی از آن خارج می‌شوند.

● **مجرای ادرار:** لوله‌ای است که ادرار را از مثانه و منی را از دستگاه تناسلی، به بیرون از بدن منتقل می‌کند. ادرار و منی هر دو از میان مجرای ادرار و معمولاً در زمان‌های جداگانه عبور می‌کنند. باید به این مسئله دقت شود که ادرار و منی هم‌زمان خارج نمی‌شوند.

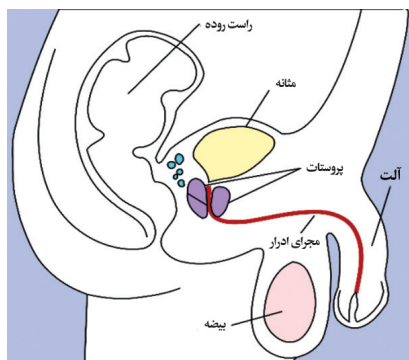
● **کیسه بیضه:** کیسه پوستی و شلی که در پشت و پایین آلت تناسلی قرار گرفته است. این کیسه بیضه‌ها را دربر گرفته و از آن‌ها محافظت می‌کند. نگه داشتن بیضه‌ها در دمای مناسبی که بتوانند عملکرد خود را به درستی انجام دهند، از وظایف کیسه بیضه است.

● **بیضه‌ها:** دو عضو تخم‌مرغی شکل تقریباً به اندازه زیتون بزرگ هستند که داخل کیسه بیضه به طور تقریباً قرینه قرار دارند. معمولاً بیضه چپ کمی بزرگ‌تر و پایین‌تر از بیضه راست است. بیضه‌ها از یک سو با طناب اسپرماتیک ثابت پیدا می‌کنند. بیضه‌ها سلول جنسی مرد (اسپرم) و هورمون‌های مردانه، از

۱. مدت، حجم و شدت خون‌ریزی، درد و ...

۲. بطور میانگین طول واژن حدود ۹-۸ سانتی‌متر و اندازه آلت آقایان حدود ۱۳-۱۲ سانتی‌متر است. بنابراین ۲-۱ سانتی‌متر کوچک‌تر یا بزرگ‌تر بودن آلت آقایان اصولاً تاثیری در میزان تحریک واژن ندارد زیرا بطور طبیعی اندازه آلت ۳-۲ سانتی‌متر از طول واژن بیشتر است.

جمله تستوسترون را تولید می‌کنند که تغییرات بلوغ، مانند تغییر صدا و رویش موهای زیر بغل و اندام تناسلی و ... تحت تأثیر آن قرار دارند. همچنین یک جفت لوله بسیار طولانی و پیچ در پیچ و حلقوی پشت بیضه‌ها قرار دارد و اسپرم‌ها درون آن دوران بلوغ خود را طی می‌کنند و از طریق مجرای دفران (اسپرم بر) به کیسه‌های منی منتقل می‌شوند.



تصویر ۳. تصویر برش دستگاه تناسلی داخلی و خارجی مرد

۲-۳-۲. 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 تولیدکننده منی منتقل می‌کند تا برای انزال آماده شوند.
- **کیسه‌های تولیدکننده 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. (در این مورد بهتر است توضیح بسیار مختصری داده شود و حتماً روی شکل نشان داده شود).
- **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. (مربی بهتر است برای این قسمت، ضمن توضیح بسیار مختصر، این غده را بر روی شکل نشان دهد).

برخی سؤالات رایج

- کار بیضه پیش از بلوغ چیست؟ بیضه‌ها چه زمانی ایجاد می‌شوند؟ بیضه‌ها پیش از بلوغ فعالیت خاصی ندارند و پس از بلوغ هورمون آزاد می‌کنند و اسپرم می‌سازند. بیضه‌ها در دوران جنینی ایجاد می‌شوند و در نزدیک دوران تولد وارد کیسه بیضه‌ها می‌شوند. نزول نکردن بیضه‌ها در زمان تولد به

درون کیسه بیضه‌ها می‌تواند در آینده خطرناک باشد.

• چه عواملی در ایجاد نعوظ آلت تناسلی مرد تأثیر دارند؟ تجمع خون برای بزرگی و سفتی آلت اهمیت دارد؛ بنابراین سالم بودن جریان خون شریانی، وریدی و عصبی آلت که مسئول این فعل و انفعال است، مهم است تا با اتساع و جمع شدن خون در اجسام غاری، نعوظ حفظ شود.

• آیا در دوره‌های مختلف سنین باروری، میل و پاسخ جنسی در زنان و مردان متفاوت است؟
بله. عوامل زیر در ایجاد میل جنسی و تداوم رفتار جنسی تأثیرگذارند:

■ تعادل هورمون‌ها و نوروترانسمیترها؛

■ روابط بین فردی و زمینه مناسب؛

■ برانگیختگی اولیه قبل از تمایل؛

■ تجارب لذت بخش قبلی.

پیام‌های کلیدی:

- زوجین لازم است از اندام و کارکرد دستگاه تناسلی خود و همسرشان مطلع باشند تا بتوانند رابطه زناشویی رضایت بخشی را تجربه کنند.

- شناخت بیشتر و تجربه آگاهانه زوجین نسبت به هم، صمیمیت و رفتار عاشقانه عمیق‌تر را به دنبال خواهد داشت.

- شناخت کامل زوجین از یکدیگر در برقراری رابطه جنسی، یکی از الزامات مهم رابطه خوشایند زناشویی است.

۴. جنسینگی^۱، اجزا و تعاریف

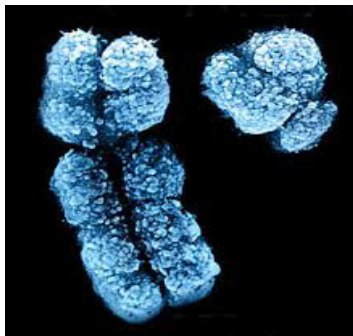
جنسینگی در افکار، خیال پردازی‌ها، نیازها، باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها، رفتارها، فعالیت‌ها، نقش‌ها و ارتباطات، خود را نشان می‌دهد. جنسینگی می‌تواند تمام ابعاد یاد شده را در برگیرد. لازم نیست که همه این ابعاد همیشه بیان یا تجربه شوند. جنسینگی با واکنش‌های متقابل بیولوژیک، روانشناختی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، قومی، حقوقی، تاریخی، مذهبی و روحی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. جنسینگی دارای مفاهیم وسیع و پیچیده است. تقریباً هیچ جنبه از زندگی را پیدا نمی‌کنید که با مفهوم جنسینگی ارتباط نداشته باشد. اصلاح کردن، مرتب نمودن موها، انتخاب نوع لباس برای پوشیدن، تعاملات با افراد هم جنس و غیرهمجنس در محیط کار، رفتارها، غذا خوردن، نحوه حرف زدن، پاسخگویی به ارباب رجوع و... همه با جنسینگی در ارتباط است با توجه به اهمیت آن به تعریف برخی از اجزای آن می‌پردازیم.

۱. sexuality.

پیام های کلیدی جنسینگی عبارتند از:

- همه انسان ها، از نیاز جنسی برخوردار هستند و رفع این نیاز در ضمیر همه انسان ها نهفته است و هدایت فرد برای داشتن رابطه جنسی خوشایند و مسئولانه ضروری است.
- بیان مثبت جنسینگی از طریق داشتن روابط با تمایل به همسر، با احترام متقابل و مسئولانه است که منجر به رضایت و بهبود کیفیت زناشویی می گردد.
- بیان منفی جنسینگی ممکن است با رفتار خشونت آمیز و حقارت و سوء استفاده باشد که در درازمدت سبب آسیب به خود و همسر می گردد.
- جنسینگی صرفاً شامل رفتار و فعالیت جنسی نبوده و می تواند در بردارنده تفکر، نگرش و احساسات باشد.
- لذت جنسی به شکل های مختلفی بیان می شود که شامل پاسخ های بیولوژیک و احساسی است.
- جامعه معمولاً بر مقوله جنسینگی، کنترل هایی را از طریق هنجارها، ارزش ها و قوانین اعمال می کند، متأسفانه در بسیاری از موارد درک جنسینگی معمولاً فقط جنبه های تجربیات و نیازهای مردان را دربرگرفته و از نیازها و تجارب خانم ها (که معمولاً مغفول و بی ارزش تلقی شده)، غفلت می کند.

۱-۴. جنس: جنس به تفاوت های آناتومیک و بیولوژیک بین زن و مرد اطلاق می شود. علیرغم اینکه زنان و مردان دارای بسیاری از اندام های مشابه مانند قلب، بینی، چشم ها، ریه ها و بسیاری از اندام های دیگر هستند، دستگاه تناسلی متفاوتی دارند که این امر به دلیل ساختار کروموزم های جنسی متفاوت مردان و زنان است (به ترتیب XY و XX). لذا هورمون های جنسی مردانه و زنانه که با هدایت مغز از غدد جنسی ترشح می شوند، بر رشد و تکامل اولیه و ثانویه و ساختار اندام های باروری زن و مرد تاثیر می گذارند.



تصویر ۴. اسکن میکروالکترون کروموزم X، Y، X: کروموزم X بزرگ‌تر از کروموزوم Y است.

۲-۳. خیال پردازی جنسی (احساس عشق) و ابراز تمایل جنسی (علاقه)

در دوران بلوغ انسان ها دچار تغییراتی در احساسات می شوند و نیز با برخی احساس جنسی به صورت تمایل و جاذبه و گرایش نسبت به فرد دیگر (جنس مخالف) روبرو می شوند.^۱ خیال پردازی جنسی یک تصویر یا ایده ای است که در ذهن بوجود آمده، در دنیای واقعی نیست و با فعالیت واقعی و رفتار واقعی فاصله دارد. البته خیال پردازی با رویا متفاوت است. زیرا در رویا احساسی وجود ندارد. از سویی خیال پردازی می تواند در بیداری یا خواب و در هر مکانی اتفاق بیافتد. در واقع تمایل و جاذبه^۲ می تواند به خیال پردازی جنسی^۳ منتهی شود و سپس به ابراز تمایل جنسی^۴ بیانجامد.

تصور با هم بودن، دست در دست هم داشتن، بوسیدن و... همه از موارد خیال پردازی است. پس از این مرحله تمایل ابراز جنسی بوجود می آید که می تواند با رفتار و فعالیت همراه یا نباشد. ابراز تمایل جنسی یا علاقه روش ها یا رویکردهایی است که از طریق آن توجه، علاقه و عشق به فرد مقابل نشان داده می شود و می تواند به شکل های متفاوت مانند تماس تلفنی، دادن یک شاخه گل، دادن هدایای گرانبها، فرستادن پیامک، گفتن حرف های خوب و... همراه باشد.

همانطور که گفته شد ابراز تمایل با ابراز تمایلات با یک احساس عشق همراه است. دادن شکلات به خواهر یا برادر یا تغییر دکوراسیون خانه برای میهمان رانمی توان بعنوان ابراز جنسی طبقه بندی کرد در حالی که این رفتار درباره دختری یا پسری که مورد علاقه فرد است و تصور زندگی مشترک با وی دارد را می توان در مقوله ابراز تمایل جنسی (علاقه) طبقه بندی نمود. در زندگی مشترک و روابط زناشویی مصادیق ابراز تمایلات جنسی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. ابراز تمایلات که در واقع در راستای جلب رضایت همسر صورت خواهد گرفت، باید به صورت جریانی مداوم و از آغاز زندگی مشترک از سوی هر دو همسر وجود داشته باشد و آن را تجربه کنند و نباید محدود به زمان برقراری ارتباط زناشویی باشد. این امر به تحکیم زندگی آنان کمک خواهد کرد و سبب خواهد شد صمیمیت بین زوجین در طول زندگی مشترک ارتقا یابد. بدیهی است ارتقای این رابطه صمیمی به زن و شوهر کمک خواهد کرد تا روابط جنسی صمیمانه تر و لذت بخش تری را تجربه کنند.

همچنین ابراز تمایلات پیش از برقراری ارتباط جنسی از اهمیت خاص خود برخوردار است. رابطه زناشویی بین دو همسر باید با تمایل هر دو طرف باشد و هر دو همسر تمایلات جنسی خود را ابراز کنند. متأسفانه ممکن است بسیاری از انسان ها فعالیت جنسی خود را با ورود به راه های منفی مانند مورد سوء استفاده قرار گرفتن، اجبار یا خشونت تجربه کنند که سبب بروز پیامدهای ناهنجار خواهد شد.

تصورهای با هم بودن، دست در دست هم داشتن، بوسیدن و... همه از موارد خیال پردازی است. پس از

۱. در واقع تمایل و جاذبه می تواند به خیال پردازی جنسی منتهی شود.

۲. Attraction

۳. Sexual fantasy

۴. Sexual expression

این مرحله ابراز تمایل جنسی (علاقه) به وجود می‌آید که می‌تواند با رفتار و فعالیت همراه باشد یا نباشد.

در زیر برخی از مصادیق کلامی و غیرکلامی ابراز علاقه ارائه شده است:

کلامی

- گفتن عبارت‌هایی مانند: تو بهترین هستی و دوست دارم؛
- تعریف کردن از زیبایی و متانت؛
- خواندن شعرهای عاشقانه؛
- اظهار محبت و علاقه گفتاری؛
- تأکید بر نکات مثبت همسر؛
- تبریک روز تولد؛
- مکالمات تلفنی؛
- به یاد داشتن مناسبت‌ها و ابراز آن‌ها؛
- تعریف کردن از همسر در حضور دیگران.

غیرکلامی

- عشق بازی؛
- دادن شکلات مورد علاقه همسر به او؛
- هدیه دادن گل مورد علاقه همسر به او؛
- بوسیدن؛
- فرستادن یک پیام؛
- نظرخواهی از همسر؛
- آراستن یک اتاق برای نزدیکی روابط؛
- نوازش کردن؛
- احترام به نظرات و عقاید همسر؛
- دست همسر را گرفتن؛
- نوشتن نامه؛
- رفتن به سینما؛
- مسافرت؛
- پیام کوتاه عاشقانه؛
- درک همدیگر و آماده شدن

صمیمیت زناشویی و جنسی

برای «صمیمیت» در متون و مستندات مختلف انواع گوناگونی برشمرده شده است. ولی شاید بر روی دو مفهوم «صمیمیت جنسی»^۱ و «صمیمیت عاطفی»^۲ بیش از سایر مفاهیم تمرکز و تاکید شده باشد. در صمیمیت جنسی، دو طرف در تعامل جنسی (به شکل بیان خواسته‌ها و ترجیحات جنسی و همچنین رفتار جنسی) با یکدیگر احساس راحتی و روراستی دارند. صمیمیت عاطفی عبارت است از روراستی، گشودگی و ارتباط موثر و به اشتراک گذاشتن مهمترین افکار و احساسات با یکدیگر و کسب آرامش و نیرو از این رابطه دوطرفه؛ مشابه آن چه بین دوستان واقعی می‌تواند برای یک عمر برقرار باشد. برقراری این نوع از صمیمیت ممکن است حتی به چند سال زمان نیاز داشته باشد به ویژه که در برابر شکل‌گیری آن شاید چالش‌های جدی وجود داشته باشد. صمیمیت جنسی الزاماً همیشه با صمیمیت عاطفی همراه نیست، اما اگر زوجی بتوانند صمیمیت جنسی و عاطفی را به شکل توأم «کسب» نمایند، یک پیوند بادوام و احتمالاً رو به استحکام بین آن دو ایجاد خواهد شد. مستندات متعددی به موضوع تقدم صمیمیت جنسی برای آقایان و اولویت صمیمیت عاطفی برای زنان اشاره کرده‌اند ولی بهتر آن است که نه مشاوران خانواده و نه خود زوجین گرفتار این کلیشه‌های جنسیتی نشوند و بپذیرند که افراد مختلف ممکن است صرف‌نظر از جنسیت، احساس متفاوتی نسبت به اهمیت هر کدام داشته باشند. پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که زوج‌های دارای زندگی رضایت‌بخش عمدتاً از نعمت وجود صمیمیت کافی در زندگی زناشویی بهره‌مند بوده‌اند. این صمیمیت می‌تواند در سایه ۸ پیش‌شرط یا زمینه زیر تحقق یابد:

۱. **بهره‌مندی از مهارت‌های ارتباط موثر^۳**: به جرأت می‌توان این مهارت‌ها را سنگ بنای حفظ یک رابطه صمیمانه دانست. زوج‌هایی که بتوانند در مورد مسائل مختلف به خوبی با یکدیگر به مذاکره بپردازند با احتمال بیشتری یک پیوند عاطفی عمیق‌تر را ایجاد و حفظ خواهند کرد.
۲. **مهارت‌های حل مشکلات و تعارضات^۴**: کمتر زندگی مشترکی را می‌توان متصور شد که به کرات با مشکلات خارجی و یا تعارضات داخلی مواجه نشود. دخالت‌های والدین، شرایط دشوار اقتصادی، سلیقه و نظرات متفاوت زوجین در جنبه‌های مختلف زندگی همچون فرزندآوری، تربیت فرزندان و مدیریت اقتصادی خانواده تنها نمونه‌هایی از این شرایط هستند. این مهم است که زن و شوهر نحوه مدیریت این شرایط را فرا گرفته باشند و به موضوع رسیدن به راه‌حل‌های برد-برد اعتقاد داشته باشند.
۳. **روابط جنسی^۵**: برخورداری از یک زندگی جنسی رضایت‌بخش، تعیین‌کننده مهمی در ایجاد و تداوم

۱. Sexual intimacy

۲. Emotional intimacy

۳. Communication skills

۴. Conflict resolution skills

۵. Sexual relationship

رابطه صمیمانه بین همسران شناخته می‌شود. داشتن دانش و مهارت کافی و نگرش مناسب در این خصوص و همچنین توجه به نیازها و ترجیحات جنسی طرف مقابل از اهمیت زیادی برخوردار است. تلاش برای حفظ ویژگی‌های بدنی، ظاهری و رفتاری جذاب از نظر طرف مقابل (طبیعتاً متناسب با سن و موقعیت) از دیگر شرایط استمرار روابط جنسی به حد کفایت خوب است.

۴. انعطاف‌پذیری زوجین^۱: این مهم است که زوجین برای انطباق در مواجهه با استرسورهای غیرقابل اجتناب در زندگی که نیازمند تن دادن به برخی تغییرات است توانمند باشند. زن و شوهرهایی که در گرفتاری‌ها به عنوان یک تیم، با یکدیگر همکاری می‌کنند در مقایسه با آنها که هر کدام راه خود را می‌روند به مراتب به هم نزدیک‌تر هستند. در خصوص تفاوت‌های فردی لازم است دو طرف چه در روابط جنسی و چه روابط غیرجنسی، خلاق باشند و تغییرات پیشنهادی از سوی طرف مقابل را جدی بگیرند.

۵. در کنار هم بودن زوجین^۲: بسیاری از زوجها در شرایط زندگی پرمشغله امروز فرصت محدودی برای در کنار یکدیگر بودن دارند و از آن مهم‌ترین که در همان زمان محدود نیز برای یکدیگر وقت کافی نمی‌گذارند و به فعالیت‌های مشترک (مثل دیدن تلویزیون، صحبت از تجارب روزمره، ورزش یا آشپزی در کنار یکدیگر) نمی‌پردازند.

۶. سازگاری شخصی^۳: هر آنچه که فرد در شریک زندگی خود می‌پسندد (و قاعدتاً از جمله ملاک‌های انتخاب او بوده است) می‌تواند باعث تحکیم و تقویت رابطه شود. ویژگی‌های شخصیتی مثبت (همچون رفتار دوستانه، خوش‌بینی، بکرنگی، مهربانی، قابل اعتماد بودن و توانایی پیش بردن یک مذاکره سازنده) اغلب موجب خشنودی طرف مقابل است. زوجین باید تلاش کنند صفاتی که طرف مقابل می‌پسندد را در خود حفظ و حتی تقویت نمایند.

۷. روابط خوب با اقوام و دوستان^۴: ارتباط با خانواده‌های دارای روابط خوب به زوجین یاد می‌دهد که همه زوجها در زندگی پستی‌ها و بلندی‌هایی را تجربه کرده‌اند. به علاوه با این که از چه راهکارهایی برای حل موفقیت‌آمیز تعارض‌ها استفاده کرده‌اند آشنا می‌شوند.

۸. به اشتراک گذاشتن ارزش‌های معنوی و اعتقادی^۵: زوج‌هایی که می‌توانند در مورد طیف وسیعی از ارزش‌های معنوی و اعتقادی خود به خوبی صحبت و تعامل کنند (به جای آن که بر سر آنها بچنگند)، معمولاً صمیمیت عاطفی بهتری دارند. جنگ قدرت در این خصوص نهایتاً به رابطه آسیب‌جدی خواهد زد. صمیمیت عاطفی به این معنی نیست که زوجین اجباراً باید در همه چیز موافق یکدیگر باشند یا نظرانی مثل هم داشته باشند. صمیمیت عاطفی باعث می‌شود که زن و شوهر با اعتماد و

۱. Couple flexibility

۲. Couple closeness

۳. Personal compatibility

۴. Good relationships with family and friends

۵. Shared spiritual values

احترام به یکدیگر و احساس امنیت و راحتی، باورهای معنوی و اعتقادی خود را به اشتراک بگذارند و نه آن که بر سر آنها جر و بحث نمایند.

در نهایت باید توجه داشت که زوج هایی می توانند صمیمیت عاطفی را در روابط خود برقرار و حفظ نمایند که زندگی مشترک را «مهمترین» ثروت و سرمایه خود در زندگی قلمداد کنند؛ ثروتی که موجب می شود ستون های پیمان ازدواج محکم و استوار باقی بمانند. بنابراین برای حفظ آن از وقت، انرژی و دارایی های خود و به کارگیری خلاقیت سرمایه گذاری می کنند.

نکات کاربردی

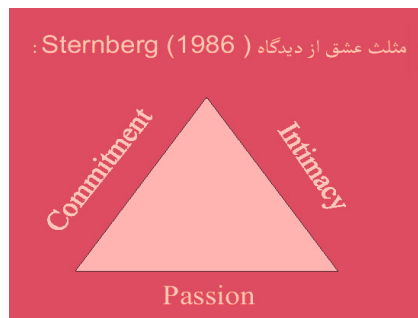
- **صمیمیت عاطفی:** یعنی بتوان در مورد شادی و ناراحتی خود با همسر صحبت کرد و آن احساسات را با هم قسمت کرد.
- **صمیمیت عقلانی:** یعنی بتوان در مورد مسائل مختلف، افکار و عقاید خود را به راحتی با همسر در میان گذاشت.
- **صمیمیت اجتماعی و تفریحی:** یعنی بتوان در مورد نوع تفریحات، مکان و زمان آن و همچنین افرادی از خانواده و یا دوستانی که زوج به معاشرت با آن ها علاقمند هستند، صحبت و به توافق رسید.
- **صمیمیت زمانی:** یعنی بتوان اوقاتی از روز یا حداقل عصرهای یک روز از هفته را به هم اختصاص داد و با هم گذرانند.
- **صمیمیت جسمی:** یعنی نزدیکی فیزیکی و جسمی زوج با همدیگر مانند بوسیدن، لمس کردن، در آغوش گرفتن یکدیگر برای ایجاد این صمیمیت می توان به مدت ۳۰ ثانیه دست های یکدیگر را گرفت و چشمان خود را بسته و به خاطرات خوشی که با هم داشته اند، فکر کرد و بعد هر کدام چند مورد از خصوصیات مثبت هم را بیان کرده و بگویند که چقدر همدیگر را دوست دارند.
- **صمیمیت جنسی:** یعنی زوج بتوانند راحت، آزاد و عاشقانه بدون محدودیت در مورد تمایلات، نیازها و خواسته های جنسی خود صحبت کنند و به یکدیگر بگویند که در هنگام خلوت یا رابطه جنسی دوست دارند چگونه تجارب خوشایند و خاطره انگیزی با هم داشته باشند.

صمیمیت در رابطه جنسی^۱

گرچه ممکن است در توجه به رابطه زناشویی زوجین صرفاً به رابطه جنسی توجه شود، ولی باید به این نکته مهم نیز توجه داشت که پیش نیاز رابطه جنسی خوشایند، صمیمیت طرفین است. روابط صمیمانه ای که از آغاز آشنایی بین زوجین آغاز شده و ادامه می یابد یکی از تأثیرگذارترین عوامل صمیمیت است. یکی دیگر از عوامل مهم در تقویت رابطه زناشویی ابراز تمایلات جنسی است که در تمام دوره زندگی مشترک وجود دارد و وابسته به رابطه جنسی نیست. به طور معمول زنان نسبت به مردان به این روابط صمیمانه و ابراز

۱. Sexual Intimacy

تمایلات جنسی بیشتر اهمیت می دهند. گفت و گو، نوازش کردن، درآغوش گرفتن، بوسیدن، ماساژ دادن، نوازش کردن موها، نوازش ملایم و مداوم می تواند زوجین را برای داشتن یک رابطه خوب و باکیفیت زناشویی آماده کند. صمیمیت^۱ یکی از نیازهای عمده زندگی زناشویی و یکی از ابعاد مثلث عشق از دیدگاه اشترنبرگ است. شور و اشتیاق^۲، تعهد و مسئولیت پذیری^۳ از دیگر ابعاد این مثلث می باشند.



تصویر ۵. مثلث عشق از دیدگاه اشترنبرگ (۱۹۸۶)

معمولا ابتدا جذابیت های ظاهری باعث ایجاد علاقه می شود و بعد از صمیمیت منجر به ایجاد تعهد و مسئولیت پذیری در طرفین می گردد. نکته مهمی که باید مورد توجه قرار بگیرد این است که این مثلث ممکن است در طی سال ها طول هر کدام از اضلاعش تفاوت نماید ولی مهم این است که این مثلث باید مثلث باقی بماند و هر سه ضلع آن وجود داشته باشد. صمیمیت زناشویی، احساس صمیمیت و راحت بودن با همسراست که واقعا به او علاقه وجود دارد. صمیمیت باعث می شود که زوجین به صورت باز، غیررسمی و راحت، احساسات خود را با هم در میان بگذارند. شناخت از تفاوت ها و شباهت ها موجب عمیق تر شدن صمیمیت می شود. رابطه زناشویی همراه با صمیمیت، موجب افزایش میزان رضایت از رابطه جنسی، امنیت، اعتماد، آرامش و دلبستگی زوجین نسبت به یکدیگر و گرمی کانون خانواده می شود. به طور کلی، زندگی مشترک اغلب با شور و احساسات قابل توجهی از سوی زوجین شروع می شود. همیشه این احتمال وجود دارد که گذشت زمان و جریان یافتن مسیر روزمره زندگی و به علاوه مواجهه با گرفتاری های معمول همچون مسائل شغلی، تحصیلی، اقتصادی و اجتماعی به کم رنگ شدن این احساسات و هیجانات اولیه منجر شود. گذشت زمان تغییرات دیگری را هم با خود به همراه دارد از جمله تغییرات بدنی و ظاهری و انواع بیماری ها یا محدودیت های جسمی و روان شناختی که به ویژه روابط جنسی زوجین را تحت تاثیر قرار می دهند؛ به عنوان مثال می توان از مواردی همچون دیابت، فشارخون، عوارض داروها، اختلالات اضطرابی یا افسردگی نام برد. در حالی که رابطه جنسی رضایت بخش می تواند

۱. Intimacy

۲. passion

۳. Commitment

باعث استحکام یک رابطه صمیمانه باشد، اما در همین حال نارضایتی در این حوزه می‌تواند به یک عامل ایجاد فاصله تبدیل شود. البته خود مشکلات جنسی زوجین نیز در موارد زیادی نشانه‌ای از وجود مسائل دیگری در روابط آنها است.

۴-۴. مکان مناسب

مکان برقراری ارتباط جنسی باید از مشخصه‌هایی برخوردار باشد مانند: یک رختخواب راحت، تمیز و مناسب که زوجین در آن احساس راحتی داشته باشند (البته زوجین برحسب سلیقه خود می‌توانند هر محل دیگری را که از مشخصات لازم برخوردار باشد به عنوان محل برقراری ارتباط زناشویی انتخاب نمایند)، (برخورداری از امنیت خاص، عاری بودن از حشرات و حیوانات موزی، نور، رنگ، دما و...) متناسب با نیاز زوجین در هنگام برقراری رابطه زناشویی همچنین در صورتی که زوجین نیاز به استفاده از هر چیز خاصی در زمان رابطه زناشویی دارند (آب آشامیدنی، دستمال کاغذی...)، این نیاز باید از قبل پیش بینی شده باشد تا آنان ناگزیر از ترک محل در هنگام ارتباط زناشویی نباشند. بدیهی است مکان مناسب و دلنشین به طور حتم آرامش و رضایت بیشتری را برای زوجین به همراه می‌آورد.

۴-۵. آمادگی برقراری رابطه زناشویی

برقراری رابطه زناشویی بین دو همسر نیازمند مقدماتی است که باید پیش از آغاز رابطه زناشویی مدنظر قرار گیرد. درک متقابل زوجین برای داشتن رابطه جنسی خوشایند و رعایت شرایط همسر برای تامین رضایت جنسی وی. نداشتن دغدغه فکری، نبودن نگرانی و استرس، نبودن اجبار، پیروی نبودن^۱، خسته نبودن^۲ و... می‌تواند بر رضایت جنسی زوجین تاثیر بگذارد.

سؤال:

• آیا شب زفاف مناسب‌ترین شب برای داشتن رابطه جنسی است؟ به نظر می‌رسد شب مراسم عروسی، زمان مناسبی برای اولین رابطه زناشویی نباشد. مخصوصاً اگر زوجین روز خسته‌کننده و پرمشغله‌ی را پشت سر گذاشته باشند.

۴-۶. رضایت از رابطه زناشویی^۳

رضایت از رابطه زناشویی می‌تواند جسمی، احساسی یا روانی باشد؛ برای مثال ممکن است زن برای برقراری رابطه زناشویی آمادگی کامل نداشته باشد، ولی به دلیل تمایل به برخورداری از ارگاسم احساسی بخواهد که رابطه زناشویی را برقرار کند. نقش احساسات و افکار را در روابط زناشویی نمی‌توان در نظر گرفت. قطعاً

۱. برقراری رابطه زناشویی در زمان عادت ماهیانه، هم به دلایل شرعی و هم به دلایل علمی ممنوع است.

۲. خسته بودن هر کدام از همسران سبب خواهد شد که آنها مراحل برقراری رابطه زناشویی را به درستی طی نکرده و بنابراین در دستیابی به ارگاسم و لذت جنسی با مشکلات بعدی روبرو شوند.

۳. Sex satisfaction

در یک رابطه خوب زناشویی همه این موارد باید مدنظر قرار گیرند. موارد سایکوسوماتیک مواردی است که در آن‌ها جسم به دلیل موارد مرتبط با روان فرد، از خود علائم بیماری نشان می‌دهد؛ برای مثال داشتن استرس طولانی مدت ممکن است خود را به این شکل نشان دهد که فرد برای مدت طولانی احساس سردرد داشته باشد و تا زمانی که فرد به متخصص مراجعه نکند یا اقدام درمانی مناسبی برای او انجام نشود، بهبود نمی‌یابد. بی‌خوابی نیز یکی از مشکلاتی است که می‌تواند به دنبال استرس بروز کند و به راحتی برطرف نشود. واکنش‌های جنسی در انسان، از نمونه‌های بسیار برجسته و در عین حال پیچیده تعاملات زیست‌شناختی و روان‌شناختی در آدمی محسوب می‌شوند. عجیب اینجاست که با وجود سابقه این واکنش‌ها به اندازه تاریخ زندگی بشر و البته مستندات تاریخی پراکنده در این خصوص، تا نیمه قرن گذشته میلادی توصیف علمی و کلاسیک مناسبی از این فرایندهای بیولوژیک و روان‌شناختی در دسترس نبوده است. مطالعات ویلیام مسترز و ویرجینیا جانسون (William Masters & Virginia Johnson) حداقل در نظم‌بخشیدن به درک متخصصان از پاسخ جنسی انسان بسیار حائز اهمیت بوده است، اگرچه با بهره‌گیری از فناوری‌های جدید، امروزه با جزئیات بیشتری روی این موضوع پژوهش می‌شود. ملاک‌های تقسیم‌بندی اختلال‌های کارکرد جنسی نیز کماکان بر همین اساس تنظیم شده است، البته با مختصری تغییرات پیشنهادی از سوی محققانی همچون کاپلان، پاسخ جنسی در انسان را با مراحل زیر توضیح می‌دهد:

الف) تمایل جنسی^۱

به لحاظ ادبی، کلمات متنوعی مترادف با عبارت Sexual desire به کار می‌روند. مثلاً: لیبیدو (libido)، علاقه (interest)، رغبت (urge)، اشتیاق (appetite)، هوس (lust) و غریزه (instinct) ولی این کلمات همیشه معادل میل جنسی نیستند و مفهومی مثل لیبیدو حتی بسیار پیچیده‌تر از صرفاً میل جنسی است. اصولاً ارائه تعریف برای مفاهیم ذهنی (Subjective) چندان آسان نیست. ولی به طور اجمالی، میل جنسی را می‌توان با تخیلات جنسی و میل به رفتار جنسی یا برقراری رابطه جنسی توصیف کرد. این میل تحت تأثیر عوامل زیست‌شناختی (به‌ویژه هورمونی) و متغیرهای روانی اجتماعی قرار دارد. البته رابطه هر دو عامل هورمونی و روانی اجتماعی با میل جنسی الزاماً همیشه مستقیم و خطی نیست. اصولاً تعیین محدوده طبیعی برای میل جنسی بسیار مشکل است و مقایسه زن و مرد در این خصوص با توجه به تفاوت‌های هورمونی بین دو جنس (از نظر نوع و زمان بندی ترشحی) و تأثیر عمیق مناسبات فرهنگی و اجتماعی بر میل جنسی (حداقل از نوع ابراز شده آن) کار را بسیار مشکل‌تر می‌کند. میل جنسی در افراد مختلف بر حسب سن، زمینه تربیتی و فرهنگی و مناسبات اجتماعی، تجارب فرد و همچنین عوامل زیست‌شناختی متفاوت است (حتی در یک فرد از زمانی به زمان دیگر)، اما تشخیص اینکه میل جنسی در فردی خارج از محدوده طبیعی است (کم یا زیاد) تنها از سوی متخصصان حوزه سلامت

۱. Sexual Desire

جنسی قابل طرح است. به ویژه برجسب‌هایی همچون سردمزاجی (Frigidity) در ادبیات امروز سلامت جنسی، دیگر رنگ باخته است و نباید برای تخطئه افراد به کار رود.

ب) برانگیختگی^۱

به دنبال تمایلات جنسی، اگر فرد وارد یک رفتار یا فعالیت جنسی شود، تحریکات دریافت شده از طریق حواس مختلف (بینایی، شنوایی، بویایی و لامسه) و از همه مهم‌تر دخالت مغز (به شکل افکار و تخیلات جنسی) باعث ایجاد تغییراتی در بدن می‌شوند که به آن‌ها می‌پردازیم. پیش از ذکر این تغییرات یادآوری یک نکته بسیار لازم است: اگرچه در بسیاری از منابع به توالی مراحل پاسخ جنسی عنوان «چرخه» داده شده است، ولی این به این معنا نیست که مثلاً برای برانگیختگی جنسی در یک فرد، الزاماً باید میل جنسی وجود داشته باشد.

برانگیختگی در مردان^۲

بارزترین تغییر بیولوژیک در جنس مذکر ایجاد نعوظ^۳ یا همان تورم و سفت شدن آلت است. برای تحقق چنین امری، سلامت و هماهنگی بین سیستم عصبی و سیستم عروقی بسیار حائز اهمیت است. از طرفی تحقق نسبی این فرایند برای امکان یک رابطه جنسی همراه با دخول^۴ الزامی است. یک جفت ساختار عروقی خاص که در آلت قرار دارد و به آن اجسام غاری^۵ گفته می‌شود به دنبال تحریک جنسی اجازه می‌دهند تا مقدار بیشتری خون در آلت تجمع کند و همین موضوع سبب ایجاد نعوظ می‌شود.

سایر تغییراتی که کمابیش با برانگیختگی جنسی ایجاد می‌شوند عبارت‌اند از:

- افزایش اندازه بیضه‌ها به علت پرخونی (تا ۵۰ درصد)؛
- کشیده شدن بیضه‌ها به سمت بالا؛

۱. Excitement

۲. شواهد آزمایشگاهی متقن نشان داده‌اند اثرات منفی سیگار بر باروری زن و مرد وسیع است. سابقه طولانی سیگار کشیدن منجر به انحلال سریع فولیکول‌های تخمدانی، تأخیر در بارداری، افزایش سقط خودبه‌خودی در باروری طبیعی یا درمان کمک باروری و همچنین نواقص مادرزادی می‌شود (Dorfman, ۲۰۰۸). در مردان نیز مصرف سیگار هم تحرک و هم تعداد اسپرم را کاهش می‌دهد. همچنین ارتباط بین مصرف طولانی سیگار و اختلال‌های نعوظ (اختلال در نعوظ و مشکلات روان‌کنندگی) به خوبی در مستندات علمی نشان داده شده است. اختلال در گردش خون شبکه وریدی آلت تناسلی زمانی بروز می‌کند که ۲۵ درصد از شبکه وریدی به دنبال مصرف سیگار تخریب شده باشد، در حالی که علائم قلبی زمانی که ۵۰ درصد رگ‌های کرونر تخریب شده باشد بروز می‌کند؛ از این رو بروز نشانه‌های اختلال جنسی خود به عنوان یک علامت خطر برای بیماری قلبی است. ۴۰ درصد مصرف‌کنندگان سیگار به طور منظم، دچار اختلال انزال هستند. اخیراً نتایج تحقیقات نشان داده‌اند ترکیبات تنباکو، نیکوتین و کربن مونوکسید و برخی رادیکال‌های آزاد در کاهش خون‌رسانی تأثیرگذار هستند و حتی مصرف یک سیگار هم می‌تواند بر نعوظ تأثیر بگذارد. مصرف سیگار تفننی هم منجر به کاهش عملکرد نعوظ تا حد ۲۰ درصد در قیاس با غیرسیگاری‌ها می‌شود. نتایج دیگر مطالعات هم نشان داده‌اند میزان بالاتر انزال زودرس در سیگاری‌ها ۴۰ درصد و در غیرسیگاری‌ها ۲۳ درصد دیده می‌شود و این میزان خطر انزال زودرس، به اندازه خطر ابتلا به دیابت است. گفتنی است تنباکو هم در زنان و مردان منجر به نقض در مرحله برانگیختگی می‌شود. غیر از آن برخی عفونت‌های آمیزشی و بیماری‌های ویروسی (ناهنجاری در آلت) می‌تواند با مصرف سیگار تشدید یابد.

۳. Erection

۴. Penetration

۵. Corpus Cavernosum

- لوبریکاسیون مجرای ادرار (ترشح مقداری مایع با خاصیت لغزنده سازی) که در مردان در مقایسه با لوبریکاسیون یا لغزنده سازی در زنان از اهمیت بسیار کمتری برخوردار است.
- افزایش ضربان قلب، میزان تنفس در دقیقه و فشارخون.

اگرچه اشاره شد که منابع مختلف حسی می توانند در برانگیختگی جنسی سهم داشته باشند و تأثیر محرک های مختلف در افراد مختلف می تواند تفاوت های جدی داشته باشد، ولی به هر حال از آنجایی که عمده پایانه های عصبی حساس در این خصوص در پوست آلت و به ویژه سطح زیرین آن و اطراف محل اتصال سرآلت به تنه آن قرار دارند، این منطقه را می توان حساس ترین قسمت به تحریکات جنسی تلقی کرد.

برانگیختگی در زنان

در زنان نیز تحریک جنسی از طریق حواس مختلف، به علاوه نقش عمده مغز (به عنوان مهم ترین عضو جنسی هر فرد) در تحلیل سیگنال های این حواس، باعث ایجاد تغییراتی می شوند که بارزترین آن ها افزایش ترشحات واژینال است (مرطوب و لغزنده شدن مخاط واژن یا لوبریکاسیون). میزان این ترشحات و کیفیت آن علاوه بر میزان تحریک جنسی، به اینکه فرد در چه زمانی از سیکل یا چرخه قاعدگی قرار دارد نیز بستگی دارد. معمولاً در فاز فولیکولار به ویژه تحت تأثیر هورمون استروژن این ترشحات حجیم تر، شفاف و آبکی تر است و در فاز لوتئال (نیمه دوم سیکل یا بعد از تخمک گذاری) تحت تأثیر پروژسترون، غلیظ تر و چسبناک تر خواهد بود. فرایند لوبریکاسیون، برخلاف آنچه درباره مردان ذکر شد، در زنان بسیار حائز اهمیت است، چراکه نه تنها ارتباط جنسی همراه با دخول را تسهیل و لذت بخش می کند، بلکه اصولاً تحریک جنسی پایانه های عصبی (مثلاً در کلیتوریس) در چنین شرایطی (با استفاده از رطوبت ایجاد شده در واژن) به مراتب مؤثرتر خواهد بود. حتی اگر ارتباط به قصد نزدیکی نباشد. از طرفی کلیتوریس^۱ به عنوان ارگانی مینیاتوری مشابه آلت مردانه که بافت عروقی خاصی دارد، به دنبال تحریک جنسی دچار پرخونی می شود، اما از آنجایی که عمده این بافت نعوظی در قسمت های عمقی تر دستگاه تناسلی قرار گرفته است، سر این عضو که در حالت عادی اغلب قابل مشاهده و لمس است به زیر استخوان عانه کشیده می شود (البته معمولاً کماکان در دسترس خواهد بود)^۲.

نکته مهمی که باید در اینجا به آن اشاره شود، باور غلطی است که در بسیاری از مردان وجود دارد مبنی بر اینکه واژن در یک خانم، عضوی بسیار حساس به تحریک جنسی و یا حتی حساس ترین قسمت دستگاه تناسلی است. برخلاف این باور نادرست، مخاط واژن از نظر پایانه های عصبی، بافتی چندان غنی محسوب نمی شود. تحریک واژن (با یا بدون نزدیکی) اگرچه می تواند خوشایند باشد، ولی توان برانگیختگی

۱. Clitoris

۲. در زنان مناطق حساس و تحریک پذیر در مرحله آماده سازی و تحریک شامل پستان ها و نوک آن، نرمة گوش، گردن، پشت گردن، لب ها، ران ها، باسن ها، کلیتوریس می باشد. کلیتوریس مهم ترین بخش اندام تناسلی برای رسیدن به ارگاسم و تحریک جنسی می باشد. بیش از دو سوم از زنان حتی در زمان نزدیکی برای رسیدن به ارگاسم به تحریک کلیتوریس نیاز دارند و این امری طبیعی است. در مردان، مناطق و اندام تحریک پذیر عبارتند از لب ها، آلت تناسلی بویژه سرآلت، بیضه ها، نوک سینه و گردن است.

محدودی دارد و در اغلب خانم‌ها نمی‌تواند فرد را تا حد رسیدن به ارگاسم یا اوج کامش^۱ یا همان اوج لذت جنسی یا به تعبیر عمومی، «ارضا شدن» پیش ببرد.

سایر تغییرات در زنان در این مرحله عبارت‌اند از:

- برآمده شدن نوک پستان‌ها و حجیم شدن آنها (تا ۲۵ درصد)؛
- پرخونی در لب‌های کوچک دستگاه تناسلی خارجی^۲ و تغییر رنگ آن‌ها (قرمز تیره)؛
- افزایش ضربان قلب، میزان تنفس در دقیقه و فشار خون؛
- کشیده شدن رحم به سمت بالا و تورم مختصر سرویکس؛
- بثورات قرمز رنگ روی شکم، سینه و گاهی در صورت (اغلب در زنان دارای پوست روشن)؛
- اتساع قسمت فوقانی واژن و انقباض یک سوم خارجی آن.

این تغییر آخر به خوبی نشان می‌دهد برخلاف نگرانی‌های رایج در خصوص سایز و اندازه آلت در مردان، طول آلت مردانه در تحریک جنسی زن چندان نقش مهمی ندارد و عمده تماس آلت با مخاط واژن در همین یک سوم خارجی اتفاق می‌افتد.

آشنایی هر یک از دو طرف با تغییرات این مرحله در شریک جنسی، کمک می‌کند آن‌ها بتوانند اثربخشی رفتار جنسی و عملکرد خود را ارزیابی کنند. البته یک زوج صمیمی باید بتوانند علاوه بر توجه به این سرنخ‌ها، درباره احساسات و آنچه می‌پسندند یا توقع دارند به راحتی با یکدیگر گفت‌وگو کنند و راهنمای یکدیگر باشند.

ج) آمیزش جنسی^۳

آمیزش جنسی (مقاربت) صرفاً یک رابطه جسمی (فیزیکی) نبوده و یک رابطه خاص است. این رابطه یک رابطه سطحی نبوده و نیازمند زیربنایی مستحکم است. احساسات، عواطف و تمایل متقابل و قوی زوجین، یکی از اجزای زیربنای این رابطه است. گاهی مرد خواستار برقراری رابطه جنسی است ولی این میل بطور همزمان در همسر او وجود ندارد. در تماس جنسی بین زن و شوهر توجه به این نکته ضروری است که رابطه زناشویی مانند یک مسافرت است. در هر مسافرت می‌توان به نکات و دانسته‌های تازه‌ای دست یافت. در این سفر زوج از هم بهره می‌گیرند و فقط به این مفهوم نیست که یکی از آنها از دیگری چیزی بگیرد و چیزی رادر اختیار دیگری قرار ندهد. اگر در این ارتباط فقط یکی از دو همسر از دیگری لذت ببرد، برای فرد متقابل چه رخ خواهد داد؟ بنابراین چنین رابطه زناشویی را نمی‌توان به عنوان یک رابطه مناسب و خوشایند در نظر گرفت. برقراری آمیزش جنسی نیازمند در نظر داشتن شرایط خاص مکانی، زمانی، شخصی و... است که رعایت نکردن هر کدام از آن‌ها می‌تواند سبب شود که آمیزش جنسی از کیفیت مطلوب خود برخوردار نبوده و هر کدام از دو همسر عدم رضایت و یا عدم دستیابی به اوج لذت جنسی را تجربه کنند.

۱. Orgasm

۲. Labia minor

۳. Sexual intercourse

معمولاً پس از اینکه تحریک و آماده‌سازی جنسی به طور کامل اتفاق می‌افتد، زن برای مقاربت به شوهر اعلام آمادگی می‌نماید، البته باید در نظر داشت که این یک قاعده کلی نیست و بویژه در آغاز زندگی مشترک شرم و حیا ممکن است مانع از آن شود که این اتفاق رخ دهد. ترشحاتی که در اندام تناسلی زن و نیز در دستگاه تناسلی مرد بوجود می‌آید باعث می‌شود که حالت روان‌کنندگی در دستگاه تناسلی ایجاد شده و برای مقاربت حالت تسهیل‌کننده داشته باشد. در صورتی که برقراری رابطه جنسی، بویژه در ارتباطات اول پس از ازدواج با مشکلاتی از قبیل خشک بودن و... روبرو شود، زوجین می‌توانند از روان‌کننده‌هایی که در داروخانه‌ها و فروشگاه‌های بهداشتی عرضه می‌شود بهره‌گیرند.^۱

در این مرحله زوجین در مقابل هم قرار گرفته و اندام تناسلی آنها نیز در مقابل هم قرار می‌گیرد. باید به خاطر داشت که صحبت‌های خوشایندی که در مراحل پیش از این آغاز شده بود، در این مرحله نیز باید ادامه پیدا کند. در این زمان مرد باید به آرامی و ملایمت اقدام به ورود آلت تناسلی خود به درون واژن زن نماید. باید دقت شود که انجام این کار حتماً به آرامی و ملایمت، فارغ از هرگونه حرکت سریع و خشونت صورت گیرد. مرد نباید سعی و تصور کند که همه آلت تناسلی باید در یک مرحله وارد واژن همسروی شود. ورود آلت تناسلی مرد باید مرحله به مرحله و با حرکات رو به جلو و عقب وی همراه باشد. در این حالت همسر نیز باید مشارکت داشته باشد و در این حرکات رفت و برگشت با شوهر خود همکاری نماید. این امر سبب می‌شود که زوجین با لذت بیشتری این مرحله از رابطه جنسی را تجربه نموده و هر دو نقش فعال ارایه نمایند. با ادامه این بخش از رابطه جنسی زن و شوهر به اوج لذت جنسی خود دست خواهند یافت.

د) ارگاسم^۲

در صورت ادامه تحریکات جنسی مناسب، برانگیختگی جنسی و تغییرات جسمی و روانی مرتبط با آن ادامه می‌یابد (به این وضعیت مرحله Plateau یا کفه (پیش زمینه ارگاسم) هم گفته می‌شود) تا به حداکثر ممکن برسد. رهاشدن ناگهانی از تنش جنسی ایجاد شده طی مرحله برانگیختگی را ارگاسم می‌نامند که البته در زبان و فرهنگ‌های مختلف با تعابیر متفاوتی از آن یاد می‌شود؛ مثلاً در جامعه ما عباراتی مثل «اوج لذت جنسی»، «ارضاشدن» یا «مست شدن» و... کاربرد دارد. خیلی از زوج‌ها در این خصوص ادبیات خاص خود را به کار می‌برند و در صورتی که هر دو طرف واقعاً بدانند راجع به چه چیز صحبت می‌کنند یا به چه وضعیتی اشاره می‌کنند این موضوع هیچ اشکالی ندارد و حتی گاهی برای غلبه بر خجالت در زوج‌هایی که هنوز صمیمیت کمتری در گفتمان جنسی بین خودشان دارند مفید است. حال ببینیم در این مرحله در هر یک از دو جنس چه تغییرات و نشانه‌هایی بروز می‌کنند.

۱. توجه به این نکته ضرورت دارد که حتی از آب می‌توان به عنوان روان‌کننده استفاده کرد. به جز آب، باید از روان‌کننده‌هایی استفاده کرد که فاقد هرگونه حالت دارویی باشند. بدیهی است استفاده از هرگونه دارو، بدون تجویز پزشک نه تنها ممکن است کمی به رابطه جنسی زوجین نکند، بلکه ممکن است باعث بوجود آوردن وابستگی‌های دارویی شود که لذت بردن طبیعی از رابطه جنسی را برای زوجین دشوار سازد.

علائم خاص در مردان

چهار تا پنج انقباض موزون پروستات، کیسه‌های منی و پیشابراه که به خروج جهنده و پرفشار (اغلب) مایع منی^۱ منجر می‌شود و در مجموع به آن انزال^۲ گفته می‌شود.

علائم خاص در زنان

۳ تا ۱۵ انقباض غیرارادی در یک سوم تحتانی واژن، عضلات کف لگن و رحم.

واکنش‌های نسبتاً مشترک در هر دو جنس

- رهایی از تنشی که در فاز برانگیختگی در عضلات مخطط ایجاد شده است. انقباضات عضلات پرینه، لگن و اسفنکتر مقعد؛
 - حرکات ارادی و غیرارادی گروهی از عضلات (صورت / اندام‌ها / اسپاسم کارپوپدال)؛
 - افزایش فشارخون و ضربان قلب و میزان تنفس در دقیقه و حتی تغییر الگوی تنفس؛
 - کاهش نسبی هوشیاری و واکنش‌های صوتی و گاه کلامی.
- همه این واکنش‌ها معمولاً با یک احساس لذت عمیق و رضایت جنسی همراه است.

درباره ارگاسم ذکر چند نکته لازم به نظر می‌رسد:

الف) اگرچه در مردان، «انزال» هم‌زمان با ارگاسم اتفاق می‌افتد، ولی این دو الزاماً به یک مفهوم نیستند. انزال به فرایند خروج مایع منی اشاره دارد، در حالی که ارگاسم شامل مجموعه واکنش‌های یادشده و احساس رضایت جنسی متعاقب آن است.

ب) اصولاً مخاط واژن در بیش از نیمی از خانم‌ها آن قدر تحریک‌پذیر نیست که بتواند به تنهایی در رسیدن به ارگاسم نقش نهایی را بازی کند؛ بنابراین، تأکید می‌شود هرگونه تحریک واژن (به شکل نزدیکی یا غیر آن) نهایتاً اغلب با تحریک غیرمستقیم یا مستقیم کلیتوریس است که می‌تواند برانگیختگی کافی برای رسیدن به مرحله ارگاسم را فراهم آورد. باید توجه داشت که تجربه ارگاسم در خانم‌ها متفاوت است و حتی این تجربه در طول زندگی زناشویی فرد نیز یکسان نمی‌باشد.

ج) برای طی مرحله برانگیختگی تا ارگاسم به‌ویژه در زنان، صبر و صمیمیت دو عامل اساسی هستند. مرحله برانگیختگی در مردان با تحریک مناسب ممکن است تنها به دو تا سه دقیقه زمان نیاز داشته باشد، در حالی که همین مرحله در زنان حتی با وجود تحریک مناسب (نه صرفاً معاشقه) ممکن است حتی به ۱۵ تا ۲۰ دقیقه زمان نیاز داشته باشد. از طرفی، علاوه بر آنکه یک مرد باید به کلیه تغییرات و واکنش‌های همسر خود به عنوان یک سرنخ از مؤثر بودن اقدامات خود در مرحله برانگیختگی توجه و دقت کافی داشته باشد، باید بتواند از راهنمایی، ارتباط کلامی و غیرکلامی همسرش نیز بهره‌مند شود. این موضوع نیاز به

۱. Semen

۲. Ejaculation

صمیمیت فراوان زوج دارد و اینکه هرکدام خود و طرف مقابل را شایسته برخورداری از لذت جنسی بدانند و نسبت به این موضوع متعهد و مسئولیت پذیر باشند.

۵) فرونشینی^۱

در این مرحله، تغییرات ایجادشده در مراحل گذشته به وضعیت معمول بدن برمی‌گردد و اغلب همراه با احساس آرامش و تمدد عضلات است. وقتی برانگیختگی با رسیدن به ارگاسم همراه بوده باشد، این مرحله سریع‌تر به پیش خواهد رفت و در غیر این صورت ممکن است حتی به ساعت‌ها زمان نیاز داشته باشد و البته گاه به‌ویژه در خانم‌ها ایجاد تحریک‌پذیری و ناراحتی‌هایی مثل احساس درد خفیف یا سنگینی در ناحیه کمر و لگن نماید (این موضوع برخلاف برخی باورهای رایج، سلامتی را با خطری جدی مواجه نمی‌کند و تنها مقداری ناراحت کننده است).

یکی از نکات مهم بعد از طی شدن این مرحله، حالات و نیازهای روحی زن و مرد است. اغلب زنان بعد از یک تجربه جنسی از همسر خود توقع دارند تا تماس فیزیکی (در آغوش گرفتن، نوازش و...) را به یک باره قطع نکند و صمیمیت و محبت خود را در کلام و رفتار بروز دهد. البته این نیاز از سوی بسیاری از مردان نیز گزارش شده است، ولی آقایان عمدتاً به واسطه آزادی اندورفین‌ها (مواد شبه مورفینی که بدن به شکل طبیعی تولید می‌کند) تمایل قابل توجهی به خواب پیدا می‌کنند. این اختلاف در طبیعت زن و مرد اگر به رسمیت شناخته نشود، می‌تواند باعث ایجاد سوءتفاهم‌های بسیار آزاردهنده شود. مردی که ناگهان تماس جسمی و عاطفی خود را قطع می‌کند و زنی که توقع دارد مرد خواب‌آلود مدت‌ها به عشق و رزوی ادامه دهد، هر دو این پیام را به طرف مقابل می‌فرستند که نیازهای تو برای من قابل درک یا اصلاً مهم نیست. پس چه خوب که این نیاز متقابل به خوبی درک شود و همچنین از هر دو سو مهم تلقی شود.

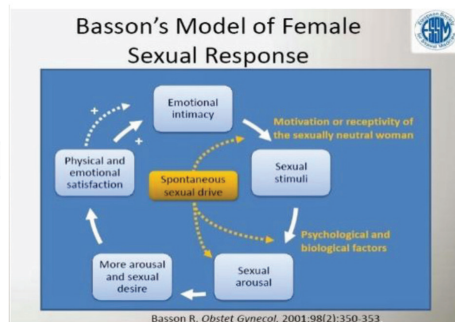
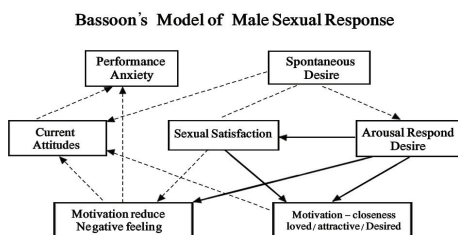
نکته مهم دیگری که باید به آن اشاره شود این است که پس از ارگاسم در مردان، تا مدت‌زمان خاصی (از چند دقیقه در جوانان تا چند ساعت یا حتی یک روز در سالمندان) تحریک مجدد جنسی نمی‌تواند به ایجاد نعوظ و انزال مجدد بینجامد. این دوره زمانی را یا دوره بی‌پاسخی^۲ می‌نامند. این مدت‌زمان در زنان تقریباً وجود ندارد و حتی پس از ارگاسم، در صورت تحریک جنسی مناسب، دستیابی به ارگاسم‌های متعدد امکان‌پذیر است که بهره‌گیری از این ویژگی نیز به تصمیم و خواست خود زوجین بستگی دارد. اگرچه الگو چرخه پاسخ جنسی به طور وسیعی استفاده شده است؛ اما انتقادات جدی نیز به آن وارد شده است. این الگو، عملکرد جنسی را خیلی مقید به مراحل فیزیولوژیک کرده است، در حالی که در عمل همیشه این‌گونه نیست؛ مثلاً توانایی در رسیدن به ارگاسم حتی در زنان هم مستلزم داشتن تمایل جنسی قبلی نیست.

مطالعات و شواهد مختلف نشان داده‌اند ملاحظات و نیازهای جنسی از دیدگاه زنان می‌توانند تفاوت‌های درخور توجهی داشته باشند. صمیمیت، عواطف، ارتباط و گفت‌وگو مناسب، تعهد، باردار شدن و بالارفتن سن

۱. Resolution

۲. Refractory period

نمونه‌هایی از این ملاحظات هستند که در مدل‌های فیزیولوژیک جایگاهی برای آن‌ها دیده نشده است. با توجه به دلایل ذکر شده، بعد از سال ۲۰۰۰ میلادی الگوهای دیگری نیز به منظور پاسخ به برخی از این کاستی‌ها ارائه شد که الگو خانم Basson (۲۰۰۱) یکی از مقبول‌ترین آن‌هاست. در این الگو تأکید می‌شود که اگرچه بسیاری از افراد میل جنسی خود به خودی را تجربه می‌کنند، ولی در برخی افراد یا موقعیت‌ها، شخص ممکن است به دنبال یک برانگیختگی قبلی (مثل دریافت یک شاخه گل یا یک کلام محبت‌آمیز و...) میل جنسی را در پاسخ به آن احساس کند. به علاوه اگر این میل به تعاملی جنسی انجامید، میزان صمیمیت درک شده و همچنین رضایت جنسی فراهم شده (بدون آنکه بخواهیم آن را در تجربه ارگاسم خلاصه کنیم) تعیین‌کننده مهمی در ادامه تعامل زوجین در آینده است. به این مفهوم که در صورت احساس صمیمیت و رضایت جنسی، فرد تمایل پیدا می‌کند که چنین تجربه خوشایندی را در آینده نزدیک تجربه کند (درست مثل هر تجربه خوشایند و لذت‌بخش دیگری). به همین دلیل نیز الگوی چرخه پاسخ جنسی (و نه خطی) می‌دانند (Master et al ۱۹۶۶, Basson R, ۲۰۰۱).



تصویر ۶. چرخه پاسخ جنسی در زنان و مردان

در اینجا لازم است به رابطه جنسی ایمن و رابطه جنسی غیر ایمن اشاره نمود. برقراری رابطه بین پسر و دختری که عقد کرده اند و در واقع زن و شوهر هستند، از نظر شرعی هیچ منعی ندارد. باید دقت کرد که ایمن و غیر ایمن را باید از متعارف و غیر متعارف تفکیک نمود. رفتار جنسی که با رضایت دو همسر انجام می‌شود، مساله خصوصی آنها بوده و باید محترم شمرده شود. رابطه جنسی غیر ایمن رابطه‌ای است که یکی از دو همسر یا هر دوی آنها در بی این تماس جنسی در معرض ابتلای به بیماری‌های قابل انتقال از طریق تماس جنسی قرار گیرند. لازم به ذکر است که مصادیق بسیار زیادی را می‌توان در ارتباط با روابط جنسی غیر ایمن برشمرد و این روابط به عناوین مختلف خواهد توانست هر کدام از ابعاد سلامت و سلامت باروری فرد را تحت تاثیر قرار دهد.

برخی سؤال‌های رایج

• چه عاملی باعث می‌شود ادرار و منی هم‌زمان با هم خارج نشوند؟ با توجه به اینکه پروستات در قاعده مثانه قرار گرفته است، قسمتی از آن به شکل عضله است که در زمان انزال به بخش خروجی مثانه فشار می‌آورد و باعث می‌شود از خروج ادرار جلوگیری شود.

• آیا پاره شدن پرده بکارت حتماً با خون‌ریزی همراه است؟ پرده بکارت 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. در برخی از افراد ممکن است به دلیل ارتجاعی بودن خونریزی اتفاق نیفتد.

• آیا بزرگ بودن آلت تناسلی مرد بر تحریک واژن زن تأثیر دارد؟ بزرگ بودن آلت تناسلی بر تحریک واژن زن تأثیر ندارد، زیرا میانگین طول مهبل / واژن زنان حدود ۸ تا ۹ سانتی‌متر و اندازه آلت مردان حدود ۱۲ تا ۱۳ سانتی‌متر است، بنابراین یک تا دو سانتی‌متر کوچک‌تر یا بزرگ‌تر بودن آلت آقایان اصولاً تأثیری در میزان تحریک واژن ندارد، زیرا به طور طبیعی اندازه آلت دو تا سه سانتی‌متر از طول واژن بیشتر است؛ بنابراین، باید به زوجین تأکید کرد بسیاری از تبلیغات مرتبط با این مسئله فریبده است و زوجین بدون نیاز به هرگونه مداخله می‌توانند رابطه جنسی لذت‌بخشی داشته باشند.

• با توجه به اینکه ما عفونت نداریم، آیا در زمان پیروی می‌توانیم تماس جنسی داشته باشیم؟ با توجه به اینکه در دستگاه تناسلی خانم‌ها و آقایان همیشه میکروب وجود دارد، احتمال عفونت همواره وجود خواهد داشت. این احتمال عفونت در دوران قاعدگی با توجه به باز بودن دهانه رحم و نیز پر خون بودن اندام تناسلی خانم‌ها بیشتر خواهد شد.

• استفاده از شیوه‌های نامتعارف تماس جنسی چه عواقبی دارد؟ استفاده از شیوه‌های نامتعارف رابطه جنسی برای پیشگیری از لقاح، همانند تماس جنسی مقعدی و همچنین تماس جنسی واژینال در زمان پیروی، احتمال خطر عفونت شدید و نازایی را افزایش می‌دهد و توصیه نمی‌شود.

نکته مهم: باید به زوجین یادآوری کرد **تماس جنسی** در زمان پیروی از نظر دین مبین اسلام حرام است. تأکید کنید در دین اسلام مسئله سلامتی از ارزش والایی برخوردار است. تحت تأثیر همین نگاه جامع و با توجه به اینکه در این دوران ابعاد مختلف سلامت زن تحت تأثیر قرار می‌گیرد، می‌توان به این نتیجه رسید برقراری چنین رابطه‌ای حرام دانسته شده است. از نظر علمی با توجه به اینکه در زمان پیروی دهانه رحم باز و لایه‌ها در حال ریزش است و نیز بیشتر عفونت‌ها از پایین به بالا انتقال پیدا می‌کند، امکان عفونت رحم، لوله‌ها، تخمدان‌ها و چسبندگی و ناباروری وجود دارد که به همین دلیل از نظر علمی نیز تماس جنسی در این دوره زمانی نباید اتفاق بیفتد.

یک عامل دیگر نیز که باید به آن توجه کرد، خوب بودن وضعیت روانی و اجتماعی همسراس است. وقتی تماس جنسی خوب است که هر دو همسر وضعیت روانی مناسبی داشته باشند. با توجه به اینکه بسیاری از خانم‌ها در این دوران آمادگی جسمی و ذهنی برای برقراری ارتباط جنسی ندارند، باید از تماس جنسی

در این دوران پرهیز کرد.

مربیان به دانسته‌های اساسی زوجین شامل ۵ م تأکید کنند:

من و همسر (ما): ما از نیازها و ویژگی‌های خود مطلع هستیم.

محبت: از شیوه و زمان مناسب برای ابراز علاقه به همدیگر، آگاه هستیم.

مدیریت: من و همسر رابطه زناشویی را یکی از اولویت زندگی زناشویی می‌دانیم و برای داشتن رابطه

جنسی لذت‌بخش و بچه‌دار شدن برنامه داریم.

مهارت: برای برقراری ارتباط با همسر خود، مهارت و دانش کافی داریم.

مراقبت: از احساسات و نیازهای همسر خود آگاه هستیم و از همدیگر مراقبت می‌کنیم.



فصل چهارم: سلامت باروری و فرزندآوری

اهداف یادگیری

- در پایان فصل انتظار می رود مربی به اهداف زیر دست یابد:
- با اهمیت برنامه ریزی برای فرزندآوری به عنوان اولویتی مهم در زندگی زناشویی زوجین، آشنا شود؛
 - پیامدهای حاصل از تأخیر در فرزندآوری را بداند؛
 - به درک و آشنایی زوجین برای دریافت اهمیت شیوه زندگی سالم برای داشتن باروری سالم تر، کمک کند.



مقدمه

در این فصل اهمیت آموزش زوجین برای بهبود شیوه زندگی، باروری سالم و همچنین فواید فرزندآوری به اختصار توضیح داده می‌شود. لازم است توضیحاتی شفاف با توجه به نیازهای زوجین در زمینه شیوه زندگی باروری سالم به زوجین ارائه شود.

فیزیولوژی باروری

در هر سیکل قاعدگی (معمولاً ماهی یک بار) یک تخمک آزاد شده و به وسیله لوله‌ها به رحم منتقل می‌شود. اگر تماس جنسی در این محدوده زمانی اتفاق بیفتد، تخمک با اسپرم تماس پیدا کرده و لقاح انجام می‌شود. قطع قاعدگی می‌تواند اولین علامت بارداری باشد و بنابراین باید به آن دقت کرد. جنس جنین در زمان لقاح مشخص می‌شود.

از نظر کروموزومی باید به این مسئله توجه داشت که تخمک همواره کروموزوم X دارد و اسپرم می‌تواند یکی از کروموزوم‌های X یا Y داشته باشد. در هر بار انزال هر دو نوع اسپرم از کیسه‌های منی آزاد می‌شوند و بسته به نوع اسپرم (اسپرمی که کروموزوم X دارد یا اسپرمی که کروموزوم Y دارد) جنسیت جنین مشخص می‌شود. البته فاصله زمانی تماس جنسی از آزاد شدن تخمک، محل ملاقات اسپرم^۱ و تخمک و غیره از عوامل دیگری هستند که روی تعیین جنس جنین تأثیر می‌گذارند. پس از لقاح، لانه‌گزینی روی دیواره رحم انجام می‌شود و از آن به بعد سلول تخم یا جنین ایجاد شده، رشد می‌کند و هم‌زمان با آن مایع جنینی و پرده‌های جنینی ایجاد می‌شود و جنین تا زمان زایمان که معمولاً حدود ۲۸۰ روز بعد از لقاح است رشد می‌کند و پس از آن زایمان انجام می‌شود.

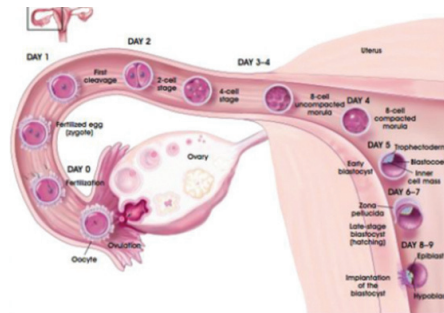
به طور کلی در توضیح فرایند بارداری و رشد جنین باید مری سه مقطع زیر را به خاطر داشته باشد که اگر با پرسش‌گیرنده خدمت روبه‌رو شد، در همین حدی که نوشته شده است (و نه بیشتر) به او پاسخ دهد.

- در سه ماهه اول رشد بخش‌های مهم، مانند مغز اتفاق می‌افتد؛
- در سه ماهه دوم رشد اندام‌ها و نیز اندام جنسی است که تعیین جنسیت جنین را ممکن می‌کند؛
- در سه ماهه سوم عمدتاً بزرگ شدن اعضا و اندام رخ می‌دهد

۱. بهترین روش در کلاس از واژه نطفه مرد استفاده شود. البته اگر مری اطمینان دارد که همه افراد حاضر در کلاس معنی کلمه اسپرم را می‌دانند، می‌تواند از کلمه اسپرم استفاده کند.



تصویر ۱- روند باروری و رشد جنین



اهمیت مراقبت های پیش از بارداری در تامین سلامت مادر و نوزاد، مراقبت های دوران بارداری، ترجیح زایمان طبیعی به سزارین و پیشگیری از بارداری از نکات مهم این بخش است. همچنین تأکید گردد که انجام زایمان در محل و شرایط ایمن مانند بیمارستان یا زایشگاه و تحت نظر فردی ماهر مانند ماما یا پزشک صورت گیرد؛ برای مثال درباره اولویت زایمان طبیعی به سزارین تنها گفته شود که «زایمان طبیعی بسیار بهتر از سزارین است».

- درباره فرزندآوری به این توضیح تأکید شود که اگر زوج در آغاز زندگی مشترک خواهان فرزنددار شدن هستند، سه ماه پیش از بارداری برای مراقبت های پیش از بارداری مراجعه کنند. همچنین به زوجین هشدار داده شود که تاخیر در فرزندآوری ممکن است باروری آن ها را در سنین بالاتر، مختل کند. بنابراین زوج باید کاملاً هوشیار باشند که این فرصت ها را از دست ندهند.
- سن بارداری براساس اولین روز آخرین قاعدگی اندازه گیری می شود و در صورت نبود اطمینان با استفاده از سونوگرافی تعیین می شود. به خانم ها توصیه شود که بهتر است این تاریخ را یادداشت نمایند.
- درباره اهمیت مراقبت های دوران بارداری می بایست گفته شود که مراقبت های بارداری برای تضمین سلامت مادر و کودک در آینده بسیار مهم است و مادر می بایست از ابتدای بارداری تحت این مراقبت ها قرار گیرد. اکثریت قریب به اتفاق زنان باردار می توانند زایمان طبیعی کم درد یا بی دردی داشته باشند و نباید اصراری برای انجام سزارین در موارد غیر ضروری وجود داشته باشد.

چند پرسش شایع

سقط خودبخودی

سقط خودبخودی، ختم خودبخودی و زود هنگام بارداری پیش از هفته ۲۲ بارداری (قبل از ۵ ماهگی) تعریف می گردد و در ۱۰-۲۰ درصد حاملگی ها اتفاق می افتد. علل متعدد از جمله بیماری های ارثی، ناهنجاری های جنینی، بیماری های عفونی، شکل غیرطبیعی رحم مانند رحم های دوشاخ، استرس، ضربه ممکن است در بروز سقط دخیل باشند.

خون ریزی، درد کمر و درد زیر شکم از علائم معمول سقط است. میزان خونریزی خفیف تا شدید است. در صورت بروز این علائم لازم است هر چه سریع تر به نزدیکترین مرکز درمانی مراجعه نماید. سقط های متعدد نیاز به بررسی بیشتر دارند. لازم است قبل از تصمیم به بارداری مراقبت قبل از بارداری صورت گیرد و اسید فولیک روزانه میزان ۵/۰ میلی گرم مصرف شود. در صورت موارد تهدید به سقط در حاملگی بعدی حتماً تحت

نظر باشد. سقط‌های متعدد با افزایش احتمال زایمان زودرس (یعنی زایمان قبل از ۳۷ هفته) همراه است.

برخی از عوارض سقط شامل موارد زیر است:

- **عفونت:** به ازای ۱۰ نفر یک زن دچار عفونت رحمی می‌شود.
- **بقایای حاملگی:** بقایای حاملگی در رحم به ازای ۲۰ مورد یک مورد خواهد بود.
- **تداوم حاملگی:** در کمتر از یک مورد به ازای هر ۱۰۰ مورد همچنان حاملگی ادامه دارد.
- **خون‌ریزی شدید:** به ازای هر هزار نفر در یک نفر سقط با خون‌ریزی شدید اتفاق می‌افتد که نیاز به انتقال خون دارد.
- **آسیب سرویکس و دهانه رحم:** به ازای هر ۱۰۰ جراحی، در یک مورد به سرویکس آسیب وارد می‌شود.
- **آسیب به رحم:** به ازای هر ۲۵ تا هزار مورد جراحی، یک نفر دچار آسیب رحم می‌شود و در کمتر از یک مورد در هزار نفر سقط، در ۱۲ تا ۲۴ هفته حاملگی، رحم آسیب می‌بیند.
- از عوارض سقط می‌توان ناباروری را ذکر نمود.

در برخی موارد سقط عمدی است و دلیل آن ممکن است بارداری برنامه‌ریزی نشده یا شکست در استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری باشد اینگونه سقط‌ها غیرشرعی و غیرقانونی می‌باشند و در بسیاری از موارد غیر بهداشتی انجام می‌گردد. سقط عمدی از جنبه‌های مختلف جسمی و روانی عوارضی را به دنبال دارد که می‌توان به آسیب به رحم و دهانه رحم، عفونت، خونریزی و آسیب به جنین و حتی ناباروری اشاره نمود یکی از عوارض روانی سقط عمدی، افسردگی است. بدیهی است در مواردی که زوجین به سقط عمدی فکر میکنند باید در اولین مرحله ضمن مشاوره برای تداوم بارداری به آنها کمک کنند تا بتوانند نقش والدینی مناسبی را ایفا نمایند. لازم به یادآوری است کودکان حتی در مرحله جنینی و اوان زندگی داخل رحمی، حق زندگی و مراقبت دارند. از این رو والدین و مراقبین سلامت مکلف هستند از وی محافظت و مراقبت نمایند. زوجین در صورت بارداری و نگرانی، حتما نیاز است تحت مشاوره قرار گیرند. متأسفانه، معدود افرادی ممکن است پس از مطلع شدن از بارداری تصمیم به ختم آن بگیرند. این اقدام در همه ادیان غیرمجاز است. لازم به ذکر است در قوانین ایران، سقط در هر مرحله از تکامل جنین مشمول مجازات و دیه می‌شود. همچنین اقدام به این امر سلامت زن را از لحاظ جسمی، روانی و اجتماعی تهدید می‌نماید.

علائم هشدار زیر به زوجین توضیح داده شود:

- درد و خون‌ریزی به اندازه پی‌ریود مشکلی ندارد؛ اما طول خونریزی به مدت بیشتر از دو هفته، شدید و دفع لخته و مصرف یک یا دو پد در ساعت برای بیشتر از دو ساعت؛
- درد شدید که با مسکن تسکین پیدا نکند؛
- در صورت بروز این عوارض مجدداً لازم است اقدام درمانی انجام گیرد.

فرزندآوری: یک مکانیسم طبیعی برای داشتن دوره باروری سالم در زنان و مردان

همچنان که کسب آرامش زناشویی نیاز به دانش و مهارت و برنامه‌ریزی زوجین در این امر دارد، فرزندآوری هم واقعه مهمی در زندگی خانوادگی زوجین است که نیاز به دانش، باور و مهارت در برنامه‌ریزی برای بچه‌دار شدن و تولد نوزاد سالم دارد. نداشتن اطلاعات کافی و داشتن باورهای غلط و نبود مهارت در آماده‌سازی خود و زوج برای بچه‌دار شدن ممکن است منجر شود که زوجین تصمیم جدی برای فرزندآوری نگیرند و فرصت‌های طلایی برای داشتن بچه سالم‌تر را از دست بدهند یا ممکن است پس از باروری تصمیماتی نادرست برای ادامه بارداری و ایفا نکردن نقش پدری و مادری و همچنین تعارضات زناشویی اتخاذ کنند. نقش مربی در کسب دانش و تغییر نگرش و باورهای غلط زوجین و همچنین در تصمیم‌گیری درست و به موقع برای فرزندآوری حائز اهمیت است.

مطابق با تحقیقات، با تأخیر بیشتر در فرزندآوری، دوره باروری زوج به ویژه در زن کاهش می‌یابد. طبق نتایج اخیر شیوع ناباروری یا احتمال ناباروری، در زنان ۲۵ ساله، یک 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 در سال اول، در ۳۰ سالگی باردار می‌شوند و این احتمال در ۳۵ سالگی به ۶۶ درصد کاهش و در سنین بالاترین نسبت بیشتر کاهش می‌یابد. فرصت طلایی برای باردار شدن ۲۰ الی ۳۰ سالگی است.

متأسفانه اکثر زوجین از عامل مهم سن باروری مطلع نیستند و برای بچه‌دار شدن برنامه‌ریزی نمی‌کنند و بعدها که قصد فرزندآوری دارند، ممکن است با مسئله ناباروری مواجه شوند. مطالعات نشان داده‌اند ۵۰ درصد زنان از عواقب حاملگی دیررس و خطر تولد نوزاد مرده، چندقلویی، زایمان زودرس و نواقص مادرزادی اطلاع ندارند. خطر حاملگی نابجا 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 (Barclay and Myrskylä, ۲۰۱۶).

افزایش سن مرد روی کیفیت و کمیت اسپرم اثرگذار است و خطر برخی بیماری‌ها را 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 بچه‌دار 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 افزایش چهاردرصدی به صورت نداشتن دائمی فرزند در جمهوری چک و هفت درصدی در اسپانیا شده است.

تحقیقات اخیر نشان داد زوجینی که فقط قصد تولد یک بچه را داشتند در ۵۰ درصد موارد در سنین بالا برای بچه‌دار شدن تلاش کردند و در عین حال روش‌های درمان ناباروری هم موفقیت‌آمیز نبوده است، اما

زنانی که در برنامه زندگی زناشویی خود قصد تولد سه فرزند را داشتند در ۹۰ درصد شانس بچه دار شدن داشتند. هرچه این قصد به ۲۳ سالگی نزدیک تر بوده این شانس بیشتر شده است (Beaujouan and Sobotka, ۲۰۱۷; Billari et al., ۲۰۱۰; Gustafsson, ۲۰۰۱). از سوی دیگر، فرزندآوری در سنین مناسب می تواند دوره باروری سالم تری را برای زن تضمین کند که به تفصیل در زیر به آن اشاره شده است (Garrison et al., ۱۹۹۷).

شواهد متقن دال بر این است که بارداری، اثر حفاظتی در برابر سرطان های زنان دارد. 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 می دهد (Namiranian et al., ۲۰۱۴). پژوهش های طولی و کوهورت هم نشان می دهد زنانی که سابقه بارداری و زایمان نداشته اند نسبت به سرطان پستان و افزایش بروز بیشتر سرطان خطر پذیرترند. مطالعات نشان داده اند، هرچه سن زن در اولین بارداری نزدیک به ۲۰ سالگی باشد خطر ابتلا به سرطان پستان تا ۵۰ درصد کاهش می یابد. اثر محافظتی استروژن، اکسی توسین و پروژسترون در زمان بارداری و شیردهی، علاوه بر اثرات حفاظتی در برابر کاهش سرطان پستان، تخمدان و فیبروم بر سلامت روان شناختی زن هم تأثیرگذار است. نتایج برخی تحقیقات نشان داده است مادر شدن در سنین پایین تر منجر به داشتن شجاعت بیشتر در مراقبت از فرزند و اعتماد به نفس بیشتر و افسردگی کمتر در دوره مادر شدن در زنان می شود. برخی مطالعات هم تأثیر مثبت تجربه مادر شدن را بر رشد شناختی و مغزی زن نشان داده اند. برخلاف تصور عام که بارداری و شیردهی را منجر به ضعف شناختی می دانند، نتایج تحقیقات روان شناسی نشان داده اند 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 داده اند با احتساب شرایط اقتصادی و اجتماعی زنان و مردان، خانواده هایی که فرزند دارند، از سلامتی روان بیشتر و نشاط خانوادگی برخوردار هستند؛ بنابراین، تصمیم گیری برای فرزندآوری در سنین پایین تر احتمال تشخیص زودتر مسائل ناباروری برای زوجین را فراهم می کند و با هزینه کمتر و موفقیت بیشتر درمان همراه است. با توجه به اهمیت بارداری در زمان مناسب برای خانواده و برای پیشگیری و کاهش مشکلات ناشی از به تاخیر انداختن آن موارد زیر را مد نظر قرار دهید:

۱. خانم هایی که تولد فرزند را به تاخیر می اندازند در خطر ناباروری هستند و توان باروری در خانم ها از سن ۳۵ سالگی به طور مشخصی کاهش پیدا می کند.

۲. در زوجینی که به مدت یک سال خواهان فرزند بوده و نزدیکی منظم بدون استفاده از روش پیشگیری از بارداری داشته اند و باردار نشده اند بایستی بررسی از نظر ناباروری صورت گیرد. در خانم های بالاتر از ۳۵ سال، این بررسی باید بعد از ۶ ماه صورت گیرد. به خاطر داشته باشید که زودتر از زمان های گفته شده نیازی به مراجعه 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 افزایش می یابد.
 ۴. تاخیر در فرزندآوری با عوارض بارداری و زایمان همراه است و خانواده‌هایی که در سنین بالا اقدام به فرزندآوری می کنند باید به این مسایل دقت داشته باشند و از مراقبت های لازم برخوردار شوند.
 ۵. هر فردی که در سنین باروری است بایستی در زمینه عوارض بارداری ناشی از بالا رفتن سن آگاه باشد تا آگاهانه در زمینه زمان فرزند آوری تصمیم بگیرد.
- به طور مختصر باید گفت در بررسی ناباروری زن و شوهر لازم است هر دو با هم بررسی شوند.

ازدواج: فرصتی برای تغییر در رفتار و شیوه زندگی زوجین

در حال حاضر مهم‌ترین مسئله سلامتی، رفتارهای غیربهداشتی، تغذیه ناسالم و کم‌تحركی است که منجر به افزایش ابتلای افراد به بیماری‌های قلبی-عروقی، فشارخون، دیابت و سرطان در سطح دنیا و همچنین ایران شده است. متأسفانه سن ابتلا به این بیماری‌ها در زنان و مردان کاهش یافته است. رفتارهای تغذیه‌ای ناسالم و کم‌تحركی، مصرف سیگار و الکل، از جمله رفتارهای ناسالم هستند که در ابتلا به فشارخون و دیابت بیشترین اثر را دارند. وضعیت باروری و هورمونی زنان و مردان نیز بیش از دیگر اعضای بدن در معرض تهدید هستند. شروع زندگی مشترک فرصتی طلایی برای تغییر رفتارهای ناسالم در زوجین است. شواهدی دال بر این است که ازدواج و شریک زندگی نقش کلیدی در تغییر رفتارهای ناسالم دارد؛ بنابراین، کسب دانش و مهارت خودمراقبتی برای طول عمر و نسل سالم‌تر حائز اهمیت است.

پیام کلیدی:

- ازدواج بهترین فرصت برای بهبود شیوه زندگی برای زوجین است.
- زوجین می‌توانند برای اینکه زندگی جنسی و باروری سالم‌تری داشته باشند همدیگر را ترغیب کنند.

تنظیم وزن و فعالیت فیزیکی و رژیم غذایی سالم پیش‌نیاز اساسی زندگی سالم است. عارضه چاقی و اضافه‌وزن از مهم‌ترین مسائل سلامت باروری زنان و مردان است. اکثر مطالعات نشان داده‌اند در ایران و دیگر کشورها با بسیاری از بیماری‌ها از قبیل بیماری قلبی، سرطان، سکنه قلبی و دیابت ارتباط مستقیم با عادات بد غذایی و اضافه وزن دارد (Danaei et al., 2009). برخی دیگر عادات غذایی مانند محدودیت جدی در رژیم غذایی، همانند بولیمیا و آنورکسیا هم خطرات جدی هم برای فرد و هم در روابط بین فردی / زناشویی دارد (Berg et al., 2001). زوجین می‌توانند نقش کلیدی در ترویج استفاده از غذای سالم در سفره خانواده و همچنین ترویج عادات غذایی مناسب در خانواده ایفا نمایند و با ایجاد فضای صمیمی فرصت خوبی برای رفع عادات بد غذایی خود فراهم نمایند و برای تغییر این عادات محیط آرام و خوشایند حمایتی را برای همدیگر فراهم نمایند. (Wrzesniewski et al., 2003).

در زنان اضافه وزن و چاقی بر عملکرد باروری و قاعدگی اثرات سوء دارد و منجر به عدم تخمک گذاری و ناباروری می شود. رژیم ناکافی و فاقد کالری کافی و پروتئین، منجر به لاغری و در مقابل مصرف زیاد کالری منجر به اضافه وزن و چاقی می شود که بر عملکرد تخمدان و افزایش ناباروری زن تأثیر می گذارد. گزارش های اخیر نشان داده اند در زنان با شاخص توده بدنی بیش از ۲۵ کیلوگرم / مترمربع و بالعکس با شاخص توده بدنی کمتر از ۱۹ کیلوگرم / مترمربع احتمال موفقیت درمان ناباروری کمتر است، همچنین نیاز بیشتر به گنادوتروپین ها و احتمال بیشتر سقط وجود دارد. شاخص بالای توده بدنی نیز با فشارخون بارداری، زایمان زودرس و دیابت همراه است. این اختلال هادر تخمدان پلی کیستیک شایع است و منجر به افزایش فشارخون، بیماری قلبی، مقاومت در برابر انسولین و اشکال در بلوغ اووسیت و عمل جایگزینی و سقط می شود و پیامد روش های کمک کننده به باروری را کاهش می دهد. مطالعات نشان داده اند تنظیم و کاهش وزن در زنان چاق منجر به بهبود چرخه قاعدگی و بهبود باروری شده است (Silvestris et al, ۲۰۱۸).

در مردان نیز چاقی منجر به نداشتن تعادل هورمونی و کاهش باروری می شود.

فعالیت فیزیکی مناسب با کاهش چربی های شکمی و قند خون، کاهش مقاومت به انسولین و لیپیدها منجر به تنظیم قاعدگی، تخمک گذاری و باروری به دلیل کاهش سطح تستوسترون و افزایش گلوبولین های اتصال هورمون های جنسی می شود (Silvestris et al, ۲۰۱۸). در مقابل، زنان ورزشکار به دلیل کاهش هورمون استروژن با مسائل آمنوره، استئوپروز و اختلال های خوراکی مواجه می شوند. در صورت کنترل وزن و مشاوره هورمون درمانی، ناباروری زن و مرد درمان پذیر است (Orio et al, ۲۰۱۳).

یکی دیگر از رفتارهای بهداشتی، داشتن تحرک و فعالیت فیزیکی به طور منظم است که منجر به بهبود گردش خون و سلامت عروق کرونر، میزان پایین تر دیابت دو و میزان پایین تر فشارخون می شود (Chodzko & Zajko et al, ۲۰۰۹). برخی مطالعات نشان داده اند افراد بعد از ازدواج اضافه وزن پیدای می کنند و تمایل کمتری به تحرک و فعالیت فیزیکی دارند (Craig and Truswell, ۱۹۸۸; Jeffery & Rick, ۲۰۰۲; Kahn; Williamson, & Stevens, ۱۹۹۱). اما بیشتر مطالعات نشان داده اند مهم ترین عامل در تغییر رفتار و بهبود تحرک و فعالیت فیزیکی منظم، حمایت خانواده است (Sallis et al, ۱۹۹۲). زوجین نقش حمایتی برای همدیگر دارند و باید شیوه زندگی سالم و پرتحرک را برای خود و خانواده ترویج دهند. زوجی که تمایل به فعالیت فیزیکی دارد نقش حمایتی برای همسر خود دارد و می تواند همسر خود را هم برای تحرک بیشتر تشویق کند (Troost et al, ۲۰۰۲). به علاوه فعالیت های فیزیکی همراه با همدیگر، می تواند رضایت مندی در روابط زناشویی و تعهد را تقویت بخشد (Sprecher et al, ۱۹۹۵).

استفاده از اینترنت و شبکه های اجتماعی

متأسفانه استفاده بیش از حد از اینترنت تأثیر سوء بر رضایت زناشویی زوجین گذاشته است؛ بنابراین توصیه می شود حتی الامکان در منزل استفاده از اینترنت به چند دلیل محدود شود: ۱. کیفیت روابط

و تعاملات خانوادگی مختل می‌شود و حتی تهدیدی برای رابطه جنسی سالم محسوب می‌شود. برآورد شده است حدود یک سوم از کاربران اینترنت به دلایل جنسی از وب استفاده می‌کنند. اشکال در روابط و تمایل نداشتن به رابطه با همسر خود از جمله مشکلات این کاربران بوده است. برخی مطالعات تعارض بیشتر زناشویی و تعهد کمتر زوجین را نشان داده‌اند (Kerkhof et al, ۲۰۱۱).

استفاده از داروها، مواد تحریک‌کننده و مشروبات الکلی، شرعاً و قانوناً ممنوع است و تأثیر ناخوشایندی بر فرایند رابطه جنسی می‌گذارد. فیلم‌های تحریک‌کننده با نمایش صحنه‌های غیرواقعی و رفتار خلاف مبانی مذهبی، فرهنگی و اجتماعی، فرایند رابطه زناشویی سالم را با آسیب جدی مواجه خواهد کرد.

مصرف دارو، الکل، کافئین و مواد مخدر

مصرف کافئین با افزایش بیشتر سقط همراه است. همچنین مصرف الکل با اختلال متابولیکی کبد و آسیب‌های شناختی عصبی و تنش و تأخیر در بلوغ اووسیت همراه است (Silvestris et al, ۲۰۱۸). به علاوه، سوء مصرف هورمون‌ها (Silvestris et al, ۲۰۱۸) و استفاده از استروئیدهای آنابولیک که برخی جوانان برای افزایش قوای بدنی و در بدن‌سازی استفاده می‌کنند اثرات جدی سوء جسمی و روانی، از قبیل بروز بیشتر تومورهای کبدی، افزایش کلسترول، بیماری قلبی، پرخاشگری و تغییر در سطح هورمون‌های جنسی به همراه دارد. همچنین مصرف استروئیدهای آنابولیک در مردان منجر به کاهش سایز بیضه، اختلال در نعوظ و ناباروری می‌شود.

رفتار جنسی مسئولانه، مشروع و ایمن

تحکیم خانواده و برقراری ارتباط جنسی در چارچوب خانواده مهم‌ترین عامل پیشگیری از عفونت‌های آمیزشی از قبیل کلامیدیا، زگیل تناسلی و اچ‌آی‌وی / ایدز است. اچ‌آی‌وی / ایدز بیماری عفونی واگیرداری است که عامل ایجاد آن ویروس HIV (اچ‌آی‌وی) است. با روش‌های آزمایشگاهی از جمله آزمایش سریع، ELISA و شناسایی ویروس، می‌توان بیماری فرد را تشخیص داد. البته از زمانی که ویروس وارد بدن می‌شود تا زمانی که روش‌های آزمایشگاهی قادر به تشخیص آن باشند زمانی (دوهفته تا ۱۶ ماه) وجود دارد که به آن «دوران پنجره» می‌گویند. در این دوران **بی‌ایچ‌کیه** ویروس در بدن انسان وجود دارد، اما فرد علامتی ندارد و می‌تواند ویروس را به دیگران منتقل کند. هنوز هیچ دارویی برای حذف کامل ویروس پیدا نشده است و وقتی ویروس وارد بدن فرد شود، به هیچ طریقی نمی‌توان آنرا ریشه‌کن کرد. داروهایی که وجود دارد می‌تواند طول عمر مبتلایان را طولانی‌تر و کیفیت زندگی آن‌ها را بهتر کند. مصرف این داروها از زمان شناسایی بیمار HIV برای داشتن طول عمر طبیعی توصیه می‌شود. دیگر راه‌های پیشگیری شامل موارد زیر است:

- تحکیم خانواده و تلاش در مراقبت از زندگی زناشویی همدیگر
- خویشتن داری و پرهیز از رفتارهای پرخطر نامشروع
- پرهیز از تماس جنسی غیر ایمن

1. Al-Barrak, M., Sheperdycky, M. R. and Kryger, M. H. (2003) Morbidity and mortality in obstructive sleep apnea syndrome 2: Effect of treatment on neuropsychiatric morbidity and quality of life. *Sleep and Biological Rhythms*, 1 (2), pp. 65–74.
2. Ball, K., Crawford, D. and Kenardy, J. (2004) Longitudinal relationships among overweight, life satisfaction, and aspirations in young women. *Obesity research*, 12(6), pp. 1019–1030.
3. Barclay, K. and Myrskylä, M. (2016) Advanced maternal age and offspring outcomes: Reproductive aging and counterbalancing period trends. *Population and development review*, 42(1), pp. 69–94.
4. Beaujouan, É. and Sobotka, T. (2017) Late motherhood in low-fertility countries: reproductive intentions, trends and consequence: Vienna Institute of Demography Working Papers.
5. Berg, E. C., Trost, M., Schneider, I. E. and Allison, M. T. (2001) Dyadic exploration of the relationship of leisure satisfaction, leisure time, and gender to relationship satisfaction. *Leisure Sciences*, 23(1), pp. 35–46.
6. Billari, F. C., Goisis, A., Liefbroer, A. C., Settersten, R. A., Aassve, A., Hagestad, G. and Spéder, Z. (2010) Social age deadlines for the childbearing of women and men. *Human reproduction*, 26(3), pp. 616–622.
7. Burpee, L. C. and Langer, E. J. (2005) Mindfulness and marital satisfaction. *Journal of Adult Development*, 12(1), pp. 43–51.
8. Butler, M. H. (1999) A meta-analytic update of research on the couple communication program. *American Journal of Family Therapy*, 27(3), pp. 223–237.
9. Carlson, J., Sperry, L. and Dinkmeyer, D. (1992) Marriage maintenance: How to stay healthy. *Topics in Family Psychology and Counseling*, 1(1), pp. 8490–.
10. Chodsko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Singh, M. A. F., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J. and Skinner, J. S. (2009) Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & science in sports & exercise*, 41(7), pp. 1510–1530.
11. Christopher, F. S. and Sprecher, S. (2000) Sexuality in marriage, dating, and other relationships: A decade review. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), pp. 999–1017.
12. Coyle, J. (2002) Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of Advanced Nursing*, 37(6), pp. 589–597.
13. Craig, P. L. and Truswell, A. S. (1988) Dynamics of food habits of newly married couples: food-related activities and attitudes towards food. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 1(6), pp. 409–419.
14. Cupach, W. R. and Comstock, J. (1990) Satisfaction with sexual communication in marriage: Links to sexual satisfaction and dyadic adjustment. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), pp. 179–186.
15. Curtis, K. T. and Ellison, C. G. (2002) Religious heterogamy and marital conflict: Findings from the National Survey of Families and Households. *Journal of Family Issues*, 23(4), pp. 551–576.
16. Danaei, G., Ding, E. L., Mozaffarian, D., Taylor, B., Rehm, J., Murray, C. J. and Ezzati, M. (2009) The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS medicine*, 6(4), pp. e1000058.
17. Dorfman, S. F. (2008) Tobacco and fertility: our responsibilities. in: Elsevier.
18. Dwyer, J. G. (2001) Religious schools v. children's rights, Cornell University Press. pp.
19. Fincham, F. D., Beach, S. R., Lambert, N., Stillman, T. and Braithwaite, S. (2008) Spiritual behaviors and relationship satisfaction: A critical analysis of the role of prayer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(4), pp. 362–388.
20. Fontaine, K. and Barofsky, I. (2001) Obesity and health-related quality of life. *Obesity reviews*, 2(3), pp. 173–182.
21. Frasure-Smith, N., Lesperance, F. and Talajic, M. (1995) The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? *Health psychology*, 14(5), pp. 388.
22. Fu, H. and Goldman, N. (2000) The association between health-related behaviours and the risk of divorce in the USA. *Journal of Biosocial Science*, 32(1), pp. 63–88.
23. Futris, T. G. and Adler-Baeder, F. (2013) The national extension relationship and marriage education model: Linking research to relationship and marriage education. *The National Extension Relationship and Marriage Education Model: Core Teaching Concepts for Relationship*, pp. 1.

24. Garrison, M. B., Blalock, L. B., Zarski, J. J. and Merritt, P. B. (1997) Delayed parenthood: An exploratory study of family functioning. *Family Relations*, pp. 281–290.
25. Gottman, J. M. (1998) Psychology and the study of marital processes. *Annual review of psychology*, 49(1), pp. 169–197.
26. Gottman, J. M. (2011) The science of trust: Emotional attunement for couples, WW Norton & Company. pp.
27. Gross, J. J. (1998) The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), pp. 271.
28. Gross, J. J. and Levenson, R. W. (1997) Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of abnormal psychology*, 106(1), pp. 95.
29. Gross, J. J. and Muñoz, R. F. (1995) Emotion regulation and mental health. *Clinical psychology: Science and practice*, 2(2), pp. 151–164.
30. Gustafsson, S. (2001) Optimal age at motherhood. Theoretical and empirical considerations on postponement of maternity in Europe. *Journal of population economics*, 14(2), pp. 225–247.
31. Hagedoorn, M., Kuijer, R. G., Buunk, B. P., DeJong, G. M., Wobbles, T. and Sanderman, R. (2000) Marital satisfaction in patients with cancer: Does support from intimate partners benefit those who need it most? *Health psychology*, 19(3), pp. 274.
32. Hay, P. (2003) Quality of life and bulimic eating disorder behaviors: Findings from a community-based sample. *International Journal of Eating Disorders*, 33(4), pp. 434–442.
33. Herbert, T. B. and Cohen, S. (1993) Depression and immunity: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 113(3), pp. 472.
34. Hogan, M. M. (2002) Marriage as a relationship: Real and rational, Marquette University Press. pp.
35. Kerkhof, P., Finkenauer, C. and Muusses, L. D. (2011) Relational consequences of compulsive Internet use: A longitudinal study among newlyweds. *Human Communication Research*, 37(2), pp. 147–173.
36. Kieviet-Stijnen, A., Visser, A., Garssen, B. and Hudig, W. (2008) Mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: Patients' appraisal and changes in well-being. *Patient education and counseling*, 72(3), pp. 436–442.
37. Knutson, L. and Olson, D. H. (2003) Effectiveness of PREPARE program with premarital couples in community settings. *Marriage & Family*, 6(4), pp. 529–546.
38. Koenig, H., Koenig, H. G., King, D. and Carson, V. B. (2012) Handbook of religion and health, Oup Usa. pp.
39. Kyung-Sook, W., SangSoo, S., Sangjin, S. and Young-Jeon, S. (2018) Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regression. *Social Science & Medicine*, 197, pp. 116–126.
40. Lambert, N. M. and Dollahite, D. C. (2006) How religiosity helps couples prevent, resolve, and overcome marital conflict. *Family Relations*, 55(4), pp. 439–449.
41. Laumann, E. O., Paik, A. and Rosen, R. C. (1999) Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*, 281(6), pp. 537–544.
42. Lichter, D. T. and Carmalt, J. H. (2009) Religion and marital quality among low-income couples. *Social Science Research*, 38(1), pp. 168–187.
43. Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y. and Diener, E. (2003) Reexamining adaptation and the set point model of happiness: reactions to changes in marital status. *J Pers Soc Psychol*, 84(3), pp. 527–39.
44. Majde, J. A. and Krueger, J. M. (2005) Links between the innate immune system and sleep. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 116(6), pp. 1188–1198.
45. Markey, C. N., Markey, P. M. and Birch, L. L. (2004) Understanding women's body satisfaction: The role of husbands. *Sex roles*, 51(3–4), pp. 209216–.
46. Markman, H. J., Renick, M. J., Floyd, F. J., Stanley, S. M. and Clements, M. (1993) Preventing marital distress through communication and conflict management training: A 4- and 5-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(1), pp. 70.
47. Marshall, J. G., H. W. (2012) The marriage garden (Publication No. FCS 461). University of Arkansas Cooperative Extension System.
48. Meltzer, A. L., Makhanova, A., Hicks, L. L., French, J. E., McNulty, J. K. and Bradbury, T. N. (2017) Quantifying the sexual afterglow: The lingering benefits of sex and their implications for pair-bonded relationships. *Psychological science*, 28(5), pp.

587–598.

49. Namiranian, N., Moradi–Lakeh, M., Razavi–Ratki, S. K., Doayie, M. and Nojomi, M. (2014) Risk factors of breast cancer in the Eastern Mediterranean Region: a systematic review and meta–analysis. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15(21), pp. 9535–41.
50. Orio, F., Muscogiuri, G., Ascione, A., Marciano, F., Volpe, A., La, G. S., Savastano, S., Colao, A. and Palomba, S. (2013) Effects of physical exercise on the female reproductive system. *Minerva endocrinologica*, 38(3), pp. 305–319.
51. Ormel, J., Kempen, G. I., Penninx, B. W., Brilman, E. I., Beekman, A. and van Sonderen, E. (1997) Chronic medical conditions and mental health in older people: disability and psychosocial resources mediate specific mental health effects. *Psychological medicine*, 27(5), pp. 1065–1077.
52. Osbourne, D. (2004) «Sexual health: An interview with a Mayo Clinic specialist».
53. Roberto, K. A., Gold, D. T. and Yorgason, J. B. (2004) The influence of osteoporosis on the marital relationship of older couples. *Journal of Applied Gerontology*, 23(4), pp. 443–456.
54. Robles, T. F. (2014) Marital quality and health: Implications for marriage in the 21st century. *Current directions in psychological science*, 23(6), pp. 427–432.
55. Rohrbaugh, M. J., Cranford, J. A., Shoham, V., Nicklas, J. M., Sonnega, J. S. and Coyne, J. C. (2002) Couples coping with congestive heart failure: Role and gender differences in psychological distress. *Journal of Family Psychology*, 16(1), pp. 3.
56. Rubin, R. R. and Peyrot, M. (1999) Quality of life and diabetes. *Diabetes/metabolism research and reviews*, 15(3), pp. 205–218.
57. Sallis, J. F., Hovell, M. F. and Hofstetter, C. R. (1992) Predictors of adoption and maintenance of vigorous physical activity in men and women. *Preventive medicine*, 21(2), pp. 237–251.
58. Samuelson, M., Carmody, J., Kabat–Zinn, J. and Bratt, M. A. (2007) Mindfulness–based stress reduction in Massachusetts correctional facilities. *The Prison Journal*, 87(2), pp. 254–268.
59. Schneider, J. P. (2000) Effects of cybersex addiction on the family: Results of a survey. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 7(12–), pp. 31–58.
60. Shen, B. J., Eisenberg, S. A., Maeda, U., Farrell, K. A., Schwarz, E. R., Penedo, F. J., Bauerlein, E. J. and Mallon, S. (2011) Depression and anxiety predict decline in physical health functioning in patients with heart failure. *Ann Behav Med*, 41(3), pp. 373–82.
61. Silvestris, E., de Pergola, G., Rosania, R. and Loverro, G. (2018) Obesity as disruptor of the female fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 16(1), pp. 22.
62. Skevington, S. M. (1998) Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL–Pain, 76(3), pp. 395406–.
63. Sprecher, S., Barbee, A. and Schwartz, P. (1995) “Was it good for you, too?": Gender differences in first sexual intercourse experiences. *Journal of Sex Research*, 32(1), pp. 3–15.
64. Staton, J. (2009) Making the connection between healthy marriage and health outcomes: What the research says, National Healthy Marriage Resource Center. pp.
65. Steinmetz, S. K. and Sussman, M. B. (2013) *Handbook of Marriage and the Family*, Springer Science & Business Media. pp.
66. Sutyarso, S. and Kanedi, M. K. M. (2013) Kualitas Fungsi Seksual Guru Perempuan Sekolah Dasar di Bandar Lampung. *Prosiding SEMIRATA 2013*, 1(1).
67. Trost, S. G., Owen, N., Bauman, A. E., Sallis, J. F. and Brown, W. (2002) Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Medicine & science in sports&exercise*, 34(12), pp. 1996–2001.
68. Van der Poel, A. and Greeff, A. P. (2003) The influence of coronary bypass graft surgery on the marital relationship and family functioning of the patient. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(1), pp. 61–77.
69. Wei, M., Vogel, D. L., Ku, T.–Y. and Zakalik, R. A. (2005) Adult attachment, affect regulation, negative mood, and interpersonal problems: The mediating roles of emotional reactivity and emotional cutoff. *Journal of counseling psychology*, 52(1), pp. 14.
70. WHO, 1948.

71. WHO (1964) WHO definition of health, Preamble to the Constitution of the World Health Organization.
72. Wilson, S. E. and Waddoups, S. L. (2002) Good marriages gone bad: Health mismatches as a cause of later-life marital dissolution. *Population Research and Policy Review*, 21 (6), pp. 505-533.
73. Wong, C. W., Kwok, C. S., Narain, A., Gulati, M., Mihalidou, A. S., Wu, P., Alasnag, M. and Myint, P. K. (2018) Marital status and risk of cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis. *104 (23)*, pp. 1937-1948.
74. Wrzesniewski, A., Rozin, P. and Bennett, G. (2003) Working, playing, and eating: Making the most of most moments.
75. Yabiku, S. T. and Gager, C. T. (2009) Sexual frequency and the stability of marital and cohabiting unions. *Journal of Marriage and Family*, 71 (4), pp. 983-1000.
76. Youngstedt, S. D. and Kripke, D. F. (2004) Long sleep and mortality: rationale for sleep restriction. *Sleep medicine reviews*, 8(3), pp. 159-174.
77. راهنمای ارایه دهندگان خدمت برنامه آموزش و خدمات هنگام و پس از ازدواج برای سلامت زناشویی و باروری - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی / دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس / اداره باروری سالم و جمعیت - سال ۱۳۹۶.
78. Sex for dummies, Dr. Ruth K. Westheimer, Wiley publishing Inc. 2007
79. The blue book, what you want to know about yourself?, TARSHI 2005
80. The red book, what you want to know about yourself?, TARSHI 2005
81. Human sexuality, a psychological perspective. 2nd edition
82. In plain speak, talking about sexuality in south and southeast asia 2008 issue 1
83. In plain speak, talking about sexuality in south and southeast asia 2007 issue 2
84. In plain speak, talking about sexuality in south and southeast asia 2008 issue 2
85. In plain speak, talking about sexuality in south and southeast asia 2007 issue 3
86. In plain speak, talking about sexuality in south and southeast asia 2008 issue 3
87. In plain speak, talking about sexuality in south and southeast asia 2007 issue 4
88. Sexuality and Social Change: Making the Connection Strategies for Action and Investment, 2005
89. Basic anatomy and physiology and safer sex training guide (CHBC training guide), unit 4, our bodies and safer sex



راهنمای یاددهی ویژه مریبان آموزش ازدواج

مقدمه: راهنمای آموزش هنگام ازدواج با هدف اداره صحیح کلاس آموزش هنگام ازدواج و توجه به اولویت های موضوعات مربوط به سلامت زناشویی و رضایت مندی زوجین از ازدواج و در نهایت ارتقاء دانش و آگاهی زوجین تدوین شده است:

عنوان: آموزش هنگام ازدواج

زمان دوره: ۹۰ دقیقه

مخاطبین: زوجین در شرف ازدواج

اهداف:

- بهبود دانش و آگاهی زوجین نسبت به سلامت زناشویی
- بهبود دانش و آگاهی زوجین نسبت به باروری سالم و فرزندآوری
- بهبود نگرش، باور و تغییر باورهای غلط زوجین نسبت به سلامت جنسی و باروری

مقدمات لازم و اساسی سامان دهی آموزش هنگام ازدواج:

- استانداردهای ارایه خدمت در قالب بسته آموزشی، در اختیار تمام مریبان قرار گیرد.
- محتوای آموزشی متناسب با گروه هدف (زوجین شرکت کننده در کلاس های آموزش هنگام ازدواج)، در اختیار همه زوجین قرار گیرد.
- مواد / وسایل کمک آموزشی مناسب براساس استانداردهای تعریف شده آموزش در کلاس ها (شامل پوستر، ماکت، مائیک، وایت برد، کامپیوتر، ویدئو پروژکتور و ...) در اختیار تمامی مریبان قرار داده شود تا بتوانند در هنگام آموزش برای تفهیم بهتر مطالب به زوجین، از این امکانات استفاده نمایند.
- استانداردهای کلاس های آموزش هنگام ازدواج رعایت گردد.
- محیط جذاب از لحاظ فضا و آراستگی (رنگ مناسب دیوارها، صندلی های مناسب، بکارگیری نمایه های ازدواج مانند سفره عقد؛ پوستره های با تصاویر و آموزه های جذاب برای زوجین؛ برخورداری از محیط سبز و دلنشین؛ استفاده از موسیقی و پوسترو نمایه ها مطابق با فرهنگ اسلامی - ایرانی؛ استقرار کافه ویژه زوجین در انتظار؛ فراهم نمودن سیستم وای فای برای زوجین...) فراهم گردد.
- ازدواج و تحکیم خانواده با توجه به فرهنگ و آداب محلی (لباس، آیین ها، شیرینی...) ترویج داده شود.
- صرفا مربی هایی که دوره آموزش ازدواج را گذرانده اند مجوز اداره کلاس را دارند.
- فرآیند مراحل دریافت خدمت سلامت و آموزش های هنگام ازدواج با نصب تابلو، بنر و خطوط راهنما مشخص گردد.
- طبق شیوه نامه ارسالی همه زوجین لازم است در این کلاس شرکت نمایند.
- از راهنمایی زوجین به سایت و کانال های غیرعلمی و صرفا تبلیغاتی جدا خودداری شود.



- مشخصات زوجین ثبت و یا در سامانه الکترونیک سلامت درج گردد
- قبل از شروع کلاس مربیان، مشخصات زوجین شرکت کننده را از لحاظ سن، تاریخچه ازدواج... بررسی نمایند.

شروع دوره:

مربی می بایست کلاس را با سلام و خوش آمد گویی و تبریک این واقعه مهم، آغاز نماید.

برای مثال می توان از متن زیر در شروع کلاس، استفاده نمود:

«شما هم به جمعیت چند میلیونی متاهلین ملحق شدید. ورود شما را به این مرحله از زندگی جدید را تبریک می گویم. قطعاً تمام زوجین نیازمند دریافت اطلاعاتی در زمینه زندگی مشترک هستند تا بتوانند زندگی زناشویی خود را به بهترین نحو، مدیریت کنند. در صورت کسب اطلاعات و مهارت لازم برای زندگی مشترک، شما می توانید از زندگی مشترکتان لذت ببرید. مهم این است که شما زوجین مراقب همدیگر باشید و برای این که زندگی مشترک خوبی داشته باشید رضایت همدیگر را جلب کنید. این دوره به طور مختصر برای آشنایی و ارایه اطلاعات اولیه لازم و نکات اساسی برای شروع زندگی مشترک و برقراری رابطه زناشویی خوشایند شما عزیزان با همسران، برگزار شده است. شما و همسران مهمترین کسانی هستید که می توانید به هم کمک کنید، مراقب همدیگر باشید و با ایجاد یک زندگی زناشویی سالم و با نشاط، از بودن در کنار هم لذت ببرید. می توانید با تشویق و کف زدن، ورود به موضوعات اصلی آموزش ازدواج را اعلام کنید.

اصول کلی آموزش

- شما می توانید با رعایت اصول کلی تدریس، برای مدیریت هر چه بهتر کلاس، از روش های آموزشی مختلف استفاده کنید.
 - شرکت کننده ها را به صورت «شما و همسران» مخاطب قرار دهید (نه فقط شما).
 - بهتر است فرصتی برای پرسش و پاسخ داده شود.
 - هرچه شناخت بیشتری نسبت به زوجین داشته باشید، می توانید کلاس را به طور موثرتری اداره کنید.
- برای ارایه موضوعات و محتوای استاندارد در کلاس، از الگوی زیر استفاده نمایید:

الف- مقدمه، خوشامدگویی، معرفی و جلب توجه شرکت کنندگان (۵-۱۰ دقیقه)

با یک سوال هشداردهنده مانند با این سوال شروع کنید: می دانید برای این که شما و همسران بتوانید زندگی زناشویی شادی را تجربه کنید، باید از کجا شروع کنید؟ مثالی بزنید و با این مثال تاکید کنید حتی برای ابتدایی ترین تجارب زندگی و کاری خود لازم است اطلاعاتی درباره آن داشته باشید و برای اینکه به مهارت کافی برسید لازم است روزانه تمرین کنید و با استفاده از تجارب قبلی خود مهارت خود را افزایش دهید.



۵ م را یادآوری کنید و اهداف کلاس را با توجه به این سرفصل‌ها دنبال کنید و از زوجین بخواهید حدس بزنند چه مواردی می‌تواند به بهتر شدن روابطشان با همسر کمک نماید (پرسش و پاسخ ۵ دقیقه).

روی اسلاید این مطالب نشان داده شود:

دانستن ۵ نکته کلیدی «م» برای داشتن زندگی زناشویی سالم و خوشایند:

- من و همسر (ما): ما از نیازها و ویژگی‌های خود مطلع هستیم.
- محبت: از شیوه و زمان مناسب برای ابرار علاقه به همدیگر، آگاه هستیم.
- مدیریت: من و همسر رابطه زناشویی را یکی از اولویت زندگی زناشویی می‌دانیم و برای داشتن رابطه جنسی لذت‌بخش و بچه‌دار شدن برنامه داریم.
- مهارت: برای برقراری ارتباط با همسر خود، مهارت و دانش کافی داریم.
- مراقبت: از احساسات و نیازهای همسر خود آگاه هستیم و از همدیگر مراقبت می‌کنیم.

الف- من و همسر: من و همسر ویژگی‌ها و نیازهای جسمی و روانی همدیگر را می‌دانیم. (۱۵-۲۵ دقیقه) شرط لازم برای صمیمیت و تجربه خوشایند زندگی زناشویی دانستن کافی و داشتن مهارت زوجین در مدیریت زندگی زناشویی است.

زوجین می‌بایست اطلاعات پایه را در مورد ظاهر و کارکرد دستگاه باروری همدیگر بدانند و در هنگام بیان مطالب به اهمیت داشتن این اطلاعات برای برقراری رابطه جنسی خوشایند، تاکید نمایند.

- از محتوا و مواد کمک آموزشی مانند اسلاید، پوستر و مولاژ حتما استفاده شود.
- باورهای غلط در زمینه دستگاه باروری را بدانید و اطلاعات درست را در این زمینه توضیح دهید.
- پیش شرط رابطه جنسی خوشایند ارتباط چهره به چهره و گفتمان عاشقانه با همدیگر است.
- مختصری در مورد انواع هایمن توضیح دهید و مواردی را که ممکن است با خونریزی همراه نباشد نیز بیان نمایید.

• مختصر توضیح دهید که طول آلت تناسلی نقشی در تحریک واژن ندارد.

• مناطق حساس زن و مرد را برای داشتن تجارب خوشایند از روی اسلاید نشان دهید.

• باروری زن و مرد و به ویژه دوره قاعدگی، نشانه‌های قبل از شروع خونریزی قاعدگی و رعایت نکات شرعی را در دوران قاعدگی مختصری توضیح دهید.

ب- محبت و صمیمیت: من و همسر تلاش می‌کنیم محبت و علاقه را بین خودمان پرورش دهیم (۲۰-۳۰ دقیقه)

نکات زیر را به زوجین تاکید کنید:

- شما و همسرتان برای این که رابطه جنسی خوشایند داشته باشید لازم است روابط صمیمانه خود را



روز به روز تقویت کنید.

- زنان نیاز بیشتری به این روابط صمیمانه دارند. هر چقدر از زندگی زناشویی و مشترکتان بگذرد، صمیمیت شما و همسران بیشتری شود. شما می‌توانید با جلب رضایت همدیگر روابط میان خود و همسران را مدیریت کنید.
- یادتان باشد که صمیمیت همانند یک دانه میوه است. کافی است با گفت‌وگو، نوازش کردن، درآغوش گرفتن، بوسیدن و ماساژ دادن همسران شور و اشتیاق و تعهد و مسئولیت را به او هدیه دهید.
- تمرین کنید هر روز جذابیت‌ها، شباهت‌ها و تفاوت‌های همدیگر را شناخته و درک کنید و در بهبود روابط خود با همسران تلاش کنید.
- ممکن است برخی از اوقات با مسایل، بیماری و یا مشکلاتی روبرو شوید. با تمرین روزانه و تعهد به همسران، سعی کنید شور و اشتیاق‌تان را به هم حفظ کنید.
- در طول زندگی مشترک ممکن است با تعارضاتی مانند شرایط اقتصادی، سلیقه و نظرات متفاوت در جنبه‌های مختلف زندگی همچون فرزندآوری، تربیت فرزندان و مدیریت اقتصادی خانواده مواجه شوید. در این مواقع سعی کنید با تمرین، این تعارضات به صورت برد-برد حل شود.
- حتما ویژگی‌های شخصیتی همسران را بشناسید. ویژگی‌های شخصیتی مثبت (همچون رفتار دوستانه، خوش بینی، یکرنگی، مهربانی، قابل اعتماد بودن و توانایی پیش بردن یک مذاکره سازنده) اغلب موجب خشنودی طرف مقابل می‌شود پس باید تلاش کنید این صفات را حفظ و تقویت کنید.
- روابط خوب با اقوام و دوستان در حل تعارضات خوب است اما مسائل محرمانه مانند رابطه جنسی و مسائل آن را ترجیحا با نزدیکان در میان نگذارید و با مشاوره با افراد صلاحیت دار در صدد حل آن باشید.
- ارزش‌های معنوی و اعتقادی همدیگر را با صحبت کردن بشناسید و احترام بگذارید و از جنگ قدرت پرهیز کنید.
- یک تمرین روزانه ساده، ۳۰ ثانیه همدیگر را در آغوش بگیرید، ۳۰ دقیقه گفتگو و دقایقی همدیگر را ستایش کنید.

مدیریت: من و همسر رابطه زناشویی را جزء اولویت زندگی خود می‌دانیم و برای داشتن رابطه جنسی لذت‌بخش و بچه‌دار شدن برنامه داریم (۱۵ دقیقه).

- در برنامه زندگی مشترک خود به رابطه جنسی اهمیت دهید.
- ویژگی‌های بدنی، ظاهری و رفتاری جذاب همدیگر را بشناسید و برای داشتن زندگی آرام، خلاقانه آن‌ها را بکاربرید.
- دقایقی در کنار هم بنشینید و دست‌های یکدیگر را گرفته و چشمان خود را بسته و به خاطرات خوشی که با هم داشته‌اید فکر کنید و پس از آن هر کدام چند مورد از خصوصیات مثبت هم را بیان نمایید و



بگویید که چقدر یکدیگر را دوست دارید.

- راحت، آزاد و عاشقانه بدون محدودیت در مورد تمایلات، نیازها و خواسته های جنسی خود صحبت کنید و به یکدیگر بگویید که در هنگام خلوت یا رابطه جنسی دوست دارید و چگونه تجارب خوشایند و خاطره انگیزی با هم داشته باشید.
- برای کسب آرامش و رضایت بیشتر، مکان مناسب و دلنشینی را برای صحبت با هم انتخاب کنید.
- شاید شب مراسم عروسی، زمان مناسبی برای اولین رابطه زناشویی نباشد چون ممکن است خسته باشید.
- میل جنسی شما و همسرتون متأثر از سن، زمینه تربیتی و فرهنگی است و عمدتاً نوعروسان ممکن است نسبت به ابزار میل جنسی خود شرم نمایند. همسرانشان لازم است محیط باز و راحت را برای نوعروس خود فراهم کنند تا بتواند نیاز و میل جنسی خود را بازگو نمایند.
- ممکن است به دنبال میل جنسی، تحریک جنسی در مرد عمدتاً به شکل ایجاد نعوظ یا همان تورم و سفت شدن آلت دیده شود. اما در زن بارزترین علامت آن افزایش ترشحات مهبل است.
- کلیتوریس را از روی مولاژ نشان دهید و به عنوان عضو مهم تحریک جنسی زن تاکید کنید.
- تاکید کنید در خصوص سایز و اندازه آلت در مردان، طول آلت مردانه در تحریک جنسی زن چندان نقش مهمی ندارد و عمده تماس آلت با مخاط مهبل در همین یک سوم خارجی اتفاق می افتد.
- تاکید کنید آمیزش جنسی (مقاربت) صرفاً یک رابطه جسمی (فیزیکی) نبوده و یک رابطه عمیق روحی - روانی بین زوج است که در صورت آرامش و صمیمیت می تواند سرمایه برای غنی سازی روابط زناشویی به حساب آید.
- تاکید کنید در هنگام مقاربت زوجین (هر دو) باید نقش فعال داشته باشند و در رسیدن به اوج لذت جنسی به همدیگر کمک نمایند.
- ارضا شدن در آقایان با خروج مایع منی و انزال اتفاق می افتد و در زنان به صورت حرکات انقباضی بویژه در قسمت لگن، رحم و دستگاه تناسلی رخ می دهد که معمولاً با یک احساس لذت عمیق و رضایت جنسی همراه است.
- آقایان در تحریک و لذت همسرشان (زوجه) می بایست صبور باشند و صمیمت و تن نوازی را حتی تا ۱۵ دقیقه برای ارضاء وی ادامه دهند.
- بعد از ارضاء گرچه معمولاً آقایان تمایل به خواب دارند اما زنان بعد از یک تجربه جنسی از همسر خود توقع دارند تا تماس فیزیکی (در آغوش گرفتن، نوازش و...) را به یک باره قطع نکند و رفتار صمیمانه و با محبت را نسبت به همسر (زوجه) خود ادامه دهند.
- استفاده از شیوه های نامتعارف تماس جنسی همانند تماس جنسی مقعدی و همچنین تماس جنسی



واژینال در زمان پریود، احتمال خطر عفونت شدید و نازایی را افزایش می‌دهد و توصیه نمی‌شود. تماس جنسی در زمان پریود از نظر دین مبین اسلام حرام است.

مهارت: تجربه و مهارت زناشویی ام را در جهت رضایت همسرم روز به روز تقویت می‌نمایم (۱۵ دقیقه)

- گفتگو هم نیاز به مهارت دارد یعنی خوب گوش بدهید و به راحتی تمرین کنید که احساسات را برای همدیگر باز کنید، بی حرمتی نکنید و یاد بگیرید شفاف صحبت کنید و تا جایی که امکان دارد از گله و شکایت نکنید و اگر هم انتقاد دارید در جو مهربانی، انتقادی مثبت و سازنده باشد. مثلاً: «آیا از رابطه جنسی مان راضی هستی؟ یا مثالی دیگر: مشکلی پیش آمده می‌توانم کمکت کنم؟»
- تمرین کنیم چگونه محبت و صمیمیت خود را به همدیگر ابزار کنیم.
- تمرین کنیم احساسات و گفته‌های جنسی خود را بدون شرم و حیا به همسرمان بازگو کنیم.
- با بازگو کردن تجارب قبلی و خاطرات دلنشین آرامش و صمیمیت را به همدیگر هدیه دهیم.
- روزی یکبار از حال و احوال و در صورت احتمال نگرانی و مشکل به او کمک کنیم.
- بعد از هر رابطه زناشویی از او بپرسیم آیا این تجربه رضایتبخش و خوشایند بوده است.
- عشق ورزی و نزدیکی را با هدف لذت و ارضا جنسی خود و همسرمان پیش ببریم و صرفاً به نفع خودمان تمام نکنیم.
- هرگونه مسئله‌ای که ممکن است در رابطه جنسی شما و همسرتان باشد ترجیحاً به مشاور سلامت جنسی مراجعه نمایید.
- داشتن رابطه زناشویی خوشایند متاثر از تجربه و داشتن لحظات خوشایند با همسر است. سعی کنید در رابطه جنسی رضایت هر دو جلب شود.

مراقبت: با خود مراقبتی سلامت خود، همسر و فرزندمان را تضمین می‌نمایم (۱۵ دقیقه).

- زنان، در هر سیکل قاعدگی (معمولاً ماهی یک بار) یک تخمک آزاد شده و به وسیله لوله‌ها به رحم منتقل می‌شود. اگر تماس جنسی در این محدوده زمانی اتفاق بیفتد، تخمک با اسپرم تماس پیدا کرده و لقاح انجام می‌شود.
- قطع قاعدگی می‌تواند اولین علامت بارداری باشد و بنابراین باید به آن دقت کرد. جنس جنین در زمان لقاح مشخص می‌شود. از نظر کروموزومی باید به این مسئله توجه داشت که تخمک همواره کروموزوم X دارد و اسپرم می‌تواند یکی از کروموزوم‌های X یا Y را داشته باشد. در هر بار انزال هر دو نوع اسپرم از کیسه‌های منی آزاد می‌شوند و بسته به نوع اسپرم (اسپرمی که کروموزوم X دارد یا اسپرمی که کروموزوم Y دارد) جنسیت جنین مشخص می‌شود.
- رشد مغز جنین در سه ماه اول و بقیه اندام‌ها مثل اندام جنسی در سه ماه دوم و بزرگ شدن اندام‌ها



در سه ماه سوم اتفاق می افتد.

- تاکید کنید زایمان طبیعی بسیار بهتر از سزارین است.
- مهم ترین هشدار به زوجین تاخیر در فرزندآوری است. احتمال نازایی در سنین بالاتر را یادآوری شوید اینک فرصت طلایی برای باردار شدن ۲۰ الی ۳۰ سالگی است.
- در برخی موارد سقط ممکن است به دلیل بیماری های ارثی، ناهنجاری های جنینی، بیماری های عفونی، اتفاق افتد. علائم هشدار دهنده و عوارض سقط را بیان نمایید.
- کودکان حتی در مرحله جنینی و اوان زندگی داخل رحمی، حق زندگی و مراقبت دارند. از این رو والدین وی و مراقبین سلامت مکلف هستند از وی محافظت و مراقبت نمایند. زوجین در صورت بارداری و نگرانی، حتما نیاز است تحت مشاوره قرار گیرند. این اقدام در همه ادیان از لحاظ شرعی و قانونی غیرمجاز است. لازم به ذکر است در قوانین ایران، سقط در هر مرحله از تکامل جنین مشمول مجازات و دیه می شود. همچنین اقدام به این امر سلامت زن را از لحاظ جسمی، روانی و اجتماعی تهدید می نماید. باید به زوجین تأکید شود از سقط غیرشرعی و غیرقانونی پرهیز کنند. تاکید کنید متأسفانه سقط های عمدی یکی از دلایل مهم مرگ مادر است.
- یادآوری کنید بارداری در سنین مناسب ۲۰-۳۰ سالگی اثر حفاظتی در برابر سرطان های پستان و تخمدان دارد. بارداری اول به ویژه در سنین مناسب ۲۰ تا ۳۰ سالگی اثر حفاظتی دارد.
- تعریف ناباروری و زمان بررسی زوجین از نظر ناباروری را بیان نمایید ولی ترس و دلهره را در زوجین ایجاد ننمایید.
- همدیگر را در تهیه غذای سالم، در کنار هم نشستن و صرف غذای سالم از قبیل مصرف غذای کم چرب و مقدار بیشتر مواد مغذی تشویق نمایند. تاکید کنید اضافه وزن و چاقی بر باروری زنان و مردان اثر سوء می گذارد.
- فعالیت فیزیکی و ورزش را به طور منظم در برنامه زندگی خودتان بگنجانید و همدیگر را برای تحرک و فعالیت فیزیکی تشویق نمایید (کاهش استرس و تنظیم هورمون های جنسی).
- داشتن خواب کافی و الگوی صحیح خواب بر رضایت زناشویی شما و همسران تاثیر می گذارد.
- متأسفانه استفاده بیش از حد از شبکه های اجتماعی تأثیر سوء بر رضایت زناشویی شما و همسران دارد؛ بنابراین توصیه می شود در منزل استفاده از اینترنت به دلیل تأثیر بر کیفیت روابط و تعاملات خانوادگی محدود شود. ذکر این نکته ضروری است که استفاده از اینترنت تهدیدی برای رابطه جنسی سالم محسوب می شود. برآورد شده است حدود یک سوم از کاربران اینترنت به دلایل جنسی از وب استفاده می کنند.
- هشدار دهید مصرف زیاد مواد کافئین دار مانند چای، قهوه... با عارضه سقط همراه است. همچنین مصرف الکل، سوء مصرف هورمون ها، استروئیدهای آنابولیک در بدن سازی ها با احتمال زیاد بیماری



- کبدی، بیماری قلبی، پرخاشگری و کاهش سایز بیضه، اختلال در نعوظ و ناباروری همراه است.
- مصرف سیگار در زنان منجر به آسیب به تخمک، تأخیر در بارداری، افزایش سقط خودبه‌خودی در باروری طبیعی یا درمان کمک باروری و همچنین نواقص مادرزادی می‌شود.
- مصرف سیگار حتی به صورت تفننی در مردان منجر به اختلال در تحرک و تعداد اسپرم و اختلال نعوظ می‌گردد.
- هشدار در خصوص رفتار جنسی مسئولانه، مشروع و ایمن داده شود و یادآوری کنید تحکیم خانواده و برقراری ارتباط جنسی در چارچوب خانواده مهم‌ترین عامل پیشگیری از عفونت‌های آمیزشی از قبیل کلامیدیا، زگیل تناسلی و اچ‌آی‌وی / ایدز است و با تداوم زندگی مشترک و تعهد، شاد و نشاط را برای خود و فرزندان آینده به ارمغان آورید.