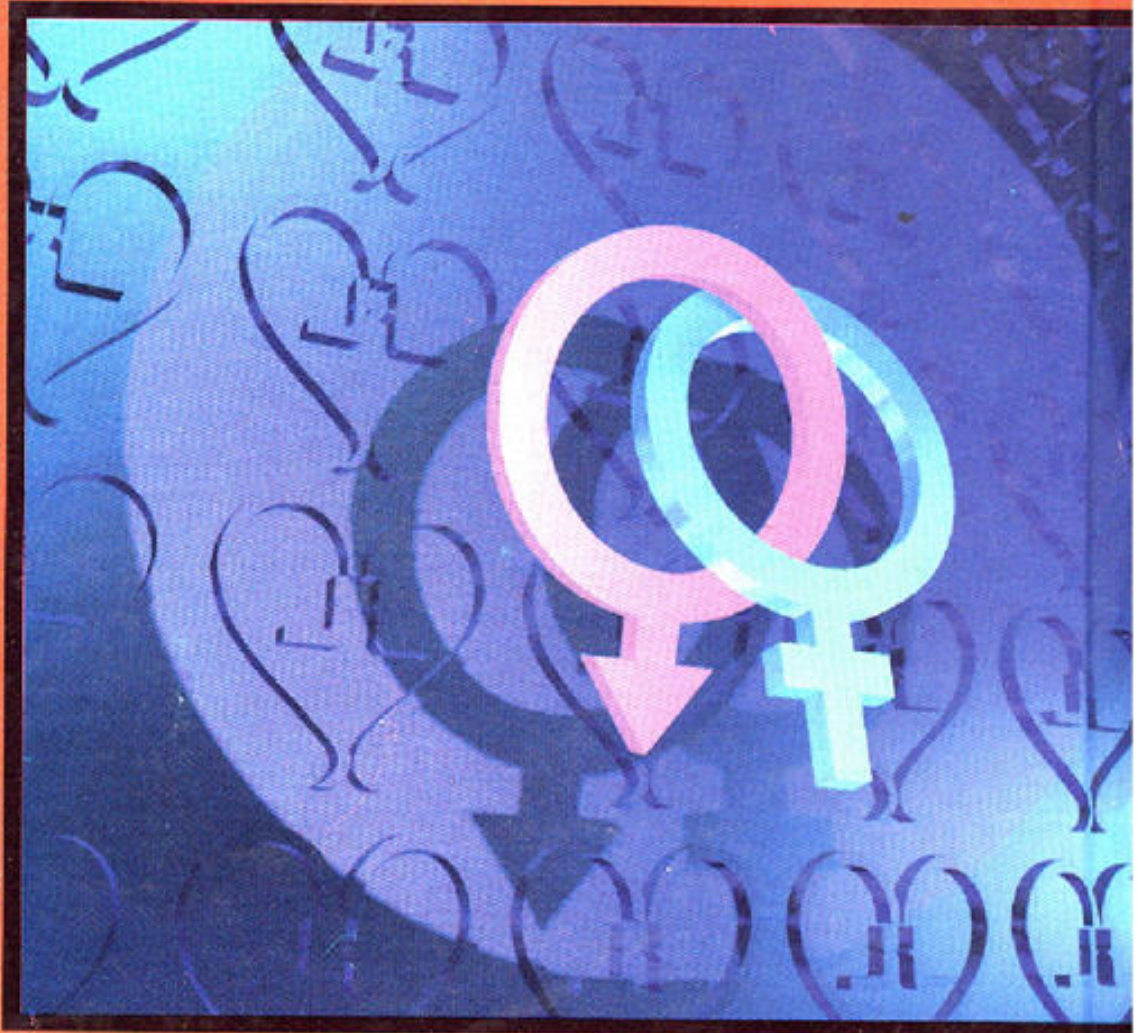


از سری کتب :
علم و اندک

مؤلف : دکتر روح‌اله خالقی



جوانان، ازدواج و مسایل جنسی

رشد جنین ، ازدواج ، ناتوانی‌های جنسی
مسایل اخلاقی ، بیماری‌های جنسی ، مسایل زناشویی ، کنترل موالید

جوانان

ازدواج و مسائل جنسی

شامل دانستیهای زناشویی و ازدواج و انتخاب همسر و مسائل
تربیتی و بیماریهای جنسی

تألیف دکتر روح الله خالقی



انتشارات طنین

انتشارات طنین

نام کتاب : جوانان، ازدواج و مسائل جنسی

مؤلف : دکتر روح‌اله خالقی

نوبت چاپ : یازدهم

تاریخ انتشار : بهار ۷۶

تیراژ : ۱۰۰۰۰

چاپ : آزمون

حروفچینی : دانشگر ۵۶۱۷۰۱۹

قیمت : ۸۰۰ تومان با جلد سلفون ۵۰۰ تومان با جلد شمیز

شابک : ۹۶۴-۹۰۳۷۷-۷-۲ ISBN, 964-90377-7-2

انتشارات طنین : تهران - خیابان لبافی‌نژاد - بین فلسطین و ابوریحان - کوی مهرداد -

پلاک ۲ کدپستی ۱۳۱۵۹ - تلفن : ۶۴۶۳۷۴۶

فهرست

۱۱	.....	مقدمه
۱۶	.....	لقاح
۱۸	.....	فصل اول — بلوغ
۱۸	.....	بلوغ چیست؟
۲۰	.....	هورمون چیست؟
۲۰	.....	علائم بلوغ در دختران
۲۲	.....	دستگاه تناسلی زنان
۲۲	.....	— تخمدان
۲۵	.....	— رحم
۲۵	.....	— واژن
۲۷	.....	قاعدگی چیست؟
۳۱	.....	فشارهای عصبی قبل از قاعدگی
۳۲	.....	پرده بکارت
۳۴	.....	یانسگی
۳۶	.....	دستگاه تناسلی مرد
۳۹	.....	— مایعی که قبل از انزال خارج می شود
۳۹	.....	— اسپرماتوزوئید

۴۰	خروج منی
۴۰	آلت تناسلی
۴۱	مکانیسم نعوظ آلت
۴۱	ختنه کردن
۴۲	علائم بلوغ در پسران
۴۲	صفات ثانویه پسران
۴۳	احتلام
۴۵	فصل دوم - ازدواج و اهداف آن
۴۶	خصوصیاتی که باید در هنگام انتخاب همسر بدان توجه کرد
۶۹	فصل سوم - مقاربت
۷۰	پس از آمیزش
۷۱	دفعات مقاربت
۷۲	موارد منع مقاربت
۷۳	تذکری در مورد بیماران قلبی
۷۴	تذکری در مورد کودکان
۷۵	مقاربت در دوران حاملگی
۷۶	زمان مقاربت
۷۸	ناتوانی جنسی
۷۹	ناتوانی جنسی در مردان
۸۱	انزال پیش رس
۸۲	درمان انزال پیش رس
۸۴	سردی مزاج زنان
۸۷	فصل چهارم - کنترل موالید
۸۸	مسئله جمعیت
۹۰	کنترل جمعیت
۹۱	نقش اقتصادی
۹۱	نقش تربیتی
۹۲	نقش اجتماعی
۹۴	پیشگیری از حاملگی
۹۴	طرق پیشگیری
۹۴	اول - طرق پیشگیری در خانمها
۹۴	الف) روشهای طبیعی
۹۴	۱ - ایام بی خطر

- ۲ - ادامه شیر دادن ۹۵
- ۳ - جماع منقطع ۹۵
- ب) روشهای فیزیکی ۹۶
- ۱ - دوش مهبل ۹۶
- ۲ - دیافراگم ۹۶
- ۳ - آی - یو - دی ۹۷
- ۴ - بستن لوله های رحمی ۹۸
- ج) روشهای شیمیایی ۹۹
- ۱ - مواد اسپرم کش ۹۹
- ۲ - اسفنج اسپرم کش ۹۹
- ۳ - هورمونهای مهبل ۱۰۰
- ۴ - دستگاه درون رحمی هورمونی ۱۰۰
- ۵ - قرص پیشگیری باروری ۱۰۰
- ۶ - تزریقات دوره ای پروژسترون ۱۰۲
- ۷ - قرصهای کاشتنی زیر پوست ۱۰۲
- ۸ - دستگاه تی - نوا ۱۰۲
- ۹ - حلقه پیشگیری بارداری ۱۰۲
- چرا از قرص استفاده می کنیم؟ ۱۰۳
- این قرص چگونه عمل می کند؟ ۱۰۳
- آیا هر خانمی می تواند از قرص استفاده کند ۱۰۶
- آیا جوانان می توانند از قرص استفاده کنند ۱۰۷
- چه زمانی باید مصرف قرص را قطع کنیم ۱۰۷
- آیا مصرف قرص بر شیردهی اثر می گذارد ۱۰۸
- آیا خانمهای سیگاری می توانند از قرص استفاده کنند ۱۰۹
- آیا خانمهای مبتلا به بیماریهای مزمن می توانند از قرص استفاده کنند ۱۰۹
- آیا قرصهای دیگر بر قرص کنتراسپتیو اثر می گذارند ۱۱۰
- آیا مصرف قرص با ایجاد لخته خونی همراه است ۱۱۰
- آیا قرص بر روی فشارخون اثر می گذارند ۱۱۰
- آیا مصرف قرص با بروز سرطان همراه است ۱۱۱
- آیا مصرف قرص سبب برفان می شود ۱۱۱
- آیا مصرف قرص وزن بدن را تغییر می دهد ۱۱۱
- آیا مصرف قرص سبب افسردگی می شود ۱۱۲
- آیا قرص کنتراسپتیو بر باروری بعدی اثر می گذارد ۱۱۲

۱۱۳	..... آیا مصرف قرص، حاملگی های بعدی را به مخاطره می اندازد
۱۱۳	..... فواید مصرف قرص چیست
۱۱۴	..... بررسی
۱۱۴	..... این قرص را چگونه تهیه کنیم
۱۱۴	..... علائم هشداردهنده
۱۱۵	..... جدول قرصهای پیشگیری باروری در ایران
۱۱۶	..... دوم - طرق پیشگیری در مردان
۱۱۶	..... ۱ - روش جماع منقطع
۱۱۶	..... ۲ - روکش یا کاپوت
۱۱۶	..... ۳ - بستن لوله های منی بر
۱۱۸	..... ۴ - قرصهای پیشگیری باروری مردان
۱۱۸	..... فصل پنجم - بیماریهای دستگاه تناسلی
۱۲۰	..... آی - وی - اف
۱۲۱	..... بیماریهای جنسی واگیردار
۱۲۲	..... - سوزاک
۱۲۴	..... - سیفلیس
۱۲۸	..... - ایدز
۱۳۴	..... بیماریهای زنان
۱۳۵	..... ۱ - فقدان قاعدگی
۱۳۶	..... ۲ - قاعدگی دردناک
۱۳۷	..... ۳ - متروورازی
۱۳۷	..... ۴ - ترشحات دستگاه تناسلی خانمها
۱۳۸	..... ۵ - واژینیسم
۱۳۹	..... ۶ - التهاب حاد رحم
۱۴۰	..... ۷ - افتادگی رحم
۱۴۱	..... ۸ - ناهنجاری های دستگاه تناسلی
۱۴۳	..... ۹ - کیست تخمدان
۱۴۴	..... آبستنی خارج از رحم
۱۴۷	..... علل آبستنی خارج از رحم
۱۴۸	..... سقط جنین
۱۴۹	..... تهدید به سقط
۱۵۰	..... سقط عادی
۱۵۱	..... سقط خودبخودی

۱۵۲	عدم تحمل ادرار در بانوان
۱۵۲	اختلالات ادراری در مردان
۱۵۳	پریایسزم
۱۵۳	بیماری پرونی
۱۵۴	فصل ششم - بارداری
۱۵۴	نشانه‌های بارداری
۱۵۴	۱ - علائم حدسی
۱۵۵	۲ - علائم احتمالی
۱۵۵	۳ - علائم قطعی
۱۵۶	تعیین روززایمان
۱۶۰	مراقبت‌های قبل از زایمان
۱۶۱	مراقبت‌های هنگام حاملگی
۱۶۳	تغذیه در آبستنی
۱۶۵	کلسیم برای زن آبستن
۱۶۵	آهن برای زن آبستن
۱۶۷	مدت حاملگی
۱۶۹	حاملگی در سنین بلوغ
۱۷۰	حاملگی در افراد مسن
۱۷۱	باکره‌زایی در انسان
۱۷۳	فصل هفتم - پس از تولد
۱۷۳	رژیم مادر در زمان شیر دادن
۱۷۴	تغذیه در زمان کودکی
۱۷۴	مواد غذایی مورد لزوم کودک در اوائل عمر
۱۷۵	مقدار کالری مورد لزوم شیرخواران
۱۷۵	مقدار پروتئین مورد احتیاج شیرخواران
۱۷۵	قند در غذای شیرخواران
۱۷۶	مواد معدنی در غذای شیرخواران
۱۷۷	ویتامین‌های مورد احتیاج شیرخواران
۱۷۸	آب مورد لزوم شیرخواران
۱۷۹	تغذیه کودک از پستان مادر
۱۷۹	تغذیه کودک با شیر گاو
۱۸۱	تغذیه اطفال نارس
۱۸۲	آلرژی کودک نسبت به غذا

۱۸۳	..... مسائل کلی در مورد تغذیه کودکان مسن تر
۱۸۴	..... دوقلوها
۱۸۷	..... فصل هشتم - ناهنجاریهای مادرزادی و علل آنها
۱۸۸	..... ۱ - عوامل عفونی
۱۸۸	..... الف) سرخجه یا روبلا
۱۸۹	..... ب) ویروس سایتومگال
۱۸۹	..... ج) ویروس تبخال ساده
۱۸۹	..... د) سایر عفونتهای ویروسی
۱۸۹	..... ه) توکسوپلاسموز
۱۹۰	..... و) سیفلیس
۱۹۰	..... ۲ - پرتوتابی
۱۹۵ - ۱۹۱	..... ۳ - عوامل شیمیایی - هورمونها
۱۹۵	..... ۴ - کمبودهای تغذیه‌ای
۱۹۵	..... ۵ - عوامل شیمیایی محیطی
۱۹۶	..... ۶ - اثر سیگار بر جنین
۱۹۷	..... ۷ - عوامل کروموزومی و ژنتیکی
۱۹۷	..... - سندرم دان
۱۹۹	..... - سندرم ادوارد
۲۰۰	..... - سندرم پاتو
۲۰۱	..... - سندرم کلاین فلتز
۲۰۱	..... - سندرم ترنر
۲۰۳	..... - سندرم تربیل ایکس
۲۰۳	..... - سندرم فوق مرد
۲۰۳	..... ناهنجاریهای ساختمانی
۲۰۳	..... آنومالیهای ژنها
۲۰۸	..... عجیب الخلقه‌ها
۲۱۰	..... هم‌خونی و ازدواجهای فامیلی
۲۱۴	..... مشاوره ژنتیکی در ازدواجهای هم‌خونی
۲۱۵	..... زناشویی با محارم
۲۱۶	..... نتایج ژنتیکی زناای با محارم
	جدول رشد طبیعی کودک
۲۱۷	..... جدول ارتباط وزن و سن
۲۱۸	..... جدول ارتباط قد و وزن

۲۱۹	جدول وزن متوسط
۲۲۰	جدول ارتباط قد و وزن پسران تا ۴ سالگی
۲۲۱	جدول ارتباط قد و وزن دختران تا ۴ سالگی
۲۲۲	جدول میانگین محیط دور سر بچه های طبیعی
۲۲۳	الگوهای رفتاری در طول اولین سال تولد
۲۲۶	الگوهای رفتاری از یک سالگی تا ۵ سالگی
۲۳۰	فصل نهم - کودک و مسائل غریزه جنسی
۲۳۲	الف) سیر تمایلات غریزی در کودک
۲۳۲	۱ - موضعگیری والدین
۲۳۳	۲ - نقش غریزه در رفتار
۲۳۴	۳ - تذکرات به والدین
۲۳۵	۴ - معاشرتهاى نادرست
۲۳۶	۵ - نیاز شدید به محبت
۲۳۷	۶ - اوقات خواب
۲۳۷	۷ - نقش محیط
۲۳۹	ب) نکات مهم در پیشگیری انحرافات کودکان
۲۳۹	۱ - هدفدار بودن زندگی
۲۳۹	۲ - کنترل روابط و رفتار والدین
۲۳۹	۳ - ارضاء عاطفی
۲۳۹	۴ - اعتدال در محبت
۲۴۰	۵ - تقویت مبانی اخلاقی
۲۴۰	۶ - تقویت نیروی اراده
۲۴۰	۷ - آگاهی دادن
۲۴۱	۸ - بهداشت جسمی
۲۴۱	۹ - بهداشت روانی
۲۴۲	۱۰ - کنترل کودک
۲۴۲	۱۱ - ایجاد عادات صحیح
۲۴۲	۱۲ - سایر توصیه ها
۲۴۴	فصل دهم - اختلالات جنسی
۲۴۴	۱ - تعریف
۲۴۵	۲ - انواع
۲۴۶	۳ - اختلالات هویت جنسی
۲۵۱	۴ - همجنس گرایی

۲۵۸	.....	۵- یادگار دوستی
۲۶۱	.....	۶- مبدل پوشی
۲۶۴	.....	۷- حیوان دوستی
۲۶۵	.....	۸- پدوفیلی
۲۶۸	.....	۹- عورت نمایی
۲۷۱	.....	۱۰- نظر بازی جنسی
۲۷۴	.....	۱۱- خودآزاری جنسی
۲۷۵	.....	۱۲- دیگر آزاری جنسی
۲۷۷	.....	۱۳- دیگر آزاری و خودآزاری
۲۷۸	.....	۱۴- پارافیلیهای دیگر
۲۸۱	.....	۱۵- پیش آگهی پارافیلیا کها
۲۸۲	.....	۱۶- درمان پارافیلیا کها
۲۸۳	.....	۱۷- اختلالات کنشی روانی - جنسی
۲۸۹	.....	۱۸- استمناء یا خودارضایی
۲۹۴	.....	الف) عنق استمناء
۲۹۸	.....	ب) عوارض استمناء
۳۰۰	.....	ج) راههای پیشگیری
۳۰۲	.....	د) درمان استمناء

مقدمه

قطرات باران از نعمتهای الهی بوده و ریزش آن با خود رحمت و برکت را به ارمغان می‌آورد و جاری شدن جویبارها در کوهستان و دشت، نویدبخش حیاتی مجدد و زندگی نوین و ترنم باران، زمزمه شادی آدمیان است. اما اگر همین باران در ریزش خود افراط ورزیده و از حد اعتدال خارج شده و بدون انقطاع، بطوریکه نتوانست، برای مدت زیادی ببارد، سبب وارد آمدن زیانهای جبران‌ناپذیری به جنگلها، مراتع، کشتزارها، شهرها، خانه‌ها و... غیره شده و سیل آسا، تمامی کوششهای مردم را به نابودی خواهد کشاند.

غریزه جنسی نیز که خدا برای تکثیر و تداوم نسلها، در انسان به ودیعت نهاده است اگر بطور کنترل نشده استفاده شود، سبب خرابی و ویرانی و... شده، در حالیکه اگر در جای خود از آن استفاده شود و عدالت در مورد آن رعایت گردد، باعث گرمی کانون خانواده‌ها و انجام وظایف فردی، به نحو احسن خواهد شد.

اگر نیروی مخرب یک سیل را در پشت سدّی مهار کنند، این نیرو، حیاتبخش خواهد بود، در حالیکه، عنان گسیختگی و بی بندوباری آن، سبب فاجعه خواهد گشت.

در این کتاب بدنبال مهار نمودن نیروی غریزی فوق، در ورای سدّ علم و

آگاهی هستیم و امیدواریم که جوانان عزیز به نقش مهم کنترل این نیرو، در داشتن یک حیات سالم واقف بوده و با نکاتی که در این کتاب بآن اشاره می‌کنیم، به وقوف عملی نیز دست یابیم.

نکاح و زناشویی از جمله آداب اجتماعی است که در تمام جوامع بشری تا با امروز متداول بوده، و این خود دلیلی است بر اینکه یک سنت فطری است. بعلاوه دلیل واضح‌تر، مجهز بودن زن و مرد به وسایل و آلات تناسلی و تولدی است، و هر دو دسته به یک اندازه دارای این غریزه هستند، گرچه در زن دستگاه و عواطف فطری مناسب تربیت و تغذیه اولاد نیز گذاشته شده است.

هر جامعه‌ای که به این اصول و احکام فطری کم و بیش احترام قائل باشد، ناگزیر زیر بار قوانین زناشویی اختصاصی خواهد رفت. اینها اصولی است که نزد همه ملت‌هاییکه زناشویی در آنها رواج دارد، معتبر است. چه اینکه سیستم ازدواجشان یک زن برای یک مرد باشد یا چند زن برای یک مرد، یا چند شوهر برای یک زن یا چند زن برای چند شوهر. به حسب اختلاف آئین ازدواج در ملل — باشد. با وجود این، در همه جا یک نحوه اختصاصی بین زوجین وجود دارد.

پس فطرت بشری که مایل به زناشویی است، اول دشمن فحشاء و زنا، می‌باشد که باعث قطع و فساد نسل و انساب می‌شود، و بین امتهای مختلف و جامعه‌های گوناگون — حتی آنان که در روابط شهوانی بین زن و مرد آزادی‌هایی دارند — آثار این دشمنی فطری بچشم می‌خورد و علائم نگرانی از چهره‌شان از بی بندوباری آشکار است و باز می‌بینیم قوانینی را که حافظ نسب باشد قبول دارند.

وقتی انسان قوانین اسلام را در تنظیم امور ازدواج، با سایر قوانین و رسوم

معمول دنیا مقایسه می‌کند و مورد تأمل منصفانه قرار می‌دهد درمی‌یابد که قوانین اسلام دقیقتر و بیشتر، شئون احتیاط در حفظ نسب و سایر مصالح فطری انسانی را رعایت کرده و تمام آنچه که اسلام بعنوان احکام آورده به حفظ نسب و سد راه زنا، بازمی‌گردد.

برخی از این قوانین اسلامی تحریم ازدواج زنهای شوهردار (محصنه) است که باین ترتیب ازدواج یک زن را در زمان واحد با دو مرد لغو ساخته است و ملاک عدۀ طلاق نیز همین احتراز از اختلاط نطفه‌های مختلف است.

اما زنهاییکه ازدواج با آنها حرام است چهارده قسم هستند که شامل مادر، خاله، عمه، خواهر، خواهرزاده، برادرزاده، خواهرزن، مادر رضاعی، خواهر رضاعی، زنهای شوهردار، زن پدر، مادر زن، دختر، زن اجداد می‌باشند، و علت اینکه اسلام ازدواج با آنها را حرام کرده است، در معاشرت زیاد مردان خانواده با آنهاست که ممکن است در اثر وساوس شیطانی میل نزدیکی به آنها در فرد ایجاد شود و از این رو اسلام آنها را حرام ابدی کرده است تا طوق تربیت دینی را چنان بآنان محکم کند که چشم طمع از رسیدن بایشان بسته و شهوت آمیزیش با آنها را در خود بمیرانند و ریشه آنرا از بیخ برکنند.

اسلام، باب زنای با غیر محارم را هم با وجوب حجاب داشتن زنان و جلوگیری از آمیختن مرد و زن، سد نموده، زیرا اگر اینطور نبود نهی از زنا، کاری از پیش نمی‌برد.

صحت این پیش‌بینی اسلام را وضع ملل متمدن مغرب گواهی می‌کند. زیرا گروه مسیحی آنجا، زنا را حرام و تعدد زوجات را نیز مانند زنا می‌دانند، ولی چون اختلاط زن و مرد را مانع نیستند، فحشاء باندازه‌ای رواج یافته که یک درهزارم هم از آن محفوظ نیستند و از هزار مرد یک نفر نیست که یقین به صحت انتساب اولاد وی به او باشد. این مرض حتی به تجاوز مردان به محارم خانوادگیشان نیز منتهی شده، سپس میان مردان و پسران، سپس میان خود

پسران و... تا بحدیکه زن، که خداوند او را برای آسایش زندگانی بشری و بقاء نسل انسان و خوشی آفرید، وسیله ای برای نیل به اهداف سیاسی و اقتصادی و اجتماعی و اغراض فاسد اجتماعی یا فردی گشته و زندگی بشری اسباب بازی به تمام معنی کلمه، و سعادت انسانی یک خیال و آرزوی پوچ گردیده...

ولی از نظر اسلام احتیاج به زن یکی از دو احتیاج حیاتی مرد (غذا - نکاح) است و سایر احتیاجات هم به یکی از این دو برمی گردد، و شاید حدیث نبوی (ص): «من تزوج آحرز نصف دینه، فلیتقی الله فی النصف الآخر» به معنی «آنکس که زناشویی کند نیمی از دین خود را حفظ کرده، پس باید که در آن نیم دیگر از خدا بترسد» هم اشاره ای باین مطلب باشد.^۱

همانطوری که می دانیم با توجه به فرهنگ موجود در اکثر خانواده ها، ارتباط والدین و فرزندانشان به نحوی نیست که فرزندان بتوانند سؤالات و مشکلات جنسی خود را با والدینشان در میان بگذارند و حجب و حیا مانع از جوابگویی صحیح این مسائل خواهد بود. بناچار جوانان و نوجوانان با توجه به حس کنجکاوی که دارند و جاذبیت جنسی که در سنین بلوغ برایشان پیش می آید بدنبال پیدا کردن جواب، به افرادی هم سن و سال خود مراجعه می نمایند و در این بین یا به غلط راهنمایی می شوند و یا بروز همین سؤال و در میان گذاشتن آن با دیگری، سبب برقراری یک رابطه جنسی و انحرافی می گردد.

راه حل اینست که والدین کتب مفیدی را که در این زمینه وجود دارد و به بسیاری از مشکلات و سؤالات آنها به نحو احسن جواب می گوید در اختیار فرزندان دلبند خود قرار داده و جوانان و نوجوانان نیز بجای گرفتن جواب غلط

یا ناقص از دوستان و آشنایان خود به مطالعه اینگونه کتب پردازند.

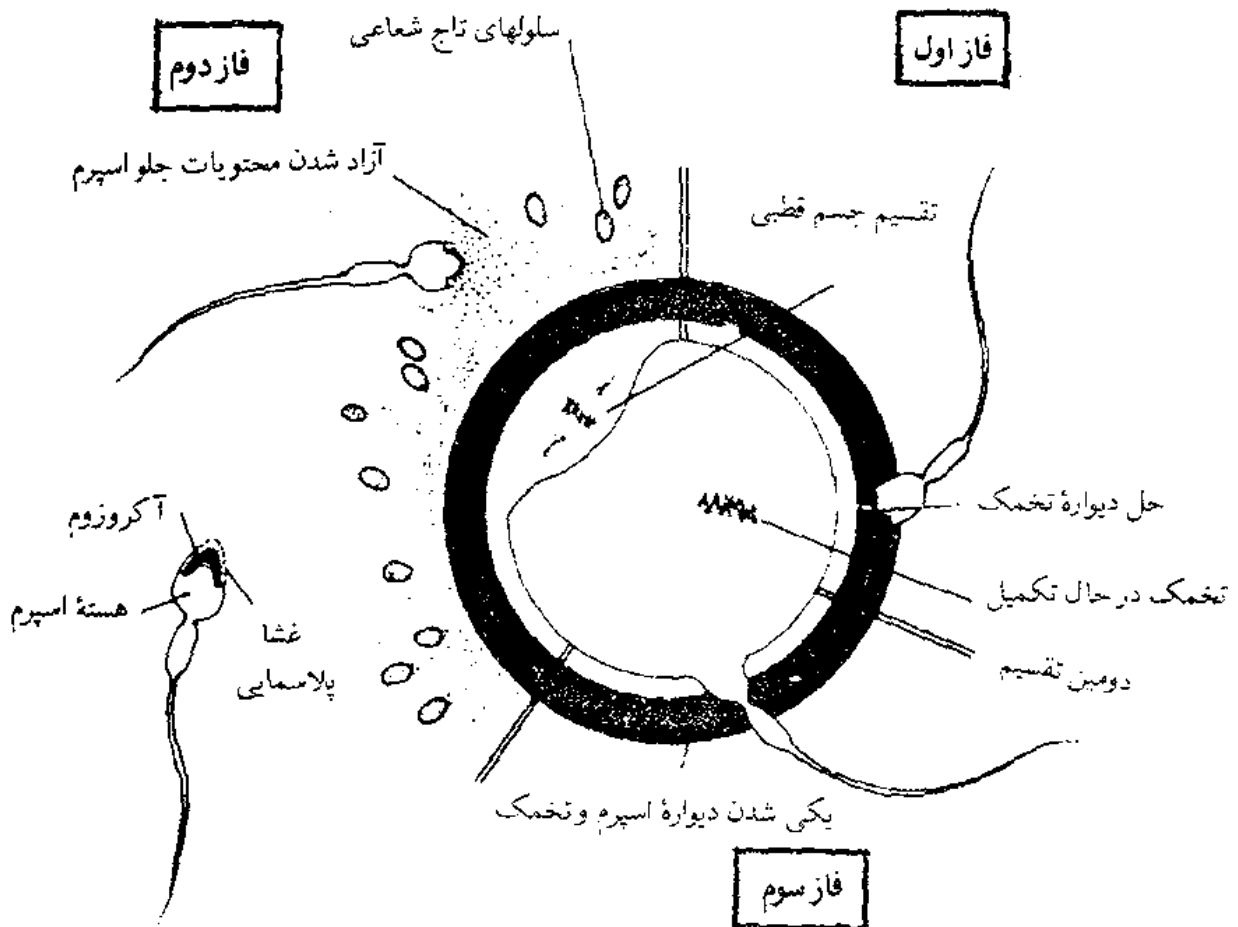
در این کتاب سعی کرده‌ایم که مسائل و مطالبی که در رابطه با غریزه جنسی از بدو تولد تا زمان ازدواج و بعد از آن است را به رشته تحریر درآوریم. تا باین ترتیب سهم کوچکی در نشان دادن راه اغناء صحیح میلی از امیال انسانی باشیم که مانند سایر خواسته‌ها اگر نادرست بآن جواب داده شود، اثر تخریبی آن بیش از اصلاح می‌باشد تا همانگونه که به نحوه آشپزی در جوابگویی به گرسنگی دقت می‌نمائیم و غذای مسموم نمی‌خوریم و از زیاده‌روی در آن دوری می‌کنیم و هر نوع افراط و تفریط سبب آزدگی می‌گردد، با دقت در امور زناشویی و جنسی از هرگونه افراط و تفریط دوری جسته و با آشنایی به مطالب و رازهای جنسی با رعایت موازین اسلامی زندگی خوب و سالمی داشته باشیم.

در اینجا هدف خود را در آشنایی زنان و مردان مسلمان با امور زناشویی در این کتاب مجدداً متذکر شده و انزجار خود را از هر نحوه استفاده نامشروع و غیرشرعی از این کتاب را ابراز می‌دارم.

مؤلف

لقاح

پس از بهم آمیختن اسپرم و تخمک و تشکیل تخم برحسب اینکه ترکیب کروموزومی تخم چه باشد جنسیت جنین مشخص می‌گردد. تخمک که سلول جنسی است و از طرف مادر در تشکیل تخم شرکت می‌کند دارای ترکیب کروموزومی XX بوده و اسپرم که سلول جنسی پدر است دارای یک ترکیب XX و یک ترکیب XY می‌باشد. بنابراین طبق جدول زیر جنسیت مشخص می‌گردد.



تفاوت جنسیت در ابتدا بین نوزادان فقط با ظاهر دستگاه ادراری مشخص می‌گردد ولی با گذشتن سن و انجام یک سری واکنش‌های هورمونی در بدن تظاهرات ثانوی جنسی یا بعبارت دیگر بلوغ در آنها شروع شده و همراه با این تغییرات، امیال نهفته در ایشان با توجه به فرهنگ اجتماع و خانواده، ظاهر می‌گردد.

فصل اول

بلوغ

بلوغ چیست؟

در هنگام تولد بین پسران و دختران تنها تفاوتی که وجود دارد، ظاهر دستگاه ادراری خارجی است. در کودکان هنوز میلی بنام غریزه جنسی بوجود نیامده است و بنابراین دستگاههای موجود در بدن نیز فعالیتی بنام فعالیت جنسی را آغاز نکرده اند.

با گذشت زمان و انجام یک سری فعل و انفعالات و تغییرات فیزیولوژیکی در بدن، مرحله بلوغ شروع می‌گردد. این مرحله برای پسران و دختران در یک سن انجام نمی‌شود بلکه همیشه در دختران زودتر از پسران است. ولی در دختران و یا پسران نیز یک سن مشخص را نمی‌توان یافت که در آن سن فرد بالغ گردد. چون خصوصیات فرهنگی، اقلیمی، وراثتی و ژنتیکی و غذایی در این مسئله اثر مستقیم دارد. مثلاً در آب و هوای گرم بلوغ زودتر صورت پذیرفته و در آب و هوای سرد، دیرتر انجام می‌گیرد.

ولی در جامعه ما سن ۹ سالگی را برای دختران و ۱۴ سالگی را برای پسران سن بلوغ در نظر می‌گیرند، گرچه قبل یا بعد از آن بلوغ جنسی انجام پذیرد، ولی در این سن از لحاظ شرعی فرد به سن تکلیف رسیده است و انجام

یک سری از واجبات شرعی برای او نیز واجب می‌گردد. این سنین، پراکندگی‌ترین و حساسترین دوران زندگی انسان می‌باشد. در این سن فرد احساس می‌کند که نیرویی در او در حال شکل گرفتن است و یک سری تمایلات را در او زنده می‌سازد. همزمان با این احساس درونی، تغییراتی نیز در ظاهر بدن دختران و پسران بروز می‌کند که بعداً ذکر خواهد شد. ولی اجمالاً باید دانست که بلوغ در دختران با اولین قاعدگی و در پسران با اولین خروج منی، آغاز می‌شود که چون این عمل معمولاً اولین بار در خواب انجام می‌گیرد پس اولین احتلام (یعنی خروج منی در خواب) نشانه بلوغ در پسران می‌باشد.

این علائم بیانگر اولین نشانه‌های نیروی تولیدمثل در انسان است. بلوغ دارای دو مرحله روحی و جسمی است. رشد جسمانی در طفل بتدریج انجام می‌گیرد، ولی در این دوران نموناگهانی نموده و فرد سریعاً قد می‌کشد، صدایش تغییر می‌کند و حرکاتش بنظر ناموزون می‌آید. این تغییر سریع علاوه بر تحول روحی که در این سن رخ می‌دهد، یک فشار روحی نیز برای او ایجاد می‌کند و نوجوان تصور می‌کند که همه به او توجه دارند و احساس نامطلوبی از این جهت به او دست می‌دهد. بنابراین سعی می‌کند که از والدین و افراد بزرگسال گریخته و به دامن هم‌سن و سالهایش پناه ببرد. در این هنگام آمادگی شخصیت برای شکل‌گیری بسیار بالا بوده و نوجوانان بدنسال یافتن الگو برای خود می‌باشند. از امر و نهی شدن منزجر و ناراحت می‌شوند و روح بسیار حساس پیدا می‌کنند، ضمن اینکه تمایل جدیدی نیز در او ایجاد شده است و احتمال هرگونه کج روی در او وجود دارد.

بنابراین در این ایام، نوجوانان باید سعی کنند از انحرافات اخلاقی و جنسی دوری کنند، چون هر نوع روشی را که در این دوران به آن عمل کنند، در آینده جزء خصوصیات اخلاقی آنها شده و به سختی می‌توانند از آن جدا

شوند. و از طرفی نیز والدین باید در معاشرتهای فرزندانشان بطور غیرمستقیم نظارت داشته باشند و از انحرافات احتمالی و افتادن آنها در دست افراد منحرف جلوگیری نمایند. بهترین روش نزدیک شدن به فرزندان و شرح دادن دوستانهٔ اتفاقات دوران بلوغ است تا حس کنجکاوی آنها اغناء شود. در صورتی که حیا و شرمی که بین والدین و فرزندان است مانع این عمل شود، توصیه و معرفی کتب سالمی که در این زمینه نوشته شده است نیز، بسیار مؤثر است.

پدر و مادران باید توجه داشته باشند که فرزندانشان در این دوران حس بزرگی کرده و دوست دارند کارهای بزرگ انجام دهند، پس واگذاری کارها به او در جذب محبت بسیار مؤثر است.

هورمون چیست؟

مواد شیمیایی که به مقدار کم از غدد داخلی بدن ترشح شده و بر روی اعضای خاص، اثرات زیادی می‌گذارند را هورمون می‌گویند. هورمون جنسی مهم و عمدهٔ زنان استروژن و پروژسترون نام دارد که سبب بروز صفات ثانویه در دختران شده و سپس کنترل آزاد شدن تخمک و دوره‌های قاعدگی را کنترل می‌کند.

هورمونهای جنسی مردانه که آندروژنها بوده و مهمترین آنها تستوسترون نام دارد سبب بروز صفات ثانویه در پسران می‌شود.

علائم بلوغ در دختران

تحت تأثیر هورمونهای مختلف جنسی که در اثر کنترل غدهٔ هیپوفیز از غدد

مختلف بدن ترشح می‌گردد، تغییرات ظاهری و باطنی در دختر ایجاد می‌گردد. آنچه که برای اولین بار دیده می‌شود، قاعده شدن می‌باشد. قاعده شدن عبارت است از خارج شدن خون از دستگاه ادراری - تناسلی که اگر فرد از نشانه‌های بلوغ بی‌اطلاع باشد بسیار وحشت‌آور خواهد بود. معمولاً طول مدتی که یک زن می‌تواند قاعده شود حدود ۳۰ الی ۳۵ سال است و معمولاً هر چه دختر زودتر بالغ شود، استعداد بچه دار شدنش زیادتر است. فاصله بین قاعده شدن حدود چهار هفته است که ممکن است ۲ روز کمتر یا بیشتر باشد. ایام قاعدگی نیز حدود چهار تا هفت روز است. در این ایام بعلت انقباضات رحمی، درد زیر شکمی وجود خواهد داشت. گاهی اوقات برخی خانمها چند روز قبل از عادت ماهیانه شان احساس خستگی، طیش قلب، کمردرد و ضعف و سرما می‌کنند. سردرد، انقباض فرج، تورم پستانها و عصبانیت نیز در برخی دیگر دیده می‌شود.

دیگر از علائم بلوغ جنسی دختران بزرگ شدن پستانها و رشد موی زیر بغل و گاهی تغییر رنگ مومی باشد.

هورمونهای جنسی در این دوران در بدن تغییرات عمده‌ای از خود نشان می‌دهند. هر دو نوع هورمون مردانه و زنانه در هر دو جنس موجود است ولی میزان هورمونهای مردانه در مرد و هورمونهای زنانه در زنان بیشتر است که این موجب بروز صفات مردانه در پسران و صفات زنانه در دختران می‌گردد.

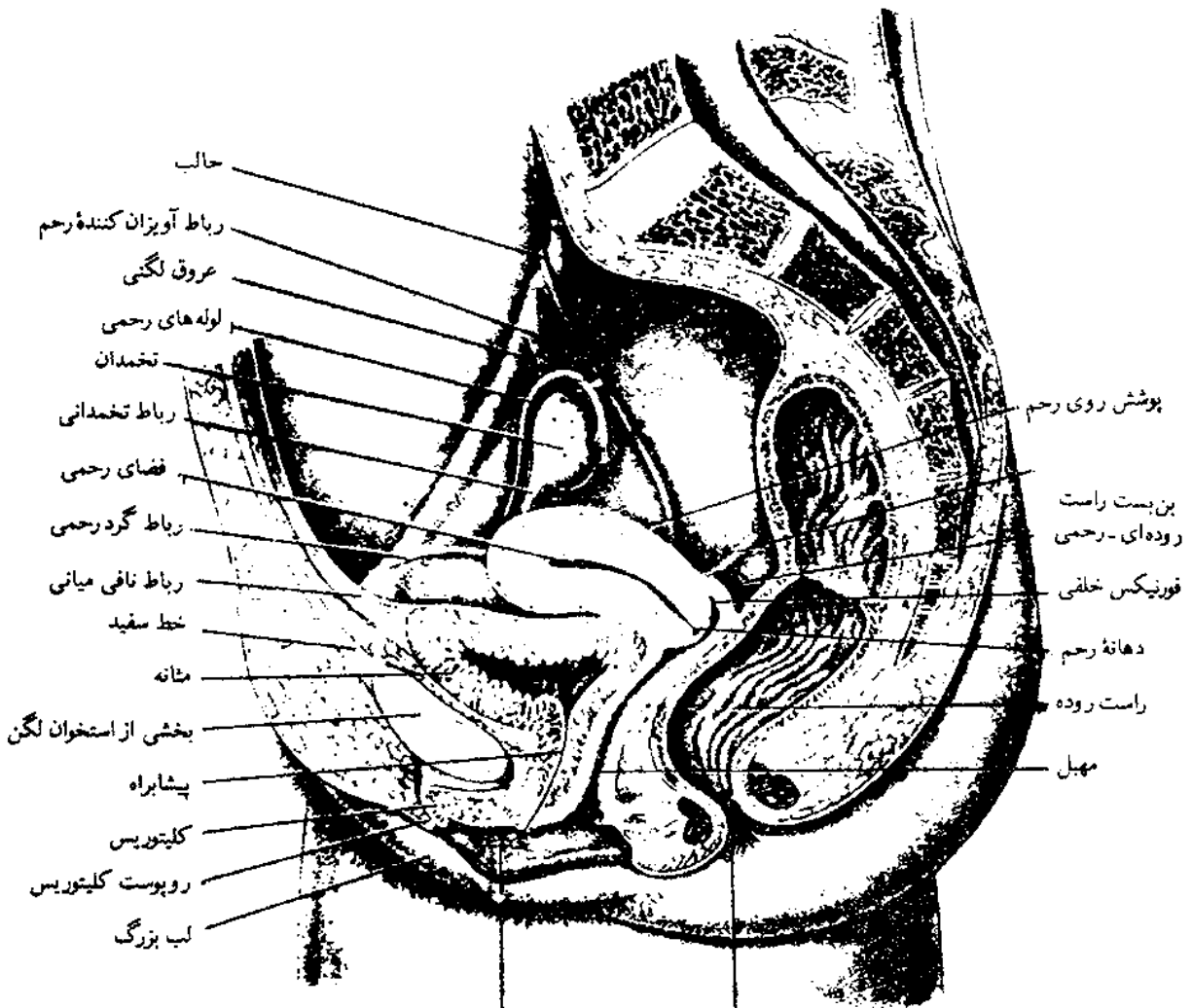
اگر به علتی این میزان هورمونها بهم بخورد امکان دارد که تظاهرات جنس مخالف در فرد ایجاد شود. مثلاً با اینکه ظاهر زنانه است، ولی قاعدگی وجود نداشته باشد و صدای بم و هیكل عضلانی در زنان دیده شود. و یا بعکس در مردان، صدا زنانه باشد و رشد اندام تناسلی کم باشد و این حالت به حدی می‌تواند شدت یابد که مرد خصوصیات اخلاقی زنانه پیدا کند و از کارهای خشن و مردانه روی گردان شده و سعی کند رفتار زنانه داشته باشد.

دستگاه تناسلی زنان

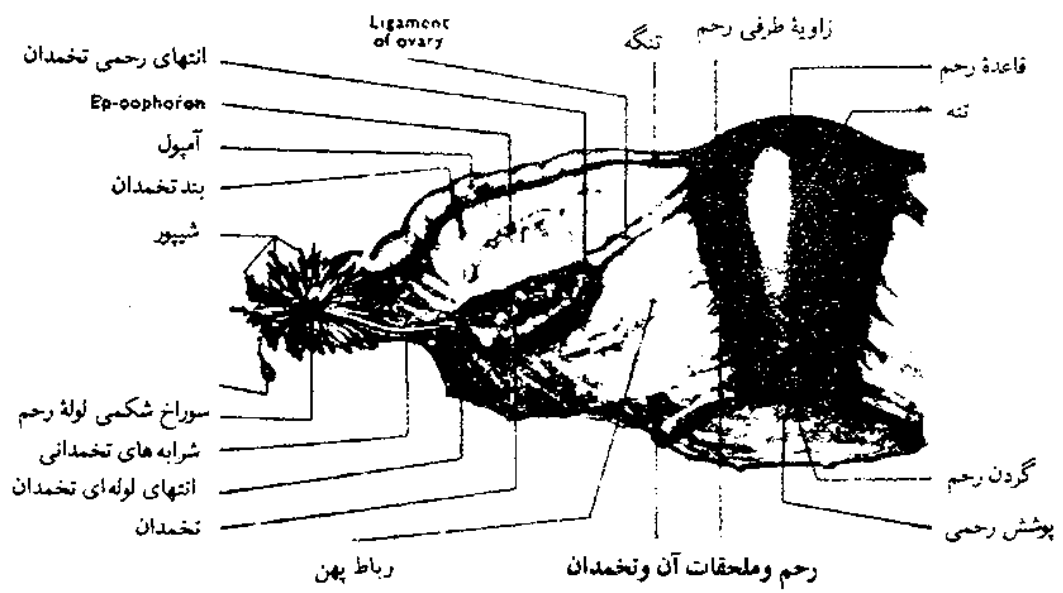
دستگاه تناسلی زن شامل دو قسمت داخلی و خارجی است. قسمت خارجی عبارت است از بخشی از بدن که در قسمت جلویی بین ۲ ران و در زیر شکم قرار گرفته است و شامل کلیتوریس لب‌های بزرگ و کوچک، مدخل فرج (مهبل یا واژن) و غدد مربوطه می‌باشد. بخش داخلی شامل رحم، لوله‌های رحمی و تخمدان و کانال واژن (فرج) است.

تخمدان در زن همان کاری را می‌کند که بیضه در مرد انجام می‌دهد. یعنی عمل تولید سلول جنسی به‌عده آن است. سلول جنسی مؤنث را تخمک یا گامت ماده می‌گویند. عمل تخمدان آزاد کردن تخمک در دوره‌های عادات ماهیانه است و بطور معمول هر ماه یک تخمک آزاد می‌گردد. از طرفی تخمدان مسئول ترشح برخی هورمونهای جنسی نیز می‌باشد (استروژن و پروژسترون) که هر کدام مسئول انجام حفظ و نگهداری از تخمدان و یا جسم رحم برای بارداری می‌باشد. معمولاً در روز دوازدهم بعد از شروع قاعدگی تخمک از تخمدان آزاد شده و به رحم رسیده و آماده لقاح (ترکیب شدن با اسپرم مرد) و تشکیل تخم می‌باشد. اگر عمل لقاح انجام پذیرد، خود سلول تخم هورمونی ترشح می‌کند که از ریزش دیواره رحم و قاعده شدن جلوگیری می‌کند؛ تخمدان نیز به این عمل کمک می‌کند ولی اگر لقاح انجام نپذیرد تعادل هورمونی بهم خورده و بتدریج تا جایی پیش می‌رود که در حدود روز بیست و چهارم دیواره رحم فرو ریخته و قاعدگی صورت می‌گیرد.

تخمک آزاد شده از تخمدان در شکم رها می‌شود و لوله‌های رحم توسط زوائدی بنام شرابه‌های شیپورفالوپ این تخمک را گرفته و بداخل رحم هدایت می‌کند. اگر در این عمل اشکالی پیش بیاید و تخمک درون شکم رها شده و



لب کوچک مخرج
 قطع میانی لگن زن بالغ



به داخل رحم هدایت نگردد، اسپرم از طریق همین لوله‌های رحمی ممکن است به داخل شکم رفته و در حفره شکمی و خارج از رحم، تخمک را بارور نماید. در این حالت به اصطلاح حاملگی خارج از رحمی پیش خواهد آمد. در هنگام آزاد شدن تخمک معمولاً خانمها آنرا احساس نمی‌کنند، ولی بعضی از آنها در اواسط ماه که همان ایام تخمک گذاری است احساس چنگ شدن در قسمت تحتانی شکم دارند و یا حتی ممکن است لکه خونریزی نیز دیده شود. ولی یکی از علائم مهم جهت تشخیص دادن روز تخمک گذاری استفاده از دماسنج درون کانال مهبل است، زیرا در این هنگام دمای بدن نیم درجه بیشتر می‌شود.

توجه:

بهترین وقت برای آمیزش جهت باردار شدن، درست هنگام آزاد شدن تخمک است و برای این امر اطلاع دقیق از این زمان کمک بسیار شایانی می‌کند. معمولاً بچه‌ایی که از آمیزش در این روز به وجود آید، بسیار شاداب و سر حال و باهوش و سالم خواهد بود، چون ذخایر غذایی تخمک در بیشترین مقدار است. ولی هر چه از این روز بگذرد ذخایر غذایی بتدریج کم می‌شود و بچه‌هایی که از آمیزش در آخرین روزهای زندگی تخمک به وجود می‌آیند (نزدیک روزهای بیستم به بعد قاعدگی) بچه‌هایی هستند گوشه‌گیر، منزوی، که اکثراً در اثر کوچکترین عارضه‌ای بیمار می‌شوند. تخمک از لحاظ شکل کروی بوده و قطر آن حدود یک میلی متر است. حرکتی ندارد و توسط حرکات پرزهای لوله‌های رحمی به داخل رحم هدایت می‌شود، در حالی که اسپرم مرد حرکت دارد و به وسیله دمی که دارد خود را به طرف جلو می‌کشانند.

در بدن زن دو تخمدان وجود دارد که هر ماه معمولاً یکی از آنها فعال بوده

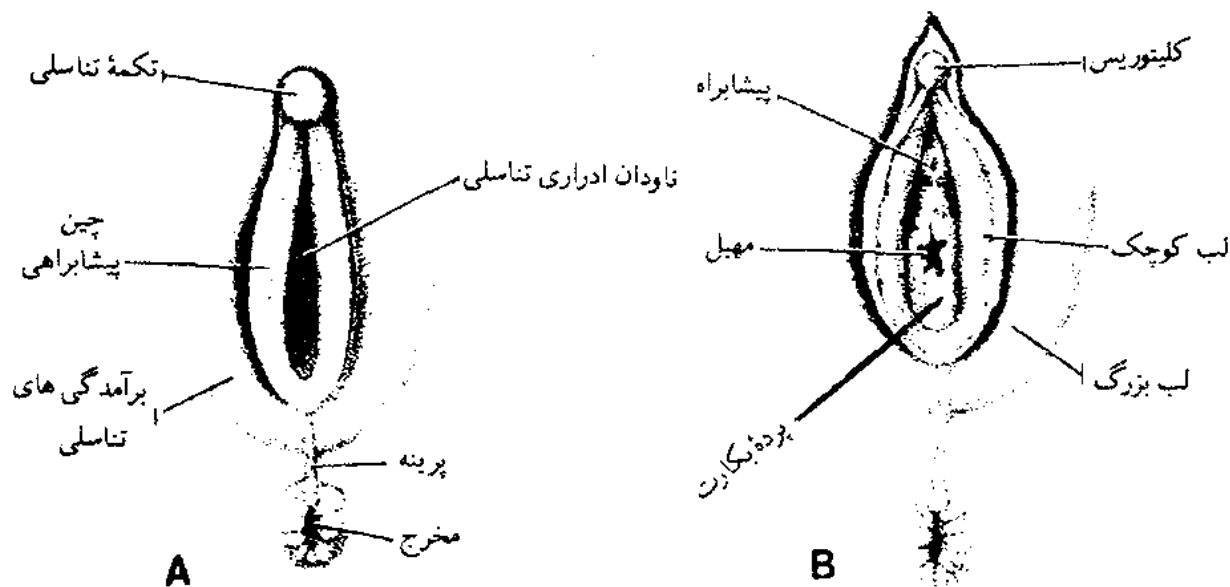
و تخمک آزاد می‌کنند، ولی ریتم مشخصی برای آن وجود ندارد. اگر هر دو تخمدان با هم تخمک آزاد کنند و لقاح صورت بگیرد، احتمال ایجاد شدن دوقلو وجود دارد. گاهی اوقات نیز استفاده از برخی داروها سبب می‌گردد که از یک تخمدان بیش از یک تخمک آزاد شود، که باز احتمال ایجاد دویا، چند قلورا افزایش می‌دهد. به علت وجود دو تخمدان در بدن، زن با یک تخمدان نیز می‌تواند قدرت باروری داشته باشد.

حالتی از دوقلوها وجود دارد که یک تخم از وسط نصف شده و دو نوزاد به وجود می‌آورد، در این حالت دوقلوها کاملاً شبیه به یکدیگر بوده و آنان را دوقلوهای مشابه یا «یک تخمی» می‌گویند.

رحم: عضوی است عضلانی و توخالی که در پشت مثانه قرار دارد. لوله‌های رحمی از طرفین و بالا، وارد آن می‌گردند. رحم خانمی که هنوز حامله نشده است تقریباً $7/5$ سانتی متر طول، 5 سانتی متر عرض، $2/5$ سانتی متر ضخامت داشته و فقط حدود 40 گرم وزن دارد. و از عجایب خلقت قدرت تغییر حالت دادن این عضو در هنگام حاملگی است که می‌تواند تا آن حد بزرگ شود و پس از زایمان مجدداً به حالت اولیه خود برگردد.

واژن (فرج): تظاهر خارجی کانالی که به دهانه رحم منتهی می‌گردد به صورت شکافی قدامی-خلفی است که قطر دهانه خارجی آن در دختران باکره توسط پرده‌ای دولایه به نام پرده بکارت پوشیده شده است. رحم درون حفره لگنی توسط رباطهایی محکم شده است. بین رحم و کانال واژن زاویه‌ای حدود 90° وجود دارد. اگر این زاویه کمتر شود ممکن است رحم از داخل واژن به طرف بیرون آمده و افتادگی رحم ایجاد شود. (این مسئله معمولاً در خانمهایی که چندین بار وضع حمل کرده باشند ممکن است اتفاق بیافتد)

که در اثر شل شدن اتصالات رباطها و ضعف عضلات دیافراگم لگنی می باشد.



در بالاترین و جلوترین قسمت فرج موهای آن می روید که رویش این موها یکی از علائم شروع بلوغ جنسی محسوب می شود. این منطقه نیز جزء دستگاه تناسلی خارجی محسوب می گردد.

دو طرف مجرای واژن را دو چین پوستی دربر گرفته که چین داخلی را لب کوچک و چین خارجی را لب بزرگ می نامند. در زیر محل اتصال دو لب بزرگ در جلو و چسبیده به محل رویش موهای ناحیه شرمگاهی، کلیتوریس قرار دارد که تحریک آن موجب تحریک جنسی در زن می گردد.

در اثر تحریک دستگاه تناسلی، غدد بارتولین موجود در بین لب های بزرگ و کوچک مایعی ترشح می کنند که موضع آمیزش را نرم و لزوج کرده و برای آمیزش و دخول آماده می کنند. در بعضی بیماریها نیز ممکن است بدون

تحریک جنسی این غدد فعال باشند و ایجاد زحمت کنند. در این موارد اگر شدت زیاد باشد، مراجعه به دکتر الزامی است.

قاعدگی چیست؟

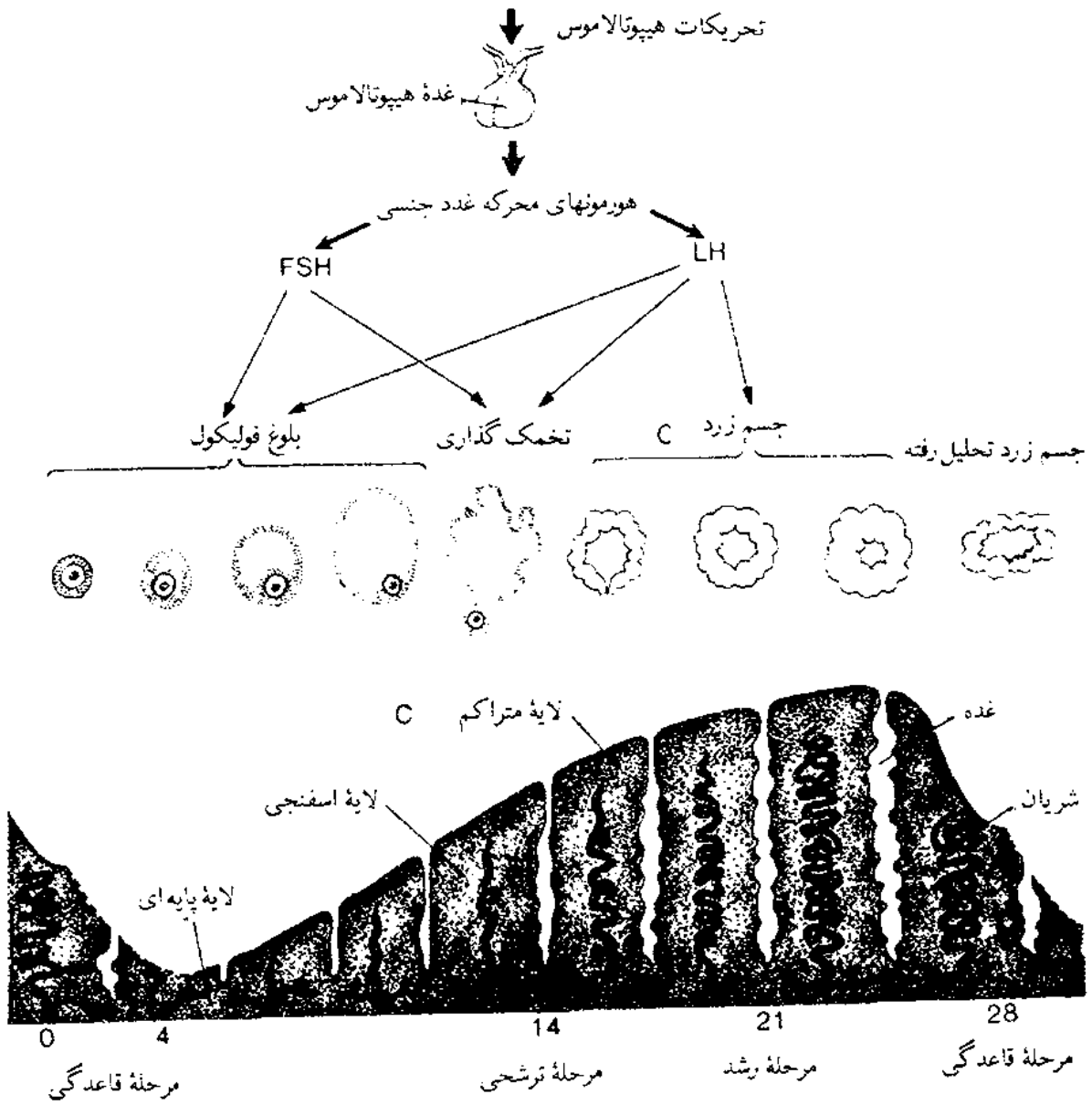
لغت قاعدگی با توجه به معنایش بیانگر قاعده و نظم است که طی آن، عملی مرتب و منظم و با قاعده انجام شود. برخی دیگر به این ایام «عادت ماهیانه» یا به اختصار «عادت» می‌گویند و بعضی دیگر از لغت انگلیسی آن «رگل شدن» استفاده می‌کنند.

به هر حال، همانطوری که قبلاً نیز اشاره شد، قاعدگی اولین علامت بلوغ در دختران است، و مهمترین رویداد زندگی او محسوب می‌گردد، بنابراین باید با آموزش قبلی، اطلاع کافی را در مورد ظهور آن به دست آورد.

عامل اصلی در تغییرات فیزیولوژیکی خانمها، تخمدانها می‌باشند. در اثر کنترل غده هیپوفیز که در مغز قرار دارد تخمدانها فعالیت‌های جنسی، آزادسازی تخمک و قاعده شدن را تا زمان قطع آن، که اصطلاحاً یائسگی گفته می‌شود، کنترل می‌کنند.

در هنگامی که تخمک آماده آزاد شده است تحت تأثیر هورمونهای جنسی زنانه، زبانه‌های شینور فالوپ (که در انتهای لوله‌های رحمی قرار دارند) بلند شده و آماده گرفتن تخمک می‌گردد. در این ایام تحت تأثیر همین هورمونها، جدار مخاطی و زیرمخاطی رحم رشد کرده و ضخیم شده‌اند، که حاوی مقادیر زیاد رگهای خونی می‌باشند. اگر لقاح صورت پذیرد و تخمک بارور گردد، این دیواره ضخیم مسئولیت تغذیه تخم و جنین را تا هنگام تولد بعهده می‌گیرد. زیرا انسان مانند پرندگان که به همراه تخم خود مقادیر زیادی مواد غذایی می‌گذارند، نیستند. به این مواد غذایی، زرده می‌گویند.

ولی اگر عمل بارور شدن تخمک صورت نگیرد، تخمک به تدریج از بین



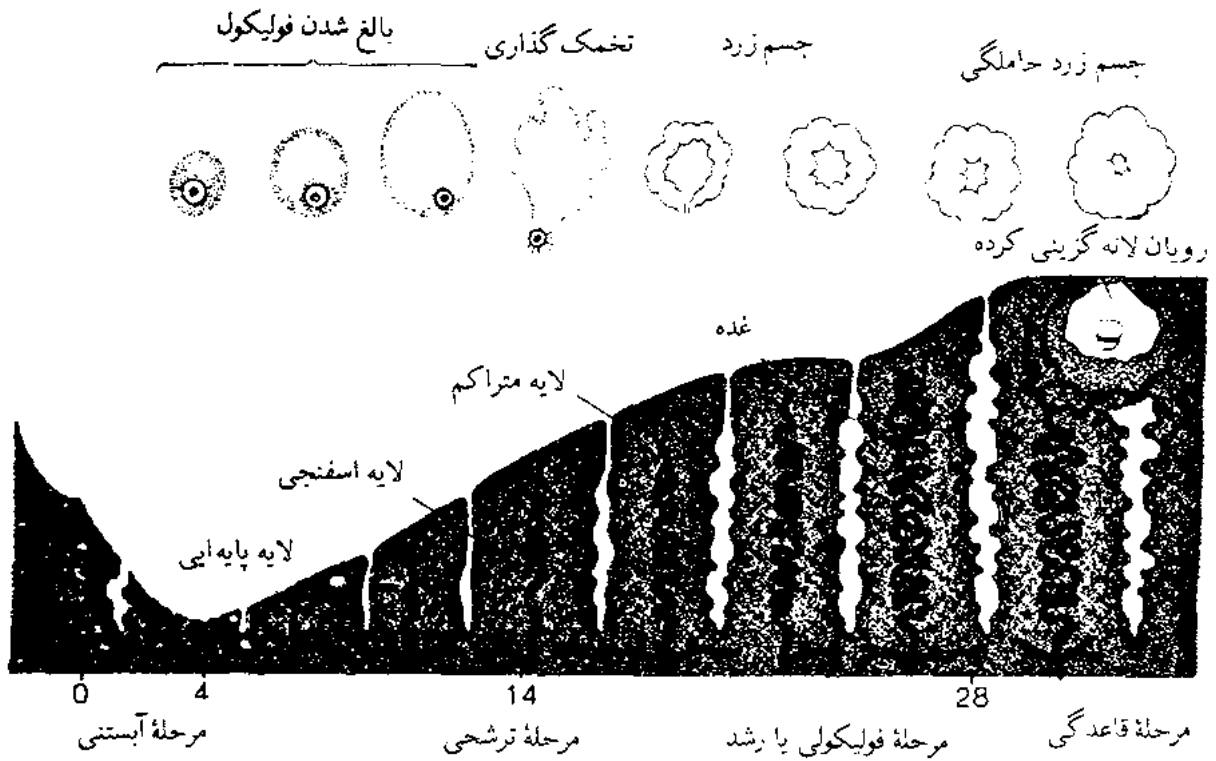
طرح شماتیک یک دوره قاعدگی تحت تأثیر هورمونهای مترشحه از هیپوفیز و اجسام زرد.

رفته و میزان هورمون‌ها پایین می‌آید، که سبب تنگ شدن عروق سطح داخلی رحم می‌گردند، در اثر این عمل، میزان خون دریافتی سلولهای رحمی کاسته شده و به تدریج دیواره مخاطی پوسیده شده و شروع به ریزش می‌کند، که چون درون این دیواره، عروق خونی فراوان بوده است، به صورت خون از مجرای خروجی مهبل (فرج) خارج می‌گردد. میزان مواد خروجی در این ایام (که تشکیل شده از خون و سلولهای پوششی رحم و تخمک مرده) حدود ۲۵۰ گرم است. پس از ختم قاعدگی که حدود ۴ الی ۷ روز است، دهانه رحم مجدداً بسته می‌شود و نسج رحم شروع به ترمیم شدن می‌کند و رشد و نمو آن تحت تأثیر تخمک بعدی شروع می‌گردد و مقدمات خونریزی و قاعدگی بعدی را آماده می‌سازد.

در چند روز ابتدایی پس از پایان قاعدگی، به علت عدم آمادگی رحم و عدم وجود تخمک، احتمال حاملگی در زن وجود ندارد. در فصلهای بعد به تفصیل در این مورد بحث خواهد شد.

قبلاً نیز متذکر شدیم که قبل از قاعده شدن، در بعضی خانمها علائمی از قبیل عصبیت، درد کمر و غیره وجود دارد که خود آنها درمی‌یابند دوره قاعدگی نزدیک است. ولی شدت این دردها و تنوع آن به هر شکل که باشد پس از پایان قاعدگی یا چند روز بعد از شروع، از بین می‌رود. تعداد کمی از خانمها وجود دارند که به علت شدت این دردها از مسکن‌ها استفاده کرده و یا به پزشک مراجعه می‌کنند.

عوامل محیطی در به تأخیر انداختن و یا از نظم خارج کردن قاعدگی نقش مستقیم دارد. برای مثال اخبار ناگهانی، ترس از وقوع امری و یا انتظارهای تلخ می‌تواند قاعده شدن را چند یا چندین روز به تعویق بیاندازد. خانمهایی که منتظر عمل جراحی بوده‌اند و در ایام عادی دارای قاعدگی منظم بوده‌اند، در ایام قبل از عمل جراحی، این نظم را از دست داده‌اند. این



نمایش شماتیک رحم پس از لقاح و ایجاد حاملگی. توجه کنید که پس از حاملگی در اثر تأثیر جسم زرد حاملگی جدار رحم رشد کرده و سلول تخم را دربر گرفته‌اند.

تأخیر ممکن است حتی یک ماه نیز به طول انجامد.
 لازم به تذکر است که خون قاعدگی به علت عوامل متعددی، پس از خروج منعقد (بسته) نمی‌شود.
 در این ایام مراعات بهداشت فردی و استفاده از حمام به صورت دوش گرفتن ضروری ندارد.
 در اینجا مجدداً تذکر می‌دهیم که طول متوسط بین دو قاعدگی چهار هفته (۲۸ روز) است.

مدت خونریزی از ۴ الی ۷ روز می باشد.
طول متوسط سالیانی که یک زن قاعده می شود حدود ۳۰ الی ۳۵ سال است.

فشارهای عصبی قبل از قاعدگی :

فشارهای عصبی که پیش از شروع عادت ماهانه در برخی خانمها بروز می کند، یک اختلال رفتاری در ارتباط با این دوران ذکر شده است، که مانند این ایام بصورت دوره ای ایجاد می گردد، به نحوی که می توان بروز آنرا پیش بینی نمود. شدت آن در ایام مختلف و در افراد گوناگون، متفاوت بوده و معمولاً یک یا دو هفته قبل از قاعدگی شروع می گردد و اغلب تا چهار پنج روز طول می کشد و با شروع قاعدگی تمام می شود.

گاهی اوقات علائمی نظیر سردرد، عصبانیت، ازدیاد وزن، افسردگی و تحریک پذیری در فرد بروز می کند. گاهی اوقات علائم بقدری شدید است که در فرد علائم عصبی شدیدی از تمایل خودکشی تا بیقراری، اضطراب، افسردگی، تپش قلب، آکنه، سردرد، تهوع، گیجی، عدم تمرکز حواس و گریه کردن تغییر می یابد. در برخی افراد این علائم ضعیفتر بوده و نمودهایی چون خستگی، بیخوابی، نفخ شکم، تغییر اشتها، میل به خوردن غذاهای شور و نمک و گاهی تمایل به خوردن مواد شیرین، دارد.

علائمی را که در سایرین می توان دید شامل درد پستانها، کمردرد، احتباس آب، گرگرفتگی، تورم دست و پاها می باشد.

بطور کلی، طی تحقیقات بعمل آمده، حالات فوق در تمام زنان جهان

دیده می شود.

شیوه هایی که جهت تسکین و معالجه موارد فوق تابحال بکار رفته شده

است شامل استفاده از انواع آرامبخشها، داروهای هورمونی استروژن یا پروژسترون، استفاده از انواع ویتامینها، ورزش، نظم در وعده های غذایی، استفاده از مواد قندی و برخی طرق دیگر می باشد.

پرده بکارت

دختران در خارجی ترین بخش ورودی مهبل دارای پرده ای نازک می باشند که سوراخ مهبل را تنگ کرده و در وسط دارای سوراخ یا سوراخهایی است که خون حاصل از قاعدگی، از آن عبور می کند.

بکارت به معنی دست نخوردگی می باشد و چون این پرده در اثر فشاری که جهت ورود به کانال مهبل وارد آید، آسیب دیده و پاره می شود، نشان دهنده آن است که آیا دختر تا بحال آمیزش جنسی داشته است یا نه و به این علت به آن پرده بکارت اطلاق می گردد. این پرده انواع و اقسامی دارد.

نوع اول پرده حلقوی است، این پرده دور تا دور به جدار واژن می چسبد و در وسط دارای سوراخی است که کناره های آن ممکن است صاف و مرتب بوده یا برعکس، دارای بریدگیهای مختلف باشد. گاهی اوقات به جای یک سوراخ، دو سوراخ وجود دارد، در این حالت مثل این است که پلی از یک طرف سوراخ اصلی بطرف دیگر کشیده شده و آن را به دو قسمت تقسیم کرده باشد. بعضی اوقات هم ممکن است اصلاً سوراخی وجود نداشته باشد. این حالت بعد از اولین قاعدگی و دل دردهای ناشی از آن شناخته می شود.

نوع دوم پرده هلالی است، این پرده به صورت هلالی است که به اطراف مهبل اتصال دارد، به جز قطب جلویی و بالایی آن که بدون پرده است.

نوع سوم پرده لب دار است. این پرده مانند دو لب است که فقط در دو انتها به یکدیگر اتصال دارد و در وسط آن شیاری وجود دارد.

از نظر جنس پرده بکارت باید دانست که پرده‌ها از نظر ضخامت و ارتجاعی بودن و مقاومت با یکدیگر فرق دارند. برخی از آنان بسیار نازک و کم مقاومتند و با اولین آمیزش به سهولت پاره می‌شود. بعضی دیگر ظریف ولی ارتجاعی می‌باشند و عبور آلت از آنها، موجب پارگی نمی‌گردد. این پرده‌ها که به آنان پرده‌های الاستیک می‌گویند، در برخی اوقات، آبستنی با وجود سالم بودن پرده، را نیز امکان‌پذیر می‌سازند. بالاخره برخی از پرده‌ها مقاوم و کلفت می‌باشند و به نظر عضلانی و تری می‌آیند، این نوع پرده‌ها نه تنها در اثر نزدیکی پاره نمی‌شوند بلکه امکان دخول آلت را هم نمی‌دهند و این پرده‌ها را در اصطلاح پرده‌های مقاوم می‌گویند.

دخول آلت باعث پارگی پرده بکارت می‌گردد. محل پارگی هیچوقت بهم جوش نمی‌خورد. بعد از نزدیکی‌های بعدی به تدریج پرده از بین می‌رود و قطعات کوچکی از آن در جدار مهبل باقی می‌ماند.

از نظر زمانی بلافاصله بعد از پارگی ممکن است خونریزی کم و بیش شدیدی به وجود بیاید یا خونریزی در کار نباشد. اگر از درون نسج پرده رگ خونی عبور کرده باشد، خونریزی آن بند نیامده و احتمالاً مراجعه به پزشک لازم خواهد بود.

معمولاً پرده فوق در اثر حرکات شدید یا ورزشی پاره نمی‌شود ولی اگر در اثر یک حادثه طبیعی پارگی در پرده ایجاد گردد، در معاینات پزشکی تفاوت آن با پارگی که در اثر دخول آلت ایجاد شده باشد تشخیص داده می‌شود، چون هر کدام علائم مربوط به خود را دارد.

این پرده آنقدر ظریف نیست که در اثر مالش‌هایی که هنگام شستشوی مهبل و مجاری ادراری صورت می‌گیرد، پاره شود؛ و استفاده از وسایل و مواد بهداشتی نیز برای آن مضر نیست.

بعد از پاره شدن بکارت باید اصول بهداشتی را رعایت کرد تا از عفونت

آن جلوگیری گردد. اگر عفونتی ایجاد نگردد بعد از ۴ الی ۵ روز آثار زخم از بین می رود.

یائسگی

یائسگی یا قطع پریود یک رویداد مهم در زندگی زن محسوب می گردد که علامت انتقال از دوران باروری به سالهای پس از دوران باروری می باشد. این تغییرات هورمونی از اوایل دهه پنجم زندگی زن آغاز گردیده و سبب اختلال کار تخمدانها و در نتیجه اختلال قاعدگی می گردد و نهایتاً در اثر تثبیت این اختلال هورمونی، تخمدانها از کار افتاده و یائسگی رخ می دهد. خانمی که به این سن رسیده است معمولاً بعلت بزرگ شدن و ازدواج فرزنداناش، فردی تنها می باشد که بواسطه ترک روابط با همسرش و تنهایی و دید غلطی که اجتماع نسبت باین قضیه دارد، خود را از کار افتاده تلقی نموده و این عمل، سبب بروز اختلالات عصبی در فرد می گردد. مضافاً بر اینکه تغییرات هورمونی نیز، در این اختلالات سهیم می باشند. برخی از علائم و عوارضی که پس از یائسگی ایجاد می گردد، در زیر ذکر می گردد.

۱ - خونریزی پس از یائسگی

ممکن است که پس از یائسگی در برخی خانمها خونریزی های به شکل شدید یا خفیف و یا لکه بینی باشد. از آنجائیکه میزان شیوع سرطان رحم پس از یائسگی بیشتر می گردد، خانمها باید پس از ابتلا به این عارضه، جهت آزمایش و نمونه برداری تشخیص سرطان (پاپ اسمیر) به پزشک مراجعه کنند.

گرچه اکثر افرادی که چنین علامتی دارند، به هیچ نوع سرطانی مبتلا نمی باشند.

۲ - گرگرفتگی

یکی از رایج ترین علائم دوران یائسگی احساس گرما و گرگرفتگی می باشد که سبب مشکلات عدیده ای برای خانمهای مبتلا، می گردد. این حالت با احساس گرما در صورت شروع می شود که در گردن و سینه پخش می گردد. معمولاً با عرق کردگی همراه است و حدود دو دقیقه طول می کشد. دفعات و زمان ایجاد این حالات متفاوت است و حتی ممکن است، شب و هنگام خواب برای فرد بی خوابی ایجاد نماید. زمان شروع آن می تواند حتی قبل از یائسگی باشد و تا چند سال پس از آن ادامه داشته باشد. این عارضه با ازدیاد حرارت بدن و ضربان قلب و گشاد شدن عروق خونی همراه است. اگر شدت عارضه زیاد باشد، مراجعه به پزشک ضرورت دارد. جهت درمان، استفاده از قرصهای هورمون استروژن برای مدت چهار هفته در ماه تجویز می گردد که تا حد زیادی به تسکین حالت فوق کمک خواهد کرد.

۳ - پوکی استخوانها

یکی دیگر از عوارضی که با یائسگی همراه است و فرد مبتلا را آزار می دهد، پوکی استخوانهاست. زیرا در اثر کمبود استروژن، که در اثر اختلال عمل هورمونهای هیپوفیز ایجاد می شود، با فقدان کلسیمی که از روده ها جذب می گردد، همراه است و این جذب ناقص سبب پوکی استخوانها در نزدیک سنین شصت الی هفتاد سالگی می گردد.

پوک شدن استخوانها سبب آسیب پذیرتر شدن آن گشته و در نتیجه شکستگیهایی در نواحی لگن خاصره یا بازو برای فرد، ایجاد می شود.

علائم آن می‌تواند از کمردرد و یا درد پشت و انقباض ماهیچه‌های کمر، شروع شده و به خمیدگی (قوزدرآوردن) پشت منتهی گردد.

برای جلوگیری از این عوارض پیشنهاد شده است که این خانمها در رژیم غذایی خود مقدار کلسیم بیشتری مصرف نمایند، مثلاً از مواد لبنیاتی بیشتر استفاده نمایند، ورزش و استفاده از درمان هورمونی که توسط پزشک متخصص ارائه می‌گردد نیز در جلوگیری و بهبود آن نقش بسزایی دارد.

— در مصرف استروژن، بعلت احتمال بروز سرطان، باید در نظر داشت که از آن بعنوان یک داروی همیشگی استفاده نشده و فقط با مقدار و مدت کم، بعنوان تسکین استفاده گردد.

معمولاً این استروژن با مقداری پروژسترون همراه است.

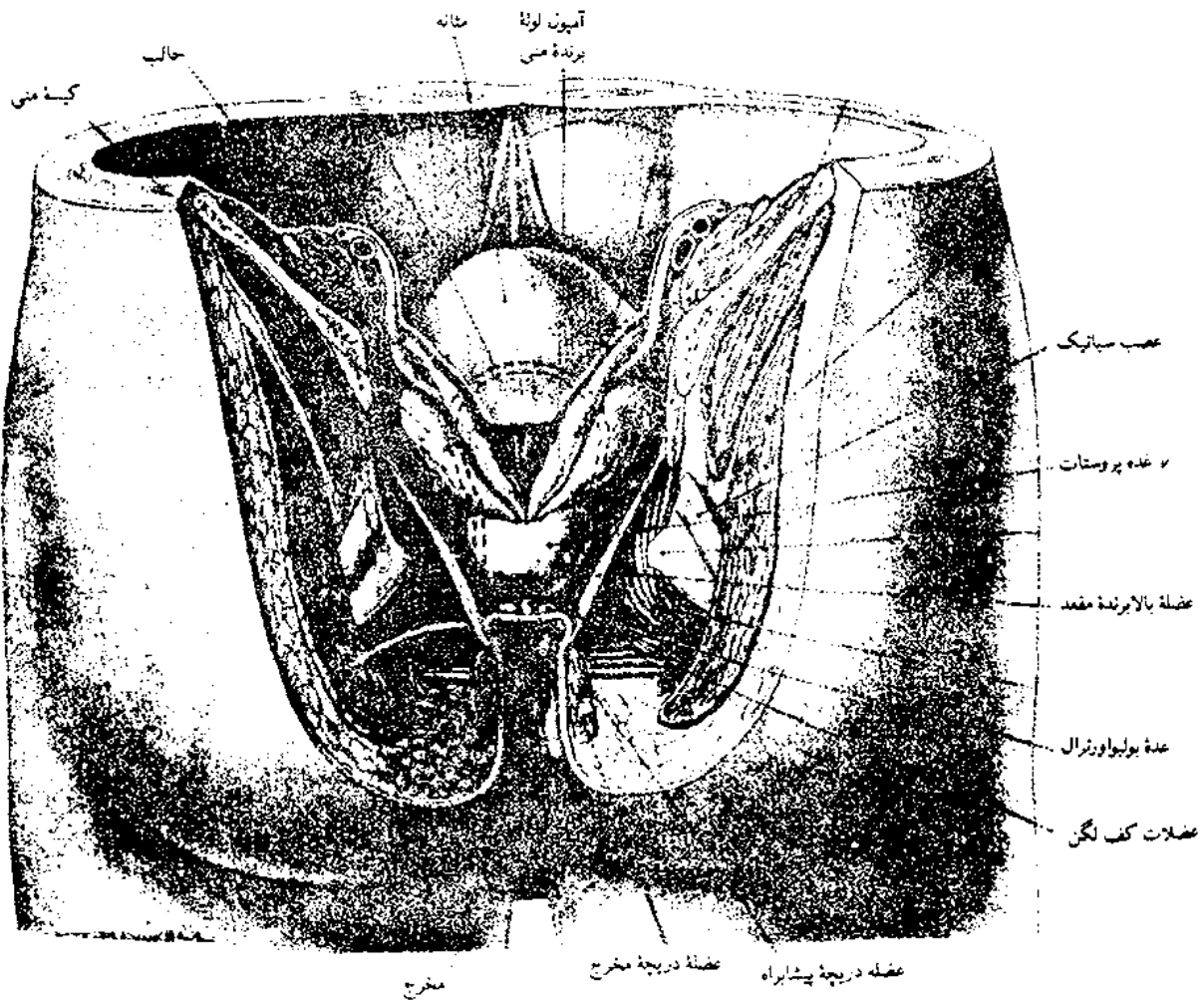
دستگاه تناسلی مرد

وظیفهٔ مرد تولید سلولهای جنسی نر (اسپرم) و انتقال آنها به رحم زن جهت ترکیب شدن با تخمک (اوول) زن و انجام عمل لقاح جهت تشکیل تخم و تولیدمثل می‌باشد.

به این منظور دستگاه تولید مثلی مرد شامل قسمتی است که اسپرم را تولید کرده، لوله‌هایی که اسپرماتوزوئید یا اسپرم ایجاد شده را به کیسه‌های جمع‌کنندهٔ منی (وزیکول سمینال) می‌فرستد و لوله‌هایی که منی (یعنی اسپرم و مواد غذایی همراه آن‌را) از بدن خارج کند، می‌باشد.

این دستگاه شامل بیضه‌ها و کیسهٔ بیضه‌ها، لوله‌های برندهٔ منی (اپیدیدیم، وازودفران) کیسهٔ منی (وزیکول سمینال)، پروستات، غدد کوپرو مجرای خروجی منی (که همان مجرای خروجی ادرار است) و آلت می‌باشد.

در دوران جنینی بیضه‌ها درون شکم قرار دارند و به تدریج به سمت پایین می‌آیند و در هنگام تولد خود را به درون کیسه بیضه یا اسکروتوم می‌رسانند. بیضه‌ها دو عدد می‌باشند که مقداری از تخم کبوتر بزرگتر است. بیضه چپ معمولاً مقداری بزرگتر بوده و درون کیسه بیضه مقداری پایین‌تر از بیضه طرف راست قرار می‌گیرد. کیسه بیضه در زیر آلت تناسلی قرار دارد و دارای عضلات ظریفی می‌باشد. در هنگام سرما منقبض شده و بیضه‌ها را به شکم نزدیک



نوسم تشریح لگن مرد از خلف

می‌کنند و در هنگام گرما سبب دور شدن بیضه‌ها از زیر شکم شده و کیسه شل می‌شود. بعد از بلوغ روی آن مقداری مومی روید. این عمل دور و نزدیک شدن به شکم به علت متعادل نگه داشتن حرارت بیضه‌هاست. زیرا این عضو بسیار به تغییرات دما حساس بوده و عمل اسپرم‌سازی را انجام می‌دهد. اگر مدت زیادی به بیضه‌ها حرارت داده شود (مثلاً کمتر از یک ساعت در دمای ۴۰ قرار گیرند) فعالیت اسپرم‌سازی آنها از بین رفته و حتی امکان عقیم شدن وجود دارد. از این رو، خوابیدن در وانهای آب گرم، به مدت زیاد خطرناک است.

در بعضی کودکان ممکن است در بدو تولد یکی یا هر دو بیضه نزول نکرده باشد و هنوز داخل شکم باقی مانده باشد. در این صورت حرارت بدن فعالیت بیضه را از بین می‌برد و باید به سرعت توسط پزشک اقدام به رفع این نقیضه گردد. در غیر این صورت بعد از بلوغ مرد دارای یک بیضه خواهد بود و یا اینکه بیضه نخواهد داشت.

عمل دیگر بیضه تولید هورمونهای جنسی است و مانند تخمدان زن، سبب بروز صفات ثانویه جنسی در مردان می‌گردد. اسپرم تولیدشده در بیضه به تدریج در لوله‌های پیچیده‌ایی که از عقب آنها می‌پوشانند (به نام اپیدیدیم)، از بیضه خارج شده و ذخیره می‌گردند و در هنگام انزال توسط مجرای برنده (مجرای دفران) به طرف کیسه‌های منی هدایت شده و با ترشحات آن مخلوط می‌گردند. این کیسه‌ها در طرفین و عقب مثانه قرار گرفته‌اند که سرانجام مجرای آنها تبدیل به مجرای انزالی شده و ترشحات غده پروستات نیز به آنها می‌پیوندد، پس از ترکیب این ترشحات با اسپرم و ترشحات غدد کوپر که پائین تر قرار گرفته، منی تشکیل می‌شود. در منی اسپرم و مواد غذایی فراوان وجود دارد.

غده پروستات شبیه مخروطی است که به طور وارونه در زیر مثانه قرار

گرفته باشد و مجرای خروجی مثانه از وسط بافت پروستات عبور می‌کند، در اثر ازدیاد فعالیت پروستات نسج آن حجیم و بزرگ شده و از زیر به مثانه فشار وارد می‌کند و سبب می‌شود که حجم آن کاسته شود، در این هنگام با کمترین مقدار ادرار، فرد احساس دفع ادرار خواهد کرد، در حالی که مقدار ادرار دفع شده در این حالت کم است و دفعات آن زیاد. این عارضه که به عنوان عود پروستات معروف شده است با عمل جراحی پروستات قابل درمان است. لازم به تذکر است که در بیماری قند نیز دفعات ادرار زیاد می‌گردد ولی حجم ادرار دفع شده در آن زیاد است.

مایعی که قبل از انزال خارج می‌شود

قبل از انزال توسط غدد کوپر که در قاعده آلت قرار دارد مقداری مایع چسبناک و شفاف تولید می‌شود که ماهیت قلیایی داشته و محیط مجرای ادراری - تناسلی (اورترا) که در اثر عبور ادرار اسیدی شده را، قلیایی می‌کند. اسپرم در محیط اسیدی از بین می‌رود و لازم است که مسیر عبورش اسیدی نباشد، دومین کاری که این مایع انجام می‌دهد احتمالاً لیز کردن مسیر عبور منی است. از طرفی موجب لیز شدن سر آلت (حشفه) برای دخول راحت تر آلت به درون مجرای تناسلی زن می‌گردد.

اسپرماتوزوئید

اسپرماتوزوئید دارای سه قسمت است: سر، گردن و دم. در قسمت سر، سلول جنسی مجتمع شده است. در گردن قسمت حرکت دهنده دم قرار دارد که عملی مانند عضله انجام می‌دهد. در انتها دم قرار دارد که نسبت به سر و گردن بسیار بلندتر است و عامل حرکتی اسپرم است. سرعت حرکت اسپرم به این طریق ۳ میلی متر در دقیقه است. ولی عامل رسیدن اسپرم به تخمک

فقط حرکت اسپرما توزوئید نیست، بلکه حرکات عضلانی (دودی) رحم نیز در این انتقال بسیار مؤثر است.

خروج منی (انزال)

در هنگام آمیزش قسمت‌های فوق‌الذکر همگی آماده‌ی خارج نمودن محتویات خویش هستند. اپیدیدیم حاوی اسپرم، کیسه‌های منی حاوی مواد غذایی و غیره، غده پروستات حاوی ترشحات لیزکننده بوده و در لحظه‌ای که آمیزش به لحظه‌ی اوج خود می‌رسد و هنگام ارضاء شدن مرد، تمامی این اعضاء به‌طور همزمان منقبض شده و ترشحات خود را از طریق مجرای خارج‌کننده منی (اژاکولا تور) خارج و از طریق آلت به داخل مهبل و نزدیکی رحم رها می‌کند. به این حالت انزال می‌گویند.

آلت تناسلی

آلت تناسلی مردانه که به اختصار به آن آلت می‌گویند در اصل وسیله‌ای است که وظیفه رساندن منی به درون دستگاه تناسلی زنان را دارد. مجرای ادراری و خروج منی در اینجا با یکدیگر مشترک شده است ولی هیچ‌کدام در عمل دیگری تداخل نمی‌کنند، در هنگام ادرار کردن منی خارج نمی‌شود و در هنگام خروج منی، دریچه‌ی خروجی ادرار بسته می‌شود.

ساختمان آلت سبب می‌شود که خصوصیات ویژه خود را جهت ورود به داخل مهبل دارا باشد. آلت از عقب به استخوان لگن چسبیده است و درون آن دو فضای غاری شکل با حفرات فراوان وجود دارد. در حالت عادی درون این حفرات خالی است و در این زمان حجم و طول آلت نیز کوچک است. جسم اسفنجی دیگری نیز در وسط آلت وجود دارد که تا خارج نسج پوستی ادامه یافته و ایجاد سر آلت یا حشفه را می‌کند.

مکانیسم نعوظ آلت

نعوظ (ارکسیون یا بلند شدن) آلت حالتی است که نسج شل آلت سفت شده و طول آن افزوده می شود. شروع این عمل به خاطر توجه به یک عمل جنسی صورت می پذیرد.

حالت عادی میزان وارد و خارج شدن خون به آلت برابر است، در اثر تحریک جنسی و با به وجود آمدن سدّی در برابر خروج خون، میزان ورودی خون به اجسام غاری و اسفنجی بیش از خروج آن می گردد و حضرات خالی موجود در آنها، پر از خون شده و مانند توپی که قبلاً خالی بوده و اکنون پر شده باشد، سفت و بلند می گردد.

این عمل تا هنگامی که تحریک جنسی وجود دارد، ادامه یافته و اندکی پس از انزال و خروج منی، از بین می رود. تحریک مجدد و بلافاصله جنسی، نمی تواند ایجاد نعوظ کند و حداقل یک ربع یا نیم ساعت باید از انزال قبلی بگذرد.

ختنه کردن

در هنگام تولد روی حشفه را پوستی دولایه پوشانده است که در بعضی از ملل و مذاهب پس از تولد آنرا برمی دارند.

وجود یا عدم وجود این پوست اضافی در شدت و ضعف عملیات جنسی دخل و تصرفی نداشته و به دو علت مرد را ختنه می کنند.

یکی از دلایل وجود غددی است که ترشحات خود را زیر این پوست خارج می کنند و به علت عدم دسترسی به آنها احتمال ایجاد عفونت وجود دارد. دیگری درصد بالای وقوع سرطانهای پوست در این منطقه است.

علائم بلوغ در پسران

همانطوری که پسر رشد می‌کند و بتدریج هوش و فهم او کامل می‌شود، قدرت عضلانی‌اش افزوده شده و فعالیت‌های مغزی به مرتبه‌های عالی‌تر می‌رسند، بدن او نیز تحت تأثیر این فعل و انفعالات رشد می‌کند. این رشد در دستگاه تناسلی بلوغ نامیده می‌شود. تحت کنترل غده هیپوفیز که در مغز قرار دارد، هورمونهای کنترل‌کننده غدد جنسی ترشح شده و بیضه‌ها را که دو تا هستند و مانند تخمدان در زنان می‌باشد، فعال می‌کنند. فعالیت بیضه‌ها موجب ترشح هورمونهای جنسی مردان (آندروژن و تستوسترون) می‌گردد.

صفات ثانویه پسران

یک علامت مشترک بین دختران و پسران رشد موی زیر بغل و روی ناحیه شرمگاهی (زهار) می‌باشد. ناحیه شرمگاهی منطقه بالای آلت تناسلی می‌باشد.

همزمان با رشد این موها، موهای بالای لب نیز شروع به زیاد و قطورتر شدن می‌کنند.

صدای پسر که قبلاً نازک بوده است مقداری کلفت و دورگه می‌شود. قد او شروع به بلند شدن می‌کند و بدنش عضلانی می‌گردد. به عکس دختر که با سنش رشد بیشتری می‌کند، در پسران قسمت شانه‌ها رشد بیشتری کرده و عریض می‌گردند.

در این ایام علاوه بر خصوصیات ظاهری، خصوصیات روحی و اخلاقی

پسر نیز تغییر کرده و او حس می‌کند که در حال وارد شدن به گروه مردان است. به این علت در فکر خود بلندپروازی کرده و دوست دارد کارهای بزرگان را تقلید کند. بهترین کار در این سنین رو آوردن به مسائل ورزشی است که خیلی هم به آن علاقه نشان می‌دهند.

احتلام

خروج بی اراده منی که اغلب در خواب یا شروع بیداری صورت می‌گیرد را احتلام می‌نامند. همانطوری که قبلاً گفته شد، اولین علامت بلوغ در پسران می‌باشد.

علت این امر تولید دائمی اسپرم از بیضه و عدم خروج آن از طرف دیگر می‌باشد. احتلام مخصوص جوانان نبوده، در افراد سالمند نیز دیده می‌شود و مخصوص مجردها نبوده، در افراد متأهل نیز دیده می‌شود. لکن در نوجوانان بیشتر دیده می‌شود و در افراد سالمند و متأهل بندرت این حالت رخ می‌دهد. در داخل بدن اسپرم اضافی که در عمل انزال دفع نمی‌شود، توسط سلولهای ویژه ای جذب بدن شده و مجدداً در ساخت اسپرم جدید بکار می‌روند و طبق مطالعات انجام شده اکثر اسپرمهایی که در هنگام خواب و احتلام از افراد خارج می‌گردد، اسپرمهای غیرطبیعی و ناقص است که با اسپرمهای سالم که در منی وجود دارند متفاوت است. از طرف دیگر مقدار اسپرمها در این مایع که در حالت احتلام خارج می‌گردد کم است و با میزان اسپرم موجود در منی قابل قیاس نیست. و از طرف دیگر مواد غذایی آن نیز کم است. و بنابراین غلط است که نوجوانان تصور کنند که با استمناء یا جلق زدن همان عملی را انجام می‌دهند که در حالت احتلام ایجاد می‌شود و استمناء مضرات فراوانی دارد که در مبحث خود مورد بحث قرار می‌دهیم.

کسانی که زیاده از حد مبتلا به احتلام می‌باشند اگر در هنگام خواب با

شکم پر نخواستند و قبل از خواب ادرار نمایند و هنگام خواب به تخیلات شهوانی پردازند و هر وقت که از خواب بیدار شوند آلت را با آب سرد بشویند و کمر خویش را نیز با شال ببندند، کمک زیادی به جلوگیری از احتلام زیاد می‌گردد.

فصل دوم

ازدواج و اهداف آن

ازدواج از کلمهٔ زوج به معنی جفت ساخته شده است و معنی آن جفت شدن یا دو تا شدن است. در اصل فردی که تا به حال مجرد و تنها بود، تشکیل کوچکترین واحد یک جامعه، یعنی خانواده را می‌دهد.

قبلاً گفتیم که همزمان با بلوغ جنسی، تلاطم روحی و روانی، دختر و پسر را فرامی‌گیرد و در این تلاطمات بر طبق غریزه‌ایی که برای تناسل و تکاثر، از طرف خدا در آنها به ودیعه نهاده شده است، این دو به طرف یکدیگر تمایل پیدا کرده و مقدمات تداوم نسل از همینجا پیش می‌آید. دو انسان پس از بررسی شرایط طرف مقابل و تأیید آنها، همسر خود را انتخاب و با هم ازدواج می‌کنند.

ازدواج می‌کند تا:

- به سنت پیامبر اسلام (ص) عمل کنند.
- به امواج متلاطم روحی خویش پایان بدهند و طغیانهای جنسی را آرام کنند.
- نیروی بالقوهٔ تولیدمثل را به فعلیت رسانیده و تولیدمثل کنند.
- در کنار یکدیگر با آرامش موجود، به تربیت و تزکیه خویش پردازند.
- با احساس مسئولیت به دنبال کسب معاش باشند و سر بار کسی نباشند.

- از خیلی صدمات روحی و جسمی دور باشند.
- با جلوگیری از انحرافات اخلاقی اجتماع را سالم کنند.
- با پناه بردن به کانون عفاف خانواده از فحشاء و امراض مربوطه پیشگیری کنند.
- برای یکدیگر کانون محبت و صفا بسازند.
- به طور طبیعی کامجویی کنند.

خصوصیاتی که باید در هنگام انتخاب زن به آن توجه کرد

اسلام برای زنانی که قرار است برای ازدواج انتخاب شوند شروطی را ذکر می‌کند که اساسی‌ترین آنها ایمان و اخلاق و عفت است، ولی آنها را شرط کافی نمی‌داند و به سایر مسائل نیز نظر دارد.

زیبایی زن و میل او به آراستن خود برای همسرش، قدرت و میل بچه دار شدن، مهر و عاطفه مادرانه و همسری، حفظ آبروی خانواده‌گی، احترام به همسر و ادب را نیز از خصوصیات یک زن خوب می‌داند.

چنانچه علی (ع) می‌فرماید: «همسری انتخاب کنید که چشم درشت، گندم‌گون، بزرگ سرین و قدش متوسط باشد».

امام صادق (ع) می‌فرماید: «نگاه به صورت زن زیبا، بلغم را می‌برد و نگاه به صورت زن زشت سودا را تحریک می‌کند».

در جای دیگر در مورد مطیع بودن امام صادق (ع) می‌فرمایند: «بهترین زنهای شما زنی است که اگر غضبناک و خشمگین شود یا اینکه شوهرش را عصبی و خشمناک کند، فوراً پشیمان شود و به شوهرش بگوید؛ دست من در دست تو و اختیارم به دست توست، از جرم و گناه من صرف نظر کن و مرا ببخش، زیرا تا از من راضی نشوی خواب به چشم من نمی‌رود».

رسول خدا (ص) نیز ازدواج با دوشیزگان را سفارش کرده و می‌فرماید:

«با دوشیزگان ازدواج کنید، زیرا دهنهای آنان پاک و خوشمزه تر و رحمهای آنها دست نخورده و جمع تر می باشد، آنها زودتر از زنهای بیوه کارهای خانه و تکالیف خود را یاد می گیرند، و در محبت و مهربانی هم ثابت قدم و دلگرم می باشند».

برخی زنان نیز با رعایت برخی قناعت‌ها، خودداری از اسراف کاری و بریز و پپاشهای بی مورد، مراعات بهداشت خانه، غذا و بچه‌ها، و رعایت مسائل خانه داری و شوهرداری و غیره برکت را با خود به خانه می آورند.

اهداف ازدواج

قبل از انتخاب همسر باید به این سؤال جواب داده شود که چرا ازدواج می کنیم. با نگاهی به اطرافیانمان می توانیم دریابیم که هرکدام انگیزه خاصی برای ازدواج داشته اند و یا برداشت ما نسبت به ازدواج هرکدام از آنها، به نحو خاصی است. شاید فکر کنید که دخترها بدان سبب ازدواج می کنند تا خود را از دست پدر و مادرشان که از آنان خسته شده بودند، نجات بخشند و یا اینکه پسران بخاطر آنکه درآمد زیادی داشته اند و به تنهایی نمی توانستند آنرا خرج کنند، افرادی را به دور خویش جمع نموده اند.

با یک نظر دقیق می توان دریافت که هیچیک از موارد فوق از اهداف ازدواج محسوب نمی گردند بلکه مهم ترین اهداف انجام عمل مقدس ازدواج به شرح زیر است.

آرامش یافتن

هریک از اعضاء بدن برای برآورده نمودن یکی از نیازهای انسان بوجود آمده است و هیچ عضوی در بدن وجود ندارد که بدون محرک خارجی باشد.

بنابراین در دوران بلوغ که اعضاء تناسلی زن و مرد رشد می‌کند، نشان‌دهنده آنست که نیروی جدیدی در فرد ایجاد می‌گردد که خواهان نیازهای تازه‌ای نیز می‌باشد.

در این هنگام است که فرد احساس می‌کند که با انجام ازدواج به مقصد خود رسیده است و آرامش و آسایش دلخواه را کسب نموده است. در سایه ازدواج است که انسان به آرامش جسمی، روانی، اخلاقی و فکری دست می‌یابد. بنابراین ازدواج باید مایه آرامش زوجین باشد و خانه‌ایی که در آن اثری از آرامش و سکون روحی و فکری نباشد، مشخص است که به این هدف ازدواج در آن توجهی نشده است.

تکمیل و تکامل

روند رشد انسان مشخص نموده است که زن یا مرد به تنهایی، کامل نبوده و در کنار یکدیگر می‌توانند کمبودهای یکدیگر را جبران نمایند. نقص‌ها و نارسائی‌ها در سایه ازدواج و در کنار یکدیگر قرار گرفتن زوجین و انتقال نظرات مفید به یکدیگر، کامل شده و خوبیهای نادرست در جوار آن به خوبیها تبدیل می‌گردند.

بنابراین در ازدواجها باید به خصوصیات اخلاقی طرف مقابل کاملاً دقت داشته زن و شوهر خود را آماده انتقاد پذیرفتن و اصلاح خویش نمایند، تا باین ترتیب وصلت بین آندو، سبب تکامل آنها گردد. ازدواجی که چنین مسائلی در آن وجود نداشته باشد، در عمل یک ازدواج نیست.

صفا و مودت

اگر زن و شوهر بخواهند که زندگی آنان بخوبی ادامه یابد، باید بین خودشان آن صفا و صمیمیتی را که قرآن به آن اشاره نموده است فراهم نمایند. دوستی بین

زن و شوهر باید واقعاً عمیق و خالصانه باشد. زن و شوهر حقیقتاً یکدیگر را دوست داشته و نسبت به هم عشق بورزند.

ببا ایجاد این رابطه، زوجین به یکدیگر بسیار نزدیک شده و از تمامی اسرار یکدیگر مطلع می‌باشند. در یک عبارت می‌توان گفت که باید بهترین دوست آنان، همسرشان باشد. حال اگر در خانواده‌ای چنین رابطه‌ای حاکم نباشد، باید اذعان داشت که این ازدواج به یکی از اهداف اصلی خود نرسیده است.

حفظ دین

یکی از اهداف ازدواج رها شدن از انحرافات اخلاقی و تثبیت موقعیت نفس اماره است. زیرا بسیار فراوانند افرادی که به خاطر دیر ازدواج کردن و فشار غرائز به بیراهه کشیده شده‌اند و از راه راست منحرف گردیده‌اند.

بدین سبب است که در حدیثی از پیامبر اکرم (ص) آمده است که هر که ازدواج کند نیمی از دینش را حفظ نموده است، پس باید که نیمه دیگر را از دستبرد حفظ نماید.

البته این موضوع نه تنها سبب نجات از انحرافات اخلاقی می‌گردد، بلکه سبب تمرکز بیشتر عواطف و احساسات شده و آرامشی را بر زندگی حاکم می‌کند که باعث رشد و تعالی خانواده می‌شود.

بنابراین ازدواجی که سبب حفظ دین نگردد و پس از آن باز هم کنترل غرایز در کانون خانواده محدود نگردد و باز هم انحرافات ادامه داشته باشد و انسان همواره در راه نادرست قدم بردارد، ازدواج صحیحی نیست.

تداوم نسل

اساس زوجیت موجودات و قراردادن غریزه جنسی در آنها از طرف آفریدگار هستی، نزدیک شدن آنها به یکدیگر برای ادامه حیات بوده است.

هدف اولیه از هر ازدواجی نیز بقای نسل و ادامه یافتن حیات است، بنابراین اگر ازدواجی به علت راحت طلبی زوجین، پس از چند سال بدون حصول فرزندی ادامه یابد، بتدریج به سردی و تلخی می‌گراید و زوجین با خود خواهند اندیشید که چه بهتر شد بچه‌دار نشدیم! غافل از اینکه وجود کودک در ابتدای زندگی سبب گرمی کانون خانواده و روشن تر شدن چراغ زندگی می‌شود و بنای خانواده مستحکم تر می‌شود.

البته باید این نکته را ذکر کرد که افرادی که بعلت مسائل خلقتی نمی‌توانند بچه‌دار شوند، از این موضوع مستثنی هستند و بچه‌دار نشدن سبب ازدواج نکردن نمی‌شود.

وظیفه الهی

جدای از آنچه تا کنون در مورد اهداف ازدواج بیان شد، یکی از ابعاد روحانی ازدواج این است که زن و شوهر بدانند، با این کار به سنت رسول اکرم (ص) و همچنین وظیفه الهی خود عمل می‌کنند. پس اگر ازدواجی با نیت غیر الهی صورت گیرد و زن و مرد با اهداف نادرست با یکدیگر وصلت نمایند، ادامه آن نیز نادرست و در اکثر موارد با ایجاد اختلافات و درگیری‌هایی که سرانجام خوبی نخواهد داشت، سبب جدایی و کدورت خاطر می‌شود.

بر این اساس است که زوجین پس از رعایت اصول و اهدافی که برای ازدواج مشخص است باید مبنای زندگی خود را بر حفظ محبت و عاطفه نسبت به یکدیگر و داشتن تعاون و همکاری در تمامی امور زندگی و تنها نگذاشتن یکدیگر، استوار سازند.

به حقوق یکدیگر احترام بگذارند و در انجام کلیه امور با یکدیگر مشورت کرده و با توافق و تفاهم دست به انجام کارهای مختلف بزنند تا ادامه زندگی آنها با سعادت و سلامت طی گردد.

نکات زندگی مشترک

در اینجا لازم است که به دختران و پسران جوانی که در بدو ورود به یک زندگی مشترک هستند نکاتی را متذکر شویم که رعایت آنها برای ادامه یک حیات دلپذیر کاملاً لازم است.

بسیار واضح است که شما اگر برای مدت کوتاهی نیز وارد محیط جدیدی شوید (مثلاً کشور جدید یا شهر جدید یا حتی وارد یک محیط مثل خیابان و ...) ملزم به رعایت قوانین تازه‌ای در آنجا هستید که در محیط قبلی وجود نداشته است، بنابراین در ازدواج که پیوندی ابدی است، رعایت نکات تازه، لزوم بیشتری دارد تا بتوان در ادامه زندگی به آرامش و آسایش بیشتری رسید.

در این بحث به این نکات که رعایت آن بسیار لازم است اشاره می‌کنیم. زیرا دانستن این موارد و عمل کردن به آن، بخصوص در روزهای اول ازدواج که حساسیت هر دو طرف بسیار زیاد است و اثر کوچکترین اشتباهی تا پایان عمر می‌تواند باقی بماند، از جمله ضروریات است و یکی از اولین موارد این است که دیگر دختر و پسر مانند زمان گذشته آزاد و فارغ البال نیستند و نمی‌توانند هر طور که می‌خواهند زندگی کنند.

رعایت حقوق همسر

زندگی نیز مانند هر اجتماع کوچکی تابع یک سری قوانین است که سرپیچی از آن موجب بهم ریختن نظم آن و در نتیجه تلخ‌کامی و کدورت خاطر می‌گردد. بنابراین است که اسلام زن و مرد را به رعایت حقوق طرف مقابل سفارش کرده است و حتی برای زیر پا گذاشتن این حقوق، عقوبت و جزا نیز مقرر نموده است. از جمله این حقوق باید به محترم شمردن عهد و پیمانهایی که با هم گذاشته می‌شود، عدم کوچک شمردن و تحقیر همسر، دوری از خیانت و دورویی، حفاظت از موقعیت یکدیگر در حضور و عدم حضور همسر، انجام وظیفه بخصوص زن و شوهری و پرورش مهر هم در دلها، نام برد. در اختلافها، فردی که قدرت دارد نباید از این مسئله به سود خود استفاده کند و حقوق طرف دیگر را زیر پا بگذارد، و گرنه اساس این زندگی استوار نخواهد بود.

معاشرت خوب

ازدواج ایجاد رابطه جدیدی در بین دو انسان است که قبلاً با هم آشنایی چندانی نداشته‌اند و برای تحکیم این پیمان، زن و شوهر باید با یکدیگر معاشرت نیکویی داشته باشند.

پس از اینکه با خستگی از کار روزانه برمی‌گردند در کنار هم نشسته و از مسائل تلخ و شیرینی که در طول روز برایشان اتفاق افتاده است با هم صحبت کنند و باین ترتیب با هم انس و الفت بیشتری بیابند. گفتگو کردن با یکدیگر نه تنها سبب نزدیک شدن به هم می‌شود بلکه باعث حل بسیاری از مشکلات موجود می‌گردد، همچنین باعث محدودتر شدن انتظارات و هم روشن‌تر شدن اظهارنظرها می‌شود.

تقسیم کار

شراکتی که در آن طرفین شراکت به یک اندازه سهم نبوده و همه کار را یک نفر انجام دهد و سایرین انتظار سود بردن را داشته باشند، ادامه نیافته و به آخر نمی‌رسد.

در ازدواج نیز که یکی از دائمی‌ترین شراکت‌ها در بالاترین امور، یعنی زندگی است باید سهم شریک زندگی رعایت شود. این صحیح نیست که همه بار زندگی بر دوش زن باشد و مرد، اوقات را به بطالت بگذراند و یا اینکه همه کارهای بیرون و داخل خانه را مرد انجام دهد و زن فقط استراحت نماید. بنابراین منطقی آنست که به پیامبر عظیم‌الشان اسلام اقتدا کنیم و کارهای ظریف و دقیق داخل خانه را به زنان سپرده و تأمین معاش در بیرون منزل را به عهده مردان واگذار نمائیم. گرچه هیچ منافاتی ندارد که وقتی مرد به خانه برمی‌گردد، در کارهای منزل به همسرش که از صبح تا شب به آنها اشتغال داشته کمک کند تا او نیز اندکی استراحت نماید، و یا اینکه برعکس در مواقعی که ممکن باشد، زن نیز به همراهی مرد بشتابد.

اینها همه سبب گرمتر شدن کانون خانواده می‌گردد.

همراهی و همگامی

از آنجائیکه زن و شوهر از شرکاء دائمی یک پیوند مقدس هستند، برای آسایش بیشتر و رسیدن به اهداف بالاتر، باید خصوصیات اخلاقی یکدیگر را بخوبی بشناسند و در راه برطرف‌سازی مشکلات بکوشند.

یکی از مواردی که در این بین وجود دارد خصوصیات اخلاقی طرف مقابل است که ممکن است به مذاق دیگری خوشایند نباشد ولی برای استمرار یک زندگی مسالمت‌آمیز ناگزیر باید خود را با این خصایص رفتاری همسر عادت

داد و تا جایی که ممکن است علایق و سلیقه‌های خویش را با هم یکسو نمایند.

هدارا کردن

بهر حال اختلاف سلیقه‌ها و خلق و خوها در هر خانواده‌ای امکان برخوردها را بوجود می‌آورد. این ساده لوحی است که فکر کنیم هیچگونه نزاعی در طول زندگی زن و شوهر پیش نخواهد آمد.

آنچه در این بین مهم است، کوتاه آمدن طرف مقابل است تا کار به جاهای باریک نکشد. اسلام نیز به ما توصیه می‌کند که در چنین مواقعی یکی از دو نفر برای رضای خدا سکوت نماید و اشتباه و خطای طرف مقابل را بر او بیخشد. حساسیت روحی زن و خستگی مشغله‌ای مرد می‌تواند عامل مستعدکننده برای بروز درگیری‌ها باشد. اگر بنا باشد همواره درگیری‌ها بدون خودنگهداری یکی از طرفین باشد زندگی به تلخ کامی کشیده می‌شود.

تامین زندگی

اسلام مرد را مسئول تأمین معاش زندگی نموده است و حتی اگر زن کارمند بوده و از لحاظ مالی منبع درآمد داشته باشد و یا ثروتمند باشد، پول و ثروتش از آن خودش است و هیچ لزومی ندارد که آنرا برای خرج خانه بکار ببرد. مرد لازم است که خرج خانه را تا حدی که آسایش زن و فرزندش تأمین گردد، برآورده نماید و حتی لوازم زینت و آرایش را در حد معقول برای همسرش تهیه کند.

از طرف دیگر زنی که این سعی و کوشش همسرش را می‌بیند باید خانه را به نحوی آماده کند که کانون آرامش او تأمین شود و با رفتاری دلگرم‌کننده از سعی و تلاش همسرش تمجید و تشکر کند و بازگشت شوهر به خانه برایش بهترین لذت‌ها باشد.

احترام متقابل

زن و شوهر به یکدیگر پیوسته‌اند و عروج یکی سبب اعتلای دیگری و برعکس سقوط یکی باعث نزول طرف مقابل می‌شود. باین جهت است که برای حفظ شخصیت و آبروی خانواده و کسب احترام، باید زن و شوهر احترام یکدیگر را در حضور سایرین حفظ نمایند و از خرد کردن شخصیت یکدیگر پرهیزند.

از طرفی این احترام می‌تواند هم‌زبانی و هم‌عملی باشد. در گفتار با یکدیگر به ملاطفت صحبت کنید و با ذکر نکات مثبت همسر، سعی کنید دل او را به دست آورید. در انتقادات نیز کوشش نمائید بصورت عیب‌جویی عمل ننمائید و نقاط ضعف او را به رخس نکشید.

ابراز علاقه

این رویه صحیحی نیست که زن و شوهری که یکدیگر را دوست دارند بخاطر یک سری غرور و یا خجالت‌ها از ابراز علاقه و عشق میان خودشان خودداری کنند. زیرا اگر چه آنها از صمیم قلب یکدیگر را دوست دارند ولی عدم ابراز آن سبب سردی کانون خانواده و دل چرکین شدن آنان نسبت به هم می‌شود. حضرت رسول اکرم (ص) در حدیثی می‌فرمایند که: ذکر این جمله شوهر به زن که ترا دوست دارم هرگز از خاطر زن نخواهد رفت. استحکام پیوند زناشویی بر ابراز علایق است و بر این جمع کوچک عشق است که حکومت می‌کند، نه مقررات و قوانین.

روابط همسری

این صحیح است که در سایه ازدواج بین زن و شوهر روابط جنسی برقرار

می‌گردد ولی باید دانست که این هدف اصلی نیست و تمرکز آن بر روی مسائل جنسی می‌تواند این پیوند مقدس را به حد غرایز حیوانی نزول دهد و باعث فجایع غیرقابل پیش‌بینی گردد که هم‌اینک دامنگیر جوامع غربی شده است.

بنابراین زن و شوهر باید در عین داشتن چنین روابطی جنبه معنوی آن را نیز مد نظر داشته باشند و بدانند که این نزدیکی برای اطاعت از فرمان خدا و حفظ سنت رسول اکرم (ص) انجام می‌گیرد، تا این احساس سبب رشد و تعالی آنها گردد.

آراستن خود

در ادامه مواردی که سبب تحکیم روابط زن و شوهر می‌گردد، آراستن زن و شوهر برای همدیگر است. در احادیث بسیاری نیز بر این امر تاکید شده است.

رسول اکرم (ص) می‌فرمایند که: وظیفه زن این است که خود را برای شوهر بیاراید و در کنار او خوشبو و معطر باشد.

امام کاظم (ع) فرمود: خودآرایی و آمادگی مرد سبب افزایش عفت زن می‌شود و برخی از زنان در روزگاران گذشته آلوده شده‌اند از آن بابت که شوهرانشان خود را نیاراستند.

در تعابیر دیگر آمده است که سزاوار نیست زن بدون زیور باشد و لو اینکه گردن‌بند ساده‌ای بخود بیاویزد. از طرفی مرد نیز وظیفه دارد در حدی معقول وسایل زینتی و آرایشی را برای همسرش تامین کند.

عفاف

حفظ عفت و پاکدامنی برای زن و مرد باعث تحکیم روابط آنان می‌گردد.

همینکه زن و یا شوهر حس کنند که همسرشان حتی در ذهن خود فرد دیگری را وارد نمی‌کند باعث آرامش خیال و قلب او می‌شود. این مسئله ضمن آنکه یکی از واجبه‌های شرعی است باعث تفاهم و آرامش آنان می‌شود.

ندانم کاریها

برای داشتن یک زندگی خوب باید به فن آن بخوبی آشنا بود تا از ایجاد درگیریهای ناخواسته جلوگیری شود و بنابراین و با دانستن این فنون است که اساس زندگی بر پایه غلط استوار نخواهد شد. زن و شوهر باید همواره با واقعیات روبرو باشند و یکدیگر را بخوبی شناسایی نمایند تا راهی بسوی زندگی آرام و آسوده بیابند.

در ابتدای زندگی که زن و شوهر هنوز نسبت به هم حجب و حیا داشته و با هم خودمانی نشده‌اند، از بسیاری موارد که برایشان خوشایند نیست می‌گذرند و آنرا ندیده می‌گیرند و با بسیاری ناخواسته‌ها می‌سازند. ولی پس از مدتی که پرده شرم و حیا کنار گذاشته شد، اختلافات رو می‌افتد.

بدین سبب و برای جلوگیری از ایجاد چنین مسائلی و یا برطرف ساختن اختلافات ایجاد شده به نکاتی اشاره می‌کنیم.

برداشت اشتباه از زندگی

بسیاری از اختلافات برای آنست که جوانان دنیای پس از ازدواج را قصر

رویائی خود می‌پندارند و تصور می‌کنند که پس از آن وارد بهشت خیالی خود خواهند شد. پس از آغاز زندگی مشترک و نیافتن این اوهام، همسرشان را مقصر می‌دانند و با او به درگیری می‌پردازند.

غافل از اینکه واقعیت چیز دیگری است و تمام آمال و آرزوهای انسان در این دنیا قابل دستیابی نیست.

ازدواج اجباری

یکی از واضح‌ترین دلایلی که می‌تواند سبب بروز درگیری شود این است که خدای ناخواسته فردی به اجبار پدر و مادر مجبور شود با دیگری ازدواج نماید. طبع آزادی خواهی انسان او را وادار می‌دارد که در برابر هر اجباری مقابله کند، حتی اگر بنا به تشخیص بزرگان، این جبر برای او مفید باشد. بنابراین حتی اگر غذای بسیار خوشمزه‌ای را بزور بخورد کسی بدهند، او از خوردن آن امتناع کرده و به دلش نمی‌چسبد و در اولین فرصت سعی می‌کند تا از شر آن خلاص شود!

در چنین مواقعی اگر درگیری رخ دهد که هیچ ارتباطی نیز به کسی نداشته باشد، فحش و ناسزا نصیب کسانی می‌شود که موجبات این وصلت را فراهم آورده‌اند.

ازدواج مصلحتی

همچنین در مواردی که زن یا شوهر بخاطر مصالحی که بطور مقطعی برایشان مطرح است تن به ازدواج می‌دهند، پس از تغییر موقعیت، خود را در وضعیت دلخواه نمی‌بینند و فکر می‌کنند که شکست خورده‌اند.

جوانان ما باید بدانند که این مسئله، امری مصلحت‌پذیر نیست و باید براساس ضوابط و اهداف مشخص استوار باشد.

ظاهری‌بینی

اگر زن و شوهر قبل از ازدواج فقط ظاهر خود را به طرف مقابل نشان دهند و آنچه در قلب خود دارند از دیگری مخفی نمایند، انتخاب براساسی نادرست صورت می‌گیرد. توجه به اینکه طرف خوش‌بیان، خوش‌قیافه، با وضع مادی خوب و تیپ مناسب است هیچکدام مبنایی بر اصول انتخاب همسر نیست.

عدم شناخت

گرچه ایجاد شناخت از طرف مقابل نیاز به گذشت زمان زیادی دارد، ولی بهر صورت برای آغاز ازدواج، داشتن شناخت اجمالی از همدیگر لازم است. بهر حال آغاز زندگی بدون اطلاع از خصوصیات اخلاقی طرف مقابل نادرست است و ازدواجی که اینچنین بنا می‌شود، همواره زیر هاله‌ای از ابهام قرار خواهد داشت.

مشورت نکردن

زندگی مقوله‌ایست که نیاز به استفاده از تجارب دیگران دارد و صرف تحصیل کرده بودن، و یا سپری کردن اوقات زیادی در جامعه نمی‌تواند مستلزم این باشد که فرد در اداره زندگی خانوادگی موفق باشد. بنابراین غرور بی‌جا و یا توجه نداشتن به این امر نباید سبب شود که جوانان ما از مشاوره و نظرخواهی در امور مختلف زندگی خود روگردان باشند. این موضوع بخصوص برای دوشیزگان اهمیت و لزوم بیشتری دارد.

فریبکاری

یکی دیگر از مواردی که می‌تواند موجب درگیری پس از ازدواج گردد،

اینست که قبل از آن به نحوی غیر واقعی خود را معرفی می نمایند و خویشتن را دارای موقعیتهای فردی و اجتماعی فوق العاده معرفی می کنند. وعده های دروغ می دهند و خود را پاک و عفیف جلوه می دهند، در حالیکه چنین نیستند و پس از ازدواج و با گذشتن مدتی مسائل علنی می گردد و اختلافات آغاز می شود.

بجز مواردی که در بالا گفته شد برخی عوامل نیز وجود دارد که پس از ازدواج موجب ایجاد اختلاف می گردد که در اینجا به اهم آنان اشاره می کنیم.

کارهای مخفیانه

در طول زندگی مجردانه، ممکن است بسیاری از رازداری ها و مخفی کاریها خوب باشد، ولی زن و شوهر هنگامی که با هم وارد زندگی مشترک شدند نباید کارشان را از هم مخفی کنند.

بسیاری از اختلافات از آنجا ناشی می شود که زن یا شوهر، رفت و آمدشان با سایرین، معاشرت با دیگران، میزان درآمدشان و یا طرز فکرشان را از هم مخفی می کنند. این افراد باید بدانند که ماه هیچوقت زیر ابر نمی ماند و بالاخره یکی روزی اسرار آنان برملا خواهد شد و رسوایی بیشتری برای آنان ایجاد خواهد کرد.

پس بهتر است صاف و صادق هرگونه مسئله ای در طول روز برای آنان اتفاق می افتد برای هم مطرح نمایند.

بی اطلاعی از رموز زندگی مشترک

یکی از رموز موفقیت در زندگی مشترک در آنست که زن و شوهر همواره زندگی را برای خودشان تازه نگه دارند و هر روزشان با روز قبل متفاوت باشد و

زندگی‌شان رنگ تکرار بخود نگیرد.

مرد و زن باید هر روز جاذبه تازه‌ای برای همدیگر ایجاد کنند و هیچگاه از یکدیگر سیر نشوند. باید همواره مطلب تازه‌ای وجود داشته باشد تا در زندگی روزمره تازگی ایجاد کند و همواره خود را برای همسرشان بیارایند تا بتوانند نظر او را بیشتر از روز قبل بخود جلب نمایند.

خودخواهی

پس از ورود به زندگی مشترک باید خودخواهی و خودمحوری کنار گذاشته شود و هریک از زوجین روحیه خود را برای پذیرش انتقادات صحیح دیگری آماده کنند. این صحیح نیست که با خودخواهی، راه را برای ورود نظرات سالم ببندیم و اجازه ندهیم هیچ تغییر در رویه قبلی ایجاد گردد. چه بسیار است موارد اشتباهی که در زمان مجرد بودن قابل توجه بوده است ولی اینک باید بخاطر زندگی مشترک کنار گذاشته شود و خودخواهی در این میانه بزرگترین سد رسیدن به یک حیات دلخواه است.

عدم آشنایی با حقوق

زن و شوهر جوانی که هنوز از حقوق یکدیگر اطلاع ندارد، بطور سلیقه‌ای برای هم محدودیتهایی را ایجاد می‌نمایند که ممکن است مورد قبول سلیقه فرد مقابل نباشد و همچنین حقوق زن و مرد را نیز زیر پا گذاشته باشد.

بنابراین ضروری است که زن و شوهر قبل از مبادرت نمودن به ازدواج از حقوقی که برگردن یکدیگر دارند آگاه شوند و سپس به آن عمل نمایند تا حتی از کسی ضایع نشده و در نتیجه کدورت خاطر و درگیری رخ ندهد.

احساس ناکامی

تصوراتی که بر پایه حدسیات و یا تعاریف دیگران یا پنهانکاری و یا فریبکاریهای یکی از طرفین، قبل از ازدواج در ذهن دیگری ایجاد شده است، با ورود به زندگی مشترک و نیافتن آنها سبب بروز احساسی می شود که مبتنی بر نرسیدن به خواسته نهایی و ازدواج موفق است.

چنین افرادی تصور می کرده اند که بعد از ورود به زندگی مشترک، وارد کاخی خواهند شد که پایان بخش تمام مشکلات و ناکامی ها بوده است، ولی با مواجه شدن با حقیقت، آن کاخ را ویران شده و خود را ناکام تر می یابند و از این رو لزومی بر ادامه این زندگی ندیده و سرناسازگاری خواهند گذاشت.

در حالیکه همانطور که قبلاً گفتیم جوانان ما باید با دیدی واقع بینانه با حقایق زندگی روبرو شده و چشم بسته وارد زندگی ناشناخته نشوند و قبل از آن نیز تصورات رویاگونه را در ذهن خود نپرورانند و بدانند که زندگی چیزی است که باید بدست و سعی خود آنان بنا شود.

مداخلات نادرست

در جامعه برای جلوگیری از مشکلات، وظیفه هریک از ارگانها و سازمانها مشخص گردیده و هیچکدام نباید در کار دیگری مداخله نمایند، زیرا در این صورت هرج و مرج بر جامعه حاکم شده و سبب بروز مشکلات عدیده ای می شود. خانواده نیز که کوچکترین بخش جامعه است باید تحت همین ضابطه قرار گیرد و هیچکدام از اعضاء آن در حدود وظایف دیگری مداخله ننمایند. دخالت های ناشیانه زوجین در کار یکدیگر می تواند سبب ایجاد اختلاف گردد و از آن بالاتر اختلاف سایر افراد خانواده، مثل پدر، مادر، برادر، خواهر و ... طرفین، اوضاع را بسیار وخیم تر خواهد ساخت.

بهترین راه در این گونه مواقع این است که وقتی در امری مداخله کنیم که از ما کمک یا نظر خواسته باشند و با این کار هم خود را عزیز نگه داشته‌ایم و هم هنگامی نظر داده‌ایم که خود فرد آمادگی لازم را دارا می‌باشد.

قیمومت مردان و زنان

همه می‌دانیم که ترجیح و تقویت عقل سلیم انسانی بر عواطف و احساسات تند از امور بسیار واضح است که احتیاجی با استدلال ندارد. در قرآن کریم نیز آیات بسیار زیادی وجود دارد که با تعابیر گوناگون باین نکته اشاره نموده است. با این وجود، هیچگاه در قرآن احساسات و عواطف انسانی پاک و آثار خوب آن از نظر دور داشته نشده است، مثلاً تعبیری مانند «با کافران سرسخت و در بین خودشان نرم دلانند»^۱ و «تا با میل به سوی زنان آرام بگیری و بین شما دوستی و رحم گذاشت»^۲ وجود دارد که بیانگر آنست که احساسات را با عقل تعدیل فرموده و در نتیجه پیروی از احساسات نیز پیروی از حکم عقل به حساب می‌آید.

باین ترتیب مشخص می‌گردد که مهار همه فعالیت‌های همگانی اجتماعی که نیاز فراوانی به عقل قوی و درایت دارد - مانند قضاوت، حکومت و جنگ - باید بدست افرادی سپرده شود که عقل آنان ممتاز و عواطفشان ضعیف باشد، افرادی با این صفات همان مردان هستند.

ازدواج یکی از اهداف طبیعت

اسلام که دین فطرت است بر اصل پیوستگی مرد و زن که از جمله مسائل

۱ - سوره الفتح، آیه ۲۹.

۲ - سوره الروم، آیه ۲۱.

طبیعی و خوی انسانی است، تاکید می‌نماید. و در این بین آنچه که روابط زن و شوهر را از حالت مطلق جمع شدن برای نزدیکی و عمل جماع، بصورت ازدواج و همراهی درآورده است، تولید نسل و پرورش فرزندان است.

این حالت را حتی در سایر حیوانات نیز می‌توان مشاهده نمود. همه ما پرندگان را دیده‌ایم که برای تخم‌گذاشتن و تناسل، ابتدا با یکدیگر جفت‌گیری نموده و دو پرنده به کمک یکدیگر لانه‌ای برای خود می‌سازند و پس از تخم‌گذاشتن، نر و ماده بترتیب بر روی تخم‌ها می‌خوابند و پس از تولد جوجه‌ها، برای آنها غذا تهیه می‌کنند و تا پای جان از لانه و جوجه‌های خود محافظت می‌نمایند تا آن‌ها بخوبی پرورش یافته و بالغ گردند.

می‌دانیم که نظام آفرینش از انسان ادامه بقاء او را می‌خواهد و به همین جهت و بخواست خدا در او دستگاه تناسلی قرار داده تا بدین وسیله پس از ازدواج انسان تازه‌ای بوجود آید که جانشین والدین خود گردد و به منظور بحرکت درآوردن این دستگاه و استفاده از آن، نیروی شهوت را در انسان قرار داده و قدرت عقل را نیز ابداع نموده تا از فسادهایی که می‌تواند از این طریق ایجاد گردد، جلوگیری نماید.

بنابراین هدف اصلی ازدواج تولد و تربیت کودکان است و آثاری که پس از ازدواج بر آن مترتب می‌گردد، مانند خاموش نمودن آتش شهوت، یا شرکت در فعالیت‌های روزانه جهت کسب معیشت و تدبیر و تهیه لوازم و امور منزل و غیره، از مسائل جانبی آن است.

بنابراین مشخص است که آزادی و بی‌قیدی زن و شوهر و پرداختن آنان به بیگانگان و نامحرمان امری است غیرفطری و حیوانی که سبب انحطاط جامعه خواهد شد.

لذا باید توجه داشت که پا را از حد فطرت خارج نگذاریم. اشتراکی کردن زندگی که در بعضی کشورهای بلوک شرقی مرسوم بود و یا سپردن کودکان پس از

تولد به شیرخوارگاه و یا پرورشگاه و غیره از جمله مسائلی است که با فطرت انسان سازگاری ندارد.

از این رو چون انسان نیز مانند هر موجودی دارای اجزائی است که بصورت خاصی ترکیب یافته‌اند و محتاج هماهنگی با صفات داخلی و خصوصیات روحی هستند، چنانچه یکی از امور از مسیر اصلی انحراف یابد، در نتیجه سبب اختلال در اعمال و صفات روحی فرد خواهد شد و بترتیب این اختلال به سایر مسائل زندگی و روحیه او سرایت نموده و ارتباط معنوی انسان را از هدف اصلی خلقت قطع خواهد کرد.

با اندکی تأمل در مشکلات و مصائبی که در جوامع منحط غربی امروزه وجود دارد، می‌توان باین موضوع رسید که ریشه تمام آنها در بی بندوباری و آزادی بی قیدوشرطی است که در قوانین طبیعی و فطری وارد نموده‌اند و سبب اختلال در امر زوجیت و نگهداری و تربیت اولاد گردیده‌اند. روش‌های نادرست تربیت و پرورش فرزندان در این جوامع سبب کشتن غرائز و مهربانی و عفت و حیا و فروتنی در انسان می‌گردد و چنین فردی در آینده عاملی مخرب در اجتماع خواهد بود. بنابراین باید سعی نمود که با قوانین انسان‌ساز اسلام و حفظ حدود خانواده و نگهداری صحیح از فرزندانمان، جوامع پاک اسلامی خود را از این خطرات دور نگهداریم.

گرچه نظام خلقت همواره به هدف ادامه بقا خواهد رسید، لیکن ممکن است تمامی انسانها به چنین هدفی دست نیابند. بدین معنی که هر ازدواج و یا عمل مقاربتی منجر به تولیدمثل نگردد. ولی نمی‌توان گفت که اگر زنی و یا مردی در اثر اشکالی که در دستگاه بدنی او وجود دارد نمی‌تواند بچه‌دار شود، پس نباید ازدواج کند.

زیرا نکاح سنتی است که از پیامبر اکرم برای مسلمانان به یادگار گذاشته شده است و هر که از آن روگردانی کند، مسلمان نخواهد بود.

انسانی که پابند اصول مذهب نباشد، با تمام عقایدی که نسبت به زناشویی دارد، باز به طبع حیوانی خود پابند بوده و محرم و نامحرم نمی‌شناسد و همانگونه که در جوامع غربی دیده می‌شود، مردان از مادر و خواهر و دختر خود و زنان از پدر و برادر و پسرشان روگردان نیستند. تاریخ نیز اینگونه ازدواجها را ثبت کرده است.

هنگامی که انسان قوانین موجود در مورد ازدواج در اسلام را با سایر رسوم و قوانین موجود در عالم مقایسه می‌کند و مورد تأمل منصفانه قرار می‌دهد، اعتراف خواهد کرد که قوانین اسلام کاملاً به حفظ شئون در حفظ نسب و سایر مصالح فطری انسانی توجه کرده است و تمام مواردیکه اسلام در احکام ازدواج مدنظر قرار داده است بدلیل حفظ نسب و سد نمودن راه زنا می‌باشد. مثلاً در این زمینه می‌دانیم که چهارده قسم از زنانیکه مردان در طول زندگی بیشتر با آنان معاشرت دارند بر او حرام شده‌اند و مرد حق نزدیک شدن به آنان را ندارد. در جامعه نیز با قراردادن حکم حجاب، و پوشیده داشتن زنان و جلوگیری از آمیختن زنان و مردان در جامعه، از زمینه‌سازی عوامل انحراف برای آنان جلوگیری نموده است.

این پیش‌بینی اسلام را جوامع کنونی غربی بخوبی نشان می‌دهد. زیرا تعالیم مسیحیت نیز زنا را حرام دانسته و تعدد زوجات را نیز مانند زنا می‌داند ولی از آنجائیکه معاشرت زن و مرد را در جامعه منع ننموده است، فحشاء و فساد تا حدی به اوج خود رسیده است که حتی صدای خود آنان نیز به اعتراض بلند شده است.

خداوند متعال در وجود انسان دوست داشتن نکاح را قرار داده و بر طبق آیه شریفه «زُیِّنَ لِلنَّاسِ حُبُّ الشَّهَوَاتِ مِنَ النِّسَاءِ وَ الْبَنینِ ...» بالاترین لذت‌ها لذت زناشویی است و به فرموده امام صادق (ع) : اهل بهشت هم به چیزی که خوشایندتر باشد از نکاح متلذذ نمی‌شوند، نه طعامی با آن برابری می‌کند و نه

آشامیدنی.^۱

بنابراین بر ما مسلمانان واجب است که مسیر این لذات را از راه اصلی منحرف ننموده و بدین ترتیب موجبات آسایش دنیا و آخرت خود و خانواده و جامعه خویش را فراهم سازیم.

قبل از زفاف

در مکاتب مختلف و آئین اجتماعی ملل گوناگون از اعمال مشخص و از پیش تعیین شده‌ای برای قبل از زفاف یا به عبارتی قبل از به حجله رفتن ذکر نشده است؛ تنها اسلام است که در این باب سفارشات و راه و رسمهایی دارد که اجمالاً و به طور فشرده به برخی از آنان اشاره خواهیم کرد.

زفاف بر وزن کتاب، عبارت است از اولین آمیزشی که زن و شوهر پس از ازدواج انجام می‌دهند.

پیامبر اسلام (ص) به حضرت علی (ع) سفارش می‌کند:

«ای علی چون عروس به خانه‌ات درآید کفشهایش را درآور تا بنشیند و پاهایش را بشوی و آن آب را از درِ خانه تا منتهای خانه بپاش که چون چنین کنی...»

این امر بیانگر احترامی است که شوهر به همسرش قائل است و با این عمل اولین گام در جهت دوستی و جلب رضایت برداشته شده است. قدردانی شوهر از همسرش روح احترام متقابل به حریم خانه را در زن ایجاد می‌نماید.

دومین مسئله‌ای که باید رعایت کرد این است که عروس و داماد همزمان وارد حجله شوند چون هر چه تعلل داماد در این امر بیشتر باشد فشار روحی برای عروس بیشتر خواهد بود و سعی شود که به هیچ علتی شب زفاف به شب‌های

بعدی موکول نگردد چون عواقب سوء آن در روحیه زن بیشتر از سودیست که برای آن تصور می‌گردد.

داماد به عروس سلام می‌کند و باین ترتیب آغاز زندگی را با کلامی آغاز کنند که فرشتگان هنگام ورود بهشتیان به آنها می‌گویند و سپس یکدیگر را با عشق نگاه کنند.

پس از آمیزش

مردان نباید تصور نمایند که پس از رسیدن به نقطه اوج لذت جنسی و انزال، عملیات جنسی اتمام یافته و به علت سستی ایجاد شده در آنان، نباید به سرعت بخواب بروند. زیرا در این حالت همسران آنها هنوز در تلاطمات روحی و کششهای جنسی خود بسر می‌برند. شروع و اتمام آمیزش و رسیدن به نقطه اوج در زنان مانند منحنی است که دامنه آن زیاد است و با شیبی ملایم شروع و با همان شیب ملایم تمام می‌گردد. اگر بخواهیم این صعود و فرود را بیشتر توضیح دهیم می‌توانیم آنرا به پرواز هواپیمای مسافربری تشبیه کرد که صعود و فرود آن به تدریج انجام می‌گیرد. ولی در مورد آقایان این حالت را می‌توان به هواپیمای جنگی تشبیه کنیم که سریع اوج گرفته و به سرعت نیز نزول می‌کند.

بنابراین پس از انزال شوهر باید به تمنیات همسرش توجه نماید. برخی از شوهران علیرغم علاقه باطنی شدیدی که به همسر خویش دارند، ولی چون به این نکته توجه نمی‌نمایند، هیچ‌گاه نظر مساعد همسر خویش را در کنار ندارند. در اثر این عمل همسران جوان خود را فاقد قدرت جنسی کافی تصور می‌کنند که به تدریج به سردمزاجی آنها می‌گراید. آنها تصور می‌کنند که فقط جسم آنهاست که مورد علاقه شوهرشان است و روح آنها مورد بی‌اعتنایی قرار گرفته است.

برای جلوگیری از این مسائل، پس از انزال و رسیدن به اوج لذت جنسی،

شوهر باید به نوازشات همسرش ادامه داده و با او به ملایمت صحبت نماید، حتی اگر موضوع صحبت عشقی و یا جنسی نباشد، در روحیه او و رسانیدن به نقطه اوج و ارضاء عواطف زن، نقش بسیار مؤثری دارد. قدردانی شوهر از همسرش به خاطر لحظاتی که در کنار هم بوده اند به زن ارزش بخشیده و او را در عمل خود موفق جلوه می دهد و نتیجه نشئه بخش آمیزش را دوچندان می کند. پس از اینکه شوهر مطمئن شد که همسرش را کاملاً ارضاء نموده است، هر دو با آرامش خاطر و به آرامی در کنار یکدیگر به خواب خواهند رفت. نحوه اطلاع از این امر توسط شوهر نیز بسیار آسان است، یعنی هنگامی که شوهر مشغول نوازش می باشد، با ذکر کلمه ای و یا با رد کردن دست نوازشگر شوهرش، و یا اینکه پیشنهاد خواب از طرف زن، می توان مطمئن شد که ارضاء به طور کامل صورت گرفته است.

در این حالت علیرغم اینکه زن میل ندارد از رختخواب خارج گردد، لکن بهتر است برای تعویض لباس و نظافت خویش، با کمک یکدیگر اقدام نموده و سپس برای آرام گرفتن در کنار یکدیگر به خواب بروند.

دفعات مقاربت

مسئله بسیار مهمی که وجود دارد و کمتر به آن توجه می گردد، دفعات مقاربت می باشد. زوجهای جوانی که تازه با مسئله مقاربت روبرو می گردند، ممکن است عنان کنترل را از دست داده و نظم و ترتیب را در دفعات نزدیکی از دست بدهند. و اصولاً اطلاعی در مورد دفعات آمیزش و فواصل بین هر آمیزش نداشته باشند. ولی باید توجه داشت که مبادرت به آمیزش دائمی در هر شب و یا شبی چند بار، در درازمدت هم برای زن و هم برای شوهرش مضر است.

برخی می‌گویند که تعداد دفعات آمیزش را میزان میل طرفین، قدرت و توانایی و وقت آنها معین می‌کند. ولی این تصور درستی نیست. آنچه که مکاتب مختلف شرق و غرب در این باره می‌گویند، از هر دو هفته یکبار تا هفته‌ای دو بار متغیر است. اسلام نیز در هر هفته دو بار آمیزش را حداکثر دانسته و حداقل آنرا در هر چهار ماه یک بار دانسته است. همچنین انزال بیش از یکبار برای مرد در یک شب را منوط به قدرت جنسی او کرده‌اند ولی آنچه اسلام مقرر نموده این است که پس از هر انزال و برای آمیزش بعدی، مرد باید غسل کند. برای اینکار فوایدی است که طالبان آن می‌توانند به کتب مربوطه مراجعه کنند.

موارد منع مقاربت

در هنگامی که همسر، دوران قاعدگی را می‌گذرانند، به دلایل مختلف علمی و دینی، دخول و آمیزش حرام است و باید از این نوع مقاربت اجتناب نمود.

همچنین از نظر اسلام و طبق تأییدی که علم نیز از آن به عمل آورده است، آمیزش پس از غذا خوردن و با شکم پر، ممنوع است. زیرا در این هنگام خون صرف انجام عملیات هضمی می‌گردد و اگر با وارد ساختن تحریکات جنسی بخواهیم تراکم خون را در نقطه دیگری از بدن متمرکز نماییم، یا آمیزش کاملی به وقوع نمی‌پیوندد و یا هضم غذا ناقص بوده و سوء هاضمه ایجاد می‌گردد. در برخی افراد که آمادگی ابتلا به سکتته‌های قلبی دارند، این فشار سبب کم رسیدن خون به قلب و در نتیجه انفارکتوس میوکارد در هنگام آمیزش، می‌گردد؛ که موارد آن نیز کم نیست.

همانطوری که قبلاً هم ذکر گردید، آمیزش با محارم و همجنس‌بازی نیز

حرام و جزو آمیزشهای ممنوعه محسوب می‌گردد.

تذکری در مورد بیماران قلبی

افرادی که بیمارهایی دارند که به واسطه آن، تمایل به مسائل جنسی را از دست می‌دهند معمولاً پس از بهبود، دوباره این تمایل را به دست می‌آورند. اما در مورد افرادی که دارای بیماری‌های قلبی هستند باید توجه داشته باشند که با رعایت موازین خاصی قادر به انجام امور جنسی هستند و نباید خود را به علت ترس، از این مسئله دور کنند. این افراد همانطوری که در قبل گفته شد از آمیزش با شکم پر باید خودداری کنند، زیرا در هنگامی که شکم پر است، خون متوجه دستگاه گوارش می‌گردد. همانطوری که می‌دانید خون در دستگاه گردش خون حجم ثابتی دارد و افزایش تمرکز خون در هنگام ورزش در عضلات، در هنگام غذا خوردن، در دستگاه گوارش و در هنگام آمیزش نیز در اعضای مربوطه بیشتر خواهد شد. لذا گردش خون در این لحظه در برخی قسمت‌های دیگر بدن کم می‌شود. بنابراین در هنگام هضم غذا، اگر عمل دیگری بخواهد انجام گیرد، خون ارسالی به دستگاه گوارش کاسته شده و از طرفی فشار وارده به قلب که باید در یک لحظه به دو عضو خون برساند افزایش می‌یابد و در بیماران قلبی این عارضه سبب آسیب به قلب می‌گردد. بنابراین چنین افرادی باید از آمیزش کردن با شکم پر خودداری نمایند.

همچنین است هنگامی که از فعالیت شدید بدنی آمده‌اند، و یا اینکه خود آمیزش سبب فعالیت شدید عضلانی می‌گردد، بنابراین چنین فردی از مقاربت در حال ایستاده باید احتراز کند.

گرما نیز گردش خون سطحی بدن را افزایش می‌دهد، و بنابراین اصلی که قبلاً ذکر شد، مقاربت در چنین حالی و در گرما سبب تمرکز خون در دو محل

و فشار به قلب می‌گردد.

تذکری در مورد کودکان

والدین هرگز نباید کودکان خود را موجوداتی بی‌عقل و گیج و بیخبر محسوب کنند. زیرا برحسب موقعیت خانواده و افرادی که با کودکان در ارتباط هستند در همان اوان زندگی تا حدودی چشم و گوش کودکان باز می‌گردد.

حتی بسیاری از کودکان متوجه اشارات پدر و مادر نسبت به یکدیگر نیز می‌شوند لکن لزومی در بیان آن نمی‌بینند. بهر حال تحریک پذیری کودکان بهر صورت که باشد در سرنوشت آینده و حال آنها مؤثر خواهد بود.

بنابراین پدر و مادر باید توجه داشته باشند که محیط خانه برای کودکان بیدارکننده نباشد. چنانچه در میان جوامع غرب دیده می‌شود که بدون هیچ قیدوبندی پدر و مادر با فرزندان خود بصورت لخت و عریان و بدون هیچ شرم و حیائی به حمام می‌روند و یا لباسهای تحریک‌کننده در حضور آنان می‌پوشند، که این عوامل سبب کنجکاوی و تحریک آنان می‌گردد.

تماشای شوخیهای رکیک و زننده در هر محیطی و تبادل ایما و اشاره و لبخندهای معنی‌دار پدر و مادر به یکدیگر می‌تواند از موارد هوشیارکننده فرزندان باشد. در مورد لباس پوشیدن نیز باید یادآور شویم که لباسهای جنس مخالف را بر تن فرزندان ننمائید و همچنین از پوشاندن لباسهای تنگ و چسبان نیز به تن آنان خودداری نمائید.

مادران باید در مورد آراستن خود در حضور فرزندان که به حد تمیز رسیده‌اند دقت داشته باشند و این عمل را در برابر آنان به حداقل برسانند و نیز

ظاهر اطاق فرزندانشان را تحریک آمیز نمایند.

باید بدانیم که فرزندان از سن ۵ سالگی به بعد شروع به کنجکاوی می نمایند و در این هنگام ممکن است که ناگهانی و سرزده متوجه روابط پدر و مادر شوند، پس والدین در مورد این گونه ارتباطات باید تا سر حد امکان مراقب باشند. حتی تعریف اتفاقاتی که برای سایرین افتاده است در حضور کودک می تواند یکی از عوامل بیدارکننده برای وی باشد. کودک پس از آمادگی یافتن و بیدار شدن ذهنش و یا بدون هیچیک از این موارد و صرفاً در اثر تقلید از روابط و برخوردهایی که در خانه شاهد آن بوده است و یا در فیلم های مبتذل دیده است، سعی در تکرار آن می نماید و ذهن آماده وی از کوچکترین و سریعترین حادثه، فیلمبرداری نموده و بارها در ذهنش آنرا مرور می کند و در فرصت های مقتضی آنرا بکار خواهد بست.

علم و اخلاق ثابت نموده اند و اسلام نیز دستور داده است که از آمیزش در اطاقی که در آن کودکی است پرهیزید، چه رسد به اینکه در آن کودکان کوچک و بزرگی قرار داشته باشند. پدر و مادر باید در محلی آمیزش نمایند که حتی صدای نفس کشیدن آنها نیز شنیده نشود، چه رسد به اینکه در حال انجام این کار، دیده شوند. بزرگان دین هنگامی که می خواستند آمیزش کنند خود را در محلی قرار می دادند که هیچ کس در آن نبوده و حتی نتواند به آنجا بیاید. پس اگر پدر و مادر در محلی در حال مقاربت هستند که فرزندان می توانند به آنجا وارد شوند، باید حتی المقدور درب آنجا را قفل نمایند.

در احادیث آمده است که اگر کودکی در اطاقی قرار داشته باشد که در آن عمل مقاربت صورت می گیرد این کودک پس از بزرگ شدن زنا کار خواهد شد، و این امری است بسیار طبیعی. زیرا هنگامی که کودک از کوچکی به دیدن چنین صحنه هایی عادت کند، انجام آن امور را با کودکان هم سن و سال در محیط هایی که به دور از چشم والدین باشد تکرار خواهد کرد، و اگر والدین او را

دیده و تشبیه کنند تا آن عمل را کنار گذارد، از آنجائی «الإنسان حریص علی ما مُنع» می باشد، یعنی انسان به آنچه که از آن نهی شود، حریص تر می گردد، پس از آن، این اعمال را پنهانی انجام داده، تا سرانجام پس از بلوغ و حتی در ممالک غربی، قبل از آن مبادرت به عمل شنیع زنا نماید.

حتی اگر این مسئله روی ندهد، شنیدن صدای خشن پدر و ناله های مادر، در فرزندی که از خواب بیدار شده احساس بدی نسبت به والدین به وجود می آورد. اگر کودک زمینه قبلی نسبت به این اعمال داشته باشد، این احساس تنفر بیشتر می گردد و اگر زمینه قبلی نداشته باشد تصور می نماید که مادرش تحت شکنجه و یا ضرب و جرح قرار دارد، بنابراین از پدرش که در چنین موقعی اینکار را می کند، منزجر خواهد شد.

لازم به توضیح است منظور از کودک، اطفال بیش از ۲ سال است ولی برخی طفل قنادقی را نیز از این قاعده مستثنی نمی دانند.

زمان مقاربت

خصوصیات اخلاقی، وضعیت فرهنگی، تمایلات شهوانی، قدرت جنسی، مکان مناسب و برخی موارد دیگر در تعیین وقت مقاربت مؤثر می باشد.

علم هنوز محدودیتی برای زمان مقاربت مشخص ننموده است ولی خانمها بیشتر تمایل دارند که در هنگام شب که تاریکی غالب می گردد، آمیزش کنند؛ بخصوص خانمهایی که تازه ازدواج کرده اند و از لخت شدن و دیدن بدن لخت شوهرشان کراهت دارند. آقایان بلعکس، دوست دارند که در روشنایی و حتی روز مقاربت نمایند. و این خواسته ها تحت تأثیر عوامل محیطی، کار، تعطیلات و محل زندگی تغییر می یابد.

ولی اکثراً معتقدند که پس از یک خواب کوتاه مدت، قدرت تحریک مرد بالا رفته و بدن پس از یک استراحت کوتاه و تصفیه شدن خون از مواد و گازهای زائد، آمادگی بیشتری برای آمیزش دارند. در این هنگام که اکثراً مصادف با نیمه‌های شب می‌گردد، جهاز هاضمه، قلب و مغز و سایر ارگانهای بدن در استراحت به سر می‌برند و قوای جنسی بهترین میدان را برای عرض اندام خواهد یافت.

در تعیین روزهای ممنوعه یا روزهایی که آمیزش بهتر است و نتیجه حاصله چه خواهد شد، غیر از ایام عادت ماهیانه که همه آمیزش در آن را ممنوع می‌دانند، علم چیزی نگفته و در سفارشات سایر ممالک نیز چیزی یافت نمی‌گردد.

ولی از آنجایی که خیلی مطالبی که اسلام در بیش از ۱۴۰۰ سال پیش عنوان کرده، به تدریج از لحاظ علمی ثابت شده است، در اینجا سفارشات را در مورد ایامی که آمیزش در آن موجب آسیب به جنین می‌گردد و یا ایامی را که سبب بهتر شدن کیفیت رشد جنین می‌شود را از نظر اسلام به طور مختصر یادآور می‌شویم. از ذکر احادیث و راوی آن صرف نظر کرده و طالبان مطالب بیشتر را به کتب مربوطه علی‌الخصوص کتاب مکارم‌الاخلاق طبرسی، ارجاع می‌نماییم. لازم به تذکر است که علم اکنون به آثار ماه، نیروی مغناطیسی زمین، اثر خورشید، باد، و سایر موارد روی واکنش‌های شیمیایی دست یافته است ولی هنوز نتوانسته است آثار آنرا روی فرزندی که از آمیزش در آن هنگام به وجود می‌آید بررسی کند. باید منتظر بود تا با پیشرفت علم، دست‌یابی به آنها نیز ممکن گردد.

به طور کلی اسلام نیمه شب را برای مقاربت بهتر دانسته و جز شب چهارشنبه که نزدیکی در آن را ممنوع نموده است؛ بهترین ایام را شب‌های دوشنبه، سه‌شنبه، پنج‌شنبه و جمعه ذکر کرده است. روز پنج‌شنبه هنگام

ظهر نیز مباح و مفید یاد شده است. بنابراین مقاربت در این پنج وقت ذکر شده بهترین آثار را دارد به شرطی که با ایامی که ذیلاً ذکر می‌گردد منطبق نگردد. لازم به ذکر است که ماه‌هایی که ذکر می‌شود، ماه قمری است. از لحاظ زمانی آمیزش در اول شب، یا بعد از ظهر، بین اذان و اقامه و هنگام طلوع و غروب آفتاب، مردود است.

اولین شبی که به مسافرتی رفته باشد، شب‌های عید فطر، عید قربان، نیمه شعبان، اول و وسط و دو روز آخر ماه آمیزش خطرناک است. شبی که در آن کسوف، خسوف، زلزله و یا بادهای سیاه، سرخ یا زرد اتفاق افتاده باشد و یا در حال احتلام و قبل از اینکه غسل کند، ایستاده، در کشتی، رو و یا پشت به قبله، زیر درخت، روی بام، زیر آفتاب، به صورت کاملاً عریان و یا با یاد دیگری نیز آمیزش ممنوع شده است. در هنگام دخول سخن گفتن منع شده است و همانطوری که قبلاً نیز ذکر شد مقاربت در شب چهارشنبه نیز ممنوع است.

مجامعت با همسر در شب اول ماه مبارک رمضان ستوده شده است. تذکراً یادآور می‌شویم که علم در مورد مکان آمیزش نیز نظری ندارد ولی نظر اسلام این است که آمیزش در محلی باشد که زن انتخاب می‌کند و مرد به طرف زنش برود، که در این کار آثار روانی بسیار مفیدی برای حفظ اساس خانواده، نهفته است.

ناتوانی جنسی

همانطوری که در فصول قبل ذکر شد، عملیات جنسی از آغاز تا پایان دارای مراحل می‌باشد. این مراحل شامل میل به مقاربت، نعوظ، پایداری نعوظ، آمیزش و انزال بود. هرگاه در یکی از این مراحل اختلالی پیش آید،

چه در زن و چه در مرد، ناتوانی جنسی نامیده می‌شود. بیماریهایی که در اثر آنها برای مدت محدودی این ناتوانی عارض گردد و سپس عود کرده و به حالت قبلی خود برگردد، جزو ناتوانی‌ها محسوب نمی‌گردد. به طور کلی ناتوانی‌ها را در دو دسته ناتوانی جنسی با علت روحی و ناتوانی جنسی با علت جسمی طبقه‌بندی می‌کنند. درصد ناتوانی روحی بسیار بیشتر از ناتوانی‌های جسمی است.

در نوع اول، تمامی مسیر و آلات تناسلی سالم بوده و اشکال در روحیه فرد است ولی در نوع دوم عیب در قسمتی از مسیر تشریحی دستگاه‌های تناسلی می‌باشد. بنابراین مشخص است که نوع دوم قطعاً و حتماً به درمان پزشکی و مراجعه به او نیازمند است. آنچه که ما در این قسمت بیشتر مورد بحث و تأکید قرار می‌دهیم انواع ناتوانی‌ها در زن و مرد، علت عارض شدن هر یک و درمان غیر، پزشکی آن می‌باشد که در هر مورد به طور اجمال اشاره خواهد شد. درمانهایی که در اینجا متذکر می‌شویم طرق غیردارویی است که زن و شوهر با مراعات کردن رژیم غذایی خود، در میوه، سبزیجات و خوراکیها می‌توانند میزان تحریک‌پذیری خود را تغییر دهند؛ فعالیت جنسی و جسمی خود را افزایش داده یا بلعکس، کاهش دهند، میزان تولید منی را تحت کنترل آورده و آستانه تحریک‌پذیری جنسی خود را بالا برده یا پایین بیاورند. خانمهای حامله نیز با رعایت رژیم غذایی مخصوص به خود در حفظ و نگهداری بهتر جنین خود کوشا بوده و پس از زایمان شیربهتری به او بدهند.

ناتوانی جنسی در مردان

ناتوانی جنسی گاه دائمی و گاه موقتی بوده، ممکن است ناگهانی عارض شود یا به تدریج ظهور کند. همانطوری که گفته شد دو نوع ناتوانی

وجود دارد، جسمی و روانی که در اینجا به توضیح آنها می پردازیم.

۱ - ترس و اضطراب نوجوان از عدم توانایی انجام وظایف زناشویی که به عنوان شوهر بر دوش او گذارده می شود. این حالت بیشتر به خاطر محیط خانوادگی است که پسر در آن رشد کرده است، محیط مادرشاهی که طی آن پدر تحقیر شده است؛ باعث سرکوب روحیه پسر نیز شده و او شهامت انجام امور زناشویی را ندارد. در محیط پدرشاهی نیز، به علت زور و فشاری که بر مادر وارد آمده، باعث شده که پسر نسبت به جنس مخالف حالت ترحم پیدا کرده و نتواند به همسرش نزدیک شود. که هر دو صورت فوق نشان می دهد که محیط بسته و تحت زور خانواده به هر یک از قطبهای پدر و مادر که متکی باشد در روحیه فرزند می تواند اثر منفی داشته باشد.

۲ - احساس گناه و شرمندگی، در برخی از پسران که زمینه دینی دارند نیز می تواند در جلوگیری از تمایلات جنسی نقش داشته باشد.

۳ - خستگی از کار روزانه و یا فشار روحی که از محیط بر شوهر وارد آمده و همچنین تحقیر از طرف خانواده و به خصوص از جانب همسر، بسیار در نحوه توانایی جنسی شوهر نقش داشته و می تواند او را به حرکت درآورده و یا ساکن نماید. بنابراین اگر مرد دارای اشکالی در خود می باشد، چه از نظر اخلاقی و چه از نظر جسمی، هیچگاه نباید از طرف همسرش تحقیر شود. به خصوص اگر این اشکال در مورد مسائل جنسی باشد، مثلاً شکل آلت و انواع مختلف آن که ذکر گردید و یا در زود یا دیر ارضاء شدن او یا در نحوه نعوظش، هر اشکالی وجود دارد، از طرف همسر نباید عنوان گردد، زیرا شوهر به این مسئله واقف است و سعی می کند این نقیصه را به طرق مختلف برطرف کند، لیکن در این راه وجود همسر هم می تواند سد باشد و هم می تواند یاور باشد. رفتار اشتباه زن و تمسخر یا سرزنش شوهر، سبب ناتوانی جنسی می گردد.

۴ — همچنین سردمزاجی زن که بعداً در مورد آن توضیح داده خواهد شد، و عدم موافقت و تمیکن وی از شوهرش می تواند سبب این عارضه گردد. زیرا هرگاه شوهر خود را آماده می کند تا مقاربت انجام دهد به طرق مختلف با سردی همسرش روبرو می گردد، احتقان به وجود آمده در دستگاه تناسلی سبب آزرده شدن اعضا شده و در درازمدت به طور ناخودآگاه بدن را از تمایل به چنین عملی باز می دارد.

۵ — احساس عدم توانایی اداره مسائل زندگی و عدم تقبل مسئولیت زندگی و تصور اینکه نمی تواند برای فرزندانش پدر خوبی باشد نیز او را ناتوان می سازد.

انزال پیش رس

۶ — ممکن است مرد به علل متفاوتی، زود انزال باشد. یعنی بلافاصله با نزدیک شدن به همسرش انزال صورت پذیرفته و حالت نعوظ از بین برود. زود انزال بودن مرد می تواند به علت حساسیت بیش از اندازه آلت و حشفه باشد؛ که این حالت به خصوص نزد مردان غیرمسلمان و مردانی که ختنه نکرده اند رایج می باشد. انجام عمل ختنه که در دین مبین اسلام نیز به آن امر شده است یکی از بهترین راههای کم کردن حساسیت حشفه می باشد. علل دیگر می تواند عوامل روانی مانند هیجانان روحی، ترس، عدم میل به آمیزش، خستگی، دلتنگی و دلخوری از یکدیگر باشد. علل دیگری مانند مکان و موقعیت آمیزش، خشک بودن مهبل و... نیز وجود دارد. یکی از علل اصلی وجود بیماریهای عفونی و حتی بیماریهای جنسی که سبب عفونت مجرای خلفی ادرار می گردد، می باشد که با درگیر کردن کیسه های منی و پروستات، آلت را بسیار تحریک پذیر ساخته و با کوچکترین تحریکی انزال صورت می پذیرد.

آزمایشاتی که توسط متخصصین انجام شده است نشان می دهد که تقریباً $\frac{3}{4}$ مردان ظرف دو دقیقه بعد از دخول به نقطه اوج لذت جنسی رسیده و ارضاء می گردند، ولی مردانی که دچار انزال زودرس هستند در حدود کمتر از ۳۰ ثانیه پس از نعوظ، قبل یا بعد از دخول، انزال می شوند و از این بابت شریک زندگی آنان لذتی از آمیزش نمی برد.

علت انزال پیش رس در جوانان و پیران متفاوت است. در جوانان اکثراً به علت قدرت شهوانی زیاد و هیجانان روحی ایشان می باشد. در پیران این عارضه به علت ضعف قوای جنسی بوده و درمان این دو نیز متفاوت می باشد. در جوانان باید هیجانان را کاسته و در افراد مسن د رجعت عکس، باید هیجانان را افزایش داد تا روحیه جوانی خود را بازیابند.

درمان انزال پیش رس

اگر فردی واقعاً از لحاظ فیزیکی و ساختمان بدنی و عصبی دچار انزال زودرس یا انزال پیش رس باشد، درمان قطعی برای آن تا به حال مشخص نشده است. ولی می توان میزان تحریک پذیری و رسیدن به اوج لذت جنسی را به چند طریق به تعویق انداخت. این طرق را برخی قبل و برخی را در حین مقاربت باید رعایت نمود.

اولین مسئله ای که باید در نظر داشت، همانطوری که قبلاً نیز ذکر گردید، و حدیثی هم از پیامبر اکرم (ص) نقل شد، آماده سازی و تحریک زن است. در پی این تحریک اولاً زن از نظر جنسی مقداری جلومی افتد و در ثانی دستگاه تناسلی او برای انجام مقاربت، با ترشح غدد بارتولین، آماده می شود. مدت ارضاء شدن برای زنان حدوداً ۱۰ دقیقه است و برای اینکه زن و شوهر با هم به انزال برسند، باید با انجام تحریکات لازمه، زن از نظر زمانی از مرد

جلوتر باشد.

با آماده شدن مهبل جهت دخول، فشاری به آلت حساس مردی که انزال زودرس دارد وارد نیامده و اولین مرحله درمان نارسایی صورت پذیرفته است. اگر غیر از این باشد، یعنی بدون آماده سازی قبلی، مبادرت به انجام دخول گردد، فشار وارده به حشفه که قسمت حساس آلت است زیاد شده و انزال صورت می گیرد، در صورتی که ممکن است حتی دخول انجام نشده باشد. این عارضه سبب می گردد که زن و شوهر از انجام آمیزش های بعدی روگردان شوند و به تدریج حالت سردی نسبت به یکدیگر پیدا کنند.

زن و شوهر باید سعی نمایند که از تحریک بیش از حد آلت مرد جلوگیری کنند. یعنی هنگامی که هنوز دخول صورت نگرفته است هیچگونه نوازشی در قسمت آلت تناسلی، به خصوص حشفه و نوک آلت صورت نگیرد.

با استفاده از طب قدیم و طبق آزمایشاتی که اخیراً بر روی آن انجام شده است استفاده از برخی مواد خوراکی و یا عدم استفاده از برخی دیگر و رژیم غذایی به خصوص، می توان به مقدار زیادی سبب بهبودی این عارضه شد. استفاده از این نوع درمان هیچگونه عارضه ای ندارد در حالیکه درمان دارویی، عوارض جنسی و خطرناکی را سبب می گردد.

استفاده از چای و قهوه، گیاه سداب یا فوجین، گشنیز، ماش پخته، عدس، ترخون و کاهودر مورد جوانان، بسیار مؤثر بوده و در کاهش هیجانات جنسی بسیار مؤثر است.

در حالیکه در پیران و برای تقویت قوای شهوانی ایشان باید از ویتامین A، مغز دانه پنبه، خیساندن خرماي خشک در شیر و خوردن آن و به دنبال آن خوردن شیر، میوه هایی مثل گیلاس، موز، عرق بهار نارنج، هلو، به خصوص خوردن روغن سیاهدانه با روغن زیتون و کندر، سبزیجاتی مانند شاهی، تره، تخم تره خام، پیاز پخته، شنبلیله، فلفل سبز یا فرنگی، هویج،

لوبیای پخته، شلغم، تخم گل کلم، مخلوط زنجبیل با پسته و خولنجان، بسیار محرک شهوت می باشد و قدرت جنسی مرد را اعاده می کند.

افرادی که اسپرم آنها کم است جهت جبران مواد غذایی اسپرم و آماده سازی بدن برای تولید نطفه باید در رژیم غذایی خویش از میوه جاتی مانند آلبالو و نارگیل به همراه شکر استفاده کنند.

زرده تخم مرغ نیمرو همراه گرد زنجبیل، لوبیای پخته، نخود، مغز دانه پنبه و شاهی نیز از موادی هستند که نیروی لازم جهت تولید منی را در مرد به وجود می آورند.

غیر از استفاده از طرقی که در بالا ذکر شد راههای دیگری نیز وجود دارد که عبارتند از:

- ختنه در افرادی که ختنه نکرده اند و یا ختنه آنها ناقص است.
- درمان بیماریهای جنسی و یا عفونتهای مجاری ادراری.
- استفاده از پمادهای بی حس کننده ۲۰ دقیقه قبل از مقاربت.
- استفاده از داروهای آرامبخش در افراد هیجان زده (به تجویز پزشک).
- استفاده از داروهای محرک شهوت (به تجویز پزشک).
- استفاده از داروهای هورمونی (به تجویز پزشک).
- برداشتن فشارهای روحی از روی طرفین.
- دوری از محیط های تحریک کننده.

سردی مزاج زنان

ناتوانی جنسی در زنان را سردمزاجی می گویند و همانطور که در مردان از شروع تا پایان مرحله مقاربت هر نوع اشکالی که ایجاد می شد، یک ناتوانی تلقی می گردید، در اینجا نیز هر نوع عدم تمایل به آمیزش، مقاربت دردناک،

اسپاسم عضلات جدار مهبل، عدم انزال و یا حساسیت بیش از حد مهبل را سردمزاجی زن تلقی می نمایند.

علل و درمان

علل عمده این عارضه، ناشی از جنبه های روانی می باشد که معمولاً در بین تازه عروسها به علت ناواردی شوهران جوان و یا عدم آشنایی خود آنها به مراحل روابط جنسی و عدم آگاهی به دستگاه تناسلی همسرشان می باشد. زودانزال بودن مرد نیز یکی دیگر از دلایل است. قبلاً نیز یادآور شدیم که مکانیسم انزالی خانمها طولانی تر از آقایان است. بنابراین آنچه قبلاً متذکر شدیم اگر عمل مقاربت به طور ناقص صورت پذیرد، خون جمع شده در آلت تناسلی، سبب احتقان و سپس کمردرد و فشارهای روحی و عصبی و سردردهای طاقت فرسا می گردد، بنابراین زن از نزدیک شدن به چنین مهلکه ای که بعد از هر مقاربت این همه مشکلات بدنی برای او ایجاد کند، طبعاً دوری خواهد گزید، و راه درمان را قبلاً ذکر کردیم که تحریک همسر است؛ قبل از شروع آمیزش و با هم به انزال رسیدن زن و شوهر بهترین روش جلوگیری از این سردمزاجی است.

در برخی از خانمها ترس از حامله شدن و عدم آمادگی آنها برای مادر شدن و سنگین احساس کردن بار مسئولیت تربیت فرزند، می تواند از علل سردمزاجی آنها باشد. در این موارد شوهر نباید عجله ای در بچه دار شدن داشته باشد و باید مانند دوزن و شوهر خوب، با اتفاق نظر، موانعی را که در راه تربیت کودک خویش تصور می کنند که وجود دارد، بردارند و هر وقت به این نتیجه رسیدند که مشکلی در راه داشتن فرزند وجود ندارد، به این امر مبادرت ورزند.

اما در مواردی که زن و مرد هر دو شاغل بوده و مسئولیت های خارج از

منزل برای ایشان بار روحی زیادی فراهم نموده است و این غم و غصه روحی و خستگی طاقت فرسا سبب سردمزاجی گردیده است، با اندکی اضافه نمودن برنامه های تفریحی، استراحت و دادن آرامش به محیط خانه و خانواده می توان این مشکل را از میان برداشت.

در هر یک از مراحل زندگی که زن احساس کند فقط جسم او مورد نظر همسرش است و بازیچه ای بیش نیست، احساس سردمزاجی در او پا می گیرد و رفتار شوهر در تشدید و یا تضعیف این حس بسیار مؤثر است. بنابراین رعایت مسائل اخلاقی که به خصوص قبلاً از نظر اسلام شرح دادم در رفع این عارضه، الزامی است.

از ذکر موارد بیشتری که اکثراً مبتلا به جامعه ما نیست خودداری می گردد.

این نوع خانمها بیش از آنکه احتیاج به دارودرمانی داشته باشند نیاز به مراجعه به روانپزشک و روان درمانی دارند.

فصل چهارم

کنترل موالید

به حکایت تاریخ، موضوع جمعیت و مسئله خوب یا بد بودن افزایش نفوس، از گذشته، مورد توجه و بررسی و قضاوت صاحب نظران قرار گرفته است.

گروهی، افزایش جمعیت را مایه برکت و فراوانی، منشاء پیشرفت و ترقی اقتصادی و مایه قدرت و حرکت می دانسته اند. حامیان افزایش موالید یا طرفداران ازدیاد جمعیت از این گروهند.

گروهی دیگر، برعکس، زیادی جمعیت را موجب بهم خوردن تعادل و هماهنگی لازم بین امکانات زندگی و تعداد نفوس و فراهم آوردن موجبات فقر و تیره روزی و فساد اخلاق و نابودی بشریت تلقی کرده اند. طرفداران محدودیت جمعیت^۳ و یا مخالفان افزایش موالید از این گروهند.

دسته بعدی، به مخالفت با نظریات هر دو گروه پرداختند و معتقد به لزوم تثبیت تعداد جمعیت و جلوگیری از تغییرات آن شده اند. باین گروه طرفداران

تثبیت جمعیت می‌گویند.

دسته آخر، معتقدند که میزان جمعیت باید با امکانات طبیعی، اقتصادی... یک جامعه متناسب و هم‌آهنگ باشد. باین دسته پیروان نظریه حد متناسب جمعیت می‌گویند.

ما در اینجا در صدد این نیستیم که نظریات هر یک از این گروهها را مورد بررسی و دقت نظر قرار دهیم اما آنچه که بنظر اکثر محققین بهتر است، داشتن یک جمعیت متناسب با امکانات می باشد.

مسئله جمعیت

مسئله جمعیت اساسی ترین مسئله جهان امروز است. جمعیت جهان با نسبت $1/9$ درصد در سال افزایش می یابد. اگر این نسبت ثابت بماند جمعیت جهان — که در حال حاضر در حدود ۵ میلیارد نفر است — تا ۱۰ سال دیگر یعنی تا پایان قرن بیستم به $6/3$ میلیارد نفر بالغ خواهد شد. با توجه باین نکته که جمعیت جهان، در ۳۰ سال قبل یعنی در سال ۱۹۶۰ میلادی، در حدود ۳ میلیارد نفر بوده، ملاحظه می شود که این افزایش جمعیت جهان در ۴۰ سال پایان قرن بیستم، با افزایش آن در تمام طول تاریخ بشر — که بیش از یک میلیون سال برآورد می گردد — معادل بوده است.

در ایران، نسبت افزایش سالیانه جمعیت را می توان بطور تقریب حدود $3/2$ درصد در نظر گرفت. اگر این نسبت تغییر ننماید، جمعیت ایران که در حال حاضر حدود ۵۰ میلیون نفر است (سال ۱۳۷۰) تا ۱۰ سال دیگر به حدود ۶۵ میلیون نفر بالغ خواهد شد.

تأمین کار و رفاه برای جمعیتی که پیوسته افزوده می شود مسئله اساسی در توسعه اقتصادی و تأمین اجتماعی است. از نظر توسعه اقتصادی و تأمین اجتماعی، علاوه بر افزایش جمعیت، مسئله مبارزه با فقر و ارتقاء سطح زندگی ساکنین کشورهای در حال توسعه نیز مطرح است چرا که براساس یک برآورد، جمعیت این کشورها که در حال حاضر حدود ۶/۷۲ درصد جمعیت کل جهان است تا سال ۲۰۰۰ میلادی به حدود ۵/۷۷ درصد کل جمعیت جهان بالغ خواهد گردید. یعنی این کشورها فقط در ظرف ۲۰ سال با بیش از ۱/۲ میلیارد اضافه جمعیت مواجه خواهند شد.

بدین ترتیب ملاحظه می شود که مسائل اقتصادی و اجتماعی و سیاسی با مسئله جمعیت پیوند و ارتباط مستقیم حاصل کرده است، تا آنجا که قسمت اعظم سیاستها و برنامه های اقتصادی و اجتماعی کشورها برای مواجهه با این مسئله و در چهارچوب شرایط و مقتضیات آن، طرح و پیشنهاد می شود. همچنین بسیاری از مکاتب اقتصادی و اجتماعی و سیاسی دنیای معاصر نیز برای پاسخگویی به مسائل ناشی از جمعیت، تکوین یافته و تحول پیدا کرده است.

مسئله جمعیت، در واقع، بحث اصلی در کلیه علوم اجتماعی و انسانی است: حقوق، اقتصاد، علوم سیاسی، مردم شناسی، تاریخ، جغرافیا، فلسفه، فرهنگ، ادبیات، هنر، تحولات اجتماعی، مبارزات و کشمکشهای گروهها و طبقات، انقلابات، جنگها و پیشرفتهای بشر در زمینه علوم و صنایع و فنون و بطور خلاصه، پیشرفت بشر در مسیر تکامل و تمدن با مسئله جمعیت ارتباط نزدیک داشته و در بسیاری از موارد ناشی از آن بوده است. از این رو، بدون شناخت مسئله جمعیت و رابطه آن با مسائل مختلف اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، درک عمیق ماهیت مکاتب فلسفی و اجتماعی و پاسخ متفکران و صاحب نظران مختلف به مسائل زندگی فردی و اجتماعی بشر میسر نمی باشد.

کنترل جمعیت

اگر به جهان اطراف خود توجه کنیم، درمی یابیم که تمامی تشکیلات بزرگ از اجزای کوچکتری تشکیل یافته اند که میزان بازده عملکرد هر یک از این تشکیلات بزرگ را، کیفیت اجزاء آن، مشخص می نماید.

کشور ما از استانها، استانها از شهرها، شهرها از دهات،... تشکیل شده و تشکیل دهنده کوچک هر یک از این واحدهای اساسی جامعه، خانواده است. پس می توان گفت که از بهم پیوستن خانواده ها، خانواده شهر، خانواده استانی و خانواده کشور و خانواده جهانی، بوجود می آید و هر فرد متعهد و عاقلی خوب می داند که برای پیشرفت خود و شهر و کشورش، باید به ساختن واحد ساختمانی جامعه، یعنی خانواده خویش پردازد.

و در این کشاکش مسائل بفرنج و پیچیده قرن بیستم که انواع و اقسام مشکلات روحی و روانی، اجتماعی و مالی و... بر روی هر فردی، فشاری وارد کرده و فعالیت های او را تحت تأثیر قرار می دهد، برای بهتر زندگی کردن، مفید زندگی کردن و سالم زندگی کردن باید دنبال چاره کار بود.

این مشخص است که هدف تشکیل خانواده، ازدیاد نسل است و این هدف است که احیا کننده و زنده نگه دارنده حیات بشری بوده و هست و خواهد بود. اما آنچه که در این بین اهمیت دارد این است که صرفاً بدنیا آوردن فرزند، هدف نبوده و نیست. بلکه آنچه مهم است بجای گذاردن کودکی سالم، بانشاط، سرزنده، و از لحاظ فعالیت های عقلی و علمی و تربیتی و اخلاقی، فردی مفید برای خانواده بزرگ خود، یعنی خانواده کشورش می باشد.

از این روست که بادر نظر گرفتن اوضاع و احوال خانواده ها، جوامع و سنن، کشورهای مختلف جهت داشتن یک محیط زندگی خوب اقدام به وضع

مقرراتی در جهت کنترل جمعیت، از روی کنترل تعداد فرزندان هر خانواده، نموده‌اند. و این مقررات از این جهت است که والدین بعلت کم بودن تعداد فرزندان به نحو احسن به وضع خانوادگی، تربیتی، اخلاقی، علمی و روحی و روانی او رسیدگی کرده و بهترین بازده را در زندگی از خود بجای گذارند.

— نقش اقتصادی

بدیهی است خانواده‌ای که دارای تعداد فرزندان بیشتری است، دارای مخارج بیشتری جهت تهیه خوراک روزمره، لباس مورد احتیاج و تهیه محیط سالم و مناسب جهت زندگی می‌باشد. در صورتی که اگر تعداد فرزندان به اندازه مناسب باشد، همان هزینه می‌تواند صرف تحصیل علم و تهیه امکانات بهتر و بیشتر در جهت تأمین آینده‌ای روشن برای بچه‌ها، شود.

— نقش تربیتی

خانواده‌ای که دارای بچه‌های زیاد است، مادری خسته و پدري ناتوان خواهد داشت. پدر که در جهت تأمین معاش این خانواده بزرگ کاری شدید در پیش گرفته، دیگر فرصت رسیدگی به وضع فرزندان زیاد خویش را نداشته و مادر نیز از فرط کاری که برای فراهم نمودن احتیاجات روزمره بچه‌ها، انجام داده همیشه خسته است، نهایتاً اگر موفق شود به خرید از خارج از منزل و آماده نمودن غذا و پوشاک بچه‌ها خواهد رسید. بنابراین کنترل کودکان در یک محیط بسته امکانپذیر نبوده و در خارج از منزل نیز بعلت تعدد فرزندان، زیر نظر داشتن کلیه آنها امکانپذیر نبوده، در نتیجه تربیت فرزندان مشکل و ناقص خواهد بود.

در صورتی که اگر فرزندان به تعداد مناسب و کم باشند با کمال آرامش و آسودگی به احتیاجات کم آنها رسیدگی شده و مادری علاقمند به فرزندان و

زندگی و پدری در کنار فرزندانش، در خانواده خواهیم داشت.

— نقش اجتماعی

این فرزندان زیاد خانواده، در نهایت فرزندان زیاد کشور خواهند بود و این افراد که در آینده بزرگ خواهند شد، احتیاج به محیط آموزشی مثل مدارس، آموزشگاهها، دانشگاهها و غیره خواهند داشت. تأمین غذای این افراد با توجه به فضای محدود تولیدی و بودجه مشخص و محدود کشور امری مشکل بوده و تحمیلی به اجتماع محسوب می‌گردد.

با بزرگتر شدن آنها و ورود به بازار کار، فرصت‌های شغلی جدیدی در کشور باید ایجاد گردد که اندک نبوده و سر به میلیون‌ها خواهد زد و این با توجه به آنکه بودجه، قبلاً جهت خود این افراد مصرف شده و صرف کارهای تولیدی نشده و صنایع مادر، در کشور ساخته نشده، برای آنها مهیا نخواهد شد. نهایتاً این افراد به شغل‌های کاذب روی آورده و ایجاد بازارهای سیاه آنچنانی می‌نمایند که باز بطور غیرمستقیم نحوه زندگی خویش را با توجه به فشار اقتصادی که به کشور وارد آورده‌اند، مشکل‌تر خواهند نمود.

هزینه‌های بهداشت و درمان هر یک از اینها مضافاً به احتیاج به مسکن و... همه بماند، که این مختصر را وقت پرداختن باین مطالب نمی‌باشد.

خلاصه اینکه زیادبودن تعداد بچه‌ها در خانواده‌های کنونی، دارای عوارض زیادی است که علاقه‌مندان می‌توانند به کتب مخصوصی که در این رابطه نوشته شده است مراجعه نمایند.

باید یادآور شد که غیر از تولدها، عوامل دیگری نیز بر جمعیت تأثیر می‌گذارند که عبارتند از مهاجرت‌های به داخل و خارج و مرگ و میر. صرف نظر از مبحث مهاجرت‌ها، در حال حاضر بواسطه اینکه امکانات زیستی — درمانی وضع بهتری پیدا کرده است، جلوی بسیاری از بیماری‌های واگیرداری که

سبب مرگ و میرهای بزرگ می شدند، گرفته شده است و این عامل تقلیل دهنده جمعیت کم شده و از طرفی بعلت آسایش در نحوه بدست آوردن احتیاجات زندگی، عامل تولد نیز بیشتر شده است. آمار نشان می دهد که از هر ۴ کودکی که در جهان متولد می شوند یکی از آنها متعلق به کشورهای پیشرفته و ۳ تای دیگر مربوط به کشورهای در حال رشد است. همچنین در کشورهای در حال رشد آمار نشان می دهد که ۵۷/۸ درصد مردان و ۶۵ درصد زنان باسوادی که ازدواج کرده اند و بالای ۱۵ سال سن دارند، دارای فرزندان زیاد هستند. این آمار در مورد افراد بی سواد در مردان به ۸۹/۲ درصد و در زنان به ۹۱/۷ درصد می رسد، که نشان دهنده این است که هر چه سطح فرهنگ مادران بالاتر باشد، بواسطه ارزشی که به زندگی و کیفیت تربیت و صرفه جویی در هزینه ها می دهند، کنترل جمعیت بهتر صورت می گیرد.

برطبق آخرین استفتائات انجام شده و برطبق استدلالاتی که از روی احادیث و آیات کریمه قرآن، صورت می گیرد، جلوگیری از حاملگی امر گناهی محسوب نگردیده و مجاز می باشد. با تصمیماتی نیز که اخیراً دولت در مورد جلوگیری از حاملگی های افراد صاحب بیش از ۳ فرزند اتخاذ کرده است و اینکه بچه چهارم از خیلی امکانات سایر بچه ها محروم خواهد بود، باین نتیجه می رسیم که راههای کنترل موالید یکی از مسائلی است که برای داشتن زندگی بهتر، باید به هر خانواده ای آموخته شود.

در قرآن و احادیث هیچ آیه ای صراحتاً و بطور قطع وجود ندارد که از جلوگیری حاملگی منع کرده باشد. بلکه حتی آیاتی وجود دارد که از آنها می توان این استفاده را کرد که بین تولد فرزندان و حامله شدن مجدد باید فاصله باشد، قرآن کریم می فرماید «والوالدات یرضعن اولادهن حولین کاملین» مادران دو سال تمام فرزندان خود را شیر دهند، بیانگر این موضوع است که حداقل بین دو تولد باید دو سال فاصله باشد.

با توجه به مسائل فوق‌الذکر در ذیل به توضیح راههای مختلف جلوگیری از بارداری می‌پردازیم.

پیشگیری از حاملگی

در طول مدت زندگی، همیشه زن و شوهر، هدف از آمیزش را با هدف بچه‌دار شدن یکی نمی‌دانند. یعنی مواردی وجود دارد که زن و شوهر علیرغم میل به آمیزش، میلی به بچه‌دار شدن ندارند. این مسئله ایست که هم عقل و هم شرع به آن حکم کرده است و مسائل کنونی جامعه و روند رشد جمعیت رعایت موازین پیش‌گیری از بارداری را الزامی کرده است.

طرق پیشگیری

راههای جلوگیری از حاملگی یا طبیعی است یا فیزیکی و یا شیمیایی. این طرق هم در مردان و هم در زنان ممکن است اجرا گردد.

اول: طرق پیشگیری در خانمها

الف) روشهای طبیعی

۱- تخمک در دوره‌های قاعدگی درون رحم به وجود آمده و از بین می‌رود. معیار در حاملگی وجود تخمک است یعنی ایامی که تخمک از تخمدان آزاد نشده است، جزو (ایام بی‌خطر) یا ایام نازایی محسوب می‌گردد. پس از پایان خونریزی قاعدگی معمولاً تا پنج روز احتمال حاملگی وجود

ندارد. یعنی بعد از مدت ۴ الی ۷ روز که دیواره رحم فرو می ریزد که آمیزش ممنوع است، رحم دیواره مستعد نداشته و شروع به رشد می کند، از طرفی تخمک نیز آماده حرکت و آزاد شدن از تخمدان می شود. بنابراین پس از پایان خونریزی تخمک درون رحم حضور ندارد و تا حدود پنج روز پس از پایان خونریزی آمیزش بی خطر است و احتمال حاملگی وجود ندارد.

دو روز آخر دوره (روزیست هفتم و بیست و هشتم) نیز به علت اینکه تخمک از بین رفته است و دیواره رحم مستعد فرو ریختن است از ایام نازایی محسوب می شود.

این روش علمی نیست و احتمال شکست آن در ۱۵ تا ۲۰ درصد موارد گزارش شده است.

۲ — ادامه شیر دادن: شیر دادن که موجب کاهش توان باروری می شود ممکنست باعث توقف قاعدگی گردد، اما تخمک گذاری ادامه می یابد. بنابراین شیر دادن موجب کمتر شدن احتمال باروری می شود؛ بی آنکه این احتمال را کاملاً از بین ببرد.

تاخیر قاعدگی به علت عدم تحریک تخمک گذاری توسط هیپوفیز و هیپوتالاموس است که غالباً پس از ماه اول به حالت عادی بازمی گردد؛ بی آنکه قاعدگی مستقر شود. بنابراین در صورتی که روش پیشگیری انتخاب نشود و نبود قاعدگی به حساب عدم توانایی باروری گذاشته شود در کمتر از یکسال، حاملگی مجدد رخ می دهد و این همانست که غالباً در تاریخچه بیماران به صورت جمله «شپری به شیری حامله شدم» برمی خوریم. بنابراین حقایق است که برای آنها که روش پیشگیری باروری را به طور جدی در نظر دارند بایستی قرص، دستگاه پیشگیری (آی — یو — دی) و حتی روشهای کم اثرتر را انتخاب و توصیه کرد.

۳ — جماع منقطع: دومین راهی که برخی از مردان به آن مبادرت

ورزیده اند، خارج نمودن آلت در هنگام انزال است. بنابراین، چنین افرادی منی خود را به داخل رحم همسر خود نمی ریزند.

این عمل از نظر روحی و روانی مردود شناخته شده، نه برای زن و نه برای مرد اثر خوبی ندارد. و به شدت زوجهای جوان را از انجام این عمل برحذر می داریم.

در این روش خود کنترل کردن مرد از عوامل مهم اجرا می باشد. اسپرم نیز ممکنست بردستگاه تناسلی خارج زن بنشیند و به درون نفوذ کند. با این اوصاف شکست این روش ۱۵ درصد گزارش شده است؛ امکان شکست تا ۴۰٪ نیز ممکن است.

ب) روشهای فیزیکی

۱ - دوش مهبل: این روش از دیرباز با آب سرکه یا دوشهای اسیدی تجارتي انجام می شود. روش چندان مفیدی نیست. زیرا اسپرم ممکن است با سرعت خود را به دهانه رحم برساند و از آن عبور کند و داروی شیمیایی که پس از نزدیکی مصرف می شود بی اثر بماند. این زمان تا ۹۰ ثانیه محاسبه شده است. در این روش احتمالاً تحریک دهانه مهبل و رحم نیز در کار است. گاهی این کار را با آب سرد و با فشار زیاد انجام می دهند.

۲ - دیافراگم یا پرده: وسیله ای است که میان مهبل و دهانه زهدان قرار می گیرد و راه ورود اسپرم را سد می کند و در صورتی که با پماد، کرم و ژله اسپرم کش (که از مواد شیمیایی خاص هستند) بکار رود از نظر جایگزاری و تأثیر مفیدتر است و عوارض ندارد. به اضافه این که ممکنست توسط خود زن در محل گذاشته شود. تنها چیزی که مهم است اندازه صحیح دیافراگم است که توسط پزشک تصمیم گرفته می شود. در این روش از انتقال بیماریهای مقاربتی نیز پیشگیری می شود. شکست آن بدون استفاده از مواد اسپرم کش از

۲ تا ۳۵ درصد گزارش شده است اما در صورتی که با وسایل اسپرم کش تواماً بکار رود تا ۹۷ درصد مؤثر بوده است.

۳- آی- یو- دی: یا دستگاه درون زهدانی (رحمی) وسیله ای است پلاستیکی که از راه دهانه رحم در محوطه زهدانی جای می‌گیرد و با عوامل مکانیکی، شیمیایی و هورمونی اثر می‌کند. احتمال آبستنی با آی- یو- دی ۱/۶ درصد در سال است و آبستنی به علت افتادن آن نیز در این آمار منظور شده است. میزان افتادن آی- یو- دی ۴ تا ۱۸ درصد و در آوردن آن به دلایل پزشکی ۱۲ تا ۱۶ درصد در سال ذکر شده است.

پس از قرصهای پیشگیری باروری و کاندوم (کاپوت) مصرف آی- یو- دی بیش از سایر وسایل پیشگیری است.

مکانسیم اثر آی- یو- دی یکنوع آندومتریت (التهاب لایه درونی رحم) و تحریک گویچه‌های سفید و پدیده التهابی استریل، بعلت وجود جسم خارجی در مخاط رحم گزارش شده است. بدین ترتیب محیطی خصمانه (به جای دوستانه و میهمان) برای پذیرش و پیوند تخم گشوده پدید می‌آید و مانع پیوند می‌شود. آی- یو- دی مس‌دار و پروژسترون‌دار وسیله پیشگیری موضعی اضافی را با خود دارد که البته موجب بروز آثار عمومی نمی‌شود. احتمال بروز عفونت لگن در مصرف آی- یو- دی ۶ برابر است. دستگاههای نخستین، فلزی از طلا و یا نقره بودند که اینک منسوخ شده‌اند. اشکال مختلف آی- یو- دی در این فصل نشان داده شده است.

آی- یو- دی صفحه‌مانند (دالکون شیلد) که موارد متعددی از عفونت رحم، آبسه لوله و تخمدان، سقط عفونی و شوک عفونی با آن گزارش شده، امروزه دیگر مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. این عوارض به ویژه در سنین پایین، سابقه عفونت لگن و تماس جنسی با افراد متعدد، شایعتر بوده است.

آی- یو- دی حلقه‌ای ناقص مانند (لیپزلوپ) که به صورت حلقه‌های ناقص

به دنبال هم هستند، تا ۹۰ الی ۹۵ درصد مؤثرند.

آی - یو - دی مس دار که امروزه به مقیاس وسیعی مصرف می شوند و در ایران نیز در دسترس است حاوی مس ۳۰۰ میکرون است. این دستگاهها علاوه بر یک بدنه پلاستیکی، دارای یک سیم پیچی مسی نیز هستند که دسته آنها را می پوشاند. مس خارج شده از دستگاه، خاصیت اسپرم کشی دارد و تأثیر قسمت سیلاستیک آن را زیاد می کند. احتمال شکست ۱/۵ الی ۲ درصد و احتمال موفقیت ۹۸ الی ۹۹ درصد گزارش شده است. از آنجا که مس موجود در دستگاه پس از ۲ سال یا در مواردی ۳ سال به نصف تقلیل پیدا می کند و به اندازه کافی مؤثر نیست باید دستگاه را خارج کرد و به جای آن دستگاه دیگری کار گذاشت.

از عوارض این دستگاه می توان از موارد زیر یاد کرد:

— آبستنی خارج از رحمی (بیشتر در نوجوانان و جوانان).

— بیرون افتادن دستگاه.

— سوراخ شدن رحم یا دهانه رحم.

— عفونت آکتینومیکوزی.

— درد هنگام قاعدگی.

— خونریزی و عفونت رحمی، لوله ای و تخمدانی.

— بیماریهای التهابی لگن.

در صورتی که سابقه این عوارض، فیبروم، خونریزی غیرطبیعی رحم با احتمال سرطانها در کار باشد از گذاردن دستگاه بایستی خودداری شود. در صورت بروز همه این عوارض و موارد منع استعمال، دستگاه باید از رحم خارج گردد.

۴ — بستن لوله های رحمی: این روش برای پیشگیری بارداری به صورت

دائمی است، که البته به وسیله عمل جراحی ترمیمی می توان لوله ها را به وضع

اول بازگردانید. در این صورت موفقیت عمل تا ۵۰ درصد برای تجدید قدرت باروری گزارش شده است.

این عمل یا بلافاصله پس از زایمان از درون شکم انجام می شود، و یا بعد از آن از طریق مهبل و یا از طریق استفاده از وسیله ای به نام لاپاراسکوپ به وسیله حلقه های پلاستیکی و یا الکتروکواگولاسیون و تحت نظارت هیستروسکوپ صورت می پذیرد.

ج) روشهای شیمیایی:

۱ - مواد اسپرم کش: پماد، کرم، کف، ژل و شیاف پیشگیری حاوی موادی هستند که مانع باروری می شوند و اثر آنها به علت اثر اسپرم کش این مواد و همچنین اثر مکانیکی به علت سد ورود اسپرم به دهانه رحم است. باید توجه شود که پماد و کرم پیشگیری باروری نیم ساعت پیش از نزدیکی در مهبل خالی شود و زن به حالت درازکش باقی بماند. احتمال شکست این روشها ۱۵ الی ۲۰ درصد و در برخی گزارشها تا ۴۰ درصد است. اما امتیاز این روشها، پیشگیری بیماریهای مقاربتی مانند سوزاک، تریکوموناز و مونیلیاز است و از این نظر مشابه کاپوت اثر می کند.

گزارشهای تازه تر امکان بروز ناهنجاریهای مادرزادی را در صورتی که مواد اسپرم کش مؤثر نباشد و منجر به حاملگی گردد مطرح می کند، اما هنوز در این باره نظر نهایی علمی ابراز نشده است. به علاوه در حیوانات نیز چنین اثری رد شده است و در کلینیک نیز هنوز ارقام قانع کننده ای وجود ندارد. از قدیم برای جلوگیری از حاملگی مقدراری گشنیز کوبیده شده را قبل از مقاربت درون مهبل می گذاشته اند.

۲ - اسفنج اسپرم کش: اسفنج حاوی مواد اسپرم کش، تکه ای پلاستیکی است که قبل از نزدیکی در مهبل جایگذاری می شود.

۳ - هورمونهای مهبل: در سالهای اخیر هورمونهای واژینال به صورت اوول، شیاف و روی پسری برای پیشگیری آبستنی بکار رفته است. استفاده از پسری هورمونی نیاز به مراجعه ماهانه و جای دادن پسری توسط پزشک متخصص دارد. آماری در مورد امتیازات و مشکلات این روشها هنوز در دست نیست.

۴ - دستگاہ درون رحمی هورمونی: هر چند که دستگاہهای مس دار یکنوع دستگاہ حامل دارو هستند، اما دستگاہ واقعی حامل دارو، دستگاہ درون رحمی هورمونی است که حاوی ۶۵ میکروگرم پروژسترون را به آهستگی و روزانه آزاد می‌کند. این دستگاہ به مدت یکسال مؤثر است اما امکان آبستنی خارج رحمی با آن، بیشتر از دستگاہهای دیگر است.

۵ - قرص پیشگیری باروری: قرص پیشگیری باروری یا اصطلاحاً قرص، عبارتست از استفاده از قرصهای استروژنی و پروژسترونی یا پروژسترونی ساختگی، برای متوقف ساختن فعالیت تخمک گذاری تخمدان و پیشگیری از بارداری (در مورد قرصهای ترکیبی) و کاهش نفوذ ترشحات مخاط دهانه زهدان (در مورد قرصهای پروژسترونی).

- قرص استروژنی: در مواردی که نزدیکی انجام شده ولی بدون پیشگیری بوده است می‌توان بلافاصله یا روز بعد از استروژن برای پیشگیری باروری استفاده کرد، این روش به علت تأثیر کم و تهوع و استفراغ زیاد، روش دائمی مناسبی نیست؛ همچنین خطر ترمبوآمبولی دارد. اخیراً قرصهای ترکیبی به عنوان پیشگیری فوری ترجیح داده می‌شود.

- قرصهای پیشگیری: قرصهای پیشگیری که شامل دو هفته استروژن و یک هفته پروژسترون است به علت احتمال خطر بروز سرطان آندومتر (لایه داخلی رحم) منسوخ شده است.

- قرص ترکیبی: قرصهای ترکیبی استروژن و پروژسترون که دوره

قاعدگی را تقلید می‌کند و پس از سه هفته قطع می‌شود آنگاه به دنبال یک هفته عدم مصرف قرص مجدداً بسته بعدی را بایستی شروع کرد. گاهی برای دوام عادت قرص خوردن، پس از سه هفته، یک هفته نیز از قرصهای آهن ضمیمه قرص جلوگیری می‌شود. قرصهای تازه سه مرحله‌ای است و در آن مقدار پروژسترون به حداقل رسیده و مشابه دوره طبیعی شده است.

قرصهای ترکیبی ۹۹/۳ الی ۹۹/۸ درصد زن در سال موثرند؛ اما تا یک درصد زن در سال، شکست نیز گزارش شده است. علت شکست، مصرف غلط یا منقطع قرصها است.

علاوه بر آنچه گذشت، قرصهای معمولی با مقدار هورمون کمتر نیز به بازار آمده است، عوارض کمتری دارد. ولی البته تأثیر آنها نیز تا حدی کمتر و شکست این روش نسبتاً بیشتر است. مقدار ۳۵ الی ۳۶ میکروگرم استروژن موجود در قرصهای تازه‌تر، در واقع، آندومتر (لایه داخلی رحم) را در حال تعادل نگاه می‌دارد و عوارضی را ایجاد نمی‌کند.

— قرصهای کوچک: قرصهای کوچک فقط حاوی پروژسترون است. تأثیر آنها کمتر است و ۹/۵ درصد زن، در سال آبستنی با ۳۰ میکروگرم لوونورژسترل روزانه گزارش شده است. اما به همین نسبت عوارض آن هم کمتر است ولی ممکنست باعث اختلالات رگل مانند منوراژی و آمنوره و لکه بینی شود. در صورتی که بیمار سابقه بالا بودن فشارخون، بیماری قند، واریس، ترومبوفلبیت و ترومبوآمبولی عروقی، بیماریهای کبد، کیست یا سرطان پستان، فیبروم و پولیپ رحم و به طور کلی هرگونه تومور وابسته به استروژن، میگرن و بیماریهای اعصاب و روان و احتمال آبستنی دارد از تجویز قرصهای پیشگیری بارداری بایستی خودداری کرد.

باید دانست مصرف قرصهای پیشگیری باروری می‌تواند سلامت بیشتر را تأمین کند و به ویژه در زنان جوانی که قرصهای کم دوز مصرف می‌کنند امکان

بیماری آماس لگن، آبستنی خارج رحمی و سرطان آندومتر و تخمدان کاهش می یابد.

۶ - تزریقات دوره ای پروژسترون: تزریق دوره ای پروژسترون با اثر طولانی برای پیشگیری بارداری، امتیازات و اشکالاتی مشابه قرصهای کوچک دارند. میزان تزریق ۱۵۰ میلی گرم عضلانی مدروکسی پروژسترون برای سه ماه یا ۳۰۰ میلیگرم عضلانی مؤثر برای شش ماه است. این دارو غالباً برای دوره های موقت پیشگیری کوتاه مدت پس از زایمان بکار می رود و نسبت به قرصهای کاشتنی پروژسترون اثر ضعیف تری دارد، زیرا در ابتدا به مقدار زیاد در بدن وجود دارد و سپس به سطح نامؤثر در پیشگیری سقوط می کند. میزان آبستنی در این روش ۷/۰ درصد زن در سال است.

۷ - قرصهای کاشتنی زیر پوست: پروژسترون، محتوای قرصهای کاشتنی زیر جلدی به تدریج وارد خون می شود و مشابه تزریقات دوره ای و قرصهای کوچک اثر می کند.

۸ - دستگاه تی - نوا: این دستگاه آی - یو - دی جدیدیست محتوی پروژسترون که به مدت ۵-۶ سال مؤثر است و عوارض کمتری دارد.

۹ - حلقه پیشگیری بارداری: این حلقه مانند آی - یو - دی پروژسترون دار است و توسط خود زن گذاشته و برداشته می شود.

در مجموع قرص کنتراسپتیو مؤثرترین روش قابل برگشت در پیشگیری از حاملگی است. در دنیای امروز بسیاری از خانمها از این روش برای فاصله اندازی بین موالید و مسائل تنظیم خانواده استفاده می کنند. برای اکثر آنها استفاده از قرص امن ترین و ساده ترین روش پیشگیری از حاملگی است. اصولاً خانمها بایستی در انتخاب روش خاص پیشگیری از حاملگی به دقت تمامی نکات مثبت و منفی همه روشها را بررسی کنند و باید بدانند که استفاده از روشهای کنتراسپتیو، درمانی برای بیماری نیست بلکه جزئی از

امور روزمره افرادی است که به کنترل باروری در خانواده خود علاقمندند. به جرأت می‌توان گفت هیچ وسیله‌ای و یا هیچ روش دیگری به اندازه قرص مورد آزمایش و استفاده قرار نگرفته است و بدین ترتیب تمامی جنبه‌های منفی آن در کنار جنبه‌های مثبت آشکار گشته‌اند. به درستی معلوم نیست که چه کسی گرفتار عوارض جانبی این قرصها می‌شود؛ ولی حداقل می‌توانیم خانمهایی را که در معرض خطر بیشتری هستند از مصرف این قرصها بازداریم. این مبحث خلاصه‌ای است از آنچه در مورد قرصها می‌دانیم و علاقمندیم که مصرف کنندگان کنونی و آینده آن نیز بدانند.

چرا از قرص استفاده می‌کنیم؟

وقوع حاملگی ناخواسته برای اکثر خانواده‌ها مسئله مهمی است؛ چرا که فشارهای اقتصادی و عاطفی شدیدی را بر روی تمام خانواده وارد می‌کند. از نظر پزشکی در برخی موارد این حاملگی می‌تواند برای مادر خطر آفرین باشد، مخصوصاً اگر مادر سن کمتر از ۱۸ و یا بیشتر از ۳۵ داشته باشد و یا سابقه زایمانهای متعددی را داشته باشد و یا در صورتی که فاصله تولد کودکان قبلی وی کمتر از دو سال باشد. این عوامل حتی بر روی سلامت کودک جدید نیز می‌توانند مؤثر باشند. با اینکه این روش مؤثرترین روش پیشگیری از حاملگی است، ولی با توجه به عوارض جانبی حاصل از مصرف این قرصها بایستی تعداد مصرفی آنها را کاملاً در نظر داشته باشیم.

این قرص چگونه عمل می‌کند؟

قرص کنتراسپتیو حاوی هورمونهای مصنوعی مشابه هورمونهای طبیعی تخمدانی است. در اکثر قرصها این هورمونها از آزادسازی تخمک توسط تخمدانها جلوگیری می‌کنند. بدان معنی که این فرد دورانی شبیه دوران

جدول عوارض فرصهای پیشگیری باروری

پرورسترون	استروژن
افزایش:	
اشتهای زیاد و اضافه وزن	تهوع و گاهی استفراغ
خستگی	درد پا و چنگ شدن عضلات
جوش صورت (آکنه)	سرگیجه و میگرن
ریزش مو	ترشح
کاهش قاعدگی	لک صورت CHLOASMA
	بزرگ شدن فیبروم و پولیپ
	ورم
کاهش:	
لکه بینی و خونریزی	گر گرفتگی
قاعدگی شدید	افسردگی
	عصبانیت و تحریک پذیری
	مونیلیاز مهبل
	لکه بینی و خونریزی
	کاهش قاعدگی و نبود قاعدگی و تغییرات دیگر قاعدگی

جدول عوارض اصلی در فرصهای ترکیبی پیشگیری باروری:

بیماریهای ترومبوآمبولیک	آدنوم یاخته های کبدی
	(HEPATO CELLULAR) ADENOMA
خونریزی زیر عنکبوتیه	بیماریهای کبد صفرا
افزایش فشارخون سرخرگی	میکروآدنوم هیپوفیز (?)
بیماری قند	ناهنجاریهای جنینی
	(سندرم VACTREL)
افزایش تری گلسریدها و لیپوپروتئین ها	مهره ای، مقعدی، قلبی، نائی،
سرطان پستان (در سنین بالای عمر)	مروی و اندامی

حاملگی را می‌گذرانند. متداول‌ترین نوع قرص حاوی مخلوطی از دو هورمون استروژن و پروژستازن می‌باشد. فرد مصرف‌کننده به مدت ۲۱ روز روزانه یک قرص را مصرف می‌کند و در ۷ روز بعدی که زمان عادت ماهیانه اوست آن را قطع می‌کند. در برخی بسته‌های قرص کپسولهای آهن و یا قرصهای ویتامین برای مصرف در ۷ روز تعبیه شده تا عادت مصرف روزانه قرص ترک نشود.

قرصهایی که ابتدا در دسترس مصرف‌کنندگان قرار گرفت حاوی دوز بالای استروژن و پروژستازن بود. مطالعات بعدی نشان داد که بسیاری از مشکلاتی که در مصرف قرصها پدید می‌آید به این دوز بالای هورمون مربوط می‌شود. امروزه اکثر قرصها حاوی استروژن کمتر (معمولاً بین ۵۰-۲۰ g) و پروژستازن کمتر و تعداد موارد گزارش شده از بروز عوارض جانبی نیز بسیار کمتر است. نوع بعدی که به نام مینی قرص نامیده می‌شوند، تنها حاوی پروژستازن بوده و هر روزه بدون وقفه مصرف می‌شوند. این نوع قرص نمی‌تواند همواره مانع اوولاسیون شود ولی در عبور اسپرم از میان موکوس در دهانه ورودی رحم اختلال ایجاد می‌کند و بدین ترتیب مانع دسترسی به تخمک می‌شود. البته مصرف این نوع قرص با وقوع خونریزی‌های نامنظم همراه بود و کمتر از انواع دیگر نیز در دسترس مصرف‌کنندگان قرار گرفت. هنگامی که قرص مخلوط حاوی دوز پائین در دهه ۱۹۷۰ به بازار آمد، مینی قرص ارزش خود را از دست داد. چرا که معمولاً توسط خانمهایی مصرف می‌شد که در برابر دوزهای بالا منع شده بودند. علاوه بر این قرصهایی نیز وجود دارند که دوزهای هورمونی متغییری را در دوره سیکل ماهانه سبب می‌شوند. این انواع را بسته به مراحل تغییر دوز که دو یا سه مرحله باشد، به نام قرصهای دوفازی یا سه‌فازی می‌نامند.

آیا هر خانمی می‌تواند از قرص استفاده کند؟

اکثر خانمهای جوان و سالمی که سیگار نمی‌کشند می‌توانند از قرص استفاده کنند، ولی در صورتی که فرد مصرف‌کننده از سیگار استفاده کند یا بالای ۴۰ سال باشد، احتمال بروز عوارض جانبی بیشتر می‌شود. در هر حال خانمهایی که تاکنون از مصرف این قرصها رنج برده‌اند و یا موقعیتهای زیر را داشته باشند باید از روشهای دیگر پیشگیری از حاملگی استفاده کنند:

— سرطان پستان یا دستگاه تناسلی.

— ترومبوز وریدی.

— سکته مغزی.

— میگرن محدود.

— هیپرلیپیدمی ارثی.

به علاوه عوامل دیگری نیز هستند که سبب می‌شوند مراجعه و مشورت با پزشک ضروری شود؛ این فاکتورها عبارتند از:

— سن بالای ۴۰ سال.

— افراد سیگاری بالای ۳۵ سال.

— سابقه فامیلی در فشار خون و یا بیماری قلبی.

— صرع.

— دیابت.

— سابقه وجود حالت افسردگی.

— سابقه وجود خونریزی‌های نامنظم و وجود آمنوره.

— بیماریهای کیسه صفرا.

متأسفانه هیچ تست ساده‌ای وجود ندارد که به کمک آن بتوانیم بروز عوارض جانبی را در مصرف قرصها پیش‌بینی کنیم. برخی خانمها ممکن

است دچار حالت‌هایی از قبیل حالت تهوع، سردرد، تغییر در وزن بدن و یا لکه بینی در بین دو دوره عادت ماهیانه شوند. در اکثر موارد این حالتها با تطابق بدن نسبت به قرص و یا تغییر نوع قرص برطرف می‌شوند. البته هنوز به درستی نمی‌دانیم که آیا خانمها در کشورهای در حال توسعه همان میزان احتمال خطر را دارند که مطالعات کشورهای اروپایی و امریکا نشان می‌دهد آنچه می‌دانیم این است که در کشورهای در حال توسعه تعداد زنان بیشتری در هنگام زایمان می‌میرند و احتمال بروز خطر افزایش می‌یابد. بدین ترتیب به نظر می‌رسد که برای اکثر خانمها استفاده از این قرصها در پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته با وجود عوارض احتمالی مفید خواهد بود.

آیا جوانان می‌توانند از قرص استفاده کنند؟

کسی به درستی نمی‌داند که این قرصها چگونه بر بدن جوانان اثر می‌گذارند و یا استفاده درازمدت آن چگونه خواهد بود؟ ولی به هر حال تجربیات موجود نشان می‌دهد که اگر خانم جوانی نتواند از روش دیگری استفاده کند مصرف قرص نسبت به عدم مصرف آن ترجیح داده می‌شود. چرا که مشکلات روحی، پزشکی و اجتماعی حاصل از بارداری و یا سقط جنین بیشتر خواهد بود. به علاوه مصرف قرص می‌تواند در برابر بیماریهای التهاب لگن (PID) که معمولاً به دنبال بیماریهای مقاربتی دیده می‌شوند فرد را محافظت نماید. به عنوان یک قانون کلی می‌توان گفت که مصرف قرص برای خانمهای جوان که هنوز دوره عادت ماهیانه‌شان مرتب نشده بسیار خطرناک است.

چه زمانی باید مصرف قرص را قطع کنیم؟

خانمهای بالای ۳۵ سال بیشتر از خانمهای جوان در معرض ابتلا به بیماریهای مختلف قرار دارند. به این دلیل این خانمها بایستی در ادامه

مصرف قرص تردید نمایند، مخصوصاً اگر روشهای مناسب دیگری وجود داشته باشند. خطر ادامه این قرصها در خانمهای بالای ۴۰ سال و به خصوص در صورت احتمال بروز بیماریهای قلبی بیشتر می شود، بسیاری از خانمهایی که در سالهای اول از قرص استفاده نموده اند در سالهای آخر باروری مصرف IUD را ترجیح می دهند. خانمی که از نظر بدنی سالم باشد می تواند برای سالهای متعددی از قرص کنتراسپتیو استفاده کند. گرچه اکثر پزشکان معتقدند که پس از حدود ۱۰ سال بایستی روش دیگری را برگزینند. خانمهایی که یکی از بیماریها و یا حالتهای ذکر شده را دارند بایستی فوراً مصرف قرص را قطع نمایند. اصولاً در هر گروه سنی، مرگ و میر خانمهای مصرف کننده قرص با وجود سیگار افزایش می یابد. تحقیقات اخیر نشان می دهد که بیشتر عوارض حاصل از مصرف قرص کنتراسپتیو بر خانمهای بالای ۳۵ سال و یا خانمهای سیگاری عارض می شود. در صورت تمایل به حاملگی و یا انجام عمل جراحی در ۶ هفته آینده، مصرف قرص باید فوراً قطع شود.

آیا مصرف قرص بر شیردهی اثر می گذارد؟

مقادیر کمی از هورمونهای موجود در قرصهای کنتراسپتیو به شیر مادر راه می یابند. کسی به درستی نمی داند که این موضوع چگونه بر نوزاد اثر می کند. ولی تاکنون گزارشی حاکی از اثرات نامطلوب آن منتشر نشده است، قرص ترکیبی تولید شیر مادر را کاهش می دهد و در صورت امکان تا پایان دوران شیردهی نباید از این قرصها استفاده کنیم. البته روش دیگری را می توانیم انتخاب کنیم. در صورتی که مایل به انتخاب کنتراسپتیو هورمونی باشیم شش ماه پس از زایمان و پس از اتمام شیردهی کودک از قرص حاوی پروژستازن استفاده می کنند. البته در دوران شیردهی از قرص حاوی پروژستازن نیز

استفاده می شود و اثر کنتراسپتو شیردهی می تواند اثر کمتر پروژستازن را جبران نماید.

آیا خانمهای سیگاری می توانند از قرص استفاده کنند؟

خانمهایی که از قرص استفاده می کنند و یا سیگار می کشند احتمال بیشتری در ابتلا به بیماریهای قلبی عروقی دارند. و در صورتی که هر دو را توأمأ مصرف کنند احتمال بروز این بیماریها چند برابر می شود. به عنوان مثال، خانم ۳۵ ساله ای که سیگار می کشد معادل خانمی ۴۰ ساله که سیگار نمی کشد در معرض ابتلا به بیماری های قلبی است.

آیا خانمهای مبتلا به بیماریهای مزمن می توانند از قرص استفاده کنند؟

مطالعات کمی در مورد اثرات مصرف قرص بر خانمهای مبتلا به بیماریهای جذام، مالاریا و بیماریهای مزمن منطقه ای انجام گرفته است. بسیاری از خانمهایی که دچار آنمی داسی شکل هستند از این قرص استفاده کرده اند؛ بدون اینکه مشکلات مهمی برایشان به وجود آمده باشد در حالی که طبق تئوریهای موجود مصرف این قرص ها بروز ترومبوز وریدی را افزایش می دهد. مصرف این قرصهای کنتراسپتو میزان خونریزی را در دوره عادت ماهیانه کاهش می دهد و از این نظر برای خانمهای مبتلا به آنمی مفید می باشد. این قرص را خانمهای مبتلا به دیابت نیز می توانند مورد استفاده قرار دهند ولی باید این نکته را در نظر داشته باشند که رابطه نزدیکی میان بیماریهای قلبی و دیابت وجود دارد. فرد دیابتی که قرص را نیز مصرف می کند احتمالاً مجبور می شود که دوز داروهای ضد دیابت خود را افزایش دهد. چرا که این قرصها متابولیسم برخی از مواد و من جمله قندها را در بدن

تغییر می دهد. هنوز کسی به درستی اثرات و تغییرات متابولیک قرصها را نمی شناسد و نیز راهی برای پیش بینی این تغییرات در خانمهای مختلف وجود ندارد. بدین دلیل برخی از پزشکان به بیماران خود توصیه می کنند که روش دیگری را در پیشگیری از حاملگی انتخاب کنند.

آیا قرصهای دیگر بر قرص کنتراسپتیو اثر می گذارند؟

داروهایی از قبیل مسکن ها، آرام بخشها و آنتی بیوتیکها مخصوصاً ریفامپسین که برای درمان سل بکار می رود، احتمالاً اثر قرص ترکیبی را کاهش خواهد داد. خونریزی غیرمنتظره می تواند نشانه ای بر این اثر باشد. خانمهایی که قصد آغاز مصرف قرص کنتراسپتیو را دارند بایستی پزشک خود را از مصرف انواع دیگر قرصها مطلع سازند.

آیا مصرف قرص با ایجاد لخته خونی همراه است؟

یکی از موارد نادر و در عین حال بسیار مهم از عوارض جانبی مصرف قرص کنتراسپتیو لخته خود به خود خون در شریان یا ورید است. این مسئله می تواند در مغز (به نام سکته) و یا در عروق قلبی (حمله قلبی) و یا در وریدهای پا (ترومبوز وریدی) صورت گیرد.

آیا قرص بر روی فشار خون اثر می گذارد؟

برخی از خانمها پس از مصرف قرص تنها از افزایش سطحی فشارخون رنج می برند و عده قلیل تری این افزایش را بسیار شدید گزارش می کنند. این افراد بایستی روش پیشگیری خود را تغییر دهند و یا حداقل دوز قرص مصرفی خود را تعدیل نمایند، تا بدین ترتیب فشارخون خود را کاهش دهند. البته نمی توان پیش بینی نمود که چه افرادی در این گروه قرار می گیرند.

آیا مصرف قرص با بروز سرطان همراه است؟

مطالعات ۵ سال گذشته نشان می‌دهد که مصرف قرص از بروز سرطانهای تخمدان و اندومتر رحم جلوگیری می‌کند؛ اطلاعات اخیر حاکی از این است که احتمال بروز سرطان گردن رحم با مصرف این قرصها افزایش می‌یابد، گرچه هنوز دلیل محکمی بر این ادعا نداریم. از آنجایی که Smear سرویکس رحم را می‌توان به راحتی تهیه نمود، شناسایی و پیش‌بینی سرطان گردن رحم ساده‌تر بوده و بدین ترتیب احتمال بروز این سرطان کمتر می‌شود. مصرف کنندگان قرصهای کنتراسپتیو کمتر سرطان پستان را گزارش کرده‌اند، ولی مطالعات اخیر نشان می‌دهد که در صورت وجود سابقه فامیلی سرطان پستان، خود مصرف‌کننده با مصرف طولانی قرص احتمال وقوع این سرطان را افزایش می‌دهد.

آیا مصرف قرص سبب یرقان می‌شود؟

در چند مورد نادر مصرف قرص بیماری یرقان را سبب گشته است. در این صورت و یا در صورت وجود ادرار تیره‌رنگ مصرف قرص بایستی فوراً قطع شود.

آیا مصرف قرص وزن بدن را تغییر می‌دهد؟

ممکن است استروژن موجود در قرص کنتراسپتیو سبب احتباس آب در بدن فرد مصرف‌کننده شود. در برخی از خانمها این مسئله سبب افزایش سطحی وزن بدن می‌شود که با دفع این آب اضافی در ۷ روز که بین دو دوره مصرف قرص ترکیبی وجود دارد این مسئله رفع می‌شود. البته می‌توان پروژستازن را عامل مهمتری در افزایش وزن بدن دانست که با تغییر نوع قرص

این مشکل نیز برطرف می‌گردد.

آیا مصرف قرص سبب افسردگی می‌شود؟

یکی از عوارض آشکار قرصهای کنتراسپتیو، پدید آمدن حالت افسردگی در خانمها است. گرچه دلیلی قاطع بر این ادعا که مصرف قرص سبب افزایش حالت افسردگی شدید و یا هر بیماری روحی دیگری می‌شود وجود ندارد ولی بسیاری از خانمها به دلیل فوق مصرف قرصها را قطع می‌کنند. برخی تحقیقات نشان می‌دهد که افسردگی کمی که توسط مصرف قرصهای کنتراسپتیو عارض می‌شود به دلیل کمبود ویتامین B₆ در افراد مصرف کننده است. حالت افسردگی که قبل از زمان عادت ماهیانه عارض می‌شود با مصرف قرص ترکیبی، افزایش می‌یابد. در صورتی که این افسردگی جدی باشد، پزشکان موظفند روش کنتراسپتیو دیگری را پیشنهاد کنند.

آیا قرص کنتراسپتیو بر باروری بعدی اثر می‌گذارد؟

پس از قطع مصرف این قرصها، اوولاسیون می‌تواند بلافاصله و یا در طی چند ماه آینده آغاز شود و در صورت تمایل در عرض ۱۸ ماه حاملگی روی دهد. گرچه در برخی خانمها این تاریخ طولانی‌تر می‌شود اما اکثر خانمها یکسال پس از قطع مصرف قرص باردار می‌شوند. البته اگر خانمی باردار نشود این مسئله به قرص مربوط نمی‌شود. اگر خانمی قبل از مصرف قرص کنتراسپتیو حامله نشده باشد و پس از قطع مصرف نیز حاملگی روی ندهد راهی وجود ندارد تا بتوانیم تشخیص دهیم که آیا این خانم قدرت باروری داشته است یا خیر. توضیح این نکته قبل از مصرف قرص کاملاً ضروری است.

آیا مصرف قرص، حاملگی های بعدی را به مخاطره می اندازد؟

تاکنون گزارشی ارائه نشده است که افزایش موارد بدشکلی و آنومالی را در کودکانی نشان دهد که مادرانشان قبل از حاملگی مصرف قرص را قطع کرده باشند. حتی اگر دقیقاً قبل از حاملگی مصرف قرص قطع شده باشد این حالت وقوع آنومالی پیش نمی آید. در هر صورت برخی پزشکان مصرف روشهای دیگر پیشگیری از حاملگی را حدود دو تا سه ماه پس از قطع قرص توصیه می کنند. این موضوع به محاسبه روز تلقیح تخمک کمک می کند. خانمها باید آگاه باشند که در صورت احتمال وقوع حاملگی قرصها را مصرف ننمایند. چرا که در احتمال بسیار کمی ممکن است به جنین آسیبی وارد آید. علاوه بر این باید بدانند که دوزهای خیلی زیاد قرص سبب سقط جنین نمی شود و تنها به جنین آسیب می رساند. در هر حال مصرف قرص کنتراسپتیو بایستی دقیقاً مطابق تجویز پزشک باشد.

فواید مصرف قرص چیست؟

در صورتی که به طور دقیق استفاده شوند این قرصها کنتراسپتیوهای قابل اعتمادی خواهند بود و مهمترین فایده این قرصها یاری خانمها در تنظیم خانواده است. برای خانمهایی که اختلالات خونریزی دارند مصرف این قرصها فواید بیشتری دارد. خونریزی های نامنظم به صورت منظم درمی آیند، انقباض عضلانی قبل عادت ماهیانه و در دوره عادت ماهیانه و نیز وسط سیکل برطرف شده و میزان خونریزی نیز کم می شود. این مورد در خانمهایی که به آنمی مبتلا هستند اهمیت ویژه ای دارد به علاوه بسیاری از مصرف کنندگان قرص به بیماریهای التهابی لگنی مبتلا نمی شوند و نیز وجود کیستهای تخمدان و سرطان اندومتر رحم را کاهش می دهد.

بررسی:

تا زمانی که مطالعات بیشتری در کشورهای جهان سوم انجام نشود تمامی آمارهای موجود به کشورهای توسعه یافته مربوط می شود. برای دستیابی به یک نتیجه گیری کلی خانمها بایستی تمامی روشهای دیگر را نیز بررسی کنند و توأمأ حاملگی و تولد کودک را نیز در نظر بگیرند. عموماً در خانمهایی که بیماریهای خاصی را نداشته اند، بالای ۳۵ سال نیستند و سیگار نمی کشند، مصرف قرص کنتراستپتیو بهتر از حاملگی خواهد بود.

این قرص را چگونه تهیه کنیم؟

در برخی کشورها این قرص تنها به وسیله تجویز پزشک تهیه می شود، در صورتی که مشاوران پزشکی سازمان IPPF معتقدند که هر فردی که اطلاعات کافی از مسائل خانواده و مصرف قرصها داشته باشد فرد مناسبی است، که این دارو را در جامعه پخش نماید. اگر تمامی بهداشتکاران در صدد توضیح و تفهیم روش مصرف قرص برآیند پزشکان تنها مسئولیت بررسی عوارض و مسائل ناشی از قرصها و خطرات احتمالی را بر عهده خواهند داشت.

علائم هشداردهنده!

در صورت وجود هر یک از علائم زیر خانمها بایستی فوراً با پزشک خود مشورت نمایند:

- تورم و یا درد شدید در پا.
- بی حسی اندامها.
- درد شدید در سینه و شکم.

CONTRACEPTIVE 1 — ۱

MESTRANOL ۵۰ میکروگرم محتوی:

NORETHINDRONE ۱ میلیگرم

NORINYL این قرص سابقاً بنام تجارتي بوده است.

CONTRACEPTIVE 2 — ۲

MESTRANOL ۸۰ میکروگرم محتوی:

NORETHINDRONE ۱ میلیگرم

ORTHONOVUM این قرص سابقاً بنام تجارتي بوده است.

CONTRACEPTIVE 3 — ۳

ETHINYL ESTRADIOL ۵۰ میکروگرم محتوی:

NORETHINDRONE ۱ میلیگرم

NORLESTRIN این قرص سابقاً بنام تجارتي بوده است.

دسته دیگری از قرصهای از نظر پروژسترونی غنی هستند این قرصها بشرح

زیر هستند:

CONTRACEPTIVE LD — ۴

ETHINYL ESTRADIOL ۳۰ میکروگرم محتوی:

(LEVONORGESTREL) NORGESTREL ۰/۱۵ میلیگرم

MICROGYNON 30 این قرص سابقاً بنام تجارتي بوده است.

CONTRACEPTIVE HD — ۵

ETHINYL ESTRADIOL ۲۵ میکروگرم محتوی:

NORGESTREL ۰/۵ میلیگرم

NEOGYNON, EUGYNON, OVRAL این قرص سابقاً بنام تجارتي

بوده است.

MINIPILL — ۶

NORGESTREL

CYPROTERONE COMPOUND — ۷

DIANE این قرص سابقاً بنام تجارتي بوده است.

— سردرد شدید و غیرعادی و یا هرگونه اختلال در بینایی و یا بیان.

— تنفس سطحی و یا سرفه خونی.

مسائل دیگری از قبیل سردرد و یا افسردگی خفیف احتمالاً بیشتر به وسیله اضطراب ناشی از مصرف و یا عدم مصرف قرص عارض می شود، تا اینکه اثر خود قرص باشد. این موضوع اهمیت وجود اطلاعات کافی و توضیح و تفهیم برنامه های تنظیم خانواده را به فرد مصرف کننده بیان می کند.

دوم: طرق پیشگیری در مردان

۱ — روش جماع منقطع: در این روش از انزال اسپرم در داخل مهبل جلوگیری می شود ولی ۱۵ الی ۴۰ درصد شکست، در این روش گزارش شده است. به اضافه اینکه احتمال مشکلات روانی برای زن و مرد سردمزاجی وجود دارد.

۲ — روکش یا کاپوت: کاپوت (کاندوم) وظیفه مشابه دیافراگم در زن را دارد. زیرا آلت تناسلی مرد را می پوشاند و به طور مکانیکی مانع ریختن اسپرم به مهبل می شود. استفاده از این روش مانند دیافراگم مانع انتقال عفونت از یک جنس به جنس دیگر می شود و احتمال آبستنی با آن در زن ۳ الی ۲۰ درصد زن در سال گزارش شده است.

۳ — بستن لوله های منی بر مرد: بستن لوله های منی بر مرد در محلی که زیر پوست کیسه بیضه قرار دارد ممکنست با بیهوشی عمومی یا موضعی انجام شود. این عمل نیز مشابه بستن لوله های رحمی است، اما در درجه اول به آن اندازه موثر نیست و به علاوه ممکنست موجب عوارض عروقی مانند واریکوسل شود.

شروع نزدیکی جنسی پس از عمل بایستی گاه چند هفته تا چند ماه به

تأخیر افتد، زیرا که در آزمایش منی، اسپرم فعال دیده خواهد شد.

۴ — قرصهای پیشگیری باروری مردان: چینی‌ها از پنبه، رنگدانه‌ای بدست می‌آورند موسوم به گوسی پُل که برای پیشگیری باروری در مردان بکار می‌برند. این ماده ممکنست سرطانزا باشد و همچنین موجب تهوع و استفراغ، سرگیجه و کاهش میل جنسی می‌شود و بازگشت‌پذیری اثر آن مورد سؤال است. این ماده به‌طور عمومی یا موضعی بکار رفته و نتایج مؤثری از آن بدست آمده است که نشان می‌دهد ماده‌ای اسپرم‌کش است، اما پیش از آنکه آثار و عوارض آن به‌خوبی روشن شود مورد مصرف عام قرار نمی‌گیرد.

روشهای دیگری نیز وجود دارد که در ایران متداول نیست.

فصل پنجم:

بیماریهای دستگاه تناسلی

نازایی

هرگاه خانمی بدون آنکه از حاملگی جلوگیری کند و بر طبق دلیل کامل پزشکی ایراد در شوهر نیز نباشد و حاملگی پس از سه سال صورت نگیرد، نازا یا سترون محسوب می‌گردد.

اکثراً عیب در لوله‌های رحمی است که در اثر یک عامل فشار مسدود شده است. این عامل می‌تواند چاقی بیش از حد، مادرزادی، تومور، عفونت و بسته بودن پرده بکارت، عدم تشکیل مهبل، کوچکی مهبل (که توانایی نگهداری اسپرم را ندارد)، واژینیسم، جراحات و پارگی میان‌دوره و ازدیاد اسیدتیۀ مهبل و... باشد.

برای تشخیص انسداد لوله‌های رحمی، با وارد کردن گازکربنیک با فشار زیاد، توسط دستگاه مخصوصی به داخل رحم و بررسی رادیولوژیکی حفره شکم می‌توانند باز بودن و یا انسداد را مشخص کنند.

اگر لوله‌های رحمی باز باشد، درد شانه‌های زن مشخص کننده آن است. در حالی که اگر لوله‌ها انسداد داشته باشد، درد و سنگینی فقط در زیر شکم احساس می‌شود. اگر هوا وارد شکم شود و لوله‌ها باز باشد این هوا، در

رادیوگرافی (عکس برداری از شکم) مشخص خواهد شد.

در صورتی که لوله‌ها انسداد داشته باشد با انجام عمل پلاستیک یا لوله‌ها را باز و ترمیم می‌کنند و یا از روده‌ها به جای آنها استفاده می‌شود.

در برخی زنان، ترس ناگهانی سبب انسداد می‌گردد.

در بعضی مآخذ آمده است که عدم آمادگی جنسی زن می‌تواند سبب نازایی گردد. در این دو مورد اخیر ممکن است که پس از سالیان دراز که زن حامله نمی‌شده است، آبستن گردد.

از دیگر عوامل نازایی، کمبود ویتامین‌ها بخصوص ویتامین آ، کم خونی (آنمی) شدید، بیماریهای جنسی (سفلیس) و... می‌تواند باشد.

نازایی را به دو نوع نسبی و مطلق تقسیم کرده‌اند. در حالت اول امکان حاملگی بسیار کم است ولی در حالت دوم با توجه به نقایصی که موجود است، احتمال حاملگی مطلقاً وجود ندارد.

برخی نیز ممکن است نازایی ابتدایی یا ثانوی داشته باشند. در مورد اول زنی که چندین سال حامله نمی‌شده است، آبستن می‌گردد و در حالت دوم زنی که یکبار بدون هیچگونه مسئله‌ای حامله شده است، سالیان متمادی آبستن نمی‌گردد.

در زنان معایب تخمدان، مانند: چسبندگی آن به لگن، تومورها و التهاب حاد و مزمن آن و اشعه خوردن فراوان بر تخمدان از عوامل نازایی محسوب می‌گردد. بیماریهایی مانند سفلیس، کم خونی شدید و اختلالات غدد ترشحی داخلی نیز از عوامل مساعدکننده هستند.

در مردان بیماری سوزاک که باعث تورم بیضه‌ها و عدم توانایی تولید اسپرم، التهاب لوله‌های برنده اسپرم و اپیدیدیم، کوچکی بیضه‌ها، اعتیاد مزمن، در زیر قرار داشتن سوراخ آلت (هیپوس پدیاریس)، اختلالات غده هیپوفیز، اختلالات غدد ترشحی داخلی، بیماریهای مزمن و ناتوان کننده و...

وسایل حمام آلوده و... همه از راههای انتقال میکروب است. عدم درمان یا سستی در مراجعه به پزشک سبب خسارات جبران ناپذیری است. در هنگام درمان و در طول بیماری مقاربت با همسر باید قطع شود. زیرا علاوه بر انتقال بیماری سبب بی ارزش نمودن درمان و عود بیماری نیز می‌گردد.

بنابراین همکاری صمیمانه زن و شوهر در هنگام درمان، یکی از راههای اساسی رسیدن به نتیجه است. درثانی دانستن آثار شوم این گونه بیماریها و نحوه انتشار و شیوع آن نیز در جلوگیری از انتشار و در نتیجه درمان قطعی، اثر مستقیم دارد.

در اینجا به سه نمونه شایع این نوع بیماریها یعنی سوزاک و سیفیلیس و ایدز اشاره می‌شود.

سوزاک

این بیماری یکی از بیماریهای مقاربتی است که در اثر آمیزش، از فرد مبتلا به فرد سالم منتقل می‌گردد. عامل مولد آن میکروب گنوکوک است که از سال ۱۸۷۹ شناخته شده است.

دوره نهفتگی بیماری از ۲۴ ساعت تا یک هفته است و بیماری ابتدا در اندامهای آمیزشی خارجی است و به تدریج بالا ترمی رود. سه الی چهار روز پس از دچار شدن به بیماری، به صورت خروج چرک از مجرای ادرار زن یا مرد، ظاهر می‌گردد.

در زن این التهابات از پیشاب راه شروع شده و به تدریج فرج و مهبل و غده بارتولین را مبتلا کرده و بالا می‌رود تا به تخمدان و نهایتاً به لگن می‌رسد. ولی گاهی اوقات در سطوح مفصلی و ملتحمه چشم نیز مستقر می‌گردد.

علائم بیماری فراوان و متفاوت است و در زنان شامل موارد ذیل است: سوزش و احساس ناراحتی و قطره قطره ادرار کردن، ترشح زردرنگ متمایل به سبز که به تدریج سفید می‌گردد، تورم اندامهای آمیزشی، تورم غدد مترشحه مربوطه که سبب انحراف فرج به یک سوی می‌گردد، حس درد و سنگینی در زیر شکم، نامرتب شدن قاعدگی و منوراژی از علائمی است که به تدریج و یکی پس از دیگری عارض می‌گردد.

درد تقریباً همیشگی که در اثر راه رفتن، خستگی و مقاربت تشدید می‌گردد و با آسایش کاهش می‌یابد. محل این درد گاهی یک طرفه و گاهی در هر دو طرف زیر شکم می‌باشد که تا استخوان‌های کمر و دنبالچه تیر می‌کشد. در اغلب موارد یبوست و اختلالات قاعدگی وجود دارد.

اگر التهاب به داخل لگن کشیده شود علائمی چون لرز، تهوع، استفراغ، یبوست و گاهی اسهال، افزایش ضربان قلب و تب، رنگ پریدگی، گود افتادگی چشم، بروز می‌کند؛ گرمی جدار شکم که با لمس آن عضلات شکم به طور غیرارادی منقبض می‌گردد نیز علامت دیگر آن است.

در صورت درمان به موقع، بیماری به تدریج رو به بهبود می‌رود. در غیر این صورت چرک به داخل شکم، روده، مهبل، مثانه یا خارج شکم باز می‌شود و سبب تب و لرز و ادامه درد می‌شود. گاهیگاهی بیماری به مرحله استراحت رفته و سپس شدیدتر عود می‌کند. این مرحله استراحت سبب می‌گردد که برخی بیماران به تصور درمان خود به خود، از مراجعه به پزشک خودداری نمایند.

چشم نوزادانی که از مادران مبتلا به سوزاک متولد می‌شوند، به هنگام خروج از رحم مادر و در اثر تماس با جدار مهبل، مبتلا به سوزاک می‌گردد. بنابراین ضد عفونی کردن چشم نوزاد در هنگام تولد واجب است.

میکروب سوزاک در مرد به قسمت‌های مختلف مجاری ادراری تناسلی سرایت کرده، علاوه بر تنگی مجرای ادرار و انسداد مجاری منی و عقیم

ساختن مرد، غدد کوپر و پروستات را نیز گرفتار می‌سازد. در زنان وارد شدن میکروب به داخل تخمدان سبب از کار افتادن تخمدان و نازایی می‌گردد.

با دیدن علائم شرح داده شده مراجعه به پزشک الزامی است. استفاده سر خود از داروهای آنتی بیوتیک سبب مقاوم و کهنه شدن بیماری و عدم امکان درمان بعدی می‌شود. از طرفی درمان نکردن بهتر از درمان ناقص کردن است. زیرا درمان ناقص نیز موجب مقاومت میکروب می‌شود. با انجام مقداری از درمان و قطع علائم نباید از ادامه درمان خودداری نمود. چون همانطوری که شرح داده شد، بیماری دارای دورانهای اوج و فروکش است. معمولاً بیماری سوزاک با سیفیلیس همراه است.

سیفیلیس

سیفیلیس بیماری مقاربتی است که از راه آمیزش، از فرد مبتلا به فرد سالم منتقل می‌گردد. این عارضه دارای سه دوره است که هر دوره عوارض خاصی دارد. عامل بوجود آورنده آن ترپونم پالیدوم است.

در زنان فرج و مهبل در هر سه دوره مبتلا خواهند شد. در اولین دوره، زخم شانکر سخت به وجود می‌آید. این زخم در حدود ده روز تا چهار هفته پس از ورود میکروب به بدن، ظاهر می‌شود. قاعده زخم سفت، اطرافش متورم و دچار احتقان است، محیط آن بیضی بوده و رنگش سرخ تیره است و ترشح چرکینی آنرا می‌پوشاند. این زخم معمولاً تنها می‌باشد و درد و حساسیت زیادی ندارد.

زخمهای دوره دوم حدوداً چهل روز بعد از آشکار شدن شانکر ظاهر می‌گردد. زخمهای این دوره ریز بوده و شبیه آکنه است و در بعضی موارد روی

آن کبره دار است. اطراف لبهای کوچک فرج، چین کشاله ران، ناحیه شرمگاهی و اطراف آنرا می پوشاند. علامت مشخص آن نداشتن خارش است.

در این مرحله خطر ابتلا و انتشار بیماری به دیگران بیش از سایر مراحل است.

همزمان با این زخمها، گاهی تب (به صورت منقطع یا متوالی) و گاهی نیز جوشهایی به شکل عدسی قرمز و برجسته به پیشانی و کف دست ظاهر می گردد.

از عوارض دیگری که در این دوره می توان انتظار داشت، کم خونی، تورم عقده های لنفاوی بدن، درد استخوانها و مفاصل، اختلال چشم و گوش، فرسودگی مغزی و سردرد که در شب بر شدتش افزوده می شود، می باشند. در این هنگام تست واسرمن، در آزمایش خون، مثبت خواهد بود، که نمایانگر وجود میکروب سیفیلیس در بدن بیمار است.

در دوره سوم معمولاً زخمها چرکی بوده و به خارج سر باز می کنند. بیمار دچار عوارض دیگر بدنی نیز می گردد مانند: گوم (ضایعات مخصوص این دوره) که به تدریج زخم می شود، انتشار لکه های رنگی دوره دوم و سرانجام ضایعات عصبی پیشرفته که به مغز رسیده و گاهی به قسمت خلفی نخاع، آسیب رسانده و بیماری تابس دورسالیس ایجاد می گردد. در این بیماری فرد با چشم بسته نمی تواند تعادل بدن خود را حفظ کند و کف پای خود را در حال حرکت به زمین می کوبد.

بیماری در دوران یک و دو قابل انتشار است. در حالیکه پس از آن غیر قابل انتشار بوده و در یک موضع از بدن بیمار مستقر شده و شروع به تخریب می کند. به همین ترتیب درمان آن نیز فقط در مراحل اول و دوم امکان پذیر است و پس از آن غیر قابل درمان است. فاصله بین مراحل یک و دو تقریباً



مرحله سوم سیفیلیس با انهدام صورت

هیچ علامت خاصی جز باقیمانده رو به ترمیم زخم ندارد و فرد خوشحال شده و فکر می‌کند بیماری به صورت خود به خود از بین رفته است در حالی که این چنین نبوده، فاز دوم بیماری به صورتی شدیدتر و خطرناکتر بروز می‌کند. در این مرحله انتقال بیماری نه تنها از طریق آمیزش بلکه حتی از طریق آب بینی آلوده فرد و یا بوسیدن و هرگونه تماس مرطوب پوستی امکان دارد.

اثر سیفیلیس بر جنین:

عامل مولد بیماری از طریق جفت و بند ناف، خود را به جنین رسانده و

سبب آزرده شدن او و نهایتاً سقط جنین می شود. هر چه دفعات زایمان بیشتر شود، زمان لازم جهت سقط نیز افزایش می یابد. اگر بیماری مادر در مراحل اول و دوم باشد و طفل به دنیا بیاید خطر زیادی وی را تهدید نمی کند. زیرا میکروب جهت ورود به جفت تقریباً وجود نداشته است. ولی اگر بیماری جایگزین شده باشد و بچه زنده هم به دنیا بیاید، به خاطر عوارضی که در اثر ورود میکروب از طریق جفت، به آن دچار شده است، قادر به ادامه حیات نبوده و به زودی خواهد مرد.

در صورتی که بیماری در مادر بطور کامل درمان نشده باشد و کودک به دنیا بیاید و زنده باشد، اختلالاتی در بدن خواهد داشت که عبارتند از ضایعه در تشکیل دندانها، استخوانهای ساق پا، جمجمه و تیغه بینی کودک.

برای درمان علاوه بر رعایت دستورات پزشک باید از مقاربت در حین درمان و قبل از بهبود کامل، جلوگیری از تماس شانکریا بدن همسر، عدم استفاده از وان جهت استحمام، ضد عفونی کردن کامل وان، و حمام و وسایل آن توسط مواد ضد عفونی کننده های قوی، عدم آلودگی دستها به چرکهای خارج شده از محل های چرکی بدن و عدم استفاده از وسایل مشترک با دیگران را نیز رعایت نمود. محیط های گرم و مرطوب بهترین محل برای رشد و زندگی میکروب است. بنابراین باید دقت داشت که از وسایل حمام دیگران استفاده نگردد. بخصوص افراد بیمار نباید به حمامهای عمومی بروند و اگر به حمام می روند نباید از وسایلی مانند لیف، سنگ پا، کیسه و لنگ عمومی استفاده کنند.

در کشور ما قبل از ازدواج زوجین مورد آزمایش سیفیلیس و تست واسرمن قرار می گیرند.

ایدز

ایدز یا سندرم نارسایی ایمنی اکتسابی^۱ نوعی اختلال عمیق در سیستم ایمنی است که اغلب کشنده می باشد. زیرا میزبان به عفونت های سخت فرصت طلب و یا بیماری های بدخیم نئوپلاسم مستعد و مبتلا می گردد. ابتلا به عوامل بیماریزای فرصت طلب یا بیماری های بدخیم بر اثر نقصان سلولهای کمک کننده می باشد که در پاسخ به واکنش های ایمنی، در بدن فعال می گردند. عفونت بوسیله یک پیش ویروس موسوم به ویروس لنفوتروپیک T انسانی تیپ^۲، ایجاد می گردد. این بیماری برای اولین بار در سال ۱۹۸۰ بدنبال بروز موارد بسیاری از سرطانها از جمله سارکوم کاپوسی و عده ای از عفونت ها چون عفونت ریوی حاصل از پنوموسیستی کارینی در مردان هم جنس باز گزارش گردید. امروزه باین ویروس، ویروس نارسایی ایمنی^۳ می گویند، در حالیکه قبلاً به ویروس لنف آدنوپاتی و ویروس مربوط به ایدز مشهور بود.

در حال حاضر (۱۳۷۰) در حدود ۸ تا ۱۰ میلیون نفر آلوده به ویروس ایدز در دنیا وجود دارد و طبق پیش بینی انجام یافته، تعداد آنها تا آخر قرن حاضر به ۳۰ تا ۴۰ میلیون نفر خواهد رسید، که ۵۰ درصد آنها در مدت ۱۰ سال جان خود را از دست خواهند داد.

بطور کلی دو عامل سبب افزایش سریع این بیماری شده است. اول اینکه دوره نهفتگی ایدز بسیار طولانی است (که حتی به ۱۰ سال می رسد). عامل دوم وحشت مردم از این بیماری است که فرد مبتلا از ترس از دست دادن

1 - Acquired Immuno Deficiency Syndrome

3 - HIV

2 - HTLV - III

موقعیت اجتماعی خود، از بروز آن خودداری می‌کند.

طبق آمار منتشره از قول مقامات مسئول، در یکی از نشریات مورخ ۱۹ مرداد ۱۳۷۰؛ اولین مورد ایدز در سال ۱۳۶۶ در یک کودک شش ساله مبتلا به بیماری هموفیلی که از فاکتورهای انعقادی آلوده به ویروس ایدز از اروپا وارد می‌شد، استفاده نموده بود، مشاهده شد. تا بحال ۳۳ نفر مبتلا به بیماری ایدز در ایران وجود داشته که ۲۴ نفر آنها فوت کرده‌اند.

تا سال ۶۷ تعداد مبتلایان ۲ نفر بود و در سال ۶۸ هفت نفر و سال ۶۹ شانزده نفر و تنها در چهارماهه اول سال ۷۰ هشت نفر بوده است. به پیش بینی این مقامات تعداد مبتلایان تا سال ۲۰۰۰ به ۲۰۰ نفر خواهد رسید.

عفونت حاصله از ویروس ایدز، چندین مرحله دارد. ابتدا ویروس به مقدار فراوان در بدن تکثیر یافته و بطور آزاد در مایع مغزی نخاعی و جریان خون یافت می‌گردد. همراه با اولین موج تکثیر ویروس، علائمی چون تب، راش‌های جلدی، علائمی شبیه آنفولانزا و گاهی اوقات عوارض نورولوژیکی ظاهر می‌گردد. سپس در طی چند هفته، مقدار ویروس در خون و مایع مغزی نخاعی بسرعت کاهش یافته و علائم اولیه از میان می‌رود، هرچند که ویروس هنوز در بدن وجود دارد. در این بیماری نه تنها می‌توان ویروس را در داخل لنفوسیت‌های نوع چهار که ابتدا تصور می‌شد، تنها هدف ویروسها هستند، یافت، بلکه در سلولهای دیگر سیستم ایمنی، سیستم عصبی و روده و احتمالاً در بعضی از سلولهای مغز استخوان نیز یافت می‌شوند. پس از گذشت دو تا ده سال، دوره بدون علامت مجدداً تکثیر ویروس شروع گشته و عفونت به مراحل نهایی خود وارد می‌شود.

علائم:

ورود عامل بیماری به بدن فرد مبتلا، سبب می‌شود که او مبتلا به ایدز

گردد. این بیماری سبب اختلال پیشرونده‌ای در اعمال سیستم ایمنی گشته، لیکن علائم بیماری عموماً دیرتر ظاهر می‌گردد.

علائم اولیه بیماری شامل خستگی، بیقراری، ازدست دادن بدون دلیل وزن بدن، تب، کوتاهی نفس، اسهال مزمن، لکه‌های سفید روی زبان و تورم غدد لنفاوی بدن می‌باشد.

بدن در این بیماری سلولهای دفاعی خود را از دست می‌دهد و توانایی خود را در مبارزه با اکثر مهاجمین به نحوی جدی از دست می‌دهد و دفاع بدن در مقابل ویروسها، قارچها، انگلها و بعضی از باکتریها از بین می‌رود. اختلالات خود محدودی در سیستم عصبی مرکزی از سردرد تا انسفالیت یا عفونت بافت مغزی نیز در این بیماری گزارش شده است.

علائم دیگری که در مراحل پیشرفته‌تر دیده می‌شود شامل کاهش وزن بدن، ضعف، خواب‌آلودگی، بی‌اشتهایی، دردهای مبهم شکم، اسهال بدون دلیل مشخص، تب شبانه، سردرد، خارش، بزرگی طحال ضایعات پوستی و مخاطی می‌باشد. برفک زبان که نوعی عفونت قارچی است، زخم‌های دردناک و خطرناک در پوست، اطراف مقعد، اطراف اندام تناسلی یا دهان نیز می‌تواند ایجاد گردد. در خانم‌ها عفونت واژن نیز ایجاد می‌گردد.

در مراحل پیشرفته‌تر در روی زبان، توده‌های سفید پرزدار دیده می‌شود که نمی‌توان آنرا پاک کرد. در مراحل آخر بیماری عفونتها و بیماریهایی که در بیمار ایجاد می‌گردد، بیماریهای رایج در منطقه زندگی او می‌باشد. در این مرحله عفونت می‌تواند سبب عفونت پرده‌های مغزی (منژیت) و گاهی آسیب به کبد، استخوان، پوست و بافت‌های دیگر برساند.

در این مرحله، برخی عفونتهای ویروسی می‌تواند سبب پنومونی، انسفالیت، نابینایی و التهاب دستگاه گوارش شود. ممکن است در این مرحله به همراه ایدز، سرطان نیز ایجاد گردد. سرطان و ایجاد تومورهایی در پوست،

مخاط، غدد لنفاوی در لایه‌هایی از ارگانهای داخلی ایجاد می‌نمایند. انواع لنفوم (سرطان بافت لنفاوی)، سرطان مقعد و زبان نیز از انواع آن است. بیماری نهایتاً منجر به مرگ می‌گردد و درمانی ندارد.

راههای سرایت ایدز

تاکنون موفق شده‌اند ویروس بیماری را از منی، خون، اشک، بزاق، شیر و ادرار مبتلایان بدست آورند. ولی در عمل دیده شده که خون و منی از وسایل اصلی انتقال بیماری هستند.

مهمترین راههای سرایت بیماری عبارتند از:

(الف) استفاده از خون افراد مبتلا و یا استفاده از سرنگ یا سوزنی که قبلاً توسط فرد بیماری استفاده شده است.

(ب) تماس جنسی با افراد آلوده.

(ج) ابتلاء جنین توسط مادرش که می‌توانند قبل، در حین، یا بعد از زایمان صورت گیرد.

(د) پیوند اعضاء افراد مبتلا به فرد سالم.

طبق آمار منتشره در آمریکا ۷۲ درصد از بیماران افراد همجنس‌باز بوده و ۱۷ درصد آنها معتادان به داروهای تزریقی، ۴ درصد آنها مهاجرین خارجی و یک درصد آنها مبتلایان به بیماری هموفیلی بوده‌اند.

مطابق تحقیقات انجام شده، ابتلاء به بیماری در اثر عطسه کردن (انتقال از راه هوا)، دست دادن، غذا خوردن در ظرف مشترک، زندگی با افراد مبتلا و یا گزش حشرات اثبات نشده است.

کنترل

متد مؤثری برای جلوگیری یا درمان این بیماری انهدام کننده وجود ندارد. بدون استفاده از داروها یا واکسن ها، تنها راه جلوگیری از گسترش اپیدمی، آنست که عوامل خطر را کاهش داده یا حذف نمائیم. قابل توجه است که بیماری ایدز در بین کارمندان پزشکی یا افرادی که از بیماران مبتلا به ایدز پرستاری می کنند، روی نداده است. هیچ موردی از بیماری بر اثر عطسه کردن، سرفه، هم غذاشدن یا تماسهای عادی دیگر گزارش نشده است.

مطالعات سیتوپاتیک بر اثر عفونت با ویروس فوق، گویای آنست که سلولهای آلوده، در عمل سیستم ایمنی بدن دخالت کرده و آن را از بین می برند و سلولهای تازه به طور ممتد آلوده می شوند تا عفونت را حفظ نمایند؛ برخلاف انکوژن های سلولی ژن های ویروس ایدز در سلولهای نرمال غیر آلوده وجود ندارد. بنابراین از تکثیر ویروسی میتوان با بکار بردن بعضی از داروهایی که اکنون تحت مطالعه هستند جلوگیری نمود، از آلودگی سلولهای جدید جلوگیری شده و بیماری کنترل خواهد شد. چون ویروس ایدز از طریق خون منتقل می شود، تمام دهندگان خون باید برای وجود آنتی بادی، تست گردند.

یکی از راههای مشخص انتقال ویروس ایدز تماس جنسی می باشد. از آنجایی که در غرب این نوع ارتباطهای بی بند و بار فراوان است شیوع این عارضه در آنجا بیش از دیگر نقاط جهان می باشد. بیشتر منحرفین جنسی و معتادان مواد مخدر، مبتلایان به این بیماری را تشکیل می دهند.

در سال ۱۹۸۶، سازمان بهداشت جهانی به افرادی که دچار عفونت با ویروس ایدز می باشند توصیه نمود که اطلاعات زیر را دریافت داشته و نکات زیر را مراعات نمایند:

۱ - اطلاعات موجود نشان می دهد که بیشتر افراد، آلوده باقی می مانند و

- در حدود ۵۰ درصد آنها در مدت ده سال تظاهرات بیماری را نشان می دهند.
- ۲ — افراد بدون علائم، ممکن است ویروس ایدز را به دیگران منتقل نمایند. آزمایشات منظم پزشکی و انجام دستورات در افرادی که ممکن است علائم ایدز در آنها توسعه یابد، توصیه شده است.
- ۳ — افراد آلوده باید از دادن خون، پلاسما، اعضای بدن و بافت های دیگر یا اسپرم خودداری نمایند.
- ۴ — خطر آلوده نمودن دیگران بر اثر آمیزش جنسی، یا بکار بردن سرنگ مشترک در مصرف داروهای داخل عروقی و احتمالاً از طریق بزاق در تماس دهانی تناسلی یا بوسیدن های طولانی و صمیمی وجود دارد. اثر کاپوت در جلوگیری از عفونت با ویروس ایدز ثابت نشده است لکن کاربرد همیشگی آن ممکن است انتقال ویروس را کاهش دهد.
- ۵ — مسواک و تیغ خودتراش یا وسایل دیگری که ممکن است با خون آلوده باشند، نباید بطور مشترک استفاده شوند.
- ۶ — زنانی که از نظر سرولوژی مثبت هستند، خطر تظاهر بیماری ایدز در آنها بسیار زیاد می باشد و اگر حامله شوند، نوزاد آنها نیز در معرض خطر زیادی جهت ابتلا به بیماری ایدز می باشد.
- ۷ — پس از تظاهر بیماری، هرگاه از نقطه ای در بدن خونریزی روی دهد، سطوح آلوده شده به خون را باید با مواد ضد عفونی کننده کاملاً تمیز نمود.
- ۸ — وسایلی که برای سوراخ کردن پوست بکار می روند باید پس از مصرف بوسیله اتوکلاو و با بخار استریل گردیده و بدون مصرف مجدد در جایی مطمئن بدور ریخته شوند؛ ضمناً تا آنجا که ممکن باشد باید از سرنگ ها و وسایل یکبار مصرف استفاده شود.
- ۹ — افراد آلوده به ویروس ایدز که تحت درمان پزشکی یا دندانپزشکی هستند باید در مورد بیماری خود، پزشکان و دندانپزشکان را مطلع نمایند؛

- بنابراین با مراعات قبلی می توان از انتقال بیماری به دیگران جلوگیری نمود.
- ۱۰ — انجام تست برای نشان دادن وجود آنتی بادی ویروس ایدز در افرادی که ممکن است بر اثر تماس آلوده شوند (مثل همسران بیمار، افرادی که از سرنگهای مشترک استفاده می نمایند، نوزادان متولدشده از مادران سرولوژی مثبت) پیشنهاد شده است.
- ۱۱ — بیشتر افراد با تست مثبت ضروری نمی باشد که شغل خود را تغییر دهند، مگر اینکه شغل آنها طوری باشد که دیگران با خون یا ترشحات بدن آنها آلوده شوند.
- ۱۲ — پرستاران در صورت آلوده بودن، اگر زخم های پوستی دارند، باید نکات مشابهی را برای حاملین هپاتیت (ب) توصیه شده است؛ برای محافظت بیماران از خطر عفونت رعایت نمایند.
- ۱۳ — کودکان آلوده می توانند تا زمانی که کودکان دیگر در معرض تماس بسیار نزدیک با آنها نمی باشند، به مدرسه بروند. در هر حال، محیط های انحصاری برای نگهداری کودکانی که در سن قبل از مدرسه می باشند و یا بچه هایی که ترشحات بدن خود را نمی توانند کنترل نمایند. یا کودکانی که دیگران را گاز میگیرند و یا بچه هایی که زخم های ترشحاتی دارند، توصیه شده است.

بیماریهای زنان

هر نوع اختلالی اعم از اینکه در ساختمان یا در نحوه عملکرد دستگاه تولیدمثل باشد جزو بیماریهای جنسی محسوب می شود. این ضایعات می تواند اکتسابی باشد یعنی از محیط به فرد منتقل شده باشد و هم می تواند مادرزادی

باشد و از بدو تولد با او همراه باشد. ضایعات اکتسابی ممکن است در اثر ورود میکروب ایجاد شود که بیماریهای جنسی واگیردار خوانده می شوند (مانند سوزاک و سیفیلیس). غیر از این انواع سایر ضایعاتی که در این مبحث مورد بحث قرار می گیرد واگیردار نبوده و فقط مربوط به همان فردی است که در مورد آن بحث می گردد.

در ابتدا به بحث در مورد اختلالهای قاعدگی و انواع آن و سپس اندامهای آمیزشی بیرونی می پردازیم و در انتها بیماریهای اکتسابی جنسی (سوزاک، سیفیلیس و...) و راههای انتقال و درمان هر یک را توضیح خواهیم داد.

۱ - اختلالهای قاعدگی :

۱ - **فقدان قاعدگی یا آمنوره:** عبارت از حالتی است که به علل عادی یا غیرعادی قاعدگی قطع شود. این حالت می تواند در قبل از بلوغ، آبستنی، زمان شیر دادن، تغییر آب و هوا و دوران قبل از یائسگی به طور طبیعی ایجاد گردد. و یا در اثر بیماریهای مزمن جنسی و غیرجنسی مانند سل، مالاریا، کوفت، حصیه، آبله، مخملک و یا اعتیاد به الکل، مرفین، کوکائین، بیماریهای خون (کم خونی، سرطان خون) و یا سرماخوردگی عارض گردد.

همچنین ممکن است در اثر عوامل موضعی مانند سوراخ نبودن پرده بکارت، برداشتن رحم، فساد تخمدانها یا عدم کفایت آنها ایجاد شود. عوامل عصبی نیز در این امر مؤثر است.

نشانه های آمنوره: در آمنوره اصلی، زن اصولاً قاعده نمی شود که به علت عدم کار تخمدانهاست، که می تواند در اثر عدم وجود تخمدانها یا درآوردن آنها قبل از بلوغ باشد (این عمل را اخته کردن می گویند).

در این صورت علاوه بر آمنوره، به علت عدم وجود تخمدانها پستانها نمو

طبیعی خود را ندارند، مو کم می روید، و خصوصیات جسمی شبیه مردان می گردد؛ یعنی زن عضلانی شده و صدایش کلفت و قد بلند می گردد. این گونه افراد از ابتدا قاعدگی نداشته اند.

اگر علت بیماری، عوامل محیطی باشد، درمان آن برداشتن فشار موجود است. ولی اگر علت ساختمانی داشته باشد، یعنی نقص در تخمدان باشد احتیاج به درمانهای پزشکی و داروهای هورمونی دارد تا نقص ایجاد شده در اثر عدم وجود هورمونها جبران گردد.

۲ - قاعدگی دردناک یا دیسمنوره: این عارضه یا در اثر سوراخ نبودن پرده بکارت صورت می گیرد، و یا به علت کوچک بودن رحم یا دهانه رحم، یا تغییر زاویه بین تنه رحم و مهبل صورت می گیرد. در این حالت درد از اولین قاعدگی وجود خواهد داشت. در صورتی که اگر مدتها، قاعدگی بدون درد بوده باشد و سپس درد شروع شود علت آن می تواند التهاب لوله های رحمی و یا تخمدانها یا چسبندگی های تخمدان به لگن یا عدم کفایت تخمدانها باشد. همچنین ممکن است عیب در رحم باشد و یا علل دیگری مانند بیماریهای روحی، گواتر، مالاریا و یا مقدمات یائسگی باشد.

پیش از مراجعه به پزشک جهت مداوا، باید نوع کار، اندازه ورزش، ساعت های خواب، اجابت مزاج و غیره را کاملاً به حالت عادی بازگرداند. درمانهای ابتدایی شامل فیزیوتراپی و کیسه آب گرم یا الکتریک زیر شکم است. پس از آن درمانهای دارویی است که باید به تجویز پزشک صورت گیرد.

عارضه دیگری که وجود دارد، افزایش خون قاعدگی یا منوراژی می باشد که علل مختلف آن می تواند بیماریهای خون، خستگی و کار زیاد به هنگام قاعدگی یا اختلال در کار غده های ترشح کننده درونسی مثل غده تیروئید باشد. ضربه خوردن به رحم، افراط در مقاربت و سوزاک نیز از علل دیگر است.

۳ - متروراژی: این عارضه عبارت است از خونریزی در بین دو قاعدگی، که می تواند در اثر اختلال در کار غدد داخلی یا التهاب لوله های رحمی، ترس شدید و ناگهانی، عدم خروج تمامی خون قاعدگی به علت عارضه در نحوه قرارگیری رحم، یا ضربه در نتیجه مقاربت شدید باشد. علل دیگری نیز وجود دارد که ذکر آن الزامی ندارد.

غیر از طرق پزشکی، رعایت نکاتی که ذکر می شود می تواند جهت جلوگیری یا درمان متروراژی مؤثر باشد.

فرد بیمار آسایش نموده و هیچ حرکت نکند، اگر فرد روی تخت خوابیده است پاهایش را بالا تربگذارد و کیف یخ زیر شکم بگذارد.

۴ - ترشحات دستگاه تناسلی خانمها

همانطوری که قبلاً شرح داده شده است، غدد مختلفی در دستگاه تناسلی زنان وجود دارد که همواره و یا در مواقع خاصی ترشح دارند. اگر مقدار این ترشحات از حد طبیعی تجاوز کند، بیماری محسوب می گردد. در صورتی که همیشه قسمت خارجی دستگاه تناسلی مرطوب شود و جامه زن را همواره آلوده نمایند مراجعه به پزشک، جهت درمان الزامی خواهد بود.

ظاهر ترشحات یا سفید است یا سرخ و یا آبکی.

۱ - تراوش سفید: این ترشح در اثر تمام بیماریهایی که سبب تورم یا آماس رحم می گردد، قبل و یا بعد از قاعدگی و یا در اثر سوزاک ایجاد می شود. در مورد ترشحات سوزاکی باید توجه داشت که تراوش ابتدا زرد مایل به سبز است و سپس سفید می گردد.

۲ - تراوش سرخ: در زنان جوان در اثر فشار به رحم و در پیرزنان مربوط به سرطانی شدن است، به ویژه اگر با بوی بد همراه باشد و با فشار کمی که به گلوئی رحم وارد آید سبب خونریزی گردد.

۳ - تراوش آبکی: ترشحاتی است آبکی و روشن که در نزد دختران به ندرت دیده می شود و بیشتر در دختران ضعیف، دوران حاملگی، التهاب رحم و افراد عصبی دیده می شود. علل دیگری نیز وجود دارد که مربوط به بیماریهای خاص می گردد.

افرادی که بیماریهای خونی، اختلالات غدد درونی یا جابجایی رحم دارند، برای ابتلاء به این تراوش مستعدترند. بیماریهای مقاربتی (سوزاک، سیفیلیس، ...) و همچنین میکروبهای گوناگونی در این عارضه اثر دارند. جهت درمان غیر پزشکی، بیمار باید رعایت موارد بهداشتی را نموده و به وسیله مواد ضد عفونی کننده مبادرت به شستشوی دستگاه تناسلی خارجی، بنماید.

۵ - واژینیسم

واژینیسم عارضه ای است که طی آن حساسیت ماهیچه های فرج و مهبل زیاد شده و انقباضات و تشنجات منقطع یا ممتد آنها سبب ایجاد زحمت می گردد.

علت این بیماری در دختران، بیشتر عصبی است و تحریکات موضعی اندامهای آمیزشی خارجی نیز علل اصلی را در میان مبتلایان تشکیل می دهد. بیمار در ناحیه دستگاه تناسلی احساس سنگینی و گاهی خارش می کند. درد متناوب که در هنگام مقاربت شدت می یابد. در هنگام عادت ماهیانه

تمامی علائم تشدید می‌گردد و در این حالت مقاربت غیرممکن است. برای کمک به درمان پزشکی، رعایت آرامش در زندگی بهترین کار است.

۶ - التهاب حاد رحم

این بیماری اکثراً بعد از زایمان یا سقط جنین ایجاد می‌گردد. علائم آن شامل اختلالاتی دستگاه گوارشی (مثل تهوع، یبوست، دل‌پیچه یا اسهال) و ازدیاد ترشح که معمولاً بوی بدی دارد، می‌باشد. ادرار کردن دردناک بوده و ممکن است با سوزش همراه باشد و ادرار رنگ طبیعی خود را از دست می‌دهد.

بیماری معمولاً با یک تب و لرز ساده شروع می‌شود و به تدریج فرد، در تمام لگن احساس سنگینی می‌نماید.

اگر عارضه در این مرحله درمان نگردد مزمن می‌شود. در صورتی که عامل ایجاد التهاب بیماری جنسی مثل سوزاک باشد یکی از علائم مهم بعدی آن ترشحات آبکی زرد مایل به سبز است که به تدریج به رنگ سفید مبدل می‌گردد. در این حالت طول مدت بیماری بسیار طولانی بوده و روند رشد آن کند است. درد همیشگی و ترشح چرکین رحم، بیمار را عصبی، ضعیف و تندخو می‌کند و سرانجام به اختلالات روانی منتهی می‌گردد.

اگر علت التهاب، زایمان باشد، پس از مزمن شدن، درد ناحیه زیر شکم افزایش می‌یابد و چون رحم به اندازه اولیه قبل از زایمان برنمی‌گردد، لمس ناحیه رحم دردناک است. افزایش خون قاعدگی نیز از علائم دیگر محسوب می‌شود.

چنانچه پس از زایمان بقایای جفت درون رحم باقیمانده باشد، التهاب رحم با خونریزی نیز همراه می شود. سیفیلیس نیز سبب التهاب همراه با خونریزی می گردد.

اختلال در کار تخمدان در دختران جوان و پسرزان نیز می تواند سبب خونریزی به همراه التهاب رحم شود.

۷ - پرولاپسوس یا افتادگی رحم

پایین آمدن تدریجی و نسبی رحم را افتادگی یا پرولاپسوس و پائین آمدن کامل و شدید آنرا، پروسیدانس می گویند. در حالت اول طول مهبل کوتاه می گردد و در حالت دوم، رحم از مهبل خارج می گردد و قابل مشاهده خواهد بود.

علل بوجود آمدن این عارضه عبارتند از: علل مستعد کننده مادرزادی، حرکات سنگین، خسته کننده، یکنواخت و تند، حاملگی مکرر (به علت شل شدن عناصر نگهدارنده رحم)، زایمان و تأخیر در کوچک شدن رحم پس از زایمان و دوره یائسگی (به علت ضعیف شدن ماهیچه ها).

علائم این بیماری در آغاز، احساس سنگینی و فشار درد زیر شکم و لگن است که با ایستادن شدیدتر می گردد. سقط جنین مکرر، ترشح مهبل (به علت التهاب رحم)، تکرر ادرار با مقدار کم و ادرار بدون اراده، بی نظمی قاعدگی و بیوست نیز از نشانه های دیگر است. علائم عصبی مانند طپش قلب، کم خوابی و تندخو شدن را نیز در پی خواهد داشت.

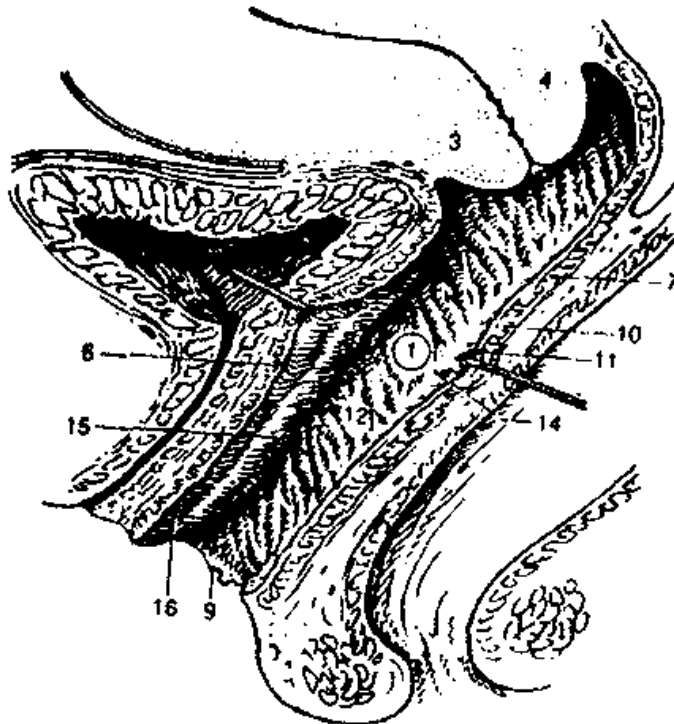
۸ - ناهنجاریهای دستگاه تناسلی

ناهنجاریهای دستگاه تناسلی عبارت است از اختلالاتی که در ساختمان دستگاه تناسلی از ابتدا تا انتها وجود دارد. خوشبختانه این عوارض نادر است و درمان آن فقط از طریق پزشکی ممکن است.

مهمترین این ضایعات در زیر به طور اختصار معرفی می شود.

۱ - هیپوس پدیازیس: عبارت است از باز شدن مجرا ادرار در مکانهای

غیرطبیعی.



۱ - کانال واژن

۲ و ۳ - دهانه رحم

۴ - مثانه

۵ - مدخل واژن

رحم در ارتباط با مثانه

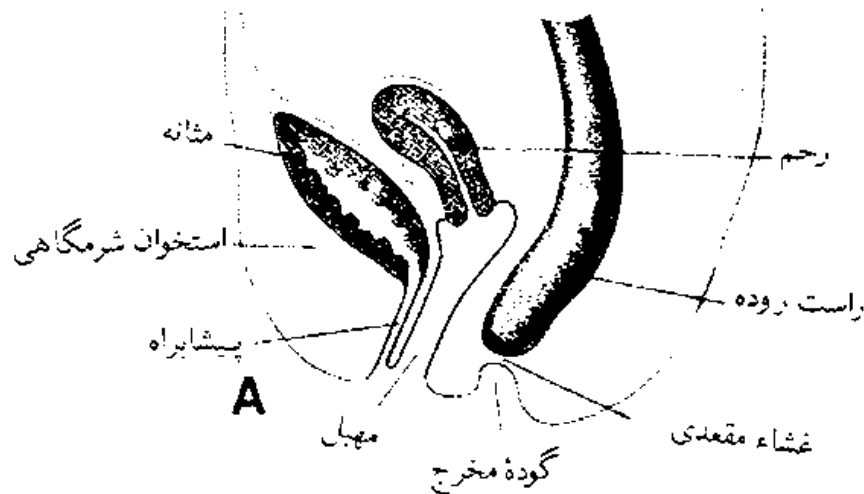
۲ — اپیس پدیازیس: باز شدن مجرای ادرار در سطح پیشین مجرای ادرار است که در زنان نادر است.

۳ — انسداد سوراخ مقعد: به صورت مادرزادی راه مخرج به خارج باز نمی‌باشد. ممکن است این انسداد فقط از یک لایه پوستی تشکیل شده باشد و یا ممکن است راست روده کوتاه باشد و یا در زنان به درون مهبل باز شود.

۴ — خنثی بودن: به این عارضه خواجگی یا هرما فرودیسم نیز می‌گویند. این عارضه یا حقیقی است و یا کاذب.

الف) دو جنسی کاذب: در این بیماری نمای ظاهری جنسی و رفتار فرد مخالف دستگاه جنسی داخلی است. یعنی فردی که دارای بیضه است و از لحاظ ساختمانی مرد است، دارای دستگاه تناسلی خارجی زنانه با رفتاری زنانه است و یا در زنان که دارای تخمدان هستند، در قسمت دستگاه تناسلی خارجی آلت تناسلی ناقص مردانه به چشم می‌خورد.

ب) دو جنسی حقیقی: در این حالت، بیمار دارای هر دو دستگاه



تصویر شماتیک انسداد سوراخ مقعد

تولیدمثل زنانه و مردانه می باشد.

۵ — ناهنجاریهای مهبل: شامل مواردی چون نبودن مهبل، نقص مهبل، وجود پرده طولی یا عرضی بین مهبل و یا وجود پرده سوراخ نشده می باشد.

۶ — ناهنجاریهای رحم:

— رحم یک شاخ: تحذب فوقانی رحم به یک طرف تمایل دارد.

— رحم دو شاخ: دو نیمه رحم از یکدیگر دورند که می توانند یک گلو و یا دو گلو داشته باشند.

— رحم خورجینی: رحم طبیعی است ولی گردن رحم به وسیله پرده ای به دو قسمت تقسیم می شود.

— رحم مضاعف: در این حالت، زن دارای دو رحم و دو مهبل می باشد. ممکن است مهبل منفرد باشد. در این حالت دیده شده که هر دو رحم به طور جداگانه و با زمانهای مختلف آبستن شده اند. یعنی وقتی از یکی جنین نه ماهه خارج می شود، دیگری هنوز باردار است.

— زهدان جنینی: در این حالت زهدان کود کانه و کوچک است. قاعدگی دیر انجام شده و یا انجام نمی گردد. در هنگام قاعدگی، خون کم است، شدت درد بسیار زیاد و بیماران معمولاً نازا هستند.

۷ — ناهنجاری تخمدان و لوله های رحمی نیز گاهی دیده می شود.

۹ — کیست تخمدان

تومورهایی که درون تخمدان ایجاد می گردد به نام کیست تخمدان نامیده می شوند.

هنگامی که تومور کوچک باشد در درون لگن باقی می ماند. رفته رفته

تومور بزرگتر می شود و از لگن خارج شده، وارد شکم می گردد. در این هنگام تومور از روی شکم حس می شود و علائم دیگری نیز به همراه دارد.

اگر تومور، خوش خیم باشد، روند رشد آن آرام بوده و حال عمومی بیمار دگرگون نمی گردد. در حالی که تومورهای بدخیم، به سرعت رشد نموده و حال عمومی بیمار را کاملاً تحت تأثیر قرار می دهند.

علائم عمومی شامل نامرتب و کم شدن قاعدگی، اختلالات دستگاه گوارش (یبوست، سوءهاضمه، استفراغ)، کمی درد و احساس سنگینی می باشد. اگر هر دو تخمدان خراب باشد، زن نازا خواهد بود.

در این حالت بسته به بزرگی تومور، شکم زن، بزرگ می شود و تا جایی پیش می رود که به نظر می آید زن حامله است.

بزرگی تومور سبب فشار بر سایر احشاء شکمی می گردد. در اثر این فشار پاها متورم شده، بواسیر، واریس و تکرار ادرار، دشواری تنفس، صدمه به کلیه ها و مسائل جانبی دیگری می گردد.

آبستنی خارج از رحم

در این حالت آبستنی در محلی غیر از رحم صورت می گیرد.

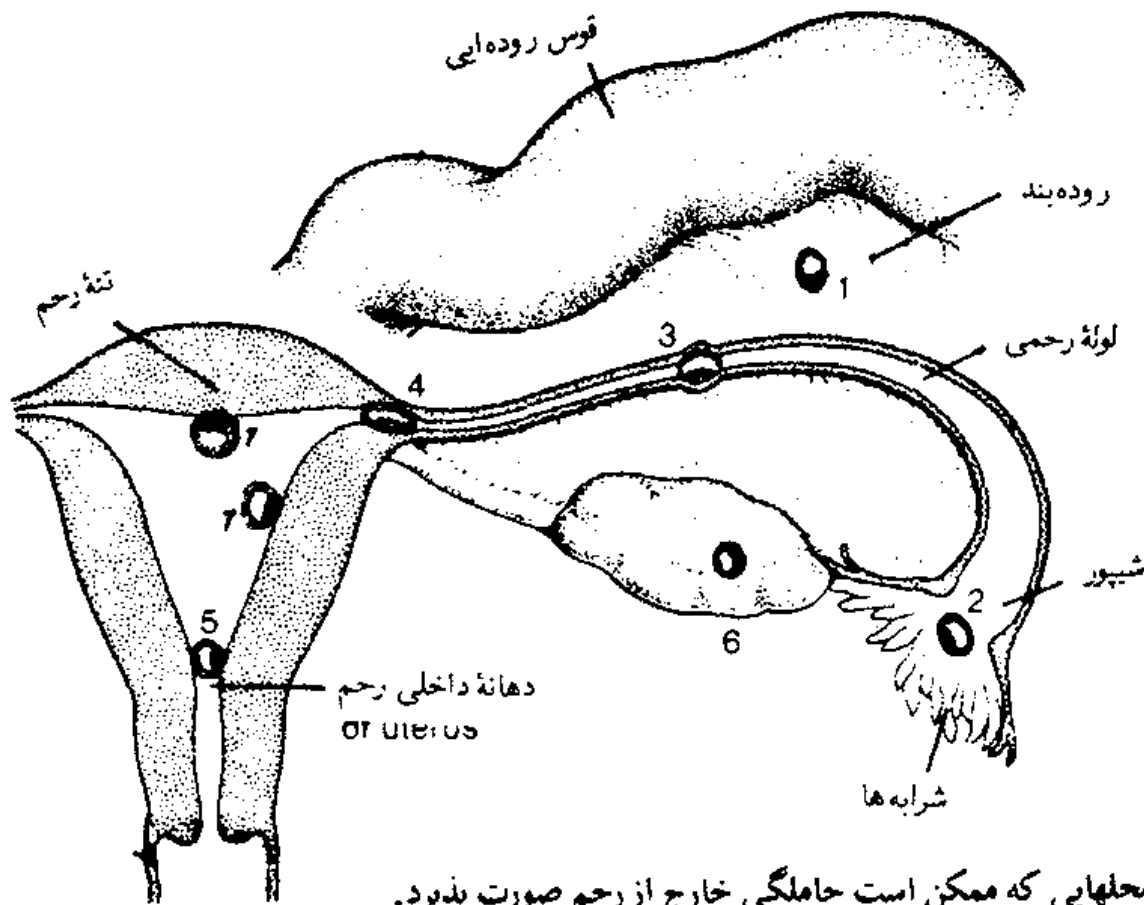
این عارضه به سبب کندی حرکت تخم از لوله به داخل رحم ایجاد می گردد که در اثر عواملی مثل: ناهنجاری مادرزادی، التهاب و یا تومور لوله های رحمی، زنانی که مدتی نژائیده اند، تومورهای لگن که به لوله ها فشار وارد کند، فیبروم و جابجایی لوله های رحمی در اثر دستکاری شکم (معمولاً در اثر عمل جراحی)، اتفاق می افتد.

آبستنی می تواند در حفره شکمی (۱)، ابتدای شیپور لوله های رحمی (۲)،

درون لوله رحمی (۳)، ابتدای لوله رحمی (۴)، در گردن رحم (۵) که این حاملگی خارج رحمی نیست ولی «جفت سرراهی» ایجاد می‌کند که در هنگام تولد و یا قبل از آن برای جنین خطرناک است، و یا حتی درون تخمدان صورت گیرد.

علائم حاملگی خارج رحمی عبارت است از:

آغاز درد در پایان اولین ماه، که شدتش در یک طرف بیش از طرف مقابل است و حرکت سبب تشدید درد می‌گردد. قاعدگی بند می‌آید ولی ترشحات خون جای آنرا می‌گیرد که گاهی با مقداری از نسج رحم همراه



محل‌هایی که ممکن است حاملگی خارج از رحم صورت پذیرد.

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| ۱ - در حفره شکمی | ۲ - در ناحیه شیپور لوله رحم |
| ۳ - درون لوله رحم | ۴ - لانه گزینی بینایی |
| ۵ - در دهانه داخلی رحم | ۶ - درون تخمدان |
| ۷ - محل عادی حاملگی | |

است. بیوست و دشواری ادرار کردن نیز از علائم دیگر است. در این هنگام استفراغ، تهوع و ویار شدت کمتری دارد.

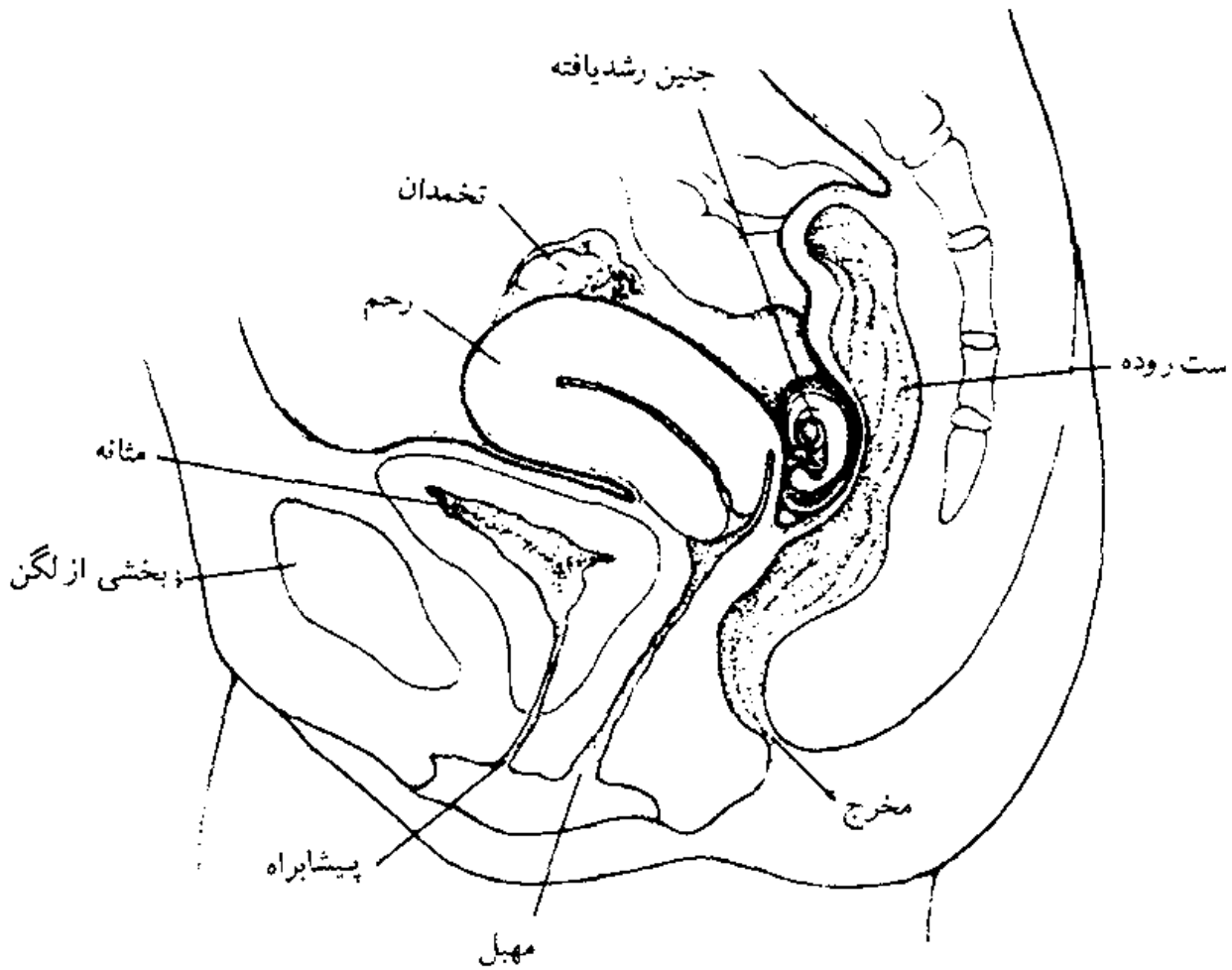
قبل از پنج ماهگی شکم در یک سودردناک و حساس می باشد و اندکی ترشح خونین در دهانه رحم دیده می شود. بعد از پنج ماهگی از روی شکم توموری دیده می شود که در هنگام لمس، به نظر نامنظم و نرم می آید. اگر درون این تومور، جنین باشد، چون به جدار شکم نزدیک است، دست و پای آنرا به خوبی می توان حس کرد.

معمولاً این نوع حاملگی، در دو ماه اول پایان می یابد و به ندرت به آخر می رسد.

اگر جنین در حفره شکم باشد و بمیرد و کوچک باشد، به تدریج جذب می شود. در صورتی که بزرگتر باشد، آهکی شده و به صورت توموری درون شکم باقی می ماند.

در صورتی که جنین درون لوله رحمی باشد، سقط جنین تقریباً به صورت عادی صورت گرفته و با خونریزی رحمی همراه است. چنین سقطی از هفته پنجم به بعد ممکن نیست چونکه سوراخ لوله رحم با بزرگ شدن جنین، بسته می شود.

با بزرگتر شدن جنین، فشار به لوله رحمی سبب پارگی آن می شود که خون زیادی به داخل شکم می ریزد. در اثر این حادثه، بیمار بدون هیچ علتی ناگهان بی هوش می شود که همراه با دردی است که مانند ضربه چاقو در یک طرف شکم می باشد. به تدریج نشانه های خونریزی داخلی پدید می آید؛ رنگ و روی بیمار می پرد، بدن سرد، نبض تند و فشارخون پایین می آید. شکم بزرگ شده و جدار محل دردناک، سخت می شود. در اثر جذب خونریزی داخلی، بیمار حالت یرقان پیدا می کند و اگر به موقع به درمان او پرداخته نشود، فرد در خطر مرگ قرار خواهد گرفت.



حاملگی خارج از رحمی در بطن راست روده ای - رحمی در محیط شکم.

علل حاملگی خارج از رحم

افزایش سریع التهاب و عفونت لگن و عفونت لوله های رحمی سبب می گردد که در مسیر انتقال تخمک از لوله رحمی به رحم موانعی ایجاد شود و شیوع این نوع حاملگی را افزایش دهد.

دیگر از علل این عارضه، داشتن سابقه انجام عمل جراحی در ناحیه لگن و یا شکم، نظیر عمل جراحی که بر روی لوله های رحمی، رحم، تخمدان و یا

آپاندیس پاره شده صورت گرفته، می باشد.

اگر «آی-یو-دی» سبب بروز عفونت رحم و لگن شده باشد، می تواند یکی از علل بارداری خارج از رحم باشد.

از عوامل دیگری که سبب افزایش احتمال خطر این نوع حاملگی می گردد، دوش واژینال (دوش مهبل) است که ممکن است عفونت را به نقاط بالاتر منتقل نماید و عفونت سبب عارضه شود.

سقط جنین

سقط جنین عبارت است از افتادن جنین قبل از هفت ماهگی که علل آن متفاوت است. علت آن می تواند از طرف مادر، پدر و یا خود جنین باشد.

اگر مادر دچار بیماری سیفیلیس باشد در شکم اول در سه ماهگی و هر چه بگذرد در شکم های بعدی این مدت طولانی تر می شود. تا جایی که جنین در نه ماهگی سقط می شود و یا پس از تولد می میرد.

در حالت عادی انحنای رحم به طرف جلو متمایل است، اگر این تمایل به عقب رود، در ماه سوم سبب سقط خواهد شد. بیماری مالاریا و التهاب لایه درونی رحم و بیماریهایی که سبب مسمومیت در زمان حاملگی شود نیز باعث سقط جنین می شود.

ابتلای مادر به بیماریهایی مثل دیابت، سرخک، مخملک، تورم غده پاروتید (که سبب گرمای بدن مادر هنگام آبستنی می شود)، ترس و هیجان شدید، اعمال جراحی، مقاربت نادرست، و افتادن به زمین که سبب فشار به شکم شود نیز از دلایل سقط جنین خواهد بود.

بیماریهای کلیوی مادر، سبب افتادن بچه می شود که در شکم اول در

هفت ماهگی و در شکم‌های بعدی در ماههای نزدیکتر (بعکس سیفیلیس) صورت می‌گیرد.

درآوردن تخمدان در نیمه اول آبستنی نیز اکثراً موجب سقط می‌گردد. اگر پدر دچار سیفیلیس باشد نیز سقط جنین اتفاق می‌افتد. دلایلی که مربوط به جنین است شامل آبستنی خارج از رحمی، چسبندگی نابجای جفت و وجود برخی دوقلوها می‌باشد. سقط‌هایی که توسط وسایل و ابزار خارجی صورت گیرد را سقط‌های جنائی می‌گویند.

تهدید به سقط

خانمهای حامله باید نسبت به هرگونه لک بینی یا خونریزی مهبل حساس بوده و بلافاصله به پزشک مراجعه نمایند. زیرا این علامت چه با درد و انقباضات رحمی همراه باشد و چه نباشد یکی از علائم تهدید به سقط است. البته تمامی این موارد منجر به سقط جنین نخواهد شد بلکه تقریباً نیمی از آنها سالم مانده و نیم دیگر سقط خواهند شد. حدوداً ۲۰ درصد تمام خانمهای حامله این علامت (یعنی خونریزی یا لک بینی مهبل) را خواهند داشت که غالباً در سه ماهه اول حاملگی می‌باشد.

مراجعه به پزشک انجام آزمایشات گوناگونی از قبیل اندازه‌گیری هورمونهای مختلف آبستنی در خون و یا انجام اولتراسونوگرافی و معاینات بالینی می‌تواند در تشخیص و جلوگیری از سقط کمک کند. همچنین این حالت یکی از پیش‌آگهی‌های زایمانهای خارج از رحم نیز می‌تواند باشد که برای جان مادر خطرناک است.

سقط عادت

اگر خانمی ۳ سقط متوالی یا بیشتر در سه ماهه اول حاملگی داشته باشد، اصطلاحاً سقط عادت دارند. در ۱۵ درصد این افراد اشکال در جنین و یا دستگاه تناسلی آنها می باشد.

یکی دیگر از علل این سقط، تخم معیوب می باشد. اختلالات تغذیه ای، اختلالات تیروئید، و خیلی موارد مشابه این می تواند سبب سقط عادت باشد. مراجعه به پزشک الزامی است و بیمار حتماً باید تحت مراقبت های بخصوص قرار گیرد.

سقط جنین را از لحاظ سن بر دو قسم تقسیم می کنند:

۱ - سقط تخمک: این نوع از سقط تا ششمین هفته از شروع حاملگی ایجاد می شود. در این حالت تخم به صورت یکپارچه از رحم بیرون می افتد. علائم آن عبارتند از شروع ناگهانی قاعدگی (با رنگ سرخ و مقدار فراوان) پس از بند آمدن قاعدگی که درد زیادی ندارد. خونریزی قطع شده و بعد از آن علامت دیگری وجود ندارد.

۲ - سقط جنین: این نوع سقط از هفته ششم تا دوازدهم هم صورت می گیرد.

در این حالت حدود یک هفته قبل از سقط، درد شروع می شود. این دردها مانند درد زایمان منقطع بوده و به تدریج بر شدت آن افزوده می شود. پس از بروز درد خونریزی به صورت لخته صورت می گیرد که هر چه مدت آبستنی بیشتر باشد مقدار خون نیز بیشتر است. اگر جنین و جفت کوچک باشند با هم و در غیر این صورت یکی پس از دیگری از دهانه رحم خارج می گردند.

اگر مدت زیادی از حاملگی گذشته باشد ممکن است هنگام دفع جفت، مقداری از آن درون رحم باقی بماند و سبب خونریزی های شدید و

طولانی مدت شود که باعث بی هوش شدن زن می‌گردد. پس از خارج شدن جفت و جنین، چند روز رحم ترشح داشته و بعد از مدت کوتاهی به حالت اول برمی‌گردد.

مواردی از حاملگی وجود دارد که بیمار تهدید به سقط می‌شود. در این حالت خونریزی متناوب، بدون لخته و سرخرنگ وجود دارد که بدون درد است و یا درد بسیار کم است و ترشح دیگری جز خون سرخرنگ وجود ندارد. در این حالت برای جلوگیری از سقط، بیمار باید کاملاً استراحت کرده، زیر پایش را بلند کنند و کیف یخ بر روی شکم او گذاشته شود تا از پرخونی رحم کاسته شود. سپس به پزشک مراجعه گردد تا درمانهای نهایی صورت پذیرد.

سقطهای خود به خودی:

اختلالات کروموزومی یکی از علل عمده سقطهای خود به خودی می‌باشد. در حدود ۱۵ درصد تمام حاملگی‌های تشخیص داده شده منجر به سقط خود به خودی می‌شود که ۸۰ درصد آن در سه ماهه اول می‌باشد. فراوانی کلی اختلالات کروموزومی در سقطهای خود به خودی بسیار نزدیک ۵۰ درصد می‌باشد و در هر ۱۳ حاملگی یکی از آنها دارای بعضی انواع اختلالات کروموزومی می‌باشد.

انواع اختلالاتی که در سقطها دیده می‌شود (جدول یک) از چندین لحاظ با آنهایی که در بررسی شیرخواران دیده می‌شود متفاوت است (جدول دو). شایعترین اختلال تک ژنی ۴۵ ایکس می‌باشد. به نظر می‌رسد که بیش از ۹۹ درصد تمامی حاملگی‌های ۴۵ ایکس، خود به خود سقط می‌شوند.

عدم تحمل ادرار در بانوان

خانمهایی که چندین شکم زائیده‌اند، به علت شل و ضعیف شدن عضلات ناحیه میاندوراه (نشیمن گاه) در اثر افزایش فشار داخل شکمی و فشار آمدن به مثانه قادر به حفظ و کنترل ادرار نبوده در برابر سرفه، عطسه و یا خنده لباس خویش را مرطوب می‌کنند.

زایمانهای مکرر و کشش‌های زیاد در منطقه نشیمن گاه سبب کشش اسفنکتر (دریچه خروجی) مثانه شده و این عارضه صورت می‌گیرد.

جهت درمان غیرجراحی، ورزش دادن به عضلات فوق با کنترل جریان ادرار و قطع و وصل ارادی و ناگهانی ادرار، به طرز قابل توجهی در تقویت این اسفنکتر مؤثر بوده و اختلال بوجود آمده را درمان می‌کند. اگر این موارد کارساز نبود مراجعه به پزشک و احتمالاً درمان جراحی لازم خواهد بود.

اختلالات ادراری در مردان مسن

غده پروستات قبلاً شرح داده شد و گفته شد که زیر مثانه قرار دارد. در افراد مسن به علت بزرگ شدن پروستات حجم مثانه کاسته شده و از طرفی ادرار کردن نیز مشکل می‌گردد. این عارضه در شب خود را بیشتر نشان می‌دهد. فرد چند بار در شب مجبور به بیدار شدن از خواب و ادرار کردن می‌گردد. در حالی که در جوانان معمولاً پیشاب (ادرار) مزاحم خواب نمی‌شود. علائم فوق در سرطان پروستات و آدنوم خوش خیم تقریباً مشابه است.

پریاپیسم

در این عارضه آلت به حالت نعوظ دائمی درمی آید و این وضعیت ممکن است چندین روز و یا هفته ادامه پیدا کند. همانطوری که قبلاً شرح داده شد، علت نعوظ آلت، پرخون شدن اجسام غاری آلت است. در این بیماری به عللی مثل ضایعات عروقی خونی اجسام غاری، ازدیاد غلظت خون و افزایش گلبولهای سفید خون، خروج خون از آلت به سهولت صورت نمی پذیرد. درد شدید این حالت سبب آزار بیمار می شود که به همراه خود ضعف قوای جنسی را نیز دارد.

بیماری پیرونی

همانطوری که قبلاً شرح داده شد در دو طرف آلت دو جسم غاری وجود دارد که کاملاً با یکدیگر برابرند. اگر یکی از آنها با دیگری برابر نباشد، هنگام نعوظ آلت به یک طرف منحرف می گردد. ضربه خوردن به آلت و یا آسیب به آن در اثر حرکات نامعقول و شدید نیز می تواند سبب عارضه به جسم غاری یک طرفه شود که پس از ترمیم باعث عدم برابری دو طرف در نتیجه کج شدن آلت هنگام نعوظ گردد، که مزاحم روابط آمیزشی می باشد.

بنابراین احتراز از اعمال غیرعادی و شدید و در نتیجه اجتناب از شکستگی آلت ضمن روابط آمیزشی بسیار ضروری است.

سقط عادتی

اگر خانمی ۳ سقط متوالی یا بیشتر در سه ماهه اول حاملگی داشته باشد، اصطلاحاً سقط عادتی دارند. در ۱۵ درصد این افراد اشکال در جنین و یا دستگاه تناسلی آنها می باشد.

یکی دیگر از علل این سقط، تخم معیوب می باشد. اختلالات تغذیه ای، اختلالات تیروئید، و خیلی موارد مشابه این می تواند سبب سقط عادتی باشد. مراجعه به پزشک الزامی است و بیمار حتماً باید تحت مراقبت های بخصوص قرار گیرد.

سقط جنین را از لحاظ سن بر دو قسم تقسیم می کنند:

۱ - سقط تخمک: این نوع از سقط تا ششمین هفته از شروع حاملگی ایجاد می شود. در این حالت تخم به صورت یکپارچه از رحم بیرون می افتد. علائم آن عبارتند از شروع ناگهانی قاعدگی (با رنگ سرخ و مقدار فراوان) پس از بند آمدن قاعدگی که درد زیادی ندارد. خونریزی قطع شده و بعد از آن علامت دیگری وجود ندارد.

۲ - سقط جنین: این نوع سقط از هفته ششم تا دوازدهم هم صورت می گیرد.

در این حالت حدود یک هفته قبل از سقط، درد شروع می شود. این دردها مانند درد زایمان منقطع بوده و به تدریج بر شدت آن افزوده می شود. پس از بروز درد خونریزی به صورت لخته صورت می گیرد که هر چه مدت آبستنی بیشتر باشد مقدار خون نیز بیشتر است. اگر جنین و جفت کوچک باشند با هم و در غیر این صورت یکی پس از دیگری از دهانه رحم خارج می گردند.

اگر مدت زیادی از حاملگی گذشته باشد ممکن است هنگام دفع جفت، مقداری از آن درون رحم باقی بماند و سبب خونریزی های شدید و

طولانی مدت شود که باعث بی هوش شدن زن می‌گردد. پس از خارج شدن جفت و جنین، چند روز رحم ترشح داشته و بعد از مدت کوتاهی به حالت اول برمی‌گردد.

مواردی از حاملگی وجود دارد که بیمار تهدید به سقط می‌شود. در این حالت خونریزی متناوب، بدون لخته و سرخ‌رنگ وجود دارد که بدون درد است و یا درد بسیار کم است و ترشح دیگری جز خون سرخ‌رنگ وجود ندارد. در این حالت برای جلوگیری از سقط، بیمار باید کاملاً استراحت کرده، زیر پایش را بلند کنند و کیف یخ بر روی شکم او گذاشته شود تا از پرخونی رحم کاسته شود. سپس به پزشک مراجعه گردد تا درمانهای نهایی صورت پذیرد.

سقطهای خود به خودی:

اختلالات کروموزومی یکی از علل عمده سقطهای خود به خودی می‌باشد. در حدود ۱۵ درصد تمام حاملگی‌های تشخیص داده شده منجر به سقط خود به خودی می‌شود که ۸۰ درصد آن در سه ماهه اول می‌باشد. فراوانی کلی اختلالات کروموزومی در سقطهای خود به خودی بسیار نزدیک ۵۰ درصد می‌باشد و در هر ۱۳ حاملگی یکی از آنها دارای بعضی انواع اختلالات کروموزومی می‌باشد.

انواع اختلالاتی که در سقطها دیده می‌شود (جدول یک) از چندین لحاظ با آنهایی که در بررسی شیرخواران دیده می‌شود متفاوت است (جدول دو). شایعترین اختلال تک ژنی ۴۵ ایکس می‌باشد. به نظر می‌رسد که بیش از ۹۹ درصد تمامی حاملگی‌های ۴۵ ایکس، خود به خود سقط می‌شوند.

عدم تحمل ادرار در بانوان

خانمهایی که چندین شکم زائیده‌اند، به علت شل و ضعیف شدن عضلات ناحیه میاندوراه (نشیمن گاه) در اثر افزایش فشار داخل شکمی و فشار آمدن به مثانه قادر به حفظ و کنترل ادرار نبوده در برابر سرفه، عطسه و یا خنده لباس خویش را مرطوب می‌کنند.

زایمانهای مکرر و کشش‌های زیاد در منطقه نشیمن گاه سبب کشش اسفنکتر (دریچه خروجی) مثانه شده و این عارضه صورت می‌گیرد.

جهت درمان غیرجراحی، ورزش دادن به عضلات فوق با کنترل جریان ادرار و قطع و وصل ارادی و ناگهانی ادرار، به طرز قابل توجهی در تقویت این اسفنکتر موثر بوده و اختلال بوجود آمده را درمان می‌کند. اگر این موارد کارساز نبود مراجعه به پزشک و احتمالاً درمان جراحی لازم خواهد بود.

اختلالات ادراری در مردان مسن

غده پروستات قبلاً شرح داده شد و گفته شد که زیر مثانه قرار دارد. در افراد مسن به علت بزرگ شدن پروستات حجم مثانه کاسته شده و از طرفی ادرار کردن نیز مشکل می‌گردد. این عارضه در شب خود را بیشتر نشان می‌دهد. فرد چند بار در شب مجبور به بیدار شدن از خواب و ادرار کردن می‌گردد. در حالی که در جوانان معمولاً پیشاب (ادرار) مزاحم خواب نمی‌شود. علائم فوق در سرطان پروستات و آدنوم خوش خیم تقریباً مشابه است.

پریا پیسم

در این عارضه آلت به حالت نعوظ دائمی درمی آید و این وضعیت ممکن است چندین روز و یا هفته ادامه پیدا کند. همانطوری که قبلاً شرح داده شد، علت نعوظ آلت، پر خون شدن اجسام غاری آلت است. در این بیماری به عللی مثل ضایعات عروقی خونی اجسام غاری، ازدیاد غلظت خون و افزایش گلبولهای سفید خون، خروج خون از آلت به سهولت صورت نمی پذیرد. درد شدید این حالت سبب آزار بیمار می شود که به همراه خود ضعف قوای جنسی را نیز دارد.

بیماری پیرونی

همانطوری که قبلاً شرح داده شد در دو طرف آلت دو جسم غاری وجود دارد که کاملاً با یکدیگر برابرند. اگر یکی از آنها با دیگری برابر نباشد، هنگام نعوظ آلت به یک طرف منحرف می گردد. ضربه خوردن به آلت و یا آسیب به آن در اثر حرکات نامعقول و شدید نیز می تواند سبب عارضه به جسم غاری یک طرفه شود که پس از ترمیم باعث عدم برابری دو طرف در نتیجه کج شدن آلت هنگام نعوظ گردد، که مزاحم روابط آمیزشی می باشد.

بنابراین احتراز از اعمال غیرعادی و شدید و در نتیجه اجتناب از شکستگی آلت ضمن روابط آمیزشی بسیار ضروری است.

فصل ششم

بارداری

نشانه‌های بارداری

بسیاری از خانمها به دلایل مختلف میل دارند که علائم گوناگون بارداری را بدانند، و برای خانواده‌ها دانستن این موضوع با توجه به مراقبت‌های بعدی لازم می‌باشد.

این علائم را به سه دسته حدسی، احتمالی و قطعی تقسیم‌بندی می‌نمایند.

۱ - علائم حدسی:

این علائم بیشتر توسط خود فرد تشخیص داده می‌شود، که می‌تواند برخاسته از حدسیات او باشد و یا تغییرات و فعل و انفعالاتی که در بدنش ظاهر می‌گردد. در این هنگام معمولاً علائمی که ظاهر می‌شوند شامل قطع قاعدگی، حالت تهوع و استفراغ، اختلالات ادراری، خستگی مفرط در اوائل دوران، ایجاد ترک در پوست شکم و تغییر رنگ آن، و یار و گاهی تغییراتی در پستانها، می‌باشد.

در برخی زنانی که در آرزوی حاملگی هستند، بروز علائم حاملگی

به صورت چشمگیری ایجاد می شود، بدون آنکه در اصل آبستنی وجود داشته باشد. این حالت به علت تلقینات روحی و اشتباه فیزیولوژیکی غدد بدن و مغز ایجاد می گردد. در این حالت شکم بزرگ شده، حالت تهوع و استفراغ، قطع قاعدگی و احساس حرکات جنین در شکم نیز وجود خواهد داشت، که همه تصویری بوده و حقیقت ندارد؛ تست های آبستنی در کلیه موارد منفی است و صدای قلب جنین شنیده نمی شود، ولی شکم به علت رسوب چربی بزرگ شده و فرد حرکات گاز در شکم را به جای حرکت جنین تصور می کند. در موارد حاد، پس از یک بیهوشی عمومی، کلیه علائم از بین می رود.

۲ - علائم احتمالی:

این علائم که پس از علائم حدسی مورد توجه قرار می گیرد، شامل برخی تغییرات ظاهری مانند تغییر ابعاد شکم و بزرگ شدن آن، همچنین بزرگ شدن رحم می باشد.

در حالت عادی رحم به علت اینکه درون لگن حقیقی قرار دارد، از روی شکم قابل لمس نیست در حالی که در هنگام حاملگی به علت بزرگ شدن، از روی شکم قابل لمس می شود و در قسمت تحتانی و میانی شکم توده سفتی قابل درک خواهد شد. همزمان با این تغییرات، فرد حامله وجود جنین را در رحم خود حس کرده و حرکت آنرا درک می کند.

برخی از آزمایشات هورمونی نیز تا حد زیادی به این تشخیص کمک می نمایند. تمامی این علائم قبل از چهارماهگی می باشد.

۳ - علائم قطعی:

علائمی چون شنیدن صدای قلب جنین و آزمایشات هورمونی که اکثراً بعد

از چهارماهگی انجام می‌گیرد به طور قطع نشان خواهد داد که آیا خانمی حامله می‌باشد یا خیر.

تعیین روززایمان

با توجه باینکه بین روزی که اسپرم با تخمک ترکیب می‌شوند و یا بعبارتی عمل لقاح صورت می‌گیرد، تا روزی که تخم حاصله تبدیل به نوزاد گردیده و متولد می‌شود حدود ۲۶۶ روز فاصله وجود دارد، بطور محاسبه‌ای، قبل از اینکه جنینی وجود داشته باشد، زوجین می‌توانند روز تولد کودک خود را انتخاب نموده و با در نظر گرفتن آن، روزی که باید آمیزش در جهت ایجاد جنین انجام گیرد را بیابند. اما از آنجائیکه معمولاً روز دقیق لقاح مشخص نمی‌گردد، متخصصین با توجه به ایام یا روزهای مشخص این محاسبه را انجام می‌دهند که واضح‌ترین این ایام، روزی است که آخرین قاعدگی شروع شده است و خانمها اکثراً آنرا بیاد داشته و احتمالاً یادداشت می‌کنند. باین ترتیب فاصله بین اولین روز آخرین قاعدگی تا تولد، حدود ۲۸۰ روز می‌باشد که این زمان می‌تواند با توجه به خصوصیات فردی و اجتماعی ۵ روز، زودتر یا دیرتر باشد.

از آنجائیکه محاسبه دقیق این روزها وقت زیادی برده و احتیاج به دقت فراوان دارد، جدولی تقدیم می‌شود که در آن تمامی ایام تولد با حروف اعداد سیاه قطورتر در ردیف پایین هر خانه ذکر شده است؛ و اولین روز آخرین قاعدگی در آن با اعداد نازکتر و در ردیف بالای هر خانه آورده شده است. استفاده دیگری که از این جدول می‌توان نمود، در صورتی که حاملگی با برنامه قبلی صورت نگرفته باشد، تعیین روززایمان است، یعنی اگر خانمی

حامله شده باشد و اولین روز آخرین قاعدگی خود را بیاد داشته باشد بسادگی می‌تواند روزی که باید منتظر متولد شدن کودک خود باشد را بیابد.

اما از آنجائیکه بهترین زمان جهت بارور ساختن تخمک و ایجاد حاملگی چهارده روز پس از شروع اولین روز آخرین قاعدگی است، افرادی که مایلند با برنامه‌ریزی مشخص، روز تولد فرزند خود را تعیین نمایند باید در روزی که تاریخ آن در ردیف وسط هر خانه ذکر شده است مبادرت به آمیزش نمایند، تا بیشترین احتمال در جهت آبستنی ایجاد گردد. به منظور دستیابی به بیشترین امکان رسیدن اسپرم به تخمک، احتیاج به بیشترین تعداد اسپرم می‌باشد و باین ترتیب لااقل دو هفته قبل از آمیزشی که با هدف حاملگی صورت می‌گیرد، نباید هیچ نوع تماس جنسی وجود داشته باشد تا از بهدر رفتن بی‌مورد اسپرمها جلوگیری گردد.

اسپرمها در محیط رحم تا دو روز توانایی زنده ماندن را دارند. پس زوجین با توجه به تاریخ موردنظری که برای تولد فرزند خود در نظر می‌گیرند، نسبت به عدد ردیف وسط هر خانه تا دو روز اجازه جلویا عقب نمودن تاریخ آمیزش را دارند. پس اعدادی که در ردیف وسط قرار دارند تا دو روز می‌تواند کم و زیاد شود.

اگر سال کبیسه بود، یعنی ۳۶۶ روز و اسفندماه ۳۰ روز بود، در سه ستون اول هیچ تغییری ایجاد نشده و فقط از تیرماه به بعد یک روز زمان آمیزش جلوتر می‌رود. یعنی اگر بناست برای آنکه کودک در روز ۱۲ فروردین ماه سال بعد متولد شود در روز ۵ تیرماه آمیزش صورت پذیرد، در صورت کبیسه بودن سال این عمل باید روز ۶ تیرماه انجام شود.

مجدداً یادآور می‌شوم که در هر خانه اعداد؛

اعداد ردیف بالا مربوط به اولین روز آخرین قاعدگی؛

اعداد ردیف وسط مربوط به زمان آمیزش و

اعداد ردیف پایین مربوط به زمان تولد کودک و زایمان می‌باشد.

آبان	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	
آبان	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	
مرداد	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۱	۲	۳	۴	۵	
آذر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	
آذر	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	
شهریور	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۱	۲	۳	۴	
دی	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	
دی	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	
مهر	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۱	۲	۳	۴
بهمن	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	
بهمن	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	
آبان	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۱	۲	۳	۴
اسفند	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	
اسفند	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	
آذر	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۱	۲	۳	۴

اعداد ردیف بالا اولین روز آخرین قاعدگی است.

اعداد ردیف وسط مربوط به زمان آمیزش است.

اعداد ردیف پایین مربوط به زمان زایمان است.

مراقبت‌های قبل از زایمان

برخی مسائل بهداشتی و مراقبت‌هایی که در زمان آبستنی لازم است تا یک مادر مراعات نماید، برای سلامتی جنین ارزش حیاتی داشته و عدم توجه به آن نتایج جبران‌ناپذیری را به همراه خواهد داشت.

از اینرو در زیر به برخی نکات اشاره‌ای می‌گردد تا مادرانی که به سلامتی فرزند خویش علاقمند هستند از آنها استفاده نموده و با توجه به آن، کلیه مشکلات و مخاطرات احتمالی را از بین ببرند.

۱ - در اولین حاملگی باید سعی شود که هر چه به زمان زایمان نزدیک می‌شویم، مراجعه به پزشک متخصص نیز بیشتر گردد. زیرا اولین باری است که بدن تحت چنین تغییرات فیزیولوژیکی شدیدی قرار می‌گیرد.

۲ - همانطوری که در مبحث تغذیه مادران آبستن نیز توضیح داده شده است، مراعات رژیم غذایی بسیار ضروری است و مادران باید سعی نمایند که در این مدت اضافه وزنشان بیش از ۹ الی ۱۲ کیلوگرم نگردد.

۳ - ایمن‌سازی مادر نسبت به برخی بیماری‌های واگیردار که برای سلامتی جنین مضر است مانند سرخجه^۱، ویروس سایتومگال^۲، آنفلوانزا، فلج اطفال و سایر موارد که می‌تواند جنین را آزرده کند.

۴ - عدم استفاده از اشعه ایکس هنگام آزمایشگاهت رادیوگرافی. زیرا این

اشعه به خصوص در چهار ماه اول زندگی داخل رحمی جنین، بسیار خطرناک است.

۵ — استراحت کافی، پوشیدن لباسهای مناسب، نظافت روزانه، تنظیم اجابت مزاج، خودداری از کشیدن سیگار و نوشیدن الکل، بهداشت دهان و دندان، جلوگیری از خستگی زیاد و کاهش امور جنسی بخصوص در ماههای آخر از مواردی است که بسیار لازم است.

۶ — استفاده از لباسهای تنگ، ورزش یا مقاربتهای خسته کننده و طولانی، پرخوری، مسافرتهاى طولانی و هر کاری که سبب خستگی روح و جان شود از مواردی است که باید تا بعد از زایمان از آنها صرف نظر کرد.

۷ — استفاده پاره ای از داروها در جریان حاملگی بخصوص چهارماهه اول خطرناک است؛ از این رو خانمهای باردار در هنگام مراجعه به پزشک، در حین دریافت دارو باید متذکر شوند که حامله هستند و همچنین از خوددرمانی و استفاده از داروها، بدون تجویز پزشک در این دوران به شدت احتراز و دوری کنند که از عواقب وخیم آن جلوگیری گردد.

مراقبتهای هنگام حاملگی

پس از آنکه لقاح انجام شد و تخم تشکیل گردید، سفر ۹ ماهه جنین آغاز می گردد. در طول این سفر انواع و اقسام خطرات ممکن است که برای او پیشامد کند که مادر دانا با درایت و علاقه باید به برطرف نمودن و یا جلوگیری از آنها مبادرت ورزد. جنین در طول زندگی خود، از یک سلول شروع شده و به تدریج با افزایش تعداد سلولها و نظم گرفتن در لایه های مختلف، شروع به مرحله تولید اندامها (اورگانوژنز) می نماید. اعمالی که از ظرائف و اسرار

خلقت محسوب می‌گردد و بزرگی پروردگار عالم در آن مشاهده می‌گردد و هنوز به تمام مکانیسم آن و نحوه تشکیل اندامها به طور کامل پی نبرده‌اند. به هر حال در هنگامی که دست، پا، چشم، گوش، مغز و... در حال تشکیل است به علت کم بودن تعداد سلولهای ابتدایی نسبت به سلولهای نهایی، آسیب به یک سلول نیز گاهی می‌تواند آثار بزرگی را در زندگی بعدی جنین داشته باشد.

روی این اصل آسیب در هفته اول و دوم پس از لقاح سبب از بین رفتن جنین می‌گردد. سیستم عصبی مرکزی در طول هفته‌های سوم تا اوایل هفته ششم، قلب از اواسط هفته دوم تا اواخر هفته ششم، گوش از هفته چهارم تا نهم، چشمها از هفته چهارم تا هشتم، اندام از هفته چهارم تا هفتم، لب از هفته پنجم تا ششم، دندانها و کام از اواخر هفته ششم تا هشتم و دستگاه تناسلی خارجی نیز از هفته هفتم تا اواخر هفته نهم در آسیب پذیرترین مرحله زندگی جنین بسر می‌برند.

یعنی اگر آسیبی در هفته نهم به جنین وارد شود، بیشترین آسیب به گوش و دستگاه تناسلی خارجی وارد می‌شود. البته تکمیل دستگاههایی مثل دستگاه عصبی مرکزی، چشمها و اندام تناسلی خارجی تا بعد از تولد نیز ادامه دارد. بنابراین آسیب پس از زمانهای ذکر شده به آنها آسیب می‌رساند ولی بیشترین اختلال در طی زمانهایی است که ذکر گردید.

با توجه به اهمیت حفظ جنین مراقبتهای خاص دورنگهداشتن جنین از موارد بیماریزا و رساندن مواد لازم به او مورد احتیاج است. جهت دستیابی به این اهداف مراقبتهای خاصی از مادر که حامل جنین است لزوم دارد. مراعات نمودن استراحت، توجه به تغذیه، خواب، ورزش، بهداشت، مقاربت و غیره، از این گونه موارد است.

تغذیه در آبستنی

در بررسی حاملگی حیوانات، بخصوص پستانداران به این نتیجه رسیده‌اند که پرورش جنین با مقدار مواد غذایی، کلسیم، فسفر، مس و سایر مواد رابطه مستقیم دارد. کم و زیاد شدن مواد و ویتامین‌ها ممکنست سبب اثرات زیان‌باری به جنین و حتی مرگ او یا ناقص‌الخلقه شدن آن گردد.

در نتیجه مطالعه بر روی انسان در جوامع غنی با بهداشت خوب و بیمارستانها و بیمارانی با رژیم غذایی مخصوص، دانشمندان به نتایج زیر رسیده‌اند:

۱ — زنانی با تغذیه خوب در دوران حاملگی دچار سقط جنین مکرر نمی‌شوند.

۲ — عیوب غذایی در ماههای اول زندگی می‌تواند سبب ناقص‌الخلقی جنین شود،

۳ — استفاده از برخی داروها مانند استفراغ حاملگی تجویز می‌شود، می‌تواند سبب کوتاهی و یا عدم وجود برخی اعضا گردد.

برای اینکه رشد یک نوزاد به بهترین صورت انجام پذیرد، لازم است که زنان باردار روزی ۲۰۰ کیلو کالری به رژیم غذایی قبل از حاملگی خود بیافزایند. در حالت عادی احتیاج روزانه ۱۸۰۰ کیلو کالری است و زنان باردار باید حداقل ۲۰۰۰ کیلو کالری، توسط رژیم غذایی خود، دریافت کنند. این مقدار بر طبق جدول مواد غذایی لازم روزانه، بنا بر پیشنهاد کمیته تحقیقات ملی آمریکا ۳۰ گرم پروتئین، ۵۰۰۰ واحد ویتامین آ، ۴۰۰ واحد ویتامین دی، ۱۵ واحد ویتامین سی، ۶۰ میلی گرم ویتامین ث،

۸۰۰ میکروگرم فولاسین، ۲ میلی گرم ویتامین پ پ، ۰/۳ میلی گرم ویتامین ب ۱، ۰/۳ میلی گرم ویتامین ب ۲، ۲/۵ میلی گرم ویتامین ب ۶، ۴ میکروگرم ویتامین ب ۱۲، ۱۲۰۰ میلی گرم کلسیم، ۱۲۰۰ میلی گرم فسفر، ۱۲۵ میکروگرم ید، ۱۸ میلی گرم آهن، ۴۵۰ میلی گرم منیزیم و ۲۰ میلی گرم روی می باشد.

مواد غذایی زن آبستن و سالم از نظر پروتئین باید غنی بوده و مقدار چربی آن ۳۰ درصد مجموع کالری روزانه او را تشکیل دهد. روزانه یک تخم مرغ، یک لیتر شیر، گوشت و سبزی و میوه فراوان تناول کنند.

نظم غذایی و مقدار آن در نزد زنان حامله باید رعایت شود و حتی اگر در اثر حالت تهوع و استفراغی که در اثر زایمان در زن ایجاد می گردد، خوردن تمامی یک وعده غذا میسر نگردد، باید آنرا به تدریج و با مقدار کم میل کند.

برای زنانی که وزن و ترکیب بدنشان طبیعی است، تا ۹ کیلوگرم افزایش وزن در این دوران طبیعی است. سبب خواهد بود خوردن شیرینی بیش از حد، در این دوران سبب پیدایش تا لیده و اشکال در هنگام زایمان خواهد شد. بنابراین مقدار مصرف شیرینی در این دوران باید کاسته شود.

گرفتن رژیم غذایی برای خانمهای چاق در این دوران اصلاً صلاح نبوده و برای جلوگیری از چاقتر شدن، بهتر است از رژیم گیاهی و سبزیجات استفاده کنند. البته این بدان معنی نیست که استفاده از این رژیم غذایی، سبب شود که میزان احتیاجات غذایی که قبلاً ذکر کردیم کاهش یابد. بلکه برای حفظ سلامتی جنین، باید مقدار کافی پروتئین، ویتامین و مواد معدنی مصرف شود.

زنان آبستنی که مبتلا به مرض قند هستند باید مانند قبل از حاملگی، از زیاده روی در مصرف مواد قندی پرهیز کنند و مقدار تزریق انسولین را تحت نظر پزشک انجام دهند، تا از اضافه وزن جنین در هنگام تولد جلوگیری گردد.

زن آبستن برای درمان یبوست خود، هیچگاه نباید از قرصهای مسهل استفاده نماید بلکه باید از آب میوه، سبزیجات، آلو خیس کرده و غیره استفاده کند.

کلسیم برای زن آبستن:

جنین برای رشد خود ۲۰ تا ۳۰ گرم کلسیم لازم دارد که ۳۰ درصد آن از ذخایر بدن مادر برداشته می شود. برای اینکه رشد جنین دچار اختلال نگردد و زایمان نیز به راحتی انجام گیرد بهتر است مادر روزانه ۳۰۰ میلی گرم کلسیم در رژیم غذایی خود داشته باشد. البته این در صورتی است که ویتامین دی نیز کافی باشد. معمولاً این مقدار در حالت عادی به بدن می رسد ولی اگر درد و گرفتگی عضلات پا ایجاد شد - که از علائم کمبود کلسیم است - باید چهار مرتبه در روز، هر دفعه ۰/۵ تا یک گرم گلوکونات کلسیم یا لاکتات کلسیم به زن حامله داده شود.

آهن برای زن آبستن:

برای زنان حامله روزانه ۶ میلی گرم آهن لازم است در زنانی که زود به زود حامله می شوند یا چندقلو آبستن شده اند و یا سابقه کم خونی داشته اند این مقدار بیشتر می شود.

از طرف دیگر یک زن آبستن سالم، در ابتدای زایمان طبیعی خود شروع به خونریزی می کند و این خونریزی در اثنای زایمان و تا مدتی بعد از آن ادامه خواهد داشت. در حالت عادی حدوداً نیم لیتر خون از بدن خارج می گردد که معادل ۲۰۰ میلی گرم آهن است. اما چنانچه برای زایمان عمل جراحی (سزارین) لازم شود. در این حال میزان خون و آهن از دست رفته دو برابر

خواهد شد. یعنی یک لیتر خون و ۴۰۰ میلی گرم آهن از دست می رود. لذا برای جبران کمبود آهن، چه در زمان آبستنی و چه پس از زایمان باید هر چه زودتر اقدام گردد.

مقدار آهن بر حسب میلی گرم در ۱۰۰ گرم ماده غذایی

غذا	مقدار آهن
جگر	۱۱/۴
قلوه	۶
اسفناج	۳/۲
ماهی	۲/۹
نان قهوه ای	۲/۵
تخم مرغ	۲/۱
آرد گندم	۲/۱
گوشت	۱/۹
نان سفید	۱/۷
سیب زمینی	۰/۷
کلم	۰/۶
پنیر	۰/۶
سیبها	۰/۳
شیر	۰/۱

چنانچه در جدول فوق ملاحظه می شود اکثر مواد غذایی محتوی آهن می باشند و لذا یک زن آبستن و سالم به شرطی که غذای کافی و جامعی

معادل ۲۰۰۰ کالری در روز مصرف نماید از راه غذای معمولی روزانه ۱۳ تا ۱۴ میلی گرم آهن وارد بدنش می‌گردد که تقریباً نیمی از این مقدار جذب بدن شده، احتیاجش را برطرف می‌کند و بقیه از راه مدفوع، ادرار، پوست و ضمام پوستی دفع می‌گردد. اما چنانچه به علت کم‌خونی و یا اختلافات دیگر با سنجش هموگلوبین خون معلوم گردد کمبود آهن در کار است؛ باید به طریق دارویی معالجه انجام گیرد، بدین منظور ممکنست قرص آهن به صورت خوارکی تجویز گردد. مثلاً در ۴ یا ۵ ماهه آخر آبستنی روزانه ۳۰ تا ۶۰ میلی گرم آهن به صورت قرص تجویز می‌شود و چنانچه زن آبستن دچار کم‌خونی باشد، معمولاً مقدار آهن را به ۲۰۰ میلی گرم در روز افزایش می‌دهند.

در موارد لزوم آهن را ممکنست با احتیاط به صورت تزریق داخل عضلانی یا وریدی در چند نوبت هر دفعه ۲۰۰ میلی گرم بکار برد.

مصرف زیاده از حد شیر، نشاسته، ذرت و خاک بعضی نقاط مانع جذب آهن می‌شود. به همین علت خانمهایی که در دوران حاملگی عادت به خاک‌خوری دارند، این عمل سبب کم‌خونی آنها می‌گردد.

برعکس مصرف ویتامین ممکنست جذب آهن را زیادتر کند.

مدت حاملگی

بر مبنای قانون «ناجل»^۱ تاریخ تقریبی زایمان را می‌توان با افزودن ۹ ماه و ۷ روز به اولین روز آخرین دوره قاعدگی محاسبه نمود. و به این ترتیب برای

مدت حاملگی ۲۶۶ روز از تخمک گذاری و لقاح به علاوه ۱۴ روز از آخرین دوره قاعدگی تا تخمک گذاری در نظر گرفته شود. این قانون را فقط برای خانمهایی که دارای قاعدگی نسبتاً منظمی با فاصله ۲۸ روز هستند می توان بکار برد. حتی در میان آنها هم فقط با فاصله ۲ هفته صحیح است. تخمک گذاری حدوداً ۱۲ روز قبل از قاعدگی بعدی، بدون در نظر گرفتن فاصله قاعدگیها رخ می دهد.

بکار بردن این قانون در افرادی که دارای قاعدگی منظم نیستند قابلیت پیش بینی خوبی ایجاد نمی کند. اگر علائم تخمک گذاری در این خانمها قابل تشخیص باشد، می توان با افزودن ۸ ماه و ۲۳ روز (یعنی همان ۲۶۶ روز) به آخرین دوره قاعدگی با دقتی برابر قانون ناچل زمان زایمان را محاسبه نمود.

چنانچه حاملگی پس از یک مقاربت مشخص ایجاد شده باشد، زمان محاسبه شده قابل اعتماد است. سایر اطلاعات هم ممکن است مفید باشد، مثلاً چه موقع تست حاملگی برای اولین بار مثبت شده است (معمولاً ۳ هفته یا بیشتر بعد از حاملگی)، چه موقع بیمار برای اولین بار حساسیت پستانها و تهوع را تجربه کرده است (معمولاً ۲ تا ۳ هفته بعد از حاملگی شروع می شود)، چه موقع برای اولین بار صدای قلب جنین شنیده شده است (۸ تا ۱۰ هفته با اولتراسوند، ۱۶ هفته با استتوسکوپ) و چه موقع مادر برای اولین بار حرکت جنین را حس کرده است (۱۶ تا ۱۸ هفتگی).

به وسیله دستگاه اولتراسوند می توان سن جنین را تعیین نموده و سپس میزان ایام باقیمانده را محاسبه کرد و زمان دقیق وضع حمل را مشخص نمود. به طور کلی می توان گفت معمولاً بارداری ۲۸۰ روز یا ۴۰ هفته پس از آخرین قاعدگی می باشد که ۱۰ ماه قمری است.

حاملگی در سنین بلوغ

حاملگی در سنین بلوغ، یک مشکل مهم اجتماعی است. به نظر می‌رسد که طبق آمارهای ممالک غربی، بیشتر از ۹۰ درصد دختران جوان (بین ۱۳ تا ۱۹ سالگی) قبل از اینکه با نحوه جلوگیری از حاملگی آشنا شوند، ازدواج کرده و یا فعالیت جنسی داشته‌اند، حقیقتی که منعکس‌کننده حس انکار آنهاست سندروم «آن برای من اتفاق نمی‌افتد» است. این نوع حاملگی که با توجه به شرایط روحی و جسمی دختر، ناخواسته می‌باشد، دارای اثرات اجتماعی و روحی فراوان بر دختر حامله می‌باشد. اثرات جسمی شامل عادات بد تغذیه‌ای، وابستگی‌های دارویی و کم‌خونی بیماری‌های مختلف است که در اثر عدم تحمل جسمانی دختر ایجاد می‌گردد.

این نوع افراد از لحاظ روحی، روانی، اجتماعی، طبی و مامائی به توجهات خاصی نیازمندند. این خانمها باید به دفعات زیادتری توسط پزشک متخصص ویزیت شوند. این مراقبتها سبب جلوگیری از زایمانهای زودرس و تولد نوزادان کمتر از وزن طبیعی می‌گردند.

به دلیل اینکه جنین به خاطر سوء تغذیه و فشارخون مادر در معرض خطر قرار دارد، مراقبت دقیق از جنین در حین زایمان عاقلانه‌ترین کار است. از طرفی ممکن است که زایمان در این افراد طولانی‌تر شده و یا در یکی از مراحل، متوقف گردد؛ بدین سبب این نوع افراد باید تحت مراقبت شدید پزشکان قرار گرفته و کوچکترین تغییر وضعیتی در آنها جدی تلقی گردد.

حاملگی در افراد مسن

از لحاظ استانداردهای گوناگون، خانم حامله‌ای که سن بیش از ۳۵ سال داشته باشد را مسن تلقی می‌کنند.

در زبان و افکار عامه این گونه شایع شده است که حاملگی در این سنین دارای عوارض خطرناک می‌باشد، در حالی که با شرایط یکسان، نسبت به افراد جوان، بارداری این گونه خانمها دارای خطر بخصوصی نیست، لکن آنچه درصد خطر را بیشتر می‌کند، آسیب‌پذیرتر بودن این افراد نسبت به عوامل بیماریزا می‌باشد و یا اینکه بیماریهای مزمنی که در این خانمها وجود دارد آنها را آسیب‌پذیرتر می‌کند.

به این جهت این خانمها در ایام بارداری احتیاج به مشاوره، جهت تقویت روحیه و اطمینان بخشیدن دارند. در این مشاوره اطلاعات واقعی در مورد خطرات ژنتیکی در اختیار فرد حامله قرار خواهد گرفت.

به عبارت دیگر بیشتر نگرانی‌های این افراد عاقلانه نیست و بیشتر دخالت‌های اطرافیان سبب دلهره و نگرانی می‌گردد.

باید به سابقه نازایی در فرد حامله و اینکه در اثر درمانهای بخصوص، احتمال ایجاد چندقلو وجود دارد، توجه داشت. در برخی از این افراد به علت سابقه بد مامائی تغییراتی در لگن و بدن ایجاد شده است که می‌تواند سبب ایجاد مشکلات بعدی گردد. سقط عاداتی نیز که در برخی خانمها شایع می‌باشد درصد خطر را افزایش می‌دهد.

خانمهای مسنی که دارای بیماریهای قلبی و عروقی و فشارخون بالا، تومورهای خوش خیم رحمی، دیابت قندی و یا بیماریهای بدخیم می‌باشند باید این موارد را به پزشک تذکر دهند تا تحت مراقبتهای ویژه قرار گیرند.

به هر صورت مراقبتهای شدید دوران بارداری سبب می‌گردد که خطرات موجود تقلیل یافته و از طرفی اگر بیماری حادث گردد، در تشخیص به موقع و درمان آن تأخیری ایجاد نشده و از عواقب بدخیم آن جلوگیری گردد.

معمولاً در ۱۰ روز پس از زایمان بهترین موقع برای بستن لوله‌های رحمی و جلوگیری از حاملگی‌های بعدی است.

باکره‌زائی در انسان

در میان برخی جانداران پست مانند انواع کرمها، حشرات و برخی دیگر جانداران، حالتی از لقاح و ایجاد آبستنی وجود دارد که بآن بکرزایی گفته می‌شود. در این حالت جاندار به تنهایی خود را بارور می‌نماید و وجود موجود نر لزومی ندارد. اما هر چه جانداران عالی‌تر می‌گردند، این حالت نیز کاسته شده تا اینکه در انسان اصلاً دیده نشده و وجود ندارد. اما برخی پزشکان با دخترانی روبرو شده‌اند که باردار می‌باشند، یعنی با وجود آنکه پردهٔ بکارت کاملاً سالم و دست‌نخورده است اما دختر حامله شده است.

در بعضی از عقاید قدیمی‌ها شاید این کلام بگوش بخورد که فلان دختر از آب حمام حامله شده است و نظر آنان بدین ترتیب توجیه می‌شود که در محیط حمام اسپرم مرد ریخته شده است و دختر نیز ناخواسته با آن اسپرم تماس داشته، بنابراین اسپرم خود را بدرون رحم دختر رسانده و او را باردار کرده است.

در حالیکه اسپرم موجود بسیار حساس است و اگر مقداری شرایط محیط از لحاظ دما، رطوبت و غذا و غیره بهم بخورد از بین می‌رود و در محیطی غیر از محیط بدن کمتر از نیم ساعت نمی‌تواند حیات داشته باشد. پس قضیه چیست؟

به گفته متخصصان و صاحب‌نظران این حالت که دختری حامله شود ممکن نخواهد بود مگر آنکه اسپرم مرد، با مقدار زیاد و کافی در دهانه مهبل ریخته شود و بعبارت دیگر چنین دختری قبلاً سابقه رابطه جنسی خارجی داشته است و در اثر بوسه‌های جنسی و تماس دستگاه تناسلی مرد با دستگاه تناسلی دختر، بدون آنکه دخولی صورت گیرد، با آزاد ساختن اسپرم در دهانه مهبل و آمادگی رحم دختر، اسپرمها از پرده بکارت عبور کرده و سریعاً خود را به تخمک رسانده‌اند.

البته در انواع پرده بکارت نوعی از پرده را نام بردیم که در اثر دخول آسیب ندیده و فقط در اثر زایمان از بین می‌رود و در این صورت نیز حاملگی با وجود پرده بکارت ایجاد می‌شود.

فصل هفتم

پس از تولد

رژیم مادر در زمان شیر دادن

به طور طبیعی مقدار و ترکیب شیر از یک زن تا زن دیگر بسیار متفاوت است؛ ولی هر زنی که مایل است فرزند خود را از پستان خود شیر بدهد باید هم در زمان آبستنی و هم پس از زایمان به برنامه غذایی خود توجه کامل نماید. همچنین برای تأمین بهداشت پستان لازم است در چند روز اول پس از زایمان به طور صحیح به دوشیدن شیر پستان اقدام کند. زیرا جمع شدن شیر در پستان یکی از شرایط ایجاد آبسه پستان را فراهم نموده، ممکنست دمل پستان به وجود آید. از طرف دیگر تخلیه و دوشیدن شیر پستان در روزهای اول موجب باز شدن مجاری شیری و سوراخهای نوک پستان می‌گردد که این خود در ازدیاد فعالیت پستان و تولید شیر بیشتر مؤثر است.

ضمناً چون خوردن مایعات، شربت آلات، آب میوه‌ها و مخصوصاً شیر گاو باعث افزایش شیر پستان می‌شوند باید زن شیرده از این قبیل نوشابه‌ها زیادتر مصرف نماید.

غذای زن شیرده باید از نظر پروتئین، چربی، قند، ویتامین‌ها (به ویژه ویتامین D) و مواد معدنی (مخصوصاً کلسیم) غنی باشد تا اولاً مقدار شیر

مادر کافی شود و ثانیاً ترکیب شیر پستان از نظر مواد غذایی نیز مناسب و ایده آل گردد.

به طور کلی هر زن شیرده باید مقدار غذای خود را نسبت به زمان آبستنی افزایش دهد تا شیر او کافی بوده و سلامتی خودش نیز تأمین گردد.

تغذیه در زمان کودکی

مسائل مربوط به تغذیه در کشورهای عقب افتاده با کشورهای پیشرفته کاملاً متفاوت است. زیرا در کشورهای فقیر آنقدر مواد غذایی کم است که مردم از گرسنگی می میرند و در کشورهای ثروتمند مردم از پرخوری در عذابند. بدین جهت برای اجتماعات و کشورهای مختلف نمی توان یک برنامه کلی ارائه نمود، بلکه فقط کافی است اشاره کنیم چه موادی برای تغذیه کودک طبیعی لازم است و چه موادی مضر می باشد.

مواد غذایی مورد لزوم کودک در اوائل عمر

کودکی که تازه متولد شده باید غذای کافی به او داده شود و تمام شرایط لازم برای بزرگ شدن و رشد او فراهم گردد. و چون سطح بدن نوزاد نسبت به وزنش زیادتر است دائماً از راه پوست مقدار زیادی گرما و آب از دست می دهد. لذا حفظ حرارت بدن نوزاد و تأمین آب بدن او از مسائل بسیار مهم است. اما برای رشد سریع بدن و رشد استخوانهای کودک تمام مواد غذایی به ویژه آهن، کلسیم، مس، ویتامین A, D مورد احتیاج است. و چون کودک در اوائل عمر دندان ندارد بهترین غذایی که تقریباً تمام مواد لازم را در بردارد شیر مادر است.

در

مقدار کالری مورد لزوم شیرخواران

به طور کلی کودک شیرخواری که آرام و متین باشد در ماههای اول عمر به ازاء هر یک کیلوگرم وزن بدن خود روزانه غذائی احتیاج دارد که ۷۰ کالری انرژی تولید کند. ولی نکته جالب این است که اگر کودکی زیاد گریه و فریاد می‌کند به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن خود ۱۳۰ کالری و حتی بیشتر احتیاج دارد. لذا به این قبیل کودکان باید شیر بیشتری داده شود. باید دانست ۱۰۰ گرم شیر معادل ۶۴ کالری قدرت انرژی زائی دارد. (۱۰۰ گرم نان ۲۹۶ کالری، ۱۰۰ گرم تخم مرغ ۱۴۲ کالری، ۱۰۰ گرم گوشت ۱۷۲ کالری، ۱۰۰ گرم ماهی ۶۵ کالری، ۱۰۰ گرم پنیر ۴۱۷ کالری، ۱۰۰ گرم گوجه فرنگی ۸۴ کالری و ۱۰۰ گرم گلابی ۲۸ کالری ارزش انرژی زائی دارد).

مقدار پروتئین مورد احتیاج شیرخواران

حداقل ۱۵ درصد از مجموع کالری مورد احتیاج کودک باید به وسیله پروتئین تأمین گردد و چنانچه این مقدار تا ۲۵ درصد افزایش داده شود افراط نخواهد شد. مقداری از این ۲۵ درصد پروتئین ممکن است از نوع پروتئین سبزیجات انتخاب شود.

چربی در غذای شیرخواران

قدر مسلم این است که اسیدهای چرب ضروری (اشباع نشده) برای بدن

کودک لازم است؛ زیرا دانشمندان عده‌ای از کودکان را تا ۲ سالگی منارل عمر، غذای بدون چربی خورانده ملاحظه کردند کودکان دچار ناراحتیهای زیر می‌شوند:

- ۱ — راشی تیسیم (نرمی استخوان).
- ۲ — عفونت و زخمهای پوستی.
- ۳ — اگزما (بیماری پوستی خارش دار).
- ۴ — پوسته پوسته شدن و جدا شدن پوست بدن.
- ۵ — بعضی از کودکان رشدشان متوقف شده، کمبود وزن پیدا می‌کنند.

قند در غذای شیرخواران

به طور معمول قسمت اعظم غذای شیرخواران را مواد قندی تشکیل می‌دهد. بدین جهت دانشمندان پیشنهاد کرده‌اند تقریباً نیمی از کالری مورد احتیاج شیرخواران باید توسط مواد قندی تأمین گردد.

مواد معدنی در غذای شیرخواران

یک کودک ۵/۵ کیلوگرمی در هر شبانه روز معمولاً حدود ۸۰۰ سانتیمتر مکعب شیر از پستان مادر می‌نوشد. مواد معدنی که توسط این مقدار شیر در هر شبانه روز به بدن کودک می‌رسد عبارتند از: سدیم ۱۲۰ میلی‌گرم، پتاسیم ۴۲۰ میلی‌گرم، کلسیم ۲۵۰ میلی‌گرم، منیزیم ۳۰ میلی‌گرم، کلر ۳۳۰ میلی‌گرم و فسفر ۲۰۰ میلی‌گرم.

این مقدار مواد معدنی معمولاً برای بدن یک کودک طبیعی کافی است. فقط چون هم شیر مادر و هم شیر گاو از لحاظ مقدار آهن فقیر می‌باشند

(۰/۰۰۰۲۱ درصد) کودکانی که فقط با شیر تغذیه می‌کنند ممکنست دچار کمبود آهن شوند. زیرا کودک به ازاء هر کیلوگرم وزن بدنش در هر شبانه‌روز احتیاج به ۱ میلی گرم آهن دارد؛ بنابراین کمبود آهن را در مواقع لزوم می‌توان با خوراندن کمی زرده تخم مرغ، یا کمی خوراک محتوی آرد غلات، و حبوبات تأمین نمود.

مواد معدنی دیگر از قبیل مس، منگنز، کبالت، روی، سلنیوم و غیره اگر چه برای بدن کودک لازم است ولی مقدارش هنوز تعیین نشده است.

فقط اخیراً درباره فلوراید اظهار نظر کرده‌اند که اگر آب آشامیدنی یک شهر یا روستا به مقدار بین ۱ تا ۱/۵ PPM فلوراید داشته باشد کاملاً مطلوب است و اگر از ۱ PPM فلوراید کمتر داشته باشد پوسیدگی دندان بروز می‌کند و چنانچه آب آشامیدنی از ۱/۵ PPM فلوراید بیشتر داشته باشد موجب بدرنگی مینا و شکنندگی مینای دندان می‌شود.

ویتامین‌های مورد احتیاج شیرخواران

کودکان شیرخوار توسط غذای روزانه خود باید ویتامینهای زیر را در هر ۲۴ ساعت دریافت دارند:

ویتامین A ۱۵۰۰ واحد بین‌المللی، ویتامین C ۲۵ تا ۳۵ میلی گرم،
 ویتامین D ۴۰۰ واحد بین‌المللی، ویتامین B_۱ ۰/۲۰ میلی گرم،
 ویتامین B_۲ ۰/۵۰ میلی گرم، ویتامین B_۶ ۰/۵۰ میلی گرم.

تذکره: ۱ - ویتامین‌های فوق معمولاً در شیر به مقدار کافی وجود دارد ولی ویتامینهای دیگر نیز اگر چه برای بدن کودک لازمند ولی مقدارش هنوز تعیین نشده است.

- ۲ - چون در ضمن جوشانیدن شیر گاو مقدار ویتامین C کاهش می یابد باید مادرانی که فرزند خود را با شیر گاو غذا می دهند با دادن مقداری آب پرتقال یا آب گوجه فرنگی و امثال آن این کمبود را برطرف نمایند.
- ۳ - کمبود ویتامین A هنگامی برای کودک پیش می آید که مدتها با شیر بی چربی (اسکیم) تغذیه شود.
- ۴ - کمبود ویتامین E در بعضی کودکان نارس که مدفوع چرب^۱ دارند دیده می شود. به عکس در کودکانی که برای تأمین آهن با غذای مصنوعی تغذیه می کنند چون این غذاها معمولاً مقداری هم ویتامین E دارند ممکنست دچار عوارضی ناشی از زیاده ویتامین E (کم خونی، ورم، ریتکولوسیتوزیس، و...) گردند.
- ۵ - در کودکانی که دچار سوءتغذیه باشند یا بیماری کبد- روده داشته باشند یا مدتها از راه دهان آنتی بیوتیک مصرف کرده باشند کمبود ویتامین K و گاهی خونریزی رخ می دهد.
- ۶ - توصیه شده است برای جلوگیری از خونریزیهای احتمالی در نوزادان، پس از تولد فقط یک مرتبه به مقدار ۲ میلی گرم ویتامین K به نوزاد داده شود.

آب مورد لزوم شیرخواران

آب یکی از مهمترین موادی است که اطفال به آن بیش از بالغین احتیاج دارند. زیرا مقدار آبی که کودکان از کلیه (توسط ادرار) و از پوست (به شکل عرق) از دست می دهند به مراتب بیش از افراد بالغ است. به خصوص اگر دچار اسهال و استفراغ هم شده باشند این دفع آب از بدن کودک به مراتب شدید گشته و بسیار زود ممکنست دچار کمبود آب گردند که فوق العاده خطرناک است. به طور متوسط، در آب و هوای معتدل کودکان روزانه در ازاء

هر کیلوگرم وزن بدن خود ۷۵ سانتیمتر مکعب آب احتیاج دارند ولی در مناطق گرمسیری به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن کودک در ۲۴ ساعت ۱۷۵ سانتیمتر مکعب یا بیشتر آب باید به بدن کودک برسد. بنابراین بسیار اتفاق می افتد که طفل شیرخوار به علت تشنگی گریه و فریاد می کند و چنانچه کمی آب به او داده شود گریه و ناراحتی او تمام شده به خواب راحت فرو می رود.

تغذیه کودک از پستان مادر

بسیاری از دانشمندان معتقدند که تغذیه کودک از پستان مادر به دو جهت حائز اهمیت است:

۱ — از نظر سلامت روحی مادر.

۲ — از نظر سلامت روحی و جسمی کودک.

اما چنانچه به عللی مقدور نباشد کودک را با شیر مادر تغذیه نمایند، تغذیه با شیر مصنوعی در حالی می تواند مطمئن باشد که تمام شرائط بهداشتی و اصول علمی پرستاری صددرصد رعایت شود. در غیر این صورت نتایج بسیار بدی به بار خواهد آورد.

تذکره: بیماری سل از طریق جفت مادر به کودک سرایت نمی کند. فقط در موردی که کودک، شیر از پستان مادر بنوشد ممکن است میکروب سل از راه شیر به او منتقل شود. بنابراین لازم است بلافاصله پس از تولد، کودک را از مادر مسلول جدا کنند.

تغذیه کودک با شیر گاو

در این مورد سه مسئله را باید در نظر گرفت:

- ۱ - وجود میکروبهای مضر در شیر گاو.
 - ۲ - مشکلاتی که از نظر دیر هضم بودن شیر گاو وجود دارد.
 - ۳ - کافی بودن مواد غذایی شیر گاو.
- ۱ و ۲ - مسئله اول و دوم با جوشانیدن شیر گاو حل می شود. زیرا اگر شیر را به مدت ۴ تا ۵ دقیقه بجوشانند (در حرارت ۱۰۰ درجه) میکروبهای عادی آن از بین خواهد رفت. ضمناً با عمل جوشانیدن، هضم شیر آسان تر می شود. اما دانشمندان اظهار نظر کرده اند که عمل پاستوریزه کردن شیر به خوبی مثل جوشانیدن در آسان کردن عمل هضم شیر مؤثر نیست. لذا چنانچه شیر پاستوریزه را هم بجوشانند هضمش آسانتر خواهد شد.
- ۳ - در مورد کافی بودن مواد غذایی شیر گاو برای کودک با مقایسه با شیر مادر اختلافات زیر وجود دارد:
- الف - پروتئین (کازئین) شیر گاو بیشتر از شیر مادر است.
 - ب - بعضی مواد معدنی شیر گاو ۳ تا ۵ مرتبه بیش از شیر مادر است.
 - ج - بیشتر ویتامینها در شیر گاو بیش از شیر مادر است، بجز ویتامین D و PP و C و B_۷.
 - د - اسیدهای چرب ضروری (اشباع نشده) در شیر گاو کمتر از شیر مادر است.
 - ه - قند (لاکتوز) در شیر گاو کمتر از شیر مادر است.
- بنابر این شیر گاو نسبت به شیر مادر دیر هضم تر است (به علت پروتئین بیشتر و مواد معدنی بیشتری که دارد). همچنین به علت پروتئین بیشتری که دارد اطفالی که با شیر گاو تغذیه می شوند احتیاج بیشتری به آب داشته، زود به زود تشنه می شوند و این قبیل کودکان در مقابل کم آبی بدن (دهیدراتاسیون) حساستر می باشند. به همین جهت در علم پرستاری توصیه می شود که مخصوصاً در روزهای اول نکات زیر رعایت شود:

- ۱ — با جوشانیدن شیر هضم آن را آسان نمایند.
- ۲ — چنانچه مقدار کمی آب به شیر گاو اضافه نمایند سبب می شود که نسبت پروتئین آن کاسته شده هضمش آسانتر گردد و از طرف دیگر کمبود آب و تشنگی برای کودک پیش نمی آید.
- ۳ — مخصوصاً در روزهای اول برای اینکه کودک بتواند سنگینی شیر گاو را بهتر تحمل نماید تغذیه با شیر رقیق شده را از مقدار بسیار کم شروع نموده در فاصله چند روز تدریجاً بر مقدار آن بیفزایند.

تغذیه اطفال نارس

امروزه ثابت شده است که صرفنظر از شرایط محیط زیست و شرایط خانوادگی، چنانچه زنان به هنگام آبستنی دچار بیماریهای تب دار (عفونی) شوند و یا فقر غذایی داشته باشند فرزندی که می زایند کوچکتر از طبیعی و گاهی نارس می باشد. به اطفالی که در هنگام تولد وزن بدنشان ۲۵۰۰ گرم یا کمتر باشد نارس اطلاق می شود. تغذیه این قبیل کودکان مشکلات ویژه ای دارد که در زیر متذکر می شویم:

- ۱ — کودکان نارس کالری بیشتری احتیاج دارند (برای هر کیلوگرم وزن بدنشان ۱۲۵ کالری لازم دارند).
- ۲ — چربی را سخت تر هضم می کنند.
- ۳ — ویتامین C بیشتر از اطفال طبیعی احتیاج دارند.
- ۴ — اطفال خیلی سبک، چربی بدنشان بسیار کم است لذا باید در زمستان محیط زیست آنها را گرم نگاه داشت.

ناسازگاری و حساسیت (آلرژی) کودکان نسبت به غذا

۱ - حساسیت نسبت به شیر مادر اگرچه بسیار کم است ولی به ندرت اتفاق می افتد که طفلی نسبت به هضم پروتئین شیر مادر حساسیت نشان می دهد. در این موارد معمولاً عکس العمل کودک زیاد شدید نیست.

۲ - بعضی از کودکان نسبت به پروتئین شیر گاو (معمولاً لاکتالبومین) علائمی خاصی را نشان می دهند. به طوری که با خوردن یک قطره شیر گاو ممکن است دچار کهیر، آسم، اسهال و استفراغ شدید، درد شکم و شوک گردیده و به ندرت ممکنست منجر به مرگ طفل گردد. این قبیل کودکان معمولاً شیر بز را به خوبی تحمل می کنند. مع الوصف چنانچه نسبت به این شیر هم حساسیت نشان بدهند باید با رژیم بدون شیر (لوبیا ژاپنی یا گوشت...) تغذیه شوند.

نکته قابل توجه این است که حساسیت این قبیل کودکان برای همیشه پایدار نیست و چنانچه آهسته آهسته و خیلی به تدریج (در خلال یک یا چند سال) کم کم شیر به آنها خورانده شود این حساسیت برطرف خواهد شد.

۲ - درجات خفیف تر حساسیت نزد بعضی از کودکان نسبت به شیر، تخم مرغ، گندم، و پروتئین های دیگر دیده می شود. علائم این قبیل حساسیت گاهی به صورت ناراحتیهای معدی - روده ای (اسهال) است و زمانی به صورت واکنشهای پوستی (کهیر = خارش و قرمزی پوست) جلوه می کند.

۳ - بعضی از کودکان نسبت به گلوتن گندم حساسیت (آلرژی) نشان می دهند (بیماری سلیاک).

مسائلی در مورد تغذیه کودکان مسن تر

این مسائل بیشتر منشاء روانشناسی دارد. مثلاً بی‌اشتهایی که تقریباً بین پنج‌ده درصد کودکان شایع است، یکی از مشکلات خانوادگی است. از طرفی به اجبار غذا دادن به کودکان خود باعث بی‌اشتهایی و حتی موجب استفراغ غذا می‌شود که این استفراغ منشاء روانشناسی دارد. زیرا عقیده افراد خانواده در باره نوع غذا و طرز تهیه آن به هیچوجه با تمایلات کودک مطابقت ندارد. نکته مهم و قابل توجه این است که غالباً کودکان از اصرار والدین برای خوردن غذا بهره‌برداریهایی روانی می‌کنند و لذت می‌برند از اینکه مورد توجه والدین قرار بگیرند و آنها را نگران وضع خود نگاهدارند و در مقابل خوردن غذا امتیازاتی از والدین بدست آورند. در این موارد معمولاً معالجه بسیار ساده است. فقط گاهی در خانواده‌هایی که والدین عقاید مخصوص به خود دارند حل مسئله مشکل می‌شود.

به طور کلی در مقابل کودکان فوق‌الذکر باید یک غذای متعادل پروتئین‌دار در اختیار بچه گذاشت و او را تشویق نمود که پس از خوردن آن غذا، شیرینی مورد علاقه او را به او بخواهند داد. چنانچه آن غذا را تناول ننمود باید به آرامی و بدون گفتگو غذا را برداشته و دیگر به او نشان ندهند تا کودک خودش غذا بطلبد. آن وقت همان برنامه تکرار شود. بعضی از بچه‌های سرسخت ممکن است تا ۳ روز از خوردن غذا خودداری کنند ولی بیشتر کودکان به زودی گرسنه شده و غذائی را که قبلاً میل نداشتند اکنون با اشتها و حتی ولع زیاد می‌خورند. باید دانست اشتهای اطفال به نوع غذا خود یک راهنمای خوبی برای نیازهای غذائی آنهاست و لذا به مادران توصیه می‌شود تا حدی که برای کودک مضر نیست در تهیه غذا تمایلات او را دخالت دهند.

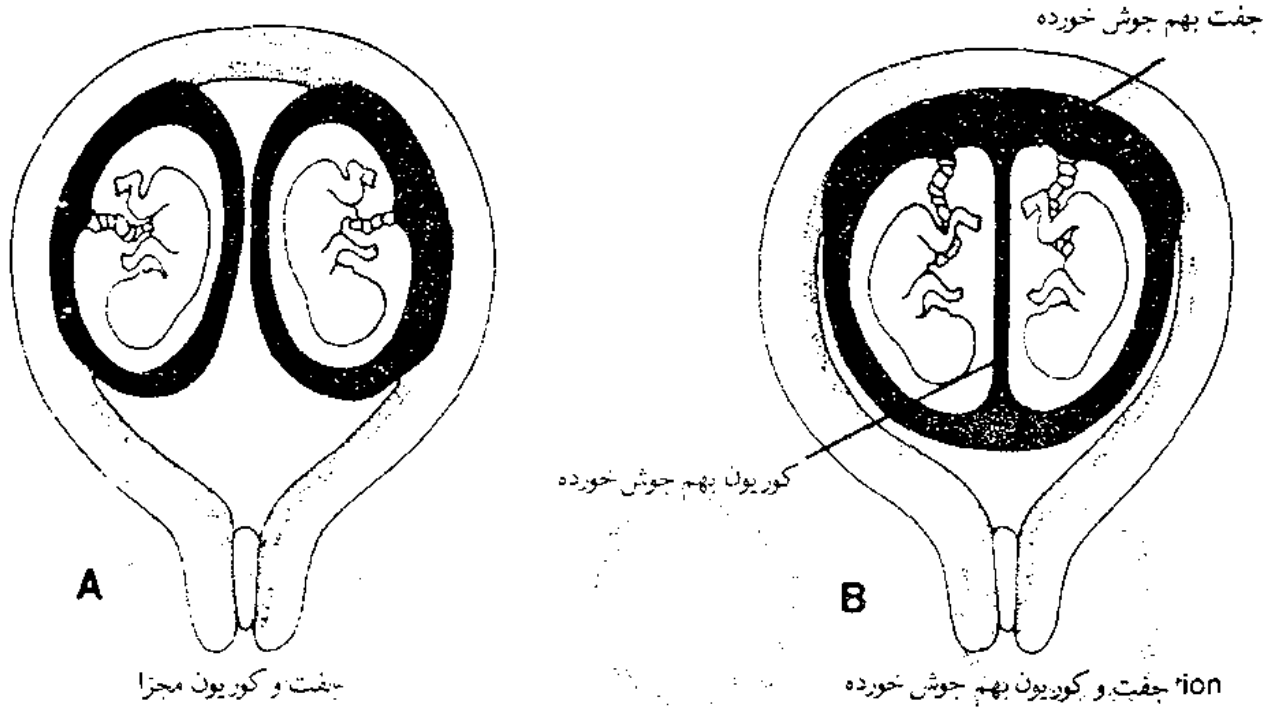
ویار Pica خوردن خاک، گل و گیج و مواد غیرقابل خوردن معمولاً یک موضوع استثنائی و نادر می باشد، اما گاهی مشکل مهمی را تشکیل می دهد. علت این مسئله هنوز به خوبی معلوم نشده است ولی بعضی از دانشمندان معتقدند که عادت مزبور مربوط به کمبود عده ای مواد در بدن است، زیرا این موضوع در برخی از حیوانات مورد تأیید قرار گرفته است. اما دسته دیگر از دانشمندان اظهار نظر کرده اند که عادت خاک خوری در بین مردم شهرنشین معمولاً مربوط به محرومیت های روانی است.

به هر حال این مسئله هنگامی خطرناک و بسیار جدی می شود که بیمار به خوردن کاغذ دیواری، رنگ و امثال آن می پردازد. چون این قبیل مواد مخلوط با سرب هستند، ممکن است ایجاد مسمومیت کشنده بنمایند. متأسفانه باید اذعان نمود که ترک عادت چنین بیمارانی بسیار مشکل و مستلزم زحمت و مراقبت زیاد است.

دوقلوها

در هر دوره از عادت ماهیانه، یک تخمک به داخل رحم آزاد می گردد. اگر اسپرمی با این تخمک برخورد نماید، عمل لقاح انجام شده و تخم تشکیل می گردد و سپس تخم حاصله، تبدیل به رویان و جنین خواهد شد.

اما بعضی اوقات به دلائلی، بیش از یک جنین ایجاد خواهد شد که سبب ایجاد دو یا چندقلو می گردد. دوقلوها ممکن است دوتخمی باشند، یعنی به جای آنکه در یک دوره، یک تخمک آزاد شده باشد، دو تخمک به داخل رحم رها شده باشند و در اثر برخورد اسپرمها با آنان، هر دو تخمک بارور شده و تشکیل تخم می دهند. این نوع دوقلوهای دوتخمی مانند دو برادر و خواهر عادی خواهند بود، یعنی نه شباهت خاصی به یکدیگر دارند و نه لزومی دارد

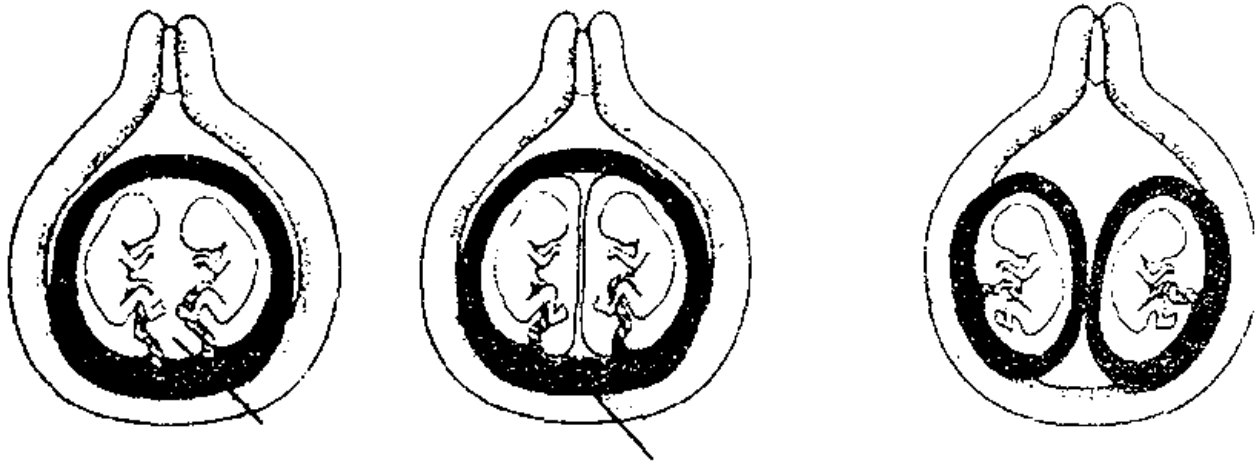


نحوه قرارگیری دوقلوهای دوتخمی در رحم مادر

که جنسیت آنها یکی باشد. حتی هنگامی که یک زن سفیدپوست با یک مرد سیاه‌پوست در آمریکا ازدواج کرده بودند و صاحب دو فرزند دوقلو شدند، با کمال تعجب دیده شد که یکی از آنها سفید و بچه دیگر سیاه‌پوست بود. درصد شیوع این نوع دوقلوها با افزایش سن زیاد شده و بیشترین مقدار را در مادران ۳۹ تا ۴۰ ساله دارا می‌باشد. داشتن این استعداد در زنان معمولاً ارثی می‌باشد.

یکی دیگر از حالاتی که وجود دارد، دوقلوهایی هستند که از یک تخم به وجود می‌آیند. یعنی در اصل یک تخمک از تخمدان آزاد شده است و یک اسپرم نیز آنرا بارور نموده، ولی در اولین مرحله که تخم تقسیم خود را شروع کرده است، دو سلول ایجاد شده از تخم، به صورتی مجزا شروع به ایجاد

جنینهایی مستقل نموده‌اند. در این صورت بچه‌هایی که بوجود می‌آیند، دارای چهره‌هایی کاملاً مشابه، خصوصیات اخلاقی و هوشی یکسان، جنس مشابه و حتی برخی ارتباطات روحی نیز می‌باشند. به این نوع دوقلوها، دوقلوهای تک تخمی یا دوقلوهای مشابه گفته می‌شود.



حفره آمنیونی مشترک

جفت مشترک

جفت و آمنیون مجزا

۱-

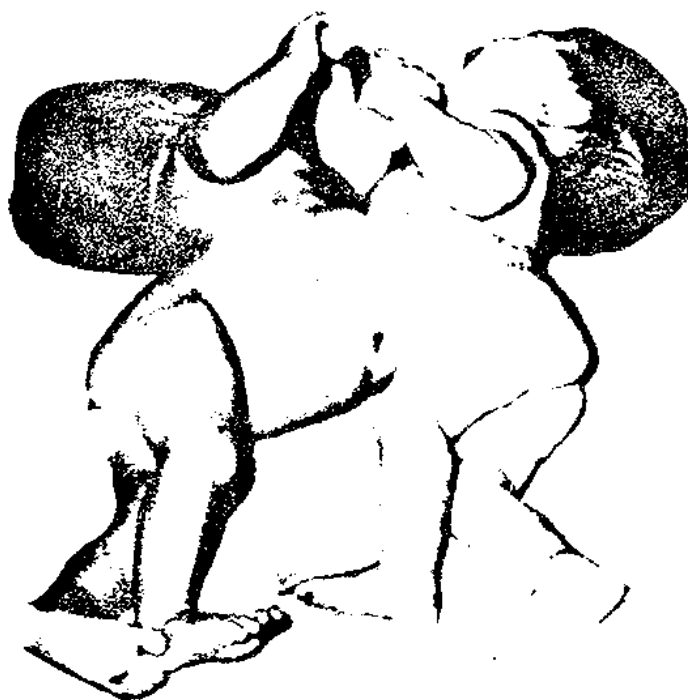
ترسیم شمائی نحوه فرارگیری جنین‌های تک تخمی در رحم مادر.

درصد شیوع این نوع دوقلوها ربطی به سن مادر نداشته و ارثی نیز نمی‌باشد.

فصل هشتم

ناهنجاریهای مادرزادی و علل آنها

ناهنجاریهای مادرزادی به عنوان «نواقص ساختمانی آشکار» موجود در موقع تولد تعریف شده است.



در عکس چپ دوقلوی بهم چسبیده‌ای دیده می‌شود که پس از چهار سال جدا شدن در سمت راست دیده می‌شود.



ارقام مربوط به میزان وقوع این ناهنجاریها بسیار متفاوت است. آمار فوق تحت تأثیر مسائل زیادی قرار می‌گیرد از قبیل: اختلاف در شیوع ناهنجاری در کشورها و ملل مختلف و انواعی که ناهنجاری تلقی می‌شوند و نیز مسئله نژاد. به طور خلاصه، احتمال دارد که ۲ تا ۳ درصد تمام نوزادان زنده به دنیا آمده، به هنگام تولد دارای ناهنجاری مادرزادی واضح باشند و اینکه در پایان نخستین سال زندگی این رقم دو برابر می‌شود، یعنی میزان این ناهنجاریها به ۴ تا ۶ درصد می‌رسد، به علت آن است که عده‌ای از ناهنجاریها که در هنگام زایمان قابل تشخیص نیست، آشکار می‌شوند.

عوامل مختلفی در وقوع این ناهنجاریها دخالت دارند که عبارتند از عوامل محیطی که شامل عوامل: عفونی، پرتوتابی، شیمیایی، هورمونی، کمبود تغذیه‌ای و هیپوکسی می‌باشد. عوامل کروموزومی و ژنتیکی نیز از علل دیگر است که به تدریج به شرح مختصر هر یک خواهیم پرداخت.

۱ - عوامل عفونی:

الف) سرخجه یا روبلا^۱:

بر طبق تحقیقات دانشمندان به خوبی مشخص شده است که ویروس سرخجه می‌تواند سبب ناهنجاری‌های چشم (آب مروارید و کوچکی چشم)، گوش داخلی (کری مادرزادی)، قلب (باقی ماندن مجرای شریان^۲، همینطور نقص دیواره‌ای دهلیزی و بطنی^۳) و در برخی موارد لایه مینای دندان گردد. ناهنجاریهای مغزی، عقب ماندگی رشد و آسیب‌های میوکاردی و عروقی نیز به آن نسبت داده می‌شود.

1 - Rubella or German measles

2 - P. D. A.

3 - I. V. D.

(ب) ویروس سائتومگال^۱

مادرانی که دچار عفونت با این ویروس شده باشند سبب میکروسفالی (کوچکی جمجمه)، آهکی شدن مغز، کوری، بزرگی طحال و کبد و خونریزیهای نقطه ای پوستی جنین و نوزادان می‌گردد. اگر بچه زنده بماند دچار مننگوانسفالیت و عقب ماندگی عقلی می‌گردد.

(ج) ویروس تب خال ساده^۲

این عفونت درون رحم جنین را دچار نکرده و فقط در هنگام زایمان در اثر تماس با بدن مادر، این ویروس به داخل بدن نوزاد منتقل می‌گردد و سبب ناهنجاریهایی می‌گردد که عبارتند از: میکروسفالی، میکروفتالمی (کوچکی چشم) دیسپلازی (عدم تشکیل) شبکیه، بزرگی کبد و طحال و عقب ماندگی عقلی.

(د) سایر عفونتهای ویروسی:

بیماریهای ویروسی دیگر مانند سرخک، بنا گوشک، فلج اطفال، هیپاتیت، آبله مرغان و انفلوآنزا به علت گرمایی که در بدن ایجاد می‌کنند (هیپرترمی) و خاصیت تب‌زایی که دارند سبب آسیب به جنین می‌گردند. به خصوص اگر این حالت در روزهای ۲۵ الی ۲۷ حاملگی باشد یعنی در نزدیکی پایان اولین ماه، که هنگام بسته شدن چین عصبی جنین است، سبب عدم تشکیل مغز و اناسفالی و مرگ جنین می‌گردد.

(ه) توکسوپلاسموز^۳:

عفونت مادری ناشی از این انگل سبب آهکی شدن مغز، هیدروسفالی



کودک اناسفال

(آب آوردن مغز) یا عقب ماندگی عقلی و نواقص چشمی می‌گردد.

(و سیفیلیس:

اگر مادری دچار سیفیلیس باشد سبب کوری و عقب ماندگی عقلی، ضایعات ریه و کبد و فیروز منتشر جنین می‌گردد.

۲ - پرتوتابی

از سالها قبل و از گذشته‌ها اثر آسیب‌رسانی پرتوتابی با اشعه ایکس شناخته شده بود، و می‌دانستند که نقایصی چون کوچکی جمجمه (میکروسفالی)، اسپاینایفیدا (شکاف ستون فقرات)، کوری، کام‌شکری و نقایص اندامها در اثر پرتوهای مذکور ایجاد می‌گردد.

مطالعه فرزندان زنان باردار ژاپنی که در زمان انفجار بمب اتمی در هیروشیما و ناگازاکی بوده‌اند، نشان داد که در میان آن عده که جان سالم

بدر برده بودند، ۲۸٪ سقط کرده‌اند، ۲۵٪ کودکانی بدنیا آورده‌اند که در سال اول زندگی فوت نموده‌اند و ۲۵٪ کودکانی زنده مانده دارای ناهنجاریهایی در دستگاه عصبی مرکزی، نظیر میکروسفالی و عقب ماندگی عقلی بوده‌اند. واقعه انفجار نیروگاه چرنوبیل در شوروی نیز مثال دیگری از پرتوتابی و تأثیر بر محیط می باشد.

۳ - عوامل شیمیایی

اندازه گیری نقش عوامل شیمیایی، بخصوص داروها در انسان مشکل است. زیرا طبق مطالعات سازمان تحقیقاتی بهداشتی امریکا، در میان زنان باردار حدود ۹۰۰ نوع داروهای مختلف، با حد متوسط چهار نوع دارو برای هر زن باردار مصرف می‌گردد. تنها ۲۰ درصد زنان باردار از دارو استفاده نکرده‌اند. ولی اثر برخی داروها که شناخته شده‌اند عبارتند از:

تالیدامید^۱: نقایص ایجادشده در اثر استفاده مادران از این قرص بسیار وحشت آور بود. ناهنجاریهای قلبی، اشکالات تشکیل روده ای و نقص آشکار در ایجاد استخوانهای بلند از علائم آن بود. در اثر این دارو اندامها کوچک شده و گاهی اوقات تشکیل نمی شدند. یعنی نوزاد دارای دست و پا نبود. به علت چنین عوارض خطرناکی این دارو از بازار جمع شد.

آمینوپترین^۱: این دارو که آنتاگونیست اسید فولیک است و جهت مداوای زنان باردار مبتلا به سل بکار می رفت سبب نقایصی چون انانسفالی (عدم تشکیل مغز)، مننگوسل، هیدروسفالی و لب شکری و کام شکری می شد.

دی فنیل هیدانتوئین (فنی توئین)^۲: که در زنان باردار مبتلا به صرع بکار

1 - Thallidomide

1 - Aminopterin

2 - Phenytoin



ناهنجاری اندام که در اثر عوامل دارویی و شیمیایی مثل تالیدامید ایجاد شده است که در اثر آن یک اندام بطور کامل یا ناقص وجود ندارد (آملیا، مروملیا).

می رفت سبب ناهنجاریهایی مثل آنومالیهای قلبی، شکافهای صورتی، میکروسفالی، هیپوپلازی (کمی رشد) ناخن و انگشتان و آنومالیهای رشدی و نارسایی عقلی می گردد.

تری متادیون^۳: این دارو که در صرعهای خفیف بکار برده می شود، سبب تغییر شکل گوشها، نقایص قلبی و استخوانبندی، کام شکری و آنومالیهای ادراری تناسلی و عقب ماندگی فیزیکی و عقلی نیز می گردد. سایر داروهایی که سبب عوارض می شوند به همراه ناهنجاریهایی که ایجاد می کنند عبارتند از پروپیل تیویوراسیل و یدورپتاس (گواترو عقب ماندگی عقلی).

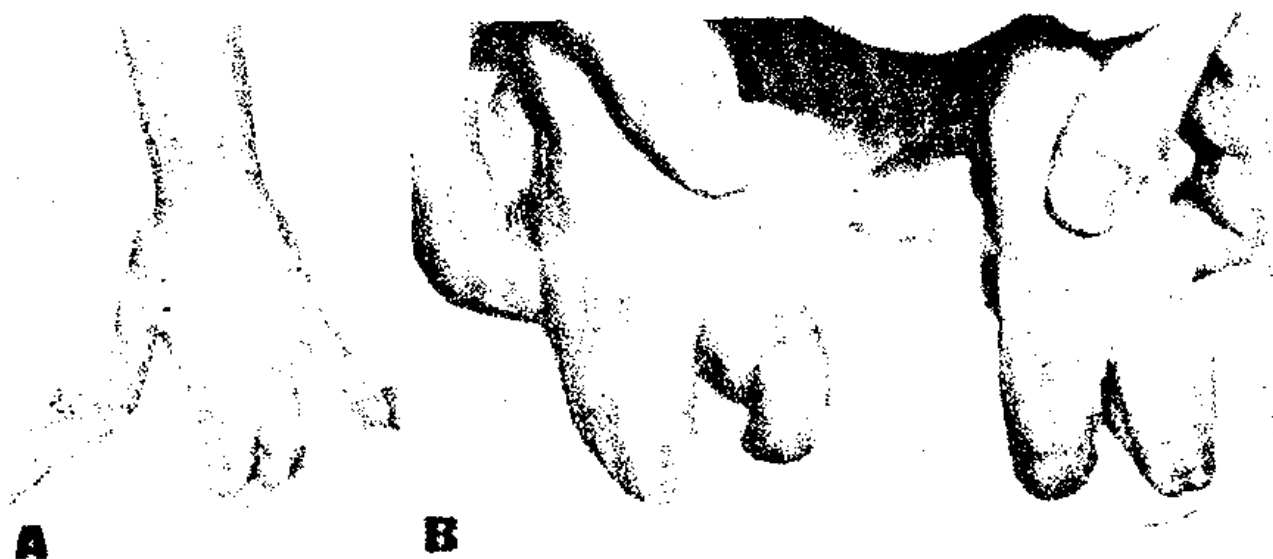
سولفامیدها: کرن ایکروس.

داروهای ضد افسردگی ایمی پرامین: تغییر شکل اندامها.

استرپتومیسین: کری.

آمفتامین: ناهنجاریهای قلبی عروقی و شکافهای دهانی.

کنین: کری.



تصویر سمت راست، دست پنجه خرچنگی را نشان می دهد.

تصویر سمت چپ بهم چسبیدگی انگشتان یا سینداکتیلی را نشان می دهد.

داروهای ضد انعقادی وارفارین: کندرو دیسپلازی و میکروسفالی.
 الکل نوشی مادر: مدارک قاطعی وجود دارد که سندرم الکلی جنینی در اثر
 استفاده الکل توسط مادر، در دوران بارداری ایجاد می‌گردد. این نقایص شامل
 ناهنجاریهای جمجمه‌ای صورتی، کوتاهی شیار پلکی، هیپوپلازی آرواره،
 تغییر شکل اندامها و وضعیت و حرکت مفاصل، نقایص قلبی عروقی نظیر
 ناهنجاریهای دیواره بطنی به همراه عقب ماندگی عقلی و نارسایی رشد،
 می‌باشد.



تصویر کودکان مبتلا به سندرم الکلی. در سمت چپ مورد شدیدتر بیماری دیده می‌شود. در
 طرف راست شدت عارضه کمتر است. کوتاه بودن شیار پلکی و کمی رشد آرواره از علائم این
 بیماری است که در اثر الکل نوشی مادر ایجاد شده است.

هورمونها

پروژستین^۱ها: در اثر استفاده از این داروها که به منظور جلوگیری از سقط جنین بکار برده می شد، موارد بسیاری از مردانه شدن دستگاه تناسلی در جنینهای دختر گزارش شده است.

دی اتیل استیل بسترول^۲: در دهه های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ برای مادرانی که تهدید به سقط بودند بکار برده می شد. دختران مادرانی که توسط این دارو، درمان شده بودند دچار سرطان مهبل و گردن رحم می گردیدند.

کورتیزون: امکان ایجاد کام شکری و لب شکری را افزایش می دهد.

دیابت مادر: اغتشاش در سوخت و ساز کربوهیدرات در مادران دیابتی در دوران بارداری سبب وقوع درصد بالایی از مرده زائی، مرگ نوزادان، بزرگی غیرطبیعی نوزادان و ناهنجاریهای مادرزادی می گردد. آنومالیهای قلبی، استخوانبندی و دستگاه عصبی مرکزی از عوارض دیگر است.

۴ - کمبودهای تغذیه ای

کمبود ید در مادر موجب کرتینسیم اندمیک^۳ می گردد.

۵ - عوامل شیمیایی محیطی

استفاده از برخی مواد ضد عفونی و یا سموم و وارد شدن این مواد از طریق

1 - Progestin

2 - Diethylstilbestrol

3 - Endemic Cretinism

مواد غذایی به داخل بدن مادران، با اینکه در آنها علائمی را ایجاد نخواهد کرد؛ لکن بر روی جنین آنها اثر می‌گذارد.

چند سال قبل در ژاپن متوجه شدند که تعدادی از مادرانی که تغذیه آنها بیشتر با ماهی بوده است، کودکانی که دچار فلج مغزی بوده‌اند به دنیا آورده‌اند. تحقیقات بیشتر نشان داد که گوشت ماهی‌ها به میزان زیادی با جیوه آلی آلوده شده بود و معلوم شد که این موارد توسط کارخانجات، به داخل آنها ریخته می‌شد.

برخی از آفت‌کش‌های نباتی نیز دارای چنین آثاری هستند.

۶ - اثر سیگار بر جنین

جنین در مدتی که در رحم مادرش قرار دارد، تمام مواد غذایی و تنفسی خود را از مادر می‌گیرد. طبیعی است که بهر نحوی خون مادر آلوده گردد سبب آزرده شدن جنین خواهد شد.

سیگار نیز یکی از عواملی بوده است که تاکنون مضرات مختلفی برای آن شناخته شده است. بعلت وجود نیکوتین که سم موجود در دود سیگار می‌باشد و کمبود اکسیژن در خون مادر بواسطه وجود منواکسید کربن، خون رسیده به جنین دارای اکسیژن کم و مقداری سم می‌باشد. کودک برای خنثی نمودن سم وارده به بدنش مجبور خواهد بود مقدار زیادی ویتامین ب - ۱۲ مصرف نماید. نرسیدن اکسیژن کافی و کمبود ویتامین، موجب آسیب به جنین می‌گردد.

این آسیب‌ها می‌تواند باعث سبک‌تر بودن نوزادان فوق نسبت به نوزادان عادی (۲۰۰ الی ۱۵۰ گرم سبکتر) گردیده، همچنین احتمال سقط جنین در آنها بیشتر می‌باشد. تعداد مرگ و میر نوزادان مادرانی که بیش از پنج سیگار

در روز می‌کشند، بیشتر از مادران عادی است. مادرانی که بیش از بیست سیگار در روز می‌کشند، بیست درصد بیشتر از افراد عادی دچار این حالت هستند. این آمار در مادرانی که بیش از یک بسته سیگار می‌کشند به سی و پنج درصد می‌رسد.

طبق بررسیهای انجام شده، نشان داده است که اگر مادران معتاد به سیگار، این اعتیاد خود را در سه ماهه اول حاملگی کنار بگذارند، میزان این آمار مرگ و میر، به مقدار زیادی کاهش می‌یابد.

بهترین کار این است که مادران، لااقل در طول مدت بارداری این اعتیاد را کنار بگذارند تا از عواقب شناخته شده و شناخته نشده آن بر روی جنین خودداری کنند.

۷ - عوامل کروموزومی و ژنتیکی

در بدن انسان سلولها دارای ۴۶ کروموزوم می‌باشند. کروموزوم عامل انتقال وراثتی در جانداران بوده و در هرگونه از جانداران دارای الگوی خاص خود می‌باشد. انحراف از این تعداد، تحت عنوان ناهنجاری تعدادی شناخته می‌شود. اگر یک کروموزوم اضافه باشد، بجای یک جفت کروموزوم معمولی، سه عدد وجود خواهد داشت که به آن تری زومی گفته می‌شود.

تاکنون چهار حالت از این نوع شناخته شده است که عبارتند از سندروم دان (تری زومی ۲۱)، سندرم ادوارد (تری زومی ۱۷)، سندرم پاتو (تری زومی ۱۳)، و سندرم فوق زن یا سندرم تریپل ایکس (تری زومی ایکس).

سندرم دان:

این عارضه در اثر وجود یک کروموزوم ۲۱ اضافه در کودک ایجاد

می‌گردد. به بچه‌هایی که دچار این ناهنجاری هستند منگول می‌گویند زیرا شکل آنها شباهت به مغولها دارد.

از آنجایی که شیوع سندرم دان با افزایش سن مادر زیادتر می‌شود، تصور می‌رود که عدم جدایی کروموزوم ۲۱ که سبب به وجود آمدن این بیماری است در جریان تخمک گذاری خانمها ایجاد گردد.

در مادران کمتر از ۲۵ سال میزان شیوع یک در هر ۲۰۰۰ تولد است ولی در مادران بیش از چهل سال در حدود یک در هر ۱۰۰ تولد می‌باشد. میزان



چهرهٔ بچه مبتلا به سندروم دان.

شیوع این بیماری در ایران یک در هر ۸۰۰ زایمان است. کودکان مبتلا به این سندرم دارای خصوصیات ویژه‌ای در صورت می‌باشند و در دست دارای چین‌های شبیه دست میمون‌اند و غالباً گرفتار عقب‌ماندگی عقلی هستند و از ناراحتی‌های قلبی رنج می‌برند.



اشکال فوق کودکان مبتلا به سندروم دان را نشان می‌دهد. به صورت پهن و مسطح، انحنا زیاد لب پائین، مایل بودن شیار بلکی و وجود شیار میمونی در دست توجه کنید.

سندرم ادوارد:

این سندرم در اثر اضافه شدن یک کروموزوم ۱۷ ایجاد می‌گردد. شیوع این بیماری ۳ نفر در هر ۱۰,۰۰۰ نفر است. نوزادان دارای علائمی مانند عقب‌ماندگی عقلی، نقایص مادرزادی قلبی، گوشهای پایین قرار گرفته و

خمیدگی انگشتان و دستها، کوچکی چانه، ناهنجاریهای کلیوی، به هم چسبیدن انگشتان و ناهنجاریهای استخوانبندی می باشند. میزان شیوع این بیماری در ایران یک در هر ۱۳,۰۰۰ نفر است.



کودکی که مبتلا به تری زومی ۱۸ یا سندروم ادوارد است. استخوان پس سری برجسته، چانه کوچک بوده و دچار لب شکری است.

سندرم پاتو:

این بیماری در اثر ازدیاد کروموزوم ۱۳ ایجاد می شود. شیوع بیماری یک نفر در هر ۵,۰۰۰ تولد است.

علائم اصلی این سندرم عقب ماندگی عقلی، نقایص مادرزادی قلبی، کری، لب شکری و کام شکری، نقایص چشمی مانند کوچکی چشم، عدم ایجاد چشم (آنوفتالمی) و کلومیوم می باشد. بیشتر نوزادان تا سن ۳ ماهگی می میرند. شیوع این بیماری در ایران یک نفر در هر ۱۳,۰۰۰ تولد است.



تصویر کودک مبتلا به سندروم تری زومی ۱۳-۱۵ یا سندروم پاتونعداد انگشتان بیشتر بوده و لب شکری و کام شکری وجود دارد. چشم کوچک بوده و انحناى پیشانی به طرف عقب است.

سندرم کلاین فلتر:

این سندرم فقط در جنس مذکر دیده می شود. از این جهت جزو ناهنجاریهای جنسی است. علائم این عارضه عبارتند از عقیمی، اتروفی بیضه ها، و بزرگی پستانها و بسته شدن مجاری منی ساز. سلولهای افراد بیمار دارای ۴۷ کروموزوم می باشد و ترکیب کروموزومی آنها دارای یک کروموزوم ایکس اضافی است. میزان وقوع آن یک در هر ۵۰۰ جنس مذکر است.

سندرم ترنر:

یکی از ناهنجاریهای کروموزمهای جنسی است که فقط در جنس مؤنث دیده می شود. مبتلایان به این بیماری قیافه کاملاً زنانه دارند ولی فاقد

تخمندان هستند. این بیماران دارای گردن پره دار، خیز لنفاوی در اندامها، تغییر شکل استخوانبندی و عقب ماندگی عقلی می باشند. در سلولهای این افراد ۴۵ کروموزوم وجود دارند (یعنی یکی از کروموزومهای ایکس آنها کم است). میزان وقوع آن، یک در هر هزار و پانصد تولد است.



بیمار مبتلا به سندروم ترنر که با گردن پره دار و سینه پهن و قد کوتاه، بدون بلوغ جنسی مشخص می گردد.

سندرم تریپل ایکس (XXX)

اضافه بودن یک کروموزوم ایکس در سلولها موجب این عارضه می‌گردد. مبتلایان به این سندرم زنانی هستند با ظاهری کودکانه و میزان خون قاعدگی کم که دچار درجاتی از عقب ماندگی عقلی می‌باشند. گاهی اوقات برخی از آنها قادر به باروری هستند. به این زنان فوق زن نیز می‌گویند.

سندرم فوق مرد (XYY)

مردانی با یک کروموزوم جنسی مردانه (Y) اضافه توجه زیادی را به خود جلب کرده‌اند. زیرا تعداد آنها در میان مردانی که در زندانها یافت می‌شوند بیشتر است. در حدود ۳ درصد مردانی که در زندانها و بیمارستانهای روانی نگهداری می‌شوند دارای این آرایش کروموزومی هستند و در میان افرادی که دارای قد بالای ۱۸۰ سانتی متر هستند این حالت تا حدود ۲۰ درصد می‌رسد. شیوع این بیماری یک در هزار است.

رابطه بین این عارضه و رفتارهای تهاجمی، روانی و جنایتی علاقه عمومی زیادی را برانگیخت. این مردان شش برابر مردان عادی شانس زندانی شدن دارند. اینگونه بچه‌ها خلق و خوی خشم آلود بیش از حد دارند، سطح فعالیت آنها بیشتر و رفتار منفی آنها زیاد است.

ناهنجاریهای ساختمانی:

در بعضی موارد بجای آنکه تعداد کروموزومها تغییر کند، قطعه‌ای از کروموزوم آسیب می‌بیند که سندرم معروف این نوع عارضه، در نتیجه کمبود نسبی قطعه‌ای از کروموزومهای ۴-۵ ایجاد می‌گردد، موسوم به سندرم فریاد

جدول یک - فراوانی نسبی انواع اختلالات کروموزومی در سقطهای ناشی از اختلال کروموزومی

درصد فراوانی	نوع اختلال
۵۲	تری زومی
۳/۷	تری زومی ۱۴
۴/۲	تری زومی ۱۵
۱۶/۴	تری زومی ۱۶
۳	تری زومی ۱۸
۴/۷	تری زومی ۲۱
۵/۷	تری زومی ۲۲
۱۴/۳	تری زومی سایر موارد
۱۸	۴۵ X
۱۷	تری پلوئید
۶	تتراپلوئید
۳	جابجایی نامتعادل
۴	سایر موارد

جدول دو - شیوع اختلالات کروموزومی که در بررسی نوزادان دیده می شود.

شیوع نسبی		
۱ در ۱۰۰۰ تولد پسر	XXY	ناهنجاری کروموزومهای جنسی مردان
۱ در ۱۰۰۰ تولد پسر	XXX	سایر موارد
۱ در ۱۳۰۰ تولد پسر		
۱ در ۱۰۰۰ تولد دختر	45X	ناهنجاری کروموزومهای جنسی زنان
۱ در ۱۰۰۰ تولد دختر	XXX	سایر موارد
۱ در ۳۰۰۰ تولد دختر		
۱ در ۲۰۰۰ تولد	تری زومی ۱۳	
۱ در ۸۰۰۰ تولد	تری زومی ۱۸	
۱ در ۸۰۰ تولد	تری زومی ۲۱	ناهنجاری اتوزومی
۱ در ۵۰,۰۰۰ تولد	تری زومی دیگر	
۱ در ۵۰۰ تولد	متعادل	
۱ در ۲,۰۰۰ تولد	نامتعادل	آرایش مجدد
۱ در ۱۶۰ تولد		جمع کل ناهنجاری های کروموزومی



طفل مبتلا به سندروم فریاد گریه که در نتیجه افتادگی قسمتی از کروموزوم ۵ نتیجه می‌شود. به فاصله چشمها از یکدیگر، عقب رفتگی چانه و وضعیت پیشانی توجه کنید.

گریه (کرای دوشا)^۱ می‌باشد. بچه‌های مبتلا به این سندرم دارای گریه‌ای شیهه به صدای گریه هستند و مجموعه آنها کوچک بوده، عقب ماندگی عقلی و بیماری قلبی مادرزادی نیز دارند. در ایران میزان وقوع ناهنجاری یک در هر ۶,۵۰۰ تولد است.

آنومالیهای ژنهای:

از قدیم می دانسته اند که برخی از ناهنجاریهای مادرزادی در انسان ارثی می باشد. غیر از این بیماریها که مربوط به ژن است، بعضی ضایعات به صورت جهش ژنی اتفاق می افتد. این نوع ناهنجاریها در حدود ۱۰ درصد از تمام ناهنجاریهای انسان را تشکیل می دهد.



اکندروپلازی در اثر جهش رخ می دهد.

بعضی از این بیماریها عبارتند از فنیل کیتونوری^۱، هموسیستینوری^۲ و گالاکتوزمی^۳.

عجیب الخلقه ها

غیر از حالاتی که در مورد سلول تخم توضیح داده شد، ممکن است قسمتهایی از یک جنین نیز، تحت شرایط خاصی رشد و نمو غیرعادی پیدا کرده و برحسب اینکه قسمت اضافه رشد کرده در کجا باشد، یا اینکه جنین در چه مرحله ای از رشد باشد، شدت و ضعف عجیب الخلقه ها متفاوت خواهد بود.

ممکن است قسمت هایی از بدن به علت اختلال در تکامل آن، بیش از تعداد عادی ایجاد گردد، مثلاً دو سربه جای یک سر یا یک انگشت اضافه یا ...، که ممکن است در بعضی حالات یک عضو اضافی باشد و در برخی حالات دیگر عضوی ناقص باشد.

اگر این اشکال در هنگامی که رویان تشکیل شده است ایجاد گردد، یعنی محور جنینی دو قسمت شود، در این حالت در اثر جدا نشدن و یا دوتا نشدن کامل این محور، دوقلوهای بهم چسبیده ایجاد می گردند.

دوقلوهای بهم چسبیده ممکن است فقط در بند ناف بهم چسبیده باشند، در این صورت ممکن است یکی کوچکتر از دیگری بوده و عجیب الخلقه باشد.

حالات مختلف دوقلوهای بهم چسبیده عبارتند از:

1 - Phenylketonuria

2 - Homocystinuria

3 - Galactosemia

- ۱ — کرانیوپاگوس^۱: که دو جنین از سر به هم چسبیده اند.
- ۲ — دای پیگوس^۲: که جنین دارای چهار پا می باشد.
- ۳ — تورا کوکرانیوپاگوس^۳: که دو جنین در ناحیه سر و سینه به هم چسبیده اند.

- ۴ و ۵ — تورا کوپاگوس^۴: دو کودک از ناحیه سینه به هم چسبیده اند.
 - ۶ — گزیفوپاگوس^۵: دو جنین در ناحیه زیر جناغ به هم متصلند.
 - ۷ — ایسکیوپاگوس^۶: دو جنین در ناحیه خلف لگن به هم چسبیده اند.
 - ۸ — دی سفالوس^۷: نوزاد دارای یک تنه و دو سر می باشد.
 - ۹ — ایسکیوپاگوس: دو جنین از ناحیه تحتانی لگن به هم متصلند.
- انواع دیگری از عجیب الخلقه ها وجود دارد که دو جنین با یکدیگر حالت تقارن نداشته و یکی طبیعی و دیگری ناقص، یا کوچک است. در این حال جنین اصلی میزبان یا اوتوزیت خوانده می شود در حالی که جنین ناقص، انگل یا پارازیت گفته می شود، که انواعی از آنها عبارتند از:

- ۱ — نوعی که جنین کوچک یا پارازیت به چانه جنین اصلی متصل است و گاهی به نظر می رسد که جنین کوچک از دهان جنین اصلی خارج شده است.^۸

- ۲ — نوع دوم جنین ناقص به سر جنین اصلی متصل است.^۹

- ۳ و ۴ — در این شکل پارازیت یا جنین ناقص به سینه جنین سالم متصل است و به نظر می رسد که جنین در حال داخل شدن یا خارج شدن از سینه

1 - Craniopagus

2 - Dipygus

2 - Thoraco Cranio pagus

3 - Thoracopagus

5 - Xiphopagus

6 - Ischiopagus

7 - Dicephalopagus

8 - Parasitic Epignathus

9 - Parasitic Craniopagus

جنین اصلی بوده است.^۱

- ۵ - در این نوع از عجیب الخلقه ها به نظر می رسد که جنین ناقص در حال خارج شدن از لگن جنین اصلی می باشد.^۲
- ۶ - نوع دیگری وجود دارد که جنین ناقص قلب نداشته و انگل جفت است و مانند توده ای به آن متصل شده است.^۳

هم خونی و ازدواجهای فامیلی

برخی از بیماریها که دارای عامل ژنی نهفته می باشد فقط در صورتی بارز می گردند که فرد حامل ژن نهفته با یکدیگر ازدواج نمایند. از آنجایی که تعداد فراوانی این نوع ژنها اندک می باشند، در ازدواج با افراد سالم صفت نهفته آنها (یعنی بیماری) قدرت ظاهر شدن ندارند.

از این رو در ازدواجهای فامیلی اگر در زن و مرد این نوع ژن نهفته وجود داشته باشند احتمال بروز آن به شکل بیماری بیشتر می گردد. حامل یک ژن نهفته تنها هنگامی می تواند بچه های مبتلا داشته باشد که والد دیگر نیز حامل باشد.

یکی از این نوع بیماریها سیستیک فیبروزیس است که در حالت عادی بسیار کم است؛ اما در ازدواجهای فامیلی درصد شیوع آن یک در ۲۲ خواهد بود. چون ژنهای نهفته نادر در خانواده ها زیاد است، خطر ازدواج یک حامل با حامل دیگر در ازدواج های بستگان نزدیک بیش از ازدواجهای عادی می باشد.

6 - Parasitic Thoracopagus

7 - Parasitic Ischiopagus

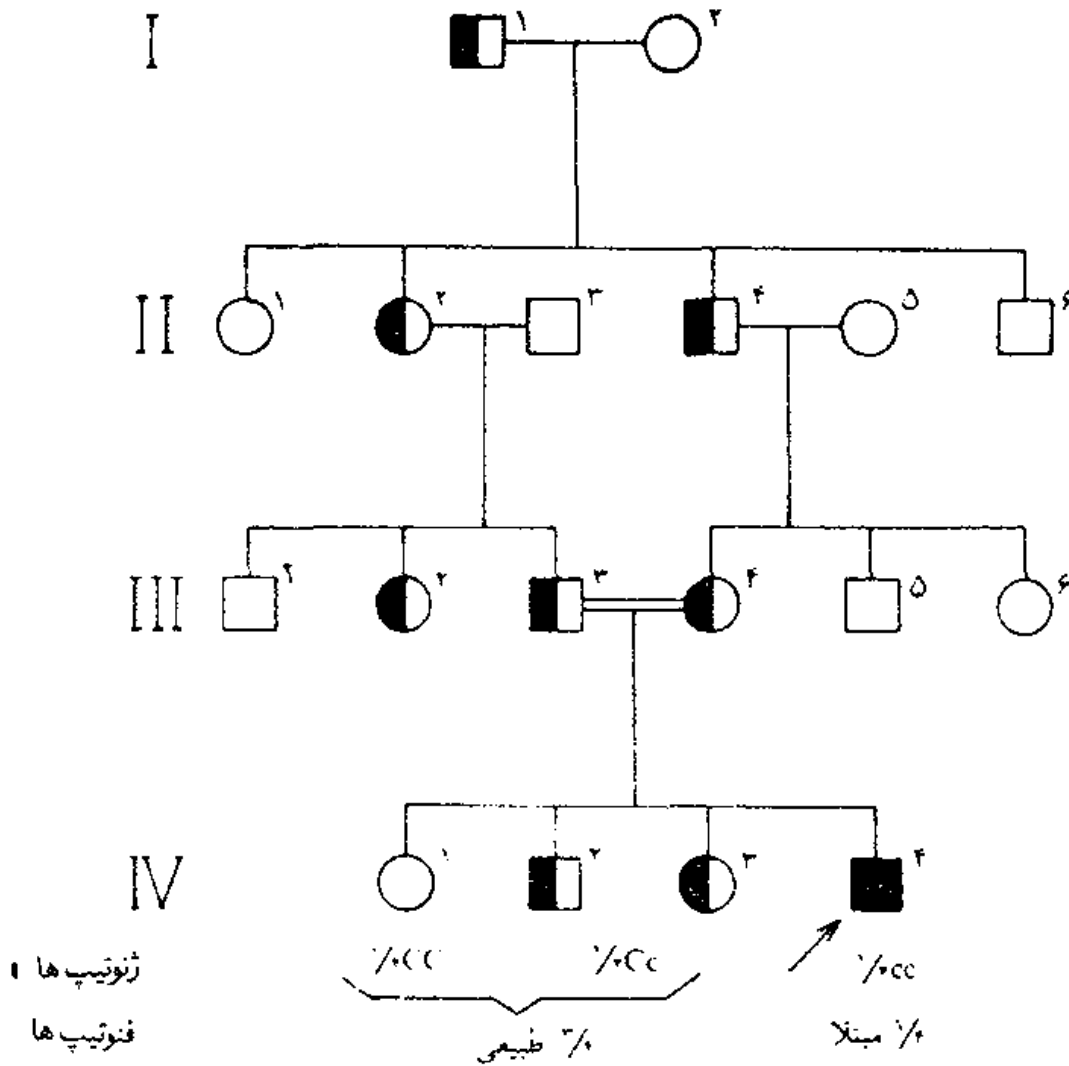
8 - Allantoido Angiopagus

برای مثال شانس یک حامل سیستمیک فیبروزیس را در ازدواج با عمه زاده‌ها، دایی زاده‌ها، خاله زاده‌ها و عموزاده‌های خودش برای داشتن یک فرزند دارای هر دو ژن در نظر بگیرید. شجره‌نامه یک، احتمالات متفاوت درگیر را رسم کرده است. به طور خلاصه خطر حامل بودن عمه زاده، دایی زاده، خاله زاده و عموزاده یک حامل به خاطر توارث ژن از یک جد مشترک در حدود ۱ به ۸ می باشد.

جدول یک: شجره‌نامه کلیشه‌ای از توارث اتوزومی نهفته که هم خونی والدین را نشان می دهد. ژنی از جد مشترک (I-1) از طریق دو خانواده این نسل انتقال یافته و یکدیگر را در (IV-4) ملاقات کرده‌اند و سبب ایجاد و بروز بیماری گشته‌اند.

اثر ازدواجها در بین افراد یک تیره از نظر ایجاد حاملین ژن نهفته، اساس بیولوژیک یک منع ازدواجها بین عمه زاده‌ها، دایی زاده‌ها، خاله زاده‌ها و عموزاده‌ها در بسیاری از جوامع می باشد. برای حالت شایعی مثل سیستمیک فیبروزیس شانس یک حامل در ازدواج با عمه زاده‌ها، دایی زاده‌ها، خاله زاده‌ها و یا عموزاده‌ها برای داشتن یک بچه مبتلا مقدار کمی (در حدود ۳ برابر، براساس مقدار شیوع که در اینجا محاسبه گردید) بیش از خطر جمعیت معمولی می باشد. برای حالت‌های با شیوع کمتر، این نسبت بالاتر است.

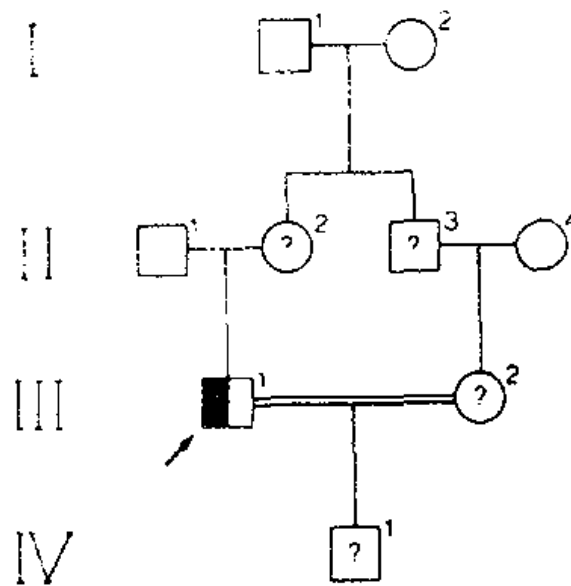
بعضی از مثالها در جدول دو آورده شد که مقایسه‌ای بین شیوع صفات نهفته با فراوانیهای متفاوت در بچه‌های حاصل از ازدواج بین عمه زاده‌ها، عموزاده‌ها، دایی زاده‌ها و خاله زاده‌ها با شیوع آن در جمعیت معمولی می باشد.



طرح شجره‌نامه‌ای از وراثت اتوزومی نهفته که همخونی والدین را نشان می‌دهد. زنی از نیاى مشترک I-1 در بین دو سوبه از نسل وی انتقال یافته است و در فرد IV-4 دوزن همتا «به هم رسیده‌اند».

جدول دو: احتمال داشتن یک بچه مبتلا در (III-1) که حامل سیستمیک فیبروزیس می‌باشد در ازدواج با عمه زاده‌ها، عموزاده‌ها، دائی زاده‌ها و خاله زاده‌های خودش. احتمال حامل بودن (II-2) در حدود $\frac{1}{2}$ می‌باشد. اگر (II-2) حامل باشد احتمال اینکه (III-3) حامل باشد در حدود $\frac{1}{2}$ است. اگر (III-3) یک حامل باشد، احتمال حامل بودن (III-2) $\frac{1}{2}$

است. بنابراین شانس (III-2) برای حامل بودن $(1/2)^3 = 1/8$ و شانس (III-1) برای بیمار شدن یعنی داشتن هر دو ژن بیماری در حدود $1/8 \times 1/4 = 1/32$ است. برای سهولت این بحث از شانس های اضافی که (III-2) می تواند ژن بیماری را از نسل دیگری دریافت کند، صرف نظر گردیده است. این احتمال برابر با فراوانی ژن بیماری در جمعیت که در سفیدپوستان آمریکای شمالی در حدود $1/44$ است، می باشد.



احتمال داشتن فرزند مبتلا برای فرد III - ۱. این فرد ناقل فیبروزکیستی (FC) و با دختر دایی اش ازدواج کرده است. احتمال ناقل بودن مادروی (II - ۲) است. اگر فرد II - ۲ ناقل باشد، احتمال ناقل بودن فرد II - ۳ است. اگر فرد اخیر ناقل باشد، احتمال ناقل بودن فرد III - ۲ نیز $1/2$ است. پس شانس اینکه فرد III - ۲ ناقل باشد $(1/2)^2 = 1/4$ است و شانس هموزیگوس بودن فرد III - ۱ برای فرد فیبروزکیستی $1/4 \times 1/4 = 1/16$ خواهد بود. برای سادگی، این بحث شانس دریافت ژن فیبروزکیستی را توسط فرد III - ۲ از دودمان دیگر نادیده گرفته است. این احتمال با فراوانی جمعیتی زن فیبروزکیستی، که در سفیدپوستان امریکای شمالی $1/44$ است، برابر است.

مشاوره ژنتیکی در ازدواجهای همخونی

آیا ازدواج عموزاده‌ها، عمه زاده‌ها، خاله زاده‌ها و دایی زاده‌ها غیرعاقلانه است؟

در میان ژنتیکدان‌ها عدم توافق قابل توجهی درباره این مطلب که آیا خطر فرزندان ناقص در این مورد قابل توجه است وجود دارد. یک مطالعه عمومی آماری ارائه شده از ژاپن، نسبت فرزندان غیرطبیعی را در ازدواجهای تصادفی (غیرخویشاوندی) ۲ درصد و برای ازدواجهای همخون حدود ۳ درصد گزارش کرده است. از نقطه نظر جمعیت این یک افزایش ناچیز می باشد، و شرکت‌های بیمه عمر فرزندان ازدواج عمه زاده‌ها، خاله زاده‌ها، عموزاده‌ها و دایی زاده‌ها را به عنوان افراد دارای خطر بیمه‌ای بیشتر مورد نظر قرار نمی دهند. با این وجود، در مطالعات مقایسه‌ای بین جمعیت‌های خویشاوندی و غیرخویشاوندی انسانی و از مطالعات بر روی حیوانات تجربی نتایج مشخص زیرا را می توان ترسیم کرد:

(۱) بچه‌های جمعیت‌های خویشاوندی در خطر بیشتری از نظر مرگ زودرس، اختلالات مادرزادی و ناتوانی‌های شناختی می باشند.

(۲) اختلالات دیده شده در بچه‌های جمعیت‌های خویشاوندی از نظر ماهیت در مقایسه با هر بچه در معرض خطر، متفاوت نمی باشد اما فراوانی آن بیشتر است.

(۳) هر چه رابطه والدین به یکدیگر نزدیکتر باشد، خطر داشتن بچه‌های ناقص بیشتر است.

(۴) زمانی که والدین متعلق به یک جمعیت غیرخویشاوندی طبیعی می باشند، خطر بیش از موقعی است که از یک گروه نسبتاً خویشاوند هستند.

(۵) به جز چند استثناء کوچک افزایش خطر تنها در فرزندان متعلق به اولین

نسل می باشد نه در نسل های بعد.

ازدواجهای همخون دورتر از عمه زاده ها، عموزاده ها، خاله زاده ها و دایی زاده ها، اولین نسل به مراتب خطر کمتری از نظر تولید فرزندان گرفتار دارند. برای مثال عمه زاده ها، عموزاده ها، خاله زاده ها و دایی زاده های دومین نسل تنها در $\frac{1}{32}$ ژن های خود و عمه زاده ها، عموزاده ها، خاله زاده ها و دایی زاده های سومین نسل تنها در $\frac{1}{128}$ ژنهای خود مشترک می باشند. برای زوجهایی که رابطه آنها کمتر از دومین نسل باشند، خطر داشتن بچه های ناقص نزدیک به جمعیت معمولی می باشد و فاقد نتایج ژنتیکی بوده، یا نتایج ژنتیکی کمی دارد. با این وجود، اگر بچه ای دارای نقص نادر یا تشخیص داده نشده ای باشد و والدین او نسبت همخونی دوری داشته باشند، این یک فرضیه معقول است که این بیماری ارثی نهفته بوده و در فرزندان بعدی دارای خطر عود $\frac{1}{4}$ می باشد.

زناشویی با محارم

محارم گروهی از زنان یا مردان می باشند که ازدواج با آنان حرام محسوب شده است. این زنان را قرآن به این صورت مورد توجه قرار می دهد: (سوره نساء — آیه ۲۳):

«حُرِّمَتْ عَلَيْكُمْ أُمَّهَاتُكُمْ وَبَنَاتُكُمْ وَأَخَوَاتُكُمْ وَعَمَّاتُكُمْ وَبَنَاتُ الْأَخِ وَبَنَاتُ الْأُخْتِ...»

«برای شما این عده از زنان حرامند و نمی توانید با آنان پیوند ازدواج برقرار کنید: (آنها عبارتند از:) مادران، دختران، خواهران، عمه ها، خاله ها، دختران برادرها، دختران خواهرها، دختر دختر، و دختر پسر...».

نتایج ژنتیکی زنای با محارم و نزدیکان

آمیزش در ازدواجهای نزدیکتر از عمه زاده‌ها، عموزاده‌ها، خاله زاده‌ها و دایی زاده‌ها اولین نسل در اکثر قوانین دنیا غیرقانونی می‌باشد. اگرچه آمیزشهای بین والد- فرزند و خواهر- برادر صورت گرفته و بچه‌هایی را تولید کرده است. فرزندان چنین والدین نزدیک به یکدیگری، برای یک چهارم بچه‌های احتمالی خود دارای افراد بیمار بوده و بنابراین از لحاظ داشتن بعضی از ژنهای مضر در معرض خطر بالایی قرار دارند.

در بررسی اثر اجتماعی ناشی از زنای با محارم و نزدیکان، این مطلب شگفت‌آور نخواهد بود، اگر گفته شود که اطلاعات کمی درباره نتایج ژنتیکی آنها وجود دارد. مطالعات کمی که وجود دارد با این مطلب که بچه‌های ناشی از زنا با محارم و نزدیکان عملاً دارای خطر بیشتری از نظر اختلالات، عقب ماندگی فکری شدید و مرگ زودرس هستند، موافق می‌باشند. در گزارشی از کلمبیا بریتانیا که ۲۹ بچه ناشی از زنای با نزدیکان و محارم را گزارش کرده است، در میان آنها اکثراً دارای اختلالات شدید، وزن کم موقع تولد، تأخیر در نمو و یا دیگر مشکلات پزشکی بوده‌اند. چهارتا از این ۲۹ نفر دارای حالت‌های خاص از توارث نهفته بوده‌اند.

در اینجا جهت داشتن اطلاعات کافی والدین از اندازه‌های طبیعی اندازه‌های بدن، وزن، قد، دور سر و سایر الگوهای رفتاری عادی بچه‌ها از بدو تولد تا حدود سن بلوغ جداولی را ذکر می‌نمائیم:

در بین وزن و قد افراد مختلف رابطه‌هایی وجود دارد که این رابطه برای بچه‌ها مطابق جدول زیر می‌باشد:

سن	وزن به کیلوگرم
در بدو تولد ۳ تا ۱۲ ماهگی	$\frac{3}{25}$ $\frac{9 + \text{سن (به ماه)}}{2}$
۱ تا ۶ سالگی ۷ تا ۱۲ سالگی	$8 + 2 \times \text{سن (به سال)}$ $\frac{5 - 7 \times \text{سن (به سال)}}{2}$
سن	قد به سانتی‌متر
در بدو تولد در یک سالگی ۲ تا ۱۲ سالگی	۵۰ ۷۵ $77 + 6 \times \text{سن (به سال)}$

ارتباط قد و وزن

وزن دختران به کیلوگرم	وزن پسران به کیلوگرم	قد (به سانتی متر)
۱۳/۱۴ ± ۲	۱۳/۴۱۰ ± ۲	۹۰-۹۲
۱۳/۶۳۰ ± ۲	۱۳/۸۹۰ ± ۲	۹۲-۹۴
۱۴/۱۲۰ ± ۲	۱۴/۳۸۰ ± ۲	۹۴-۹۶
۱۴/۶۲۰ ± ۲	۱۴/۸۹۰ ± ۲	۹۶-۹۸
۱۵/۱۳۰ ± ۲	۱۵/۴۳۰ ± ۲	۹۸-۱۰۰
۱۵/۶۵۰ ± ۲	۱۵/۹۸۰ ± ۲	۱۰۰-۱۰۲
۱۶/۲۰۰ ± ۳	۱۶/۶۵۰ ± ۲	۱۰۲-۱۰۴
۱۶/۷۵۰ ± ۳	۱۷/۱۳۰ ± ۲	۱۰۴-۱۰۶
۱۷/۳۳۰ ± ۳	۱۷/۷۴۰ ± ۲	۱۰۶-۱۰۸
۱۷/۹۴۰ ± ۲	۱۸/۳۷۰ ± ۲	۱۰۸-۱۱۰
۱۸/۵۶۰ ± ۳	۱۹/۰۲۰ ± ۲	۱۱۰-۱۱۲
۱۹/۲۲۰ ± ۳	۱۹/۷۰۰ ± ۲	۱۱۲-۱۱۴
۱۹/۹۱۰ ± ۳/۵	۲۰/۳۹۰ ± ۲	۱۱۴-۱۱۶
۲۰/۶۴۰ ± ۳/۵	۲۱/۱۱۰ ± ۲	۱۱۶-۱۱۸
۲۱/۴۲۰ ± ۴	۲۱/۸۵۰ ± ۲	۱۱۸-۱۲۰
۲۲/۲۲۰ ± ۴	۲۲/۶۳۰ ± ۲	۱۲۰-۱۲۲
۲۳/۱۳۰ ± ۴/۵	۲۳/۴۵۰ ± ۲	۱۲۲-۱۲۴
۲۴/۰۹۰ ± ۴/۵	۲۴/۳۲۰ ± ۲	۱۲۴-۱۲۶
۲۵/۱۱۰ ± ۴/۵	۲۵/۲۴۰ ± ۲	۱۲۶-۱۲۸
۲۶/۲۲۰ ± ۵	۲۶/۲۲۰ ± ۲	۱۲۸-۱۳۰
۲۷/۴۰۰ ± ۵/۵	۲۷/۲۶۰ ± ۲	۱۳۰-۱۳۲
۲۸/۶۸۰ ± ۶	۲۸/۳۸۰ ± ۲	۱۳۲-۱۳۴
۳۰/۰۶۰ ± ۶	۲۹/۵۸۰ ± ۲	۱۳۴-۱۳۶
۳۱/۵۴۰ ± ۶	۳۰/۸۶۰ ± ۲	۱۳۶-۱۳۸
	۳۲/۲۳۰ ± ۲	۱۳۸-۱۴۰
	۳۳/۷۰۰ ± ۲	۱۴۰-۱۴۲
	۳۵/۲۷۰ ± ۲	۱۴۲-۱۴۴
	۳۶/۹۵۰ ± ۲	۱۴۴-۱۴۶

در این جداول عدد سمت چپ میانگین را نشان داده و اگر عدد مذکور با عدد مقابل ± جمع شود بسیار بزرگتر حد اکثر و اگر از آن کسر گردد بسیار بزرگتر حد اقل می باشد.

جدول وزن متوسط

سن	وزن دختران به کیلوگرم	وزن پسران به کیلوگرم
تولد	۳/۲۳۰ ± ۰/۵	۳/۲۷۰ ± ۰/۵
۱ ماهگی	۳/۹۸۰ ± ۰/۵	۴/۲۹۰ ± ۰/۵
۳ ماهگی	۵/۴۰۰ ± ۰/۵	۵/۹۸۰ ± ۰/۵
۶ ماهگی	۷/۲۱۰ ± ۰/۵	۷/۸۵۰ ± ۰/۵
۹ ماهگی	۸/۵۶۰ ± ۰/۵	۹/۱۸۰ ± ۰/۵
یک سالگی	۹/۵۳۰ ± ۰/۵	۱۰/۱۵۰ ± ۰/۵
۱/۵ سالگی	۱۰/۸۲۰ ± ۰/۵	۱۱/۴۷۰ ± ۰/۵
۲ سالگی	۱۱/۹۰۰ ± ۰/۵	۱۲/۵۹۰ ± ۰/۵
۲/۵ سالگی	۱۲/۹۳۰ ± ۰/۵	۱۳/۶۷۰ ± ۰/۵
۳ سالگی	۱۳/۹۳۰ ± ۰/۵	۱۴/۶۹۰ ± ۰/۵

جدول قد متوسط

سن	قد دختران به سانتی متر	قد پسران به سانتی متر
تولد	۴۹/۹۰ ± ۵	۵۰/۵۰ ± ۵
یک ماهگی	۵۳/۵۰ ± ۵	۵۴/۶۰ ± ۵
۳ ماهگی	۵۹/۵۰ ± ۵	۶۱/۱۰ ± ۵
۶ ماهگی	۶۵/۹۰ ± ۵	۶۷/۸۰ ± ۵
۹ ماهگی	۷۰/۴۰ ± ۵	۷۲/۳۰ ± ۵
یک سالگی	۷۴/۳۰ ± ۵	۷۶/۱۰ ± ۵
۱/۵ سالگی	۸۰/۹۰ ± ۵	۸۲/۴۰ ± ۵
۲ سالگی	۸۶/۵۰ ± ۵	۸۷/۶۰ ± ۵
۲/۵ سالگی	۹۱/۳۰ ± ۵	۹۲/۳۰ ± ۵
۳ سالگی	۹۵/۶۰ ± ۵	۹۶/۵۰ ± ۵

جدول ارتباط وزن با قد و پسران تا ۴ سالگی

وزن پسران به کیلوگرم			قد خمیده
حداکثر	میانگین	حداقل	به سانتی متر
۳/۵۰۰	۳/۱۵۰	۲/۸۶۰	۴۸-۵۰
۳/۸۶۰	۳/۴۸۰	۳/۱۶۰	۵۰-۵۲
۴/۲۸۰	۳/۸۸۰	۳/۵۲۰	۵۲-۵۴
۵/۳۳۰	۴/۳۴۰	۳/۴۹۰	۵۴-۵۶
۵/۸۸۰	۴/۸۴۰	۳/۹۰۰	۵۶-۵۸
۶/۴۷۰	۵/۳۸۰	۴/۳۷۰	۵۸-۶۰
۷/۰۸۰	۵/۹۴۰	۴/۸۸۰	۶۰-۶۲
۷/۷۲۰	۶/۵۲۰	۵/۴۳۰	۶۲-۶۴
۸/۳۶۰	۷/۱۱۰	۵/۹۹۰	۶۴-۶۶
۸/۹۹۰	۷/۷۰۰	۶/۵۵۰	۶۶-۶۸
۹/۶۲۰	۸/۲۷۰	۷/۱۰۰	۶۸-۷۰
۱۰/۲۱۰	۸/۸۲۰	۷/۶۳۰	۷۰-۷۲
۱۰/۷۷۰	۹/۳۳۰	۸/۱۳۰	۷۲-۷۴
۱۱/۲۹۰	۹/۸۱۰	۸/۵۸۰	۷۴-۷۶
۱۱/۷۸۰	۱۰/۲۷۰	۹/۰۰۰	۷۶-۷۸
۱۲/۲۵۰	۱۰/۷۰۰	۹/۴۰۰	۷۸-۸۰
۱۲/۶۹۰	۱۱/۱۲۰	۹/۷۷۰	۸۰-۸۲
۱۳/۱۳۰	۱۱/۵۳۰	۱۰/۱۴۰	۸۲-۸۴
۱۳/۵۶۰	۱۱/۹۳۰	۱۰/۴۹۰	۸۴-۸۶
۱۴/۰۰۰	۱۲/۳۴۰	۱۰/۵۸۰	۸۶-۸۸
۱۴/۴۴۰	۱۲/۷۶۰	۱۱/۲۲۰	۸۸-۹۰
۱۴/۹۰۰	۱۳/۲۰۰	۱۱/۶۰۰	۹۰-۹۲
۱۵/۳۹۰	۱۳/۶۵۰	۱۲/۰۰۰	۹۲-۹۴
۱۵/۹۰۰	۱۴/۱۴۰	۱۲/۴۲۰	۹۴-۹۶
۱۶/۴۳۰	۱۴/۶۶۰	۱۲/۸۸۰	۹۶-۹۸
۱۷/۰۰۰	۱۵/۲۱۰	۱۳/۳۷۰	۹۸-۱۰۰

جدول ارتباط وزن با قد دختران تا ۴ سالگی

وزن دختران به کیلوگرم			قد خمیده
حداکثر	میانگین	حداقل	به سانتی متر
۳/۵۹۰	۳/۲۹۰	۳/۰۲۰	۴۸-۵۰
۳/۸۹۰	۳/۵۵۰	۳/۲۵۰	۵۰-۵۲
۴/۲۶۰	۳/۸۹۰	۳/۵۶۰	۵۲-۵۴
۵/۲۱۰	۴/۲۹۰	۳/۵۴۰	۵۴-۵۶
۵/۷۷۰	۴/۷۶۰	۳/۹۳۰	۵۶-۵۸
۶/۳۶۰	۵/۲۷۰	۴/۳۸۰	۵۸-۶۰
۶/۹۵۰	۵/۸۲۰	۴/۸۵۰	۶۰-۶۲
۷/۵۵۰	۶/۳۹۰	۵/۳۵۰	۶۲-۶۴
۸/۱۵۰	۶/۹۷۰	۵/۸۷۰	۶۴-۶۶
۸/۷۵۰	۷/۵۵۰	۶/۳۸۰	۶۶-۶۸
۹/۳۳۰	۸/۱۱۰	۶/۸۹۰	۶۸-۷۰
۹/۸۸۰	۸/۶۴۰	۷/۳۷۰	۷۰-۷۲
۱۰/۴۱۰	۹/۱۴۰	۷/۸۲۰	۷۲-۷۴
۱۰/۹۱۰	۹/۵۹۰	۸/۲۴۰	۷۴-۷۶
۱۱/۳۹۰	۱۰/۰۲۰	۸/۶۲۰	۷۶-۷۸
۱۱/۸۵۰	۱۰/۴۱۰	۸/۹۹۰	۷۸-۸۰
۱۲/۲۹۰	۱۰/۸۰۰	۹/۳۴۰	۸۰-۸۲
۱۲/۷۲۰	۱۱/۱۸۰	۹/۶۸۰	۸۲-۸۴
۱۳/۱۵۰	۱۱/۵۶۰	۱۰/۰۳۰	۸۴-۸۶
۱۳/۵۷۰	۱۱/۹۵۰	۱۰/۳۹۰	۸۶-۸۸
۱۴/۰۱۰	۱۲/۳۶۰	۱۰/۷۶۰	۸۸-۹۰
۱۴/۴۵۰	۱۲/۸۰۰	۱۱/۱۶۰	۹۰-۹۲
۱۴/۹۲۰	۱۳/۲۷۰	۱۱/۵۹۰	۹۲-۹۴
۱۵/۴۲۰	۱۳/۷۷۰	۱۲/۰۵۰	۹۴-۹۶
۱۵/۹۹۰	۱۴/۳۱۰	۱۲/۵۵۰	۹۶-۹۸
۱۶/۶۴۰	۱۴/۸۷۰	۱۳/۱۰۰	۹۸-۱۰۰

میانگین محیط دور سر بچه‌های طبیعی

سن	پسران (سانتی متر)	دختران (سانتی متر)
تولد	$34/8 \pm 2$	$34/3 \pm 2$
۱ ماهگی	$37/2 \pm 2$	$36/4 \pm 2$
۳ ماهگی	$40/6 \pm 2$	$39/5 \pm 2$
۶ ماهگی	$43/8 \pm 2$	$42/4 \pm 2$
۹ ماهگی	$45/8 \pm 2$	$44/3 \pm 2$
۱ سالگی	$47/0 \pm 2$	$45/6 \pm 2$
۱/۵ سالگی	$48/4 \pm 2$	$47/1 \pm 2$
۲ سالگی	$49/2 \pm 2$	$48/1 \pm 2$
۲/۵ سالگی	$49/9 \pm 2$	$48/8 \pm 2$
۳ سالگی	$50/5 \pm 2$	$49/3 \pm 2$
۴ سالگی	$50/4$	$50/4$
۵ سالگی	$50/8$	$50/8$

در جدول میانگین محیط دور سر بچه‌های طبیعی محیط سر از بدو تولد تا ۳ سالگی درج شده است. دامنه طبیعی محیط سر در اولین سال تولد را می‌توان از فرمول زیر محاسبه نمود:

$$\left[\frac{\text{طول (به سانتی متر)}}{5/9} + 2/5 \right]$$

الگوهای رفتاری در طول اولین سال تولد

(چهار هفته اول) دوران نوزادی

به شکم خوابیده: اعضایش را خم می‌کند، سر خود را اینطرف و آنطرف می‌برد، سر خود را به طرف شکمش، آویزان می‌کند.
طاق باز: اندامها عموماً خم و مقداری سفت است.
بینایی: ممکن است صورت چشم را در راستای بینایی ثابت کند، چشم‌ها مانند عروسک با چرخش بدن حرکت می‌کند.
واکنش: اگر چیزی در دستش قرار گیرد انگشتها را می‌بندد.

در یک ماهگی

به شکم خوابیده: پاها بیشتر صاف شده است، چانه را بالا نگه می‌دارد، سر را می‌چرخاند.
طاق باز: گردن نرم و شل است.
بینایی: افراد را نگاه می‌کند، اشیاء متحرک را دنبال می‌کند.
رفتار: حرکات بدن با صدای محیط تغییر می‌کند، شروع به لبخند زدن می‌کند.

در دو ماهگی

به شکم خوابیده: سر را بطرف بالا می‌آورد.
طاق باز: سر توانایی تحمل حالت نشسته را ندارد.
بینایی: اجسام متحرک را تا ۱۸۰ درجه تعقیب می‌کند.
رفتار: در برخورد با افراد لبخند می‌زند، به صداها گوش می‌دهد.

در سه ماهگی

به شکم خوابیده: سر و سینه خود را بلند می‌کند، بازوها کشیده است.
طاق باز: بدن بال شئی که از او گرفته شده می‌گردد، به اسباب بازی ضربه می‌زند.

نشسته: سر کاملاً تحمل حالت نشسته را ندارد، کنترل اولیه سر با تکان همراه است، پشت خمیده است.

رفتار: به موسیقی گوش می‌دهد، کلماتی مثل «آه، گاه» بزبان می‌آورد.

۴ ماهگی

به شکم خوابیده: سر و سینه خود را بلند می‌کند، سر تقریباً در خط میانی قرار دارد، پاها صاف است.

طاق باز: بدن حالت قرینه دارد، دستها به خط وسط می‌رسد، اشیاء را گرفته و بدهان نزدیک می‌کند.

نشستن: سر ضعیفی در تحمل وزن ندارد، سر تقریباً بطرف جلو نگهداشته شده، با حمایت از طرفین دوست دارد بنشیند.

ایستادن: وقتی او را صاف نگهدارید، روی پاها فشار وارد می‌کند.

تطابق: به اجسام کروی نگاه می‌کند، اما نمی‌تواند آنها را حرکت دهد.

رفتار: با بیرون دادن صدا می‌خندد، امکان دارد از تنهایی ناراحت شود، با دیدن غذا هیجان زده می‌شود.

۷ ماهگی

به شکم خوابیده: بحالت طاق باز می‌غلطد، ممکن است روی شکم بچرخد.

طاق باز: سر خود را بلند می‌کند، پیچ و تاب می‌خورد.

نشستن: با حمایت لگن خاصره می‌تواند اندکی بنشیند، بجلوروی دستهایش

تکیه می‌کند، پشت خمیده است.
 ایستادن: ممکن است کل وزنش را تحمل کند.
 تطابق: اشیاء بزرگتر را می‌گیرد، آنها را دست بدست می‌کند.
 تکلم: اصوات چند بخشی ایجاد می‌کند.
 رفتار: مادرش را ترجیح می‌دهد، آینه را دوست دارد.

۱۰ ماهگی

نشستن: به تنهایی و بدون حمایت می‌نشیند، پشت صاف است.
 ایستادن: خود را برای رسیدن به حالت ایستاده می‌کشانند.
 حرکت: خزیده و یا چهار دست و پا راه می‌رود.
 تطابق: اشیاء را با انگشت شست و اشاره می‌گیرد، به اشیاء ضربه می‌زند، سعی می‌کند که اشیاء افتاده را بدست آورد.
 تکلم: اصوات ثابتی را تکرار می‌کند (ماما، دادا).
 رفتار: به اسمش واکنش نشان می‌دهد.

یک سالگی

حرکت: با گرفتن یک دست می‌تواند راه برود، با گرفتن دست به اشیاء حرکت می‌کند.
 تطابق: بوسیله شست و انگشت اشاره اجسام را مانند پنس می‌گیرد.
 تکلم: چند کلمه همراه ماما و دادا بکار می‌برد.
 رفتار: با توپ بازیهای ساده انجام می‌دهد.

الگوهای رفتاری از یک سالگی تا ۵ سالگی

۱۵ ماهگی

حرکت: به تنهایی راه می‌رود، از پله چهار دست و پا بالا می‌رود.
 قوه تطابق: دو مکعب را می‌تواند روی هم بگذارد، با مداد رنگی می‌تواند یک خط بکشد، گلوله‌ای را در شیشه بیاندازد.
 تکلم: سخن بی معنی است، دستورات ساده را انجام می‌دهد. ممکن است اشیاء آشنا را نام ببرد (توپ).
 رفتار جمعی: توسط اشاره برخی از نیازها یا دوست داشتنی‌های خود را نشان می‌دهد، والدین خود را بغل می‌کند.

۱۸ ماهگی - ۱/۵ سالگی

حرکت: بسختی می‌دود، روی صندلی‌های کوچک می‌نشیند، توسط کمک یک دست از پله‌ها بالا می‌رود، کثور وسطل آشغال را پیدا می‌کند.
 قوه تطابق: ۳ مکعب را روی هم می‌گذارد، نوشتن را تقلید می‌کند، گلوله را از شیشه خارج می‌کند.
 تکلم: بطور متوسط ۱۰ کلمه، عکسها را نامگذاری می‌کند، یک یا بیشتر از جاهای بدنش را می‌شناسد.
 رفتار جمعی: به تنهایی غذا می‌خورد، هنگام برخورد با مشکل کمک می‌طلبد، ممکن است هنگام خشکی یا تر بودن شکایت کند، با جمع کردن لبها والدین را می‌بوسد.

۲۴ ماهگی - ۲ سالگی

حرکت: بخوبی می‌دود، از پله‌ها بالا و پایین می‌رود و هر پله را یکباره طی می‌کند، درها را باز می‌کند، از مبل بالا می‌رود.

قوه تطابق: ۶ مکعب را روی هم می‌گذارد، خطهای مدور می‌کشد، کاغذ را تا می‌کند.

تکلم: سه کلمه را پشت سر هم بکار می‌برد (فعل، فاعل، مفعول).

رفتار جمعی: قاشق را بخوبی در دست می‌گیرد، در لباس درآوردن کمک می‌کند، به داستانهای با عکس گوش می‌دهد.

۳۰ ماهگی - ۲/۵ سالگی

حرکت: می‌پرد.

قوه تطابق: ۸ مکعب را روی هم می‌چیند.

تکلم: بخودش با کلمه «من» اشاره می‌کند، تمامی اسامی را می‌داند.

رفتار جمعی: به جابجا کردن اشیاء کمک می‌کند، وانمود می‌کند که بازی می‌کند.

۳۶ ماهگی - ۳ سالگی

حرکت: با عوض کردن پاها از پله بالا می‌رود، سه چرخه می‌راند، می‌تواند روی یک پایش بایستد.

قوه تطابق: ۹ مکعب را روی هم می‌چیند، با سه مکعب حالت پل درست می‌کند، حالت دایره یا ضربدر را تقلید می‌کند.

تکلم: جنس و سن خود را می‌داند، سه عدد و یا یک جمله ۶ بخشی را می‌تواند تکرار کند.

رفتار جمع: بازیهای ساده را می‌تواند انجام دهد (به همراه سایر بچه‌ها)، در

لباس پوشیدن کمک می‌کند، دست خود را می‌شوید.

۴۸ ماهگی - ۴ سالگی

حرکت: روی یک پا می‌پرد، توپ را روی سر پرتاب می‌کند، از قیچی برای بریدن عکسها استفاده می‌کند، بخوبی شانه می‌کند.

قوه تطابق: از روی مدل کپی برداری می‌کند. با ۵ مکعب ساختن «درب» را

تقلید می‌کند، رسم چهارراه و میدان را تقلید می‌کند، یک مرد را با

۲ یا ۴ عضو در کنار سرش رسم می‌کند.

تکلم: داستان تعریف می‌کند، ۴ سکه را می‌تواند بشمارد.

رفتار جمعی: با چندین نفر می‌تواند یک بازی دسته جمعی کند، به تنهایی به

توالت می‌رود.

۶۰ ماهگی - ۵ سالگی

حرکت: ایلی ایلی می‌کند.

قوه تطابق: از مثلث کپی برداری می‌کند.

تکلم: چهاررنگ را نام می‌برد، جملات ۱۰ بخشی را تکرار می‌کند، ۱۰ سکه

را بطور صحیح می‌شمارد.

رفتار جمعی: لباس را پوشیده و درمی‌آورد، درباره معنی لغات سؤال می‌کند.

علائم همراه عقب ماندگی ذهنی

سر: بیشترین محیط سر از حداقل ذکر شده کمتر یا از حداکثر آن بیشتر

است. شکل جمجمه غیرطبیعی است.

مو: دوشاخه می‌شود، موی کم پشت یا عدم وجود مو، نازک و شکننده شدن،

موی غیر بالغ سفید یا قهوه‌ای است.

چشمها: کوچک بودن چشمها، فاصله غیرطبیعی بین چشمها (ازدیاد یا کاهش)، کج شدن نگاه به بالا و خارج یا پایین و خارج، چینهای داخلی یا خارجی پلکها، حرکات طرفی غیرعادی چشم.

گوشها: پایین تر قرار گرفتن گوشها، تشکیل لاله گوش ساده یا غیرعادی.

بینی: صاف بودن پل بینی، کوچک بودن بینی، برگشته بودن پره های بینی.

صورت: طولانی شدن شیار پشت لبی، رشد بیش از حد فک بالا یا پائین.

دهان: برگشته بودن لب ها به شکل (۸)، کام پهن یا کام با قوس زیاد.

دندانها: گردن کوتاه، کاهش دامنه حرکتی، پره دار بودن گردن.

اندامها: اندامهای بلند یا کوتاه غیرطبیعی، افزایش زاویه آرنج.

دستها: کوتاهی استخوان کف دستی مربوط به انگشت حلقه و انگشت

کوچک، انگشتهای کوتاه و زبر، انگشت های بلند و نازک، شست پهن، شیار میمونی، ناخنهای غیرعادی.

پاها: روی هم افتادن انگشتهای، انگشتان کوتاه و زبر، شست بزرگ و پهن،

چین عمیق بین انگشت شست و انگشت دوم، سخت شدن پوست انگشتان،

کوتاهی استخوانهای کف پای انگشت کوچک و چهارم.

شکم: فتق نافی، شکم باد کرده.

اندام تناسلی: تعدد نوک پستان.

پوست: وجود خال گوشتی روی پوست، توموری شدن غدد زیر پوستی، سرخ

بودن شقیقه ها.

فصل نهم

کودک و مسائل غریزه جنسی

شاید این موضوع که مسائل غریزی قبل از بلوغ و در کودکان نمودهایی داشته و بروز می‌کند سبب تعجب برخی از خوانندگان باشد.

کودکان در اثر لمس‌ها، دیدن و شنیدن‌ها، تماس‌ها، کنجکاویتها، آزمایشات و تشخیص و تمیزها، به تدریج می‌توانند خویشتن را کشف کرده و این آشنایی به نیروهای بالقوه می‌تواند سبب لغزش برخی از آنان گردد. اصل این غریزه در کودک پنهان نیست، بلکه شرایط محیط در عدم رشد و ظهور نکردن آن به علت شرم‌ها و ممنوعیت‌های روانی مؤثر است. در حالی که در اثر بدآموزی‌ها و آزادیهای بی‌بند و بار این حالت در کودکان نیز ظاهر می‌گردد.

— کودک در اثر مالش خود به اجسام نرم احساس خوشایندی خواهد داشت. بنابراین با کشیدن خود به تشک، نرده‌ها و اشیاء دیگر متوجه منبع لذت دیگری در بدن می‌گردد.

گاهی وجود بیماری انگلی در کودکان سبب می‌شود که خارش در اطراف مجرای تناسلی پدید آید و کودک جهت رفع آن مبادرت به خاراندن آلت تناسلی نموده و چون این حالت او را راحت می‌کند، به تدریج به آن عادت نموده و تصور کند که خاراندن موضع سبب آرامش او می‌گردد. به صورت

عادت درآمدن این حالت می تواند سبب انحراف جنسی کودک گردد. بنابراین والدین کودکان باید نسبت به درمان سریع این گونه بیماریها اقدام نمایند.

— دیدن روابط جنسی بی بند و بار، میان والدین در محیط خانواده ها و یا تماشای فیلمهای مبتذل و عکسهای سکسی که به صورت کنترل نشده در معرض دید کودکان قرار می گیرد، به کشف غریزه جنسی در آنها کمک می کند.

— شنیدن این روابط و داستانهایی در این مورد، نیز می تواند در بیدار نمودن این غرایز کمک نماید. کودک معنی و مفهوم ازدواج، حاملگی و زایمان را از حدود ۶ سالگی درمی یابد و از حدود ۹ سالگی کودکان در باره امور جنسی با دوستان خود به صحبت می پردازند و تشکیل این دورنما در خود، سبب کشف این قوه می گردد.

— اطفال در مراحل اولیه زندگی، فرق بین پسر و دختر را از راه تفاوت لباس، موی سر، پیراهن و بلوز و... و بعدها از طریق خصوصیات اخلاقی و نوع موضعگیریهایشان می شناسند. ولی آنها تدریجاً در موقعیتهایی قرار می گیرند که به صورت عمد یا تصادف، از تفاوتهای جنسی یکدیگر سردر می آورند و به دنیای متفاوت زنان و مردان آگاه می شوند.

آنچه در این بین لازم است که والدین به آن توجه داشته باشند آن است که کشف و بیداری این غریزه اشکالی ندارد، بلکه نابه هنگام بودن آن است که سبب اشکال می گردد. بنابراین آنها باید روابط خود را از دید کودکان مخفی داشته، به بهداشت کودکان توجه نموده، از ایجاد صحنه های یا صحبت های بیدارکننده در حضور او خودداری ورزیده و به کنجاویهای کودکان جهت بدهند. از پیش آمدن موقعیتهایی که کودک بتواند خود را با جنس مخالف به آزمایش گذارد جلوگیری کرده و از دستکاری خود منع کنند.

الف) سیر تمایلات غریزی در کودک

تظاهرات و اعمال جنسی در کودکان در ابتدا به صورت تقلید از آنچه که دیده شده و سپس به صورت عادت درمی آید و چون اغلب، والدین از وجود این حالت در فرزندان خود غافلند، روزی متوجه خواهند شد که خیلی دیر شده است.

بررسیهای انجام شده در زمینه فعالیت‌های جنسی کودکان نشان می‌دهد که در هر مرحله از زندگی، وضعیت ویژه‌ای وجود دارد. قبل از ۳ سالگی این حالت به صورت بازی با آلت تناسلی و دستکاری خود ایجاد می‌گردد.

در سنین ۳ الی ۴ سالگی سعی می‌کند که با توجه به درک از بدن خویش، قسمت‌هایی از آن را به نمایش بگذارد. در این مورد، مادران و پدران باید بیش از پیش در مورد شرم و حیا و پوشاندن بدن خود و کودک خود اصرار ورزند تا بی‌پروایی جنسی ایجاد نگردد.

در حدود سن ۷ سالگی با توجه به درک و فهم بیشتر، دستکاری با خود کم شده، حالت‌های جنسی نیز کمتر می‌گردد. بیشتر روانکاوان سنین ۷ الی ۱۲ سالگی را دوران اختفای جنسی نام گذارده‌اند.

۱ - موضعگیری والدین

با توجه به آنچه تا بحال در مورد کودکان گفته شد، لازم است که موضعی صحیح و مستحکم در رابطه با او داشته باشند. با حفظ شخصیت و احترام کودک، مراقب او بوده و احساسات او را تحت ضابطه درآورده و از بی‌بندوباری او جلوگیری کنند.

روابط والدین و فرزندان باید به نحوی باشد که کودکان را تحت کنترل

داشته باشند و همچنین، روابط آنها که در سنین نوجوانی و بلوغ هستند نیز با کودکان باید تحت نظر قرار گیرد. باید با حرفهای رکیک و زشت و شوخی های نابهنجار او برخورد کرده و بازخواست شود و کودک متوجه عدم رضایت والدین از این مسئله باشد و مستقیماً به او بفهمانند که انتظار شنیدن چنین سخنان یا مشاهده چنین رفتاری را از او نداشتند.

پدر و مادران باید تا جایی که ممکن باشد سعی نمایند تا حیای عاقلانه و عزت نفس کودک خود را تقویت کرده و با اهمیت دادن کافی به او، از احساس نیاز به سایرین و تن به تسلیم دادن فرزندشان جلوگیری نمایند. همچنین رشد منطق و تقویت ایمان و اراده، می تواند عاملی برای ضبط نفس و حفظ و کنترل او باشد.

۲ - نقش غریزه در رفتار

کودکان از همان مراحل اولیه زندگی در معرض انواع نشانه های جنسی از لذت و لغزش و انحرافند و به تدریج با رشد آنها در سبک زندگی خود، نوع برخوردها و ابزار رفتاری، در آرایش مو و چهره و... سعی دارند جنسیت خود را نشان دهند. دختران حالت و ادای زنان را درآورده و پسران رفتار و حالت مردانه ای به خود می گیرند.

بسیار مشخص است که اگر غریزه در افراد جهت پیدا نکند و تربیت نشود سبب ایجاد انحرافات و لغزشهایی در انسان خواهد شد. رمز انحراف در این است که غریزه برای آنهایی که تازه کشفش کرده اند از لذتبخش ترین اعمال است و مانند غذایی نیست که با چند بار خوردن، سیری حاصل کرده و دزدگی ایجاد کند و تا آنجا که غریزه در انسان بیدار است برای وصال، طلب و خواهش می آفریند و آدمی را به سوی صید و دام جنسی و فعالیت وادار می سازد.

البته باید توجه داشت که انحرافات جنسی در خردسالان بیشتر به علت عدم تکامل احساس و یا ادامه غیرعادی فعالیت‌های طبیعی جنسی در دوران تکامل شخصیت است در حالی که در افراد بالغ و نوجوان، این مسئله فقط به خاطر ارضای غریزه و راحت کردن خویش است. در کودک این امر می‌تواند به صورت عادت و یک عمل بی‌خطر و مشروع و یا به معنی تقلید، تسلیم و رسیدن به لذتی دیگر مثل خوراکی و اسباب‌بازی و یا یافتن پناه باشد در صورتی که در بزرگسالان کاملاً متفاوت است و صرفاً غریزی بوده و جنبه ارضاء و آرامش را دارد.

۳ - تذکرات به والدین :

برای حفظ کودک از لغزشها اعمال زیر را باید مورد توجه قرار داد. والدین باید مراقب روابط خود در حضور کودک باشند، مراقبت از خواب و استراحت و روابط طفل، کنترل دفع و جلوگیری از طولانی کردن زمان توالت کردن، سرپرستی بازیهای کودک و یا لاقبل زیر نظر داشتن آنان، مراقبت در بهداشت جسمی و روانی کودک، تذکرات دلسوزانه در موارد لغزش و انحراف، و در مواردی که کودک قدرت تشخیصی دارد نصیحت نمودن او مفید است.

همچنین از بازی بچه‌ها با افراد بالغ و تازه‌آشنای به امور جنسی باید پرهیز نمود، مالش کودک به اشیاء مختلف منع گردیده و از به بستر رفتن کودک آلوده جلوگیری شود، نظرها تحت مراقبت قرار گرفته و از استحمام مختلط خودداری گردد، از تظاهرات جنسی که به تقلید از سایرین انجام می‌گیرد جلوگیری شده و از دستکاری با خود پرهیز داده شوند؛ و...

نوازش بی‌مورد و دستمالی کردن کشاله ران کودک بسیار خطرناک بوده و سبب بیداری غریزه جنسی آنان می‌گردد. به خصوص این حالت برای پسران

بین ۲ تا ۱۲ ساله زیان دارد، این حالت به حدی تحریک کننده است که استراحت و خواب کودک به آن وابسته شده و تا او را نوازش نکنند نخواهد خوابید.

در مورد دختران ۱۰-۱۲ ساله، هیچگاه به قصد نوازش نباید سینه های آنان را لمس کرد و پدر و مادر باید متوجه این امر باشند و اگر در بازیهای کودکانه این عمل به عنوان شوخی انجام می گیرد از تکرار آن جلوگیری گردد. بوسیدن، نوازش کردن، خوابیدن و اظهار محبت ها و در آغوش کشیدن فرزندان که تازه به سنین بلوغ رسیده اند توسط پدر و مادران باید تحت کنترل باشد و بی مورد سبب بیدار کردن حسی در آنها نگردد.

۴ - معاشرتهای نادرست:

کودکان پس از سن ۹ سالگی که به حد تمیز و تشخیص می رسند دیگر نباید در محیط های مختلف باشند. ممکن است در دوران کودکی دختر و پسری یکدیگر را بخاطر محبتی که بین آنهاست ببوسند و این حالت هیچ زمینه جنسی نیز نداشته باشد ولی ادامه این حالت و رسیدن به دوران نزدیک به بلوغ و نوجوانی و یادآوری آن حالات می تواند تحریک کننده باشد.

خوابیدن کودکان بطور مختلط در رختخواب و همچنین معاشرت داشتن با افراد ناباب و داشتن زندگی خلوت آمیز کودکان و نوجوانان و ارتباط با جنس مخالف موجب بیداری تخیلات شهوانی و تحریکات اتفاقی و خطرناک می گردد.

موارد دیگری که می تواند تحریک کننده باشد قرار گرفتن در وان حمام بصورت لخت و بدون شورت، قرار گرفتن زیر دوش آب با ریزش سریع، بویژه برای آنانی که دارای زمینه های انحرافی هستند، سر خوردن و لغزیدن روی نرده پلکان و یا وسیله سفت و لغزنده دیگر، بصورت دمر خوابیدن و مالیدن خود

به رختخواب و بدون پیژامه خوابیدن نیز از عوامل دیگری است که می تواند بیدارکننده غریزه باشد.

والدین در این زمینه ها باید مراقبت لازم را اعمال داشته و بدون اینکه فرزندان را به انحراف سوق دهند، ضرر این حالات را متذکر شوند که براساس توصیه های اخلاقی و مذهبی باید اینطور خوابید، آنطور بود و اینچنین زندگی کرد.

۵ - نیاز شدید به محبت :

هر فردی در زندگی خود نیاز به محبت اطرافیان خویش دارد و این احساس نیاز، در کودکان و بخصوص در افرادی که نزدیک بلوغ هستند بیشتر است. جای تأسف است که فرزندان ما در اثر کمبود محبت و یا در قالب محبت خواهی، سر از فساد و آلودگی درآورند. بنابراین وظیفه والدین است که این خواسته فرزندان خود را ارضاء نموده و از جلب آنان به کانونهای غیرمعقول محبت، جلوگیری کنند. از آنجایی که طلب محبت در دختران به مراتب بیشتر از پسران است و به همین نظر امکان فریب خوردن آنان بیشتر است؛ پس اعمال محبت در مورد دختران باید به نحوی باشد که از یکسو آنها را کاملاً ارضاء کند و از سوی دیگر نحوه آن به صورتی نباشد که موجب لغزشی گردد.

اگر کودکان در زندگی خانوادگی، دچار کمبود عاطفی بوده و ارضاء و سیراب نگردند، به نوعی خودشیفتگی و یا اختلالات شخصیتی دیگر می گردند و ناچار، برای جذب محبت به دیگران روی می آورند و تسلیم خواسته های مشروع و نامشروع آنان خواهند شد. پس در این مورد حساس نیز همانطوری که اسلام عزیز دستور داده است باید حد تعادل را رعایت نمود.

۶ - اوقات خواب

فرستادن کودک کان به رختخواب، قبل از آنکه وقت خوابشان فرا رسیده باشد کاری اشتباه است. زیرا اگر کودک در رختخواب خود تنها باشد، ناچاراً باید با تفکر به موضوعی و یا اشتغال به کاری خود را تا خواب سوق دهد. بنابراین در این هنگام بهترین اوقات جهت کشف خود، برای او پیش خواهد آمد. اگر در رختخواب به طور مختلط قرار گیرند، این حالت وخامت بیشتری خواهد داشت زیرا یا برای یکدیگر باید داستانی تعریف کنند و یا از اتفاقاتی که در طی روز برای آنها پیش آمده است صحبت نمایند و بهترین موقعیت برای بیان اسرار پیش خواهد آمد؛ و اگر این داستانها از جن و پری و... و داستانهای هیجان انگیز باشد آنها را به یکدیگر نزدیک کرده و در این برخوردها امکان کشف خود و در نتیجه لغزنده خواهد بود.

از طرف دیگر این حالت و تفکرها موقعیت پیدا خواهند کرد که در خواب به صورت رؤیا به تحقق پیوندند؛ و پس از بیداری، کودک به دنبال آنچه که خواب دیده بود خواهد رفت.

بنابراین پدران و مادران باید توجه داشته باشند که تا آثار خواب در بچه ها ظاهر نشده است به رختخواب نروند. بستر کودکان باید از هم جدا و دور باشد. باید بچه ها را عادت داد که دستها را از لحاف بیرون بگذارند و پس از بیداری هر چه زودتر از رختخواب بیرون بیایند و در آن نخلطند.

۷ - نقش محیط

برخی شرایط محیطی در بیدار نمودن زودتر از موقع غریزه کودک کان نقش اساسی دارند که به بعضی از آنها اشاره می گردد:

— تربیت شدن این کودکان زیر دست مربیانی که دارای دیدی غربی و

آزادی جنسی بی بند و بار هستند می تواند عامل انحراف بچه ها باشد؛ زیرا این مربیان نظر دارند که اگر کودک در معرض آزادی جنسی باشند دیگر میل و کشش آنچنانی برای آن نخواهند داشت و دیگر عقده جنسی برای آنان پیش نخواهد آمد؛ غافل از اینکه قرار گرفتن در یک محیط آزاد بی بند و بار، مرتباً بچه ها را تحت تحریک جنسی قرار خواهد داد.

— استحمام والدین با پسران و دختران خود و به صورت لخت و عریان و نادیده گرفتن شرم و حیا در این امر زمینه را برای تشدید غریزه جنسی فراهم آورده و میل آنها را بیدار می کند.

— وجود استبداد خانوادگی سبب می گردد که جریان خون بدن زیاد شده، سبب نعوظ آلت گردیده و عاطفه جنسی بیدار شده و سبب تحریک می شود. اگر این تحریک غریزه جنسی هدایت نگردد سبب انحراف می گردد.

— والدینی فرزندى دارند و میل به داشتن جنسی مخالف داشته اند لباس جنس مخالف را به او می پوشانند. مثلاً اگر پسری دارند، به او لباس دخترانه می پوشانند و آرایشهای دخترانه می کنند و این باعث می گردد که بچه به طور ناخودآگاه به انحراف به طرف جنس مخالف تمایل پیدا کند. از این رو در اسلام، پوشش جنس مخالف برای افراد، ممنوع گردیده است.

— در خانواده هایی که بچه ها به حد تمیز رسیده اند استفاده از لباسها و آرایشهای تحریک کننده باید تحت کنترل باشد. همچنین آرایش اطاق خواب و محل زندگی آنان نباید تحریک کننده باشد و بسیار ساده باشد.

— وجود شرایط نامساعد در زندگی و ایجاد درگیری های خانوادگی و منازعات پدر و مادر با یکدیگر سبب می گردد که در کودک اضطراب بروز کرده و او برای تسکین خود از اضطراب، تن به گوشه گیری و انزواطلبی داده و در پی آن حالت خودارضائی ایجاد می شود. این مسئله برای آنانی که قبلاً دارای آلودگی بوده اند بیشتر صادق است.

ب) نکات مهم در پیشگیری انحرافات کودکان

در روشهایی که ذکر خواهد شد اصل بر این است که موقعیتی پیش نیاید که احساس شهوانی کودک به طور نابه هنگام بیدار شود. و یا اینکه از ایجاد عادات ناپسند جنسی در او جلوگیری شود.

۱ - هدفدار بودن زندگی

وقتی که زندگی دارای هدف خاصی باشد، روی این هدف، برنامه ریزی شده و گفتارها، برخوردها، نحوه زندگی و طبعاً نحوه ارتباط با کودکان و نوجوانان دارای شیوه خاصی خواهند بود و زندگی بر این اساس پیش می رود.

۲ - کنترل روابط و رفتار والدین

کنترل نحوه برخورد والدین در منازعات و خودداری از درگیری ها و همچنین مراقبت از ایجاد روابط جنسی در حضور آنان از عوامل بسیار مهم جلوگیری از انحراف است؛ زیرا اکثر کودکان در پاسخ انحرافات خود می گویند که تقلید کار پدر یا مادر خود را کرده اند.

۳ - ارضاء عاطفی

کودکانی که در دوران زندگی از نظر عاطفی دارای کمبود بوده اند، در دوران نوجوانی سعی می نمایند از طریق لغزشهای جنسی این کمبود را جبران نمایند.

۴ - اعتدال در محبت

همانطوری که قبلاً ذکر شد، در محبت ها نه باید راه افراط را رفت و نه از

شیوه تفریط متابعت نمود. بلکه میانه روی بهترین شیوه است. زیادی محبت سبب می‌گردد که کودک احساس وابستگی شدیدی نسبت به والدینش پیدا کند و این چندان مطلوب نیست. این محبت‌های زیاد می‌تواند سبب انحرافات بعدی نیز بشود.

۵- تقویت مبانی اخلاقی

از آنجایی که آرامنهای اخلاقی می‌تواند سدهایی در راه سیر کنترل نشده غریز ایجاد کند، تقویت بنیه اخلاقی یکی از راههای هدایت فرزندان به راه صحیح و جلوگیری از انحراف آنان است.

والدین باید سعی داشته باشند که با عمل خویش، به فرزندانشان عزت نفس، تن به ذلت ندادن، با حیا بودن، غرورداشتن، صادق بودن و داشتن حالت حجب و حیا را بیاموزند. به خصوص این مسأله در مورد دختران اهمیت بیشتری دارد.

۶- تقویت نیروی اراده و ایمان

آموختن موازین دینی که یکی از عوامل مهم در زندگی صحیح است به عهده پدران و مادران می‌باشد. در ضمن این آموزش باید به تمرین تقویت اراده آنان پرداخت و به کودکان آموخت که در مقابل هر دعوتی تسلیم نشده و به هر امر و دستوری خود را نیازند. اگر ضعف اراده با ضعف ایمان همراه شود خسارات جبران‌ناپذیری به حیات خانواده وارد خواهد ساخت.

۷- آگاهی دادن

والدین و مربیان باید به فرزندان خود راه و رسم زندگی سالم، عفت، پاکدامنی و ارزش آن، زندگی شرافتمندانه،... و ضرر انحراف و لغزش را

بیاآموزند تا ایشان حافظ آبرو و حیثیت خانواده خود باشند.
 کودک در سنین قبل از دبستان هم بداند که کسی نباید او را لخت ببیند
 و او نیز نباید به کسی که لخت است نگاه کند. کسی نباید به بدن او دست
 بزند و خود او نیز نباید به بدن خود و بدن کسی دست بزند.
 مجدداً متذکر می شویم که این آموزشها در مورد دختران اهمیت و ارزش
 بیشتری دارد.

۸ - بهداشت جسمی:

همانگونه که قبلاً ذکر شد، وجود برخی انگلها و بیماریها ممکن است
 سبب تحریک اطراف دستگاه تناسلی گردد، و اینکار سبب خودارضایی
 شود و باعث انحرافات بعدی گردد. بنابراین والدین در درمان بیماریهای
 دستگاه گوارش کودکان باید با جدیت برخورد کنند.
 رعایت بهداشت جسمانی و نظافت بدن نیز اهمیتی مشابه دارد.

۹ - بهداشت روانی:

کودک باید در طول زندگی از محبت کافی برخوردار باشد ولی مورد
 دیگری که وجود دارد عدم قرار دادن کودک یا نوجوان در حالت اضطراب و
 نگرانی است. چون همانطوری که ذکر شد اضطراب یکی از عوامل
 تحریک کننده جنسی است و جستجوی این حالت می تواند سبب لغزش
 گردد.

پس اگر در محیط خانواده موضوعی ایجاد شده باشد که سبب متوجه شدن
 تنبیه یا سرزنشی به کودک گردد، بدون تأخیر از لحاظ زمانی این تنبیه انجام
 گیرد و قضیه برای فردا و فرداها نماند که موجب اضطراب کودک گردد و او
 را مدتی در این حال نگهدارد.

۱۰ - کنترل کودک:

انس و الفت میان نوجوانان و کودکان بسیار خوب است ولی به شرطی که با حفظ آزادی و احترام لازم، این روابط تحت کنترل باشد. بنابراین رفت و آمدها، روابط و معاشرتها و دید و شنیدهها و برخوردهای آنان باید تحت کنترل باشد تا مسائل جزئی باعث انحراف آنان نگردد. دوستان فرزندان باید شناخته شده باشند و باید دانست که آنان به چه جاهایی رفته و شاهد چه روابط و صحنه‌هایی هستند.

۱۱ - ایجاد عادات صحیح:

برخی عادات بد می‌تواند سبب انحرافات بعدی کودک گردد. بنابراین باید به این حالات قبل از اینکه به صورت عادت در بچه مستقر گردد، توجه شده و از آن ممانعت به عمل آید. خوابیدن کودک روی شکم، نوع قرار دادن پاها و اعضاء بدن روی یکدیگر، ماندن و غلطیدن در رختخواب، عدم تخلیه و دفع ادرار و مدفوع قبل از خواب، بدون پیژامه خوابیدن، پوشیدن لباسهای بسیار زبر یا بسیار نرم و... بعضی از مواردی است که سبب لغزش خواهد شد. بنابراین به آنان بیاموزید که با پیژامه بخوابند و قبل از خواب به دستشویی بروند و کودکان را عادت دهید که به پشت بخوابند.

۱۲ - سایر توصیه‌ها:

ایجاد سرگرمی مناسب برای اوقات بیکاری کودکان یکی از راهها برای پر کردن اوقات بیکاری آنان است. آماده کردن شرایطی برای کودکان جهت انجام فعالیت‌های ورزشی، تفریحی سالم و آماده شدن جهت زندگی جمعی سالم و بحث‌های باارزش و سالم.

مادران نباید قنடاق را بسیار تنگ ببندند و یا در هنگام خشک کردن بچه او را زیاد مالش بدهند. مراقب باشند که بچه خود را دستکاری نکند و شاهد روابط والدین نباشند. بهداشت فردی را به نوجوانان بیاموزند و به دختران نزدیک سنین بلوغ مسئله قاعدگی را و به پسران مسئله احتلام را یاد دهند. جهت آشنایی بیشتر با این امور می توانید به کتابهایی که مخصوصاً در رابطه با مسائل جنسی کودکان نوشته شده مراجعه کنید.

فصل دهم

اختلالات جنسی - روانی

— لازم به توضیح است که متن زیر ترجمه کتابی آمریکایی است و اعداد و ارقام و مردم و جوامع مربوط به آمریکا می باشد.

۱- تعریف Definition

در کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی چاپ سوم (DSM-III) اختلالات روانی جنسی به چهار گروه تقسیم شده اند:

۱. اختلالات هویت جنسی:

که مشخص می شود با احساس ناراحتی و عدم تناسب با جنس کالبدشناختی خود و توأم با رفتاری است که مربوط و مخصوص به جنس دیگر می باشد.

۲. پارافیلیا:

که مشخص می شوند با خیزش جنسی در مقابل موضوعها یا موقعیتهای جنسی که جزو اشکال عادی فعالیتهاى خیزشی نبوده و به درجات مختلف ممکن است ظرفیت فعالیتهاى جنسی مهرآمیز متقابل را مخدوش کند.

۳. اختلالات کنشی روانی - جنسی:

که مشخص می شود با مهار امیال جنسی یا تغییرات پسیکوفیزیولوژیک در دورهٔ پاسخ جنسی (به معنی پس و پیش و کم و زیاد شدن عناصر آن دوره).

۴. سایر اختلالات روانی - جنسی:

این یک طبقه باقی مانده است که دارای دو مقوله می باشد:

(۱) همجنس گرایی اگودیستونیک یا نامقبول اگو (که در اینجا به عنوان اختلال هویت جنسی آمده است).

(۲) اختلالات روانی - جنسی که در جای دیگری طبقه بندی نشده اند.

۲ - انواع Types

۱. اختلالات هویت جنسی:

در این فصل، موارد زیر به عنوان اختلالات هویت جنسی تلقی شده اند:

۱-۱ - تغییر جنسیت طلبی (ترانس سکسوالیسم).

۱-۲ - همجنس گرایی

۲. پارافیلیا:

۲-۱ - یادگار دوستی یا فتی شیسیم (که تقریباً منحصر به مردان است).

۲-۲ - لباس مبدل پوشی یا ترانس وستیسیم.

۲-۳ - تمایل جنسی به حیوانات یا زوئوفیلی.

۲-۴ - تمایل جنسی به اطفال یا پدوفیلی (در فارسی فقط در مورد مردان بچه بازی نامیده می شود).

- ۵-۲ - خودنمایی جنسی یا عورت‌نمایی.
- ۶-۲ - تماشاگری جنسی یا نظر‌بازی.
- ۷-۲ - خودآزاری جنسی یا مازوخیسم.
- ۸-۲ - دیگرآزاری جنسی یا سادیسم.
- ۹-۲ - دیگرآزاری و خودآزاری جنسی یا سادومازوخیسم.
- ۱۰-۲ - پارافیلیهای ناجور.
- ۳. اختلالات کنشی روانی - جنسی.

۳ - اختلالات هویت جنسی Gender identity disorders

۱. تعریف:

- ۱-۱ - هویت جنسی^۱ را می‌توان چنین تعریف کرد: احساس زنانگی یا مردانگی در شخص، یا به تعریف کمپیل «اعتقاد درونی شخص به این مسئله که او فردی است مذکر، مؤنث، دوسوگرا، یا خنثی».
- ۲-۱ - نقش جنسی^۲ به تعریف کمپیل، رفتار و نمایی است از آنچه در فرهنگ اجتماعی «مردی و مرد بودن» یا «زنی و زن بودن» تلقی می‌شود. می‌توان آن‌را همان درک فرد از نقش اجتماعی مردانه یا زنانه‌ای که دارد نیز تلقی کرد. با اینکه هویت جنسی در اوایل زندگی مستقر و تثبیت می‌شود، ولی طی دوره‌ی عمر ممکن است تحول یابد.
- ۲. ترانس سکسوالیسم یا زنانه‌گرایی یا مردانه‌گرایی در جنس مخالف

۲-۱- تعریف:

بنا به (DSM-III) خصیصه اصلی این اختلال چند گونه عبارت است از احساس مبرم ناراحتی و عدم سنخیت از ساخت آناتومیک جنسی خود، و آرزوی مبرم به خلاصی از اعضای تناسلی خویش، و زندگی کردن به صورت فردی از جنس مقابل. تشخیص فوق فقط وقتی داده می شود که این آشفتگی اقلأً به مدت دو سال ادامه داشته باشد (و محدود به دوره استرس نباشد) و علت آن اختلال روانی دیگری مثل اسکیزوفرنی نبوده و یا توأم با نابهنجاری کالبدشناسی جنسی یا ژنتیک نیز نباشد. چنین اشخاصی معمولاً از پوشیدن لباس مخصوص جنس آناتومیک خود ناراحتند و بارها این ناراحتی منجر به پوشیدن لباس جنس مخالف می شود و غالباً به فعالیت‌هایی مربوط به جنس مقابل دست می زنند.

۲-۲- انواع (از کاپلان^۱ و سادوک^۲)

الف- ترانس سکسوالیسم مردان

۱) ترانس سکسوالیسم اولیه در مرد- چون آغاز این اختلال در سنین اولیه پسرها بوده و در تمام طول زندگی بدون تغییر باقی می ماند لذا به این اسم نامیده می شود.

۲) ترانس سکسوالیسم ثانوی در مرد- به مواردی اطلاق می شود که شروع آن در مراحل بعدی زندگی است (بعد از دوران کودکی). چنین مردانی ظاهر و نقش مردانه دارند.

ب- ترانس سکسوالیسم در زن

۱) در زنانی دیده می شود که از اوان کودکی خود را به صورت جنس مذکر دیده و زندگی زنانه نداشته اند.

۲) ترانس سکسوالهای مؤنث، حتی قبل از عمل جراحی «تغییر جنسیت»، معمولاً موفق به کسب ظاهر مردانه می‌شوند، و اغلب یار جنسی برای خود پیدا می‌کنند که آشکارا همجنس‌گرا نیستند.

ج - انواع درج شده در DSM-III (که بر پایه تاریخچه زندگی جنسی مسلط قبلی تقسیم‌بندی شده است).

۱) فاقد جنسیت یا آسکسوال^۱ که در آن فرد منکر داشتن هرگونه احساس جنسی نیرومندی است.

۲) همجنس‌گرا یا هموسکسوال^۲ که هدف جنسی را از همجنس خود انتخاب می‌کند.

۳) غیر همجنس‌گرا یا هتروسکسوال^۳ که در آن فرد ادعا می‌کند دارای فعالیت جنسی کامل هتروسکسوال بوده است.

۳-۲ - سبب‌شناسی:

الف - تاریخچه اشکال هویت جنسی در دوران کودکی وجود دارد.

ب - بعضی تصور می‌کنند که همه انواع اختلال ترانس سکسوال در نتیجه حل نشدن «اضطراب جدایی» در اولین مراحل رشد کودکی است.

ج - در ترانس سکسوالهای اولیه مردان، بعضی تصور می‌کنند که پدر از بچه دور بوده و حالت انفعالی «پاسیو» داشته است و مادر از نظر شخصیتی دارای جنبه‌های قوی مربوط به هر دو جنس بوده است.

د - در ترانس سکسوالهای مؤنث، طبق شواهد پراکنده، دختر بچه دسترسی به مادر، که برایش «مادری» نماید، نداشته است. (الزامی)

1 - Asexual

2 - Homosexual

3 - Heterosexual

نیست که مادر جسماً در خانه حضور نداشته باشد). به نظر می‌رسد که فرایندی در دختر بچه آغاز می‌شود که طی آن کودک سعی می‌کند مادری برای خود بسازد.

ه — هیچ عامل بیولوژیک ترانس سکسوالیسم، چه مذکر و چه مؤنث، گزارش نشده است.

۴-۲ — سیر بیماری:

مزمّن است و بدون درمان دوره‌های بهبودی ندارد.

۵-۲ — درمان:

الف — درمان روانپزشکی این اختلال مایوس‌کننده بوده است.

ب — روان‌درمانی ناموفق بوده است.

ج — انزجار-درمانی^۱ نیز ناموفق بوده است.

د — اینکه آیا رفتار درمانی در آینده کمکی به درمان خواهد کرد یا نه، معلوم نیست.

ه — تبدیل جنسی^۲ یا جراحی ترمیمی در گروهی از بیماران که محتاطانه انتخاب شده‌اند انجام شده است. افرادی که دارای رفتار پسیکوتیک یا «بوردرلاین» بوده‌اند یا سابقه جنایی یا آشفتگیهای جنسی شدید داشته‌اند کنار گذاشته شده‌اند. گرچه چنین عمل جراحی همیشه باعث رفع علائمی (مثل افسردگی) نمی‌شود، ولی بیماران بعد از عمل بهتر به نظر آمده‌اند. بعضی مراجع اظهار می‌کنند که چون مطالعات پی‌گیری درازمدت وجود ندارد، در مورد نتایج چنین عملهایی هنوز نمی‌توان اظهار نظر قطعی کرد.

۶-۲ — مورد نمونه:

مرد بیست و چهار ساله مجردی که از نظر ژنتیک مذکر بود برای عمل جراحی ترانس سکسوال در بیمارستان بستری شد. او در شهر کوچکی در جنوب ایالت مینسوتا تولد یافته بود و زندگی بسیار سالمی داشت. وی اظهار داشت تا آنجا که به خاطر می آورد از ابتدا خود را دختر تلقی کرده و در تمام طول دوره زندگی جز این احساسی نداشته است. پوشیدن لباسهای خواهرش که از خودش دو سال بزرگتر بود از جمله اولین خاطرات او به شمار می رفت. او صرفاً علاقه مند به عروسک، بازیهای دختر بچه ها، و همبازی شدن با دخترها بود. وی دوست نداشت که با پسرها بازی کند و در بازیهای آنها شرکت جوید. او علاقه مند به عروسک بازی و آشپزی بود و در دبیرستان به جلوداری گروه موسیقی جشنها [که در آمریکا فعالیتی منحصرأ دخترانه است] علاقه مند بود. وی گفت که در شهر کوچکی که در آنجا بزرگ شده همواره از طرف دخترها «به عنوان یک دختر» پذیرفته می شد. در اواخر دوره دبیرستان، به خاطر روشهای زنانه اش، پسرها سر به سرش می گذاشتند. در چهارده پانزده سالگی بعد از آشنا شدن با وصف حال یک فرد ترانس سکسوال مشهور، افکاری در او پیدا شد که ممکن است او نیز یک فرد ترانس سکسوال باشد.

غیر از چند مورد تجربه جنسی ... ، وی منکر هرگونه تجارب جنسی آشکار شد. او از داشتن روابط با جنس مذکر واهمه داشت و می گفت که در این صورت «او بزودی همه چیز را در باره من خواهد دانست.» وی هرگز رابطه جنسی با یک فرد از نظر ژنتیکی مؤنث نداشت و می گفت «چنان عملی مرا مضمئز می کند». وی بارها استمناء می کرد و به پشت دراز می کشید و در تخیل خود نقش زنی را به خود می گرفت که آلت مرد عاشق خیالی خود را می پذیرد.

تقریباً از چهار سال و نیم پیش وی شروع به مصرف استروژن و پوشیدن لباسهای زنانه کرده و در این مدت سینه‌های او رشد قابل ملاحظه‌ای نموده و آلت تناسلی مردانه‌اش («کوچکتر») شده و قدرت نعوظ را از دست داده بود. وی از آلت تناسلی و بیضه‌های خود تنفر داشت و هیچ‌وقت آنها را حس نمی‌کرد و دائماً در میان پاهایش جمع می‌کرد. نامبرده همچنین در آموزشگاه آرایش و زیبایی ثبت‌نام کرد، و در آنجا اولین هم‌نوع ترانس سکس‌وآل خود را ملاقات نمود. تقریباً دو سال قبل از بستری شدن در بیمارستان او برای سفت و حجیم‌تر کردن پستانهایش، اقدام به تزریق سیلیکون مایع در داخل آنها کرده بود.

او به‌طور طبیعی دارای پوست سفید و موی بلوند بود و مشکل زیادی از لحاظ پرمویی تن و صورت نداشت. وی دارای بشره گندمگون بود و برای موی کرکی اندک صورتش تقریباً هر ده روز از وسیله ازاله مو استفاده می‌کرد. در بیمارستان یک عمل جراحی «تغییر جنسیت» یک مرحله‌ای بر روی او انجام پذیرفت.

۴ — همجنس‌گرایی Homosexuality

۱. تعریف:

۱-۱ — در طبقه‌بندی جدید (DSM-III) همجنس‌گرایی به خودی خود به عنوان یک انحراف جنسی طبقه‌بندی نشده است. گرچه موضع انجمن روانپزشکی آمریکا بر این است که همجنس‌گرایی اختلال روانی نیست؛ ولی موضوع هنوز مورد بحث و جدل است. بعضی از پزشکان بالینی بر این باورند که همجنس‌گرایی همواره باید یک نوع انحراف جنسی تلقی شود، و

عده‌ای دیگر مدعی هستند که مدارک علمی به اندازه کافی مبنی بر اینکه همجنس‌گرایی بر اساس تعارضات ناخودآگاه یا خودآگاه باشد، وجود ندارد.

۱-۲ - در (DSM-III) همجنس‌گرایی نامقبول برای آگو (اگودیستونیک) مطرح شده است. خصیصه‌های اصلی آن عبارتند از میل به دستیابی یا افزایش خیزش جنسی در مورد جنس مخالف، تا بدین ترتیب شخص بتواند روابط هتروسکسوال برقرار کند و یا این‌گونه روابطش را ادامه بدهد؛ و وجود خیزشهای مکرر همجنس‌خواهی پس‌رانده که فرد آن را صریحاً ناخواسته و منبع مداوم پریشانی خاطر می‌شمارد. به‌طور کل افرادی که دارای این اختلال باشند دارای روابط جنسی با همجنس هستند ولی غالباً ارضای جسمانی در آنها به علت احساس منفی شدید نسبت به همجنس‌خواهی، با آشفته‌گی عاطفی توأم است. در بعضی موارد احساسات منفی به قدری شدید است، که شهوت همجنس‌خواهی محدود به خیالپردازی جنسی است.

۲. شیوع:

۱-۲ براساس گزارش کینزی^۱ تقریباً ۴ درصد مردان سفیدپوست خود را همجنس‌گرا تلقی می‌کنند.

۲-۲ - ۱۳ درصد دیگر از مردان، حداقل در دوره‌ای به مدت سه سال از زندگی بزرگسالی، خود را هوموسکسوال تلقی می‌کنند.

۲-۳ - به نظر می‌رسد که همجنس‌بازان به سوی مناطق داخل شهری و دریاکنارها، که به داشتن جوامع هوموسکسوال شهرت دارند، جذب می‌شوند.

۳. انواع همجنس‌گراها:

۱-۳ - بسیاری از همجنس‌گراها به‌طور آشکار دارای زندگی

«گی»^۱ یا «لزبین»^۲ هستند. عده‌ای هم که تعدادشان روبه کاهش است به ظاهر زندگی هتروسکسوال دارند. این افراد هر دو جنس گرا^۳ غالباً ازدواج می‌کنند و تشکیل خانواده می‌دهند. آنها زندگی همجنس‌گرایانه خود را به صورت پنهانی و با تکرر کمتر ادامه می‌دهند.

۲-۳ — گرچه از صحت این مطلب کاسته شده است، هنوز هم بعضی مشاغل معین هوموسکسوال را جذب می‌کنند. در بین این حرفه‌ها از ورزشهای رقابتی، گروههای نظامی، دکوراسیون داخلی، رقاصی، و آرایشگری می‌توان نام برد.

۴. سبب‌شناسی:

۱-۴ — عوامل سرشتی:

الف — در کششهای جنسی هر کس عناصر هومو و هتروسکسوال وجود دارد. رفتار جنسی هر شخص مربوط به همانندسازی جنسی وی و نیز توانایی او به تلطیف و تعالی بخشیدن به برخی کششهاست.

ب — نمایان شدن کششهای همجنس‌گرایانه به بعضی عوامل ژنتیک و بیولوژیک نسبت داده شده است.

۲-۴ — نظریه روانکاوی:

الف — فروید همجنس‌گرایی را به عنوان توقف رشد روانی - جنسی تلقی می‌کرد. بنا به نظریه او، اضطراب اختگی و حل نشدن وضعیتهای اودیپی، زیربنای همجنس‌گرایی را در مردان تشکیل می‌دهد، و در

۱ — gay ، اصطلاحی عامیانه برای همجنس‌گرای مرد.

۲ — Lesbian ، اصطلاحی عامیانه برای همجنس‌گرای زن.

زن‌ها حل نشدن رشک آلت رجولیت باعث همجنس‌گرایی می‌شود.

ب — هوموسکسوال مذکر با مادر خود همانندسازی دارد.

ج — هوموسکسوال مؤنث با پدر خود همانندسازی دارد.

۳-۴ — نظریه‌های محیطی:

الف — بعضی مراجع بر این باورند که مردان هوموسکسوال مادرانی بیش از اندازه نزدیک، محرم، مسلط، و بیش از حد حامی و مردانگی‌زدای^۱ دارند، و پدران‌شان جدا و دور، بی‌محبت، و متخصص می‌باشند که به نحوی تحقیرآمیز با پسران خود رفتار می‌کنند.

ب — و همچنین گفته شده است که هوموسکسوال‌های مؤنث پدرانی دارند مطیع و سربزیر که از دخترهای خود دوری می‌جویند، و مادرانی دارند متخصص، اهل رقابت، و با احساساتی خصمانه نسبت به جنس مؤنث (زنانگی‌زدای)^۲ که دوست دارند فرزندشان پسر باشد.

ج — زن‌های همجنس‌گرا سابقهٔ الکلیسم و مسلماً سوءاستفاده از داروها دارند.

د — اغوا به وسیلهٔ یک فرد هوموسکسوال در اوایل زندگی نقش مهمی در سبب‌شناسی همجنس‌گرایی دارد.

۴-۴ — نظریه‌های فرهنگی:

الف — همجنس‌گرایی در فرهنگ‌های گذشته و حال، هر دو، وجود داشته است؛ و غالباً به عنوان نوعی از رفتار جنسی طبیعی به حساب می‌آمده است. فرهنگ‌هایی نیز وجود دارند که در آنها همجنس‌گرایی شناخته نشده است.

ب — در فرهنگ‌های فرعی که در آنها محدودیت‌های بی‌مورد در نشان

دادن علاقه به جنس مخالف وجود دارد (مثل ممنوع بودن گذاشتن وعده ملاقات، رقصیدن و نظایر اینها)، ممکن است منتهی به این باور گردد که ممنوعیت رفتار همجنس گرایی کمتر از ممنوعیت گرایش به جنس مخالف است.

ج - همجنس گرایی ممکن است به صورت موقتی پیش بیاید، مثلاً در سنین بلوغ تظاهری از کنجکاوی یا تجربه آزمایی باشد، و یا در شرایطی که تماسهای هتروسکسوال امکان نداشته باشد، ممکن است به طور گذرا رخ بدهد (مثلاً در زندانهای امریکا).

۵. انواع:

۱-۵ - بعضی از متخصصان بالینی هنوز به دو نوع همجنس گرایی اشاره می‌کنند:

الف - همجنس گرایی نهفته^۱: وقتی همجنس گرایی نهفته است امیال همجنس گرایانه بیشتر به صورت ناخودآگاه و نامشخص هستند و برون‌فکنی یا تصعید می‌شوند. درجهٔ نهفتگی با قدرت واپس‌زنی نسبت معکوس دارد.

ب - همجنس گرایی آشکار^۲: همجنس‌خواهی زمانی آشکار تلقی می‌شود که به صورتی خودآگاه برای فرد مشخص شود. این شناسایی ممکن است بر ظاهر شخص اثر بکند یا نکند.

(۱) اکثر هوموسکسوالها از نظر ظاهر عادی هستند.

(۲) بعضی هم برخی از خصوصیات نمایان رفتاری جنس مخالف را نشان می‌دهند. مثلاً بعضی از هوموسکسوالهای مذکر از نظر ظاهر زنانه و بعضی هوموسکسوالهای زن مردان به نظر می‌آیند.

۳) همجنس‌گرایی آشکار معمولاً متضمن تماس جنسی جسمانی با افراد همان جنس است.

۶. درمان:

۱-۶ — درمان عوامل اساسی زیربنایی همجنس‌گرایی:

الف — اکثر هوموسکسوالها دنبال درمان نمی‌روند، فقط آن عده‌ای که در پی عمل جراحی هستند یا آنهایی که دارای علائم روانشناختی یا مشکلات شخصیتی هستند به سراغ درمان می‌روند.

ب — بیه‌بر^۱ گزارش داده که تقریباً یک سوم مردانی که دارای مواضع «دوجنس‌گرایی و همجنس‌گرایی» بوده‌اند، با استفاده از درمان روانکاوی، موضع «هتروسکسوال» به دست آورده‌اند.

ج — چند روش تعدیل رفتار آزمایش شده است. از جمله شرطی کردن نفی^۲ که در آن نشان دادن عکسهای شهوت‌انگیز فرد همجنس^۳ با تزریق آپومرفین (برای ایجاد استفراغ) و یا با وارد ساختن شوک الکتریکی دردآور توأم می‌شود، در مواردی با موفقیت همراه بوده است. همچنین روشهای «حساس‌سازی پنهانی»^۴ و «اجتناب پیش‌ینانه»^۵ مورد تجربه و آزمایش قرار گرفته‌اند.

د — بعضیها برای درمان هوموسکسوالهای اگودیستونیک روشی به کار می‌برند که فرد را قادر می‌سازد به‌طور راحت‌تری به‌صورت هوموسکسوال زندگی کند، بدون اینکه احساس گناه داشته و یا به فکر عوض کردن موضع خود بیفتد. (مراکز مشاوره مردان همجنس‌گرا^۶)

1 - Bieber

2 - Negative conditioning

3 - Homoerotic

4 - Covert sensitization

5 - Anticipatory avoidance

6 - Gay counselling centers

دارای چنین برنامه‌هایی هستند).

۵- در مورد معالجه زندهای هوموسکسوال آگودیستونیک شواهد اندکی در دست است.

و- دارو درمانی:

۱) ترکیبات ضد اضطراب و ضد افسردگی، در مواردی که اضطراب و افسردگی همراه با اختلال وجود داشته باشند، به کار می‌روند.
 ۲) به نظر می‌رسد که هورمونهای مردانه برای هوموسکسوالهای مذکر منبع مصرف داشته باشند زیرا این هورمونها فقط میل جنسی را افزایش می‌دهند بدون اینکه هدف جنسی را عوض کنند.

ز- گفته می‌شود که «گروه درمانی» دارای نتایج مفیدی بوده است.

ح- روش درمانی بعضی درمانگرها در معالجه همجنس‌گرایی مثل مواردی است که امیال جنسی وقفه یافته باشد (اختلال کنشی روانی-جنسی از نوعی که در مرحله اشتیاقی وقفه یافته باشد).

۲-۶- درمان عوامل هیجانی یا شخصیتی که با همجنس‌گرایی تقارن دارند:

به‌طور کلی از همان اصول و قوانینی تبعیت می‌کند که شامل افراد غیر همجنس‌گرای مبتلا به این مشکلات هستند.

۷. مورد نمونه:

یک مرد مجرد بیست و هفت ساله، بعد از اینکه در نیروی زمینی پذیرفته نشد، با یک روانپزشک به مشاوره پرداخت. او اظهار داشت که از خیلی وقت پیش، یعنی از سن ده سالگی، به علت میل نیرومند به همجنس‌گرایی دچار دردسر شده است. یک بار در کلاس دهم به قدری مجذوب پسر دیگری گشته که چند روزی «شدیداً ناخوش»، و مجبور به بستری شدن در منزل شده است.

بعد از فارغ التحصیلی از هنرستان، به عنوان هنرمند آگهیهای تجارتهای استخدام شده و در همین کار موفق است. وی چند آشنای تصادفی پیدا کرده بود ولی تقریباً هیچ دوست صمیمی نداشت. به خاطر میل همجنس گرایی، عمداً از برقرار کردن رابطه دوستی با مردان دیگر امتناع می ورزید.

پدرش را مردی آرام و نرمخو توصیف می کردند، و مادرش کاملاً نقطه مقابل، یعنی سختگیر، «غیر زنانه» و تندخو. مادر برقرارکننده نظم و انضباط در خانواده بود و گرچه سعی می کرد که نقش مردانه ای اتخاذ کند، اما هر دو هفته یک یا دو روز بیمار، و در خانه بستری بود. بیمار نسبت به مادرش نزدیکتر بود تا به پدرش.

بیمار تا دو سال قبل قادر به کنترل امیال همجنس گرایی خود بود، تا اینکه در آن موقع تحت تأثیر الکل اجازه داد که مرد دیگری وی را اغوا کند. از آن زمان او چندین بار تجربه هوموسکسوال داشت. به خاطر احساس گناه کبیره، او کوشش سختی برای کنترل تمناهای خود می کرد.

۵- یادگار دوستی Fetishism

۱. تعریف:

۱-۱- بنا به (DSM-III) خصیصه اصلی عبارت است از استفاده از اشیای بی جان (فتیش)^۱ به عنوان روش منحصر یا مرجع رسیدن به تحریک جنسی.

۱-۲- فتیش معمولاً اشیای پوشیدنی از قبیل جامه های زیر زنانه،

۱- Fetish ، به اشیایی که به عقیده اقوام وحشی دارای روح بوده و مورد پرستش قرار می گرفتند، گفته می شد.

کفش، چکمه و خیلی به ندرت قسمتهایی از بدن انسان مثل مویا ناخن است. (DSM—III).

۳-۱ — اشتغال خاطر با قسمتهای خاصی از بدن جنس مؤنث (مثل سینه‌ها، کفل، ساق پا و باسن)، عضوخواهی^۱ نامیده می‌شود.
 ۴-۱ — فتیش به عنوان شیئی مورد استفاده برای استمناء به کار می‌رود، لذا به صورتی آشکار یک جانشین سمبولیک برای عضو تناسلی زن است تا مرد.

۲. شیوع:

۱-۲ — به نظر می‌رسد که فتیشیزم خاص مردها باشد.
 ۲-۲ — کینزی معتقد بود که بین رفتار سادومازوخیستی و فتیشیزم رابطه‌ای وجود دارد.
 ۳-۲ — آماری در مورد شیوع آن در دست نیست.
 ۴-۲ — گاهی شخص «فتیشیست» بعلت سرقت وسایلی از البسه زنانه، مخصوصاً لباسهای زیر دستگیر می‌شود: «دزدی فتیش».

۳. سبب شناسی:

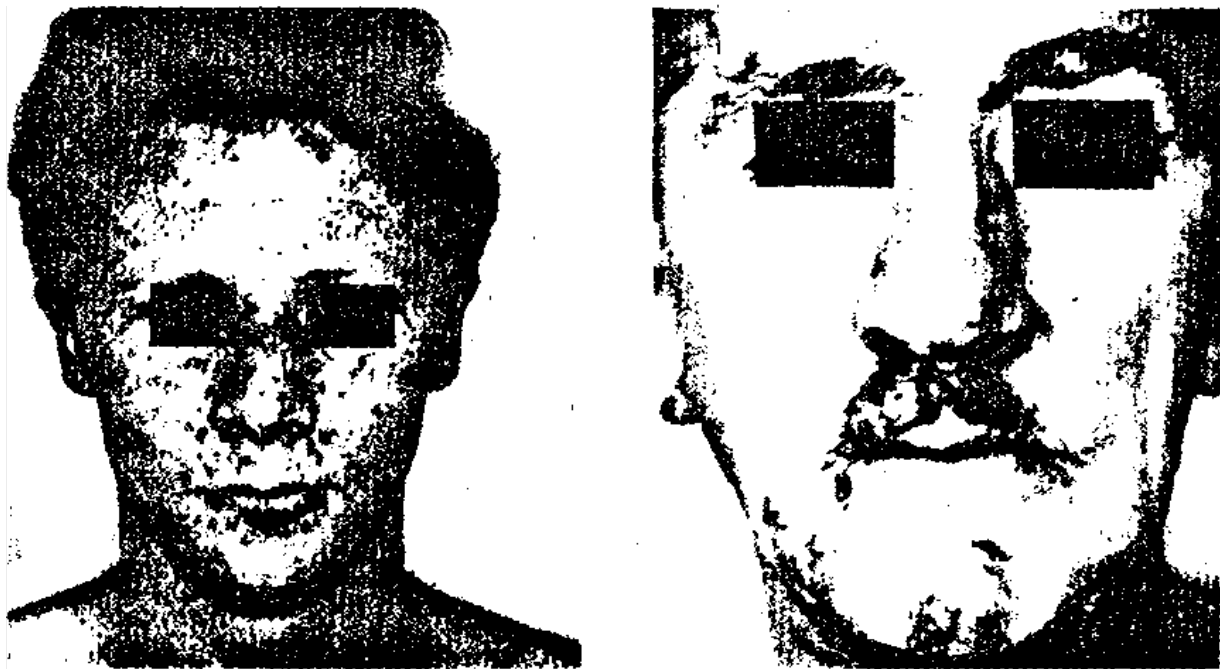
۱-۳ — فروید فتیشیزم را به اضطراب اختگی که در اوایل کودکی ریشه می‌گیرد، نسبت می‌دهد.
 الف — «فتیش» نماینده یک «آلت رجولیت زنانه» سمبولیک است و مرد را مطمئن می‌سازد که زن نیز دارای یک آلت رجولیت است، و بنابراین اضطراب اختگی را فرو می‌نشانند.
 ب — ارزش چنین تئوریهایی مشکوک است، زیرا اضطراب اختگی علت بسیاری از اختلالات تلقی شده است که انحراف جنسی نیستند.

۲-۳ - مثل بسیاری از همجنس‌گرایان، فتیشتها به یک همانندسازی سالم با پدر خودشان، که به عقیده مارمور معمولاً پدرانی دور یا غایب یا طردکننده می‌باشند، نایل نمی‌شوند.

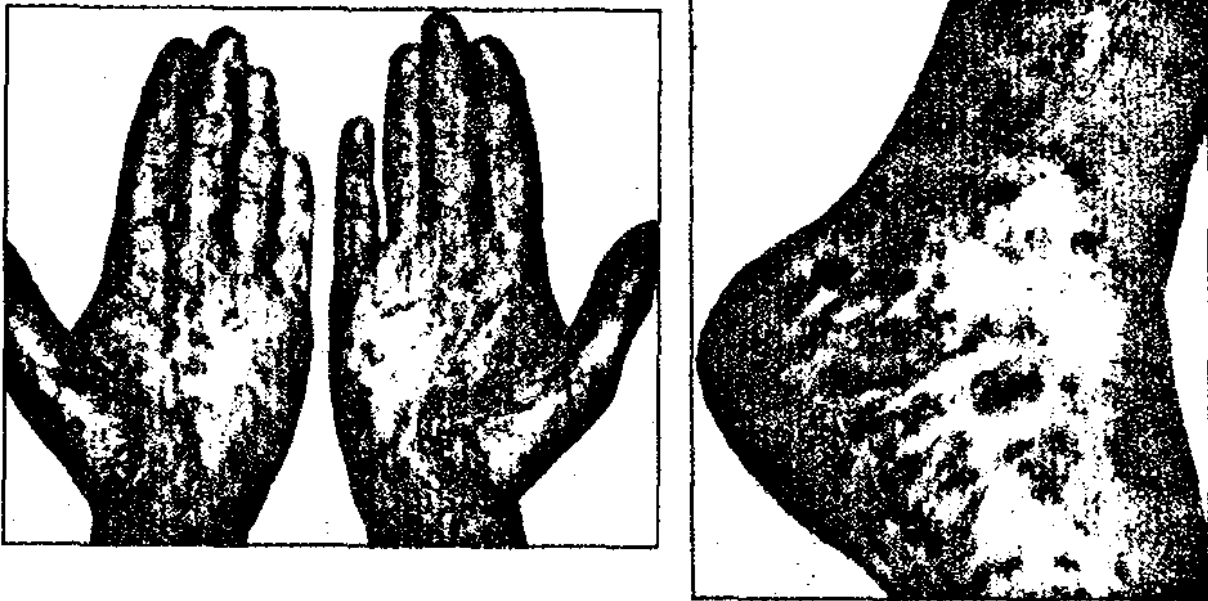
۴. درمان:

- ۱-۴ - مثل سایر انحرافات جنسی، انگیزش برای تغییر رفتار جنسی اهمیت اساسی دارد.
- ۲-۴ - روان‌درمانی بر احساسات اساسی در مورد عدم کفایت مردانگی، و مهار شدن فعالیت هتروسکسوال او متمرکز می‌شود.
- ۳-۴ - روان‌درمانی گروهی ممکن است مفید باشد.
- ۴-۴ - رفتار درمانی هم آزمایش شده است.
- ۵-۴ - مارمور عقیده دارد که ترکیبی از تکنیکهای پویا و رفتاری، در نهایت ممکن است مؤثرترین درمان باشد.

۲



سیفلیس ثانویه. در شکل (۱) به شکستگی موها، در شکل (۲) به تحلیل لب‌ها



سیفلیس ثانویه و اثرات پوستی آن

۶. مبدل پوشی Transvestitism

۱. تعریف:

۱-۱ - بنا به (DSM-III) خصیصه اصلی عبارت است از پوشیدن مکرر و مصرانه لباس زنانه توسط جنس مذکر هتروسکسوال که حداقل در مراحل اولیه بیماری به منظور تهییج جنسی بوده و در صورت ممانعت منجر به تلخکامی می شود.

۱-۲ - «ترانس وستیتیسم» باید از «ترانس سکسوالیسم» تمیز داده شود. فرد مبدل پوش برخلاف فرد ترانس سکسوال، جنس بیولوژیک خود را قبول دارد و برخلاف آن دیگری، از مبدل پوشی تحریک جنسی به وی دست می دهد.

۲. شیوع:

۱-۲ - مبدل پوشی یک طیف پیوسته (پیوستار) وسیع دارد که از

فردی که با احساس گناه یک تکه لباس زنانه می پوشد تا فردی که بدون احساس گناه در گروه مبدل پوشان عضو می شود را در بر می گیرد.

۲-۲ - گاهی بچه ها به کسوت جنس مخالف ملبس می شوند.

۲-۳ - مبدل پوشی بیشتر در جنس مذکر دیده می شود. در فرهنگ [امریکا] پوشیدن لباس مردانه توسط خانمها و دخترها کمتر به عنوان یک انحراف تلقی می شود.

۲-۴ - بعضی از صاحب نظران می گویند که مبدل پوشی اکثراً با سایر انحرافات جنسی همراه است و بعضی هم یک سه پایه (تریاد) انحراف جنسی با مشخصات مبدل پوشی، یادگار دوستی، و همجنس خواهی توصیف کرده اند.

۳. سبب شناسی:

علاوه بر آنچه قبلاً در باره علل انحرافات جنسی گفته شد، عوامل زیر در سبب شناسی مبدل پوشی دخالت دارند:

۱-۳ - سابقه سردرگمی در باره هویت جنسی در این افراد ممکن است به سالهای نخست زندگی بازگردد.

۲-۳ - ممکن است والدین فرزندی از جنس مخالف را ترجیح می داده اند.

۳-۳ - ممکن است رشک و غبطه نسبت به نقش جنس مخالف در کار باشد.

۴-۳ - تصور می شود که مرد مبدل پوش، با کسب هویت زن مذکر نسبت به اضطراب اختگی خود عکس العمل نشان می دهد. مادران چنین بیمارانی غالباً زنانی اغواگر گزارش شده اند.

۵-۳ - «مبدل پوش» مؤنث به عنوان شخصی دارای «رشک آلت رجولیت» در نظر گرفته می شود.

۴. پیش آگهی:

۱-۴ — پیش آگهی مشکوک می باشد، زیرا به علت دلپذیر بودن سندروم (اگوستونیک)، آنها با اکراه حاضر به انصراف از انحراف جنسی خود هستند و انگیزه تغییر معمولاً فشارهای خارجی است.

۵. درمان:

به خاطر بی میلی مبدل پوشها در تغییر رفتار، معالجه دلسرد کننده است. در سالهای اخیر کوششهایی در زمینه «انزجار درمانی» با استفاده از شوکهای الکتریکی و داروهای تهوع و قی آور به عمل آمده است.

۶. مورد نمونه:

آقای آر. یو، بیست و یک ساله، متأهل، بعد از اقرار به جرم، از طرف دادگاه به مشاور روانپزشکی ارجاع گردید. اتهام وارده بر او رفتار مخالف نظم، و دستگیر شدن در اطاق «پروپ» قسمت پوشاک یک فروشگاه بزرگ بود. وی در موقع بازداشت ملبس به لباس زنانه بود. در معاینه ای که توسط پزشک پلیس از او به عمل آمد معلوم گردید که به طور کامل ملبس به جامه زنانه، از جمله کمرست زنانه و جورابهای زنانه، است. وی اعتراف کرد که در گذشته، تقریباً دو هفته پیش، نیز مبادرت به پوشیدن لباس زنانه نموده است. او احساس می کرد که مشکل وی نقطه اوجی از یک مشکل نسبتاً ریشه دار و عمیق جنسی است و اظهار کرد که به هنگام ورود به اطاق «پروپ» زنانه فروشگاه، احساس لرزش مطبوعی داشته، شبیه لرزشی که قبلاً در موقع داخل شدن به دستشویی زنانه در یک تئاتر مرکز شهر داشته است. صرف پوشیدن لباس زنانه او را از لحاظ جنسی تحریک می کرد و به نظر رسید که او فردی خام و ساده بوده باشد، ولی شواهد دیگری از رفتار ضداجتماعی از خود نشان نداد. بعد از صدور قرار مبنی بر تحت

نظر بودن ضمن کفالت به یک کلینیک روانپزشکی ارجاع شد.

۷ - حیوان دوستی^۱ Zoophilia

۱. تعریف:

۱-۱ - بنا به (DSM-III) خصیصه اصلی عبارت است از ترجیح مکرر یا انحصاری حیوانات برای دستیابی به تحریک جنسی. ممکن است خود حیوان مورد عمل جنسی قرار گیرد و یا تربیت داده شود که از طریق لیس زدن یا مالیدن طرف انسانی باعث تهییج جنسی وی بشود. برای این منظور حیواناتی ترجیح داده می شوند که فرد در دوران کودکی با آنها تماس داشته باشد، مثل حیوانات دست آموز خانگی و یا جانوران مزرعه. در این بیماری حیوان، صرفنظر از قابل دسترس بودن سایر اشکال ارضای جنسی، برای عمل جنسی ترجیح داده می شود.

۱-۲ - این انحراف جنسی به نام جانورگرایی (بستیالیتی)^۲ نیز نامیده می شود.

۲. شیوع:

۱-۲ - نادر می باشد؛ گرچه روابط با حیوانات بالنسبه شایع است.

۲-۲ - زوئوفیلی بیش از هرگاه در دوران بلوغ شایع است و معمولاً شامل حیوانات خانگی یا حیوانات مزرعه می شود.

۲-۳ - گفته شده که در بین مردمی که در مناطق روستایی زندگی می کنند، یا از نظر اجتماعی دور و جدا افتاده اند، شایعتر است.

۱ - واژه های مترادف فارسی عبارتند از تمایل جنسی به حیوانات، شهوت حیوان خواهی.

- ۴-۲ - ظاهراً این اختلال در اوضاع و احوال دیگر نادر می باشد.
- ۵-۲ - چنین بیمارانی غالباً اسکیزوئید، عقب مانده ذهنی، یا پسیکوتیک هستند.

۳. مورد نمونه:

در شکل بالینی زیر، بیمار دارای ملاکهای واقعی فعلی زوئوفیلی نیست، ولی حاکی از علاقمندی به زوئوفیلی است:

خانم ج. و.، سی ساله ازدواج کرده، به خاطر علائم افسردگی برای درمان به روانپزشک مراجعه کرد. این علائم مقداری به علت روابط دلسردکننده شوهرش بود که، با وجود داشتن التفات به زن خود، از نظر جنسی علاقه ای به وی نداشت. در ضمن بستری بودن در بیمارستان، وقتی سگ دست آموزی مُرد، او عمیقاً افسرده شد. در این وهله وی آشکار ساخت که او چندین فقره روابط جنسی با آن سگ داشته است.

۸ - پدوفیلی Pedophilia

۱. تعریف:

- ۱-۱ - بنا به (DSM-III) خصیصه اصلی عبارت است از ترجیح مکرر و یا انحصاری عمل جنسی با کودکان نابالغ، در خیال یا واقعیت، به منظور دستیابی به تحریک جنسی.
- ۱-۲ - پدوفیلی ممکن است منحصرأ به صورت هتروسکسوال و یا منحصرأ هموسکسوال باشد، اما پدوفیلیهایی که موضع غیر همجنس گرا دارند، دو برابر پدوفیلیهای با موضع همجنس گرا هستند.

۲. شیوع:

۱-۲ — گرچه اکثراً در مردان بزرگسال شایعتر می باشد، ولی تخمین شیوع آن خیلی مشکل است.

۲-۲ — شایعترین انحراف جنسی است که مورد پیگرد قانون قرار می گیرد.

۳-۲ — جرایم هتروسکسوال شایعتر از جرایم هوموسکسوال می باشد. گمان می رود که این عقیده عام که همجنس گرایان معمولاً کودک آزارند افسانه باشد.

۴-۲ — کاری که اکثراً پدوفیلها می کنند نوازش و دست مالی به دستگاه جنسی کودک است. غالب پدوفیلها به زور یا خشونت متوسل نمی شوند.

۳. سبب شناسی:

۱-۳ — اغلب پدوفیلها افراد نرم رفتاری هستند که دارای احساس عمیق عدم کفایت مردی بوده و از اخته شدن توسط زنان بالغ می ترسند. آنها غالباً از نظر جنسی ناتوان می باشند. در نتیجه از روابط جنسی هتروسکسوال با فرد بالغ، انتظار طردشدگی و شکست دارند.

۲-۳ — از طرف دیگر گفته شده که پدوفیلهای مذکر غالباً مازوخیست می باشند.

۳-۳ — اکثر مردان تصور می کنند که دارای آلت تناسلی کوچکی هستند، لذا به نظر آنها کودکان به میزان کمتری تهدید کننده اند و قدرت جنسی فراوانی طلب نمی کنند.

۴-۳ — گرچه ساخت فامیلی واحدی در آنها مشخص و قابل تمیز نیست، به نظر می رسد که درصد زیادی از پدوفیلها در خانواده هایی که دارای جوی ناشاد هستند به بار می آیند و با پدران خود رابطه نامطلوبی

دارند.

۳-۵ - زنا با محارم Incest ، گرچه به عنوان انحراف جنسی طبقه بندی نشده، ولی به خاطر انتخاب مکرر کودک نابالغ به عنوان هدف جنسی از نظر سطحی و صورتی مربوط به پدوفیلی می شود.

۴. انواع:

مردانی را که با کودکان رابطه جنسی برقرار می کنند می توان به گروه های زیر تقسیم کرد:

- ۱-۴ - به طور گهگاه، مردانی که تحت تأثیر الکل هستند.
- ۲-۴ - مردانی که نسبت به موقعیت خاصی از خود واکنش نشان می دهند.
- ۳-۴ - پدوفیلها.
- ۴-۴ - اشخاصی که از نظر عقلی عقب مانده هستند.
- ۵-۴ - تیپهای ضد اجتماعی.
- ۶-۴ - اسکیزوفرنیکهای هبه فرنیک.
- ۷-۴ - مردانی با بیماریهای عضوی مغز (زوال عقل پیری).

۵. مورد نمونه:

آقای آی. اچ.، سی و شش ساله، مجرد، بعد از اقرار به مستی، که ضمن آن پسر بچه سه ساله ای را بلند کرده و با او فرار کرده بود، به مشاور روانپزشکی دادگاه ارجاع شد. سابقه او نشان داد که وی چند بار دستگیر شده و سه بار کارش به دادگاه کشیده است. هفت سال قبل، به خاطر اینکه اهل محل از حضور مکرر او در محل تجمع بچه های خردسال شکایت کرده بودند، از طرف پلیس برای بازپرسی و بازجویی جلب و آزاد شده بود. تقریباً پنج سال قبل به علت مستی بازداشت و شبی را در زندان به سر برده بود. چند ماه بعد، به خاطر بر

هم زدن آرامش و نظم توقیف شده بود؛ در آن بار پسر بچه سه ساله ای را ربوده بود، اما ادعا داشت که کاری با او انجام نداده است. تقریباً چهار سال قبل به اتهام تجاوز بیش‌رمانه به یک دختر بچه چهارساله ای که ربوده بود دستگیر شده بود. وی اظهار نمود که در آن موقع به قدری مست بوده که نمی‌توانسته به خاطر آورد که دقیقاً چه اتفاقی افتاده است.

در طول مصاحبه، آرام ولی در تشریح مسائل خویش و شرح حضور خود در دادگاه‌های پیشین، رک و راست، و در رفتارش برخی خصایص اسکیزوئید بود. گرچه او قبول داشت که مشکلی دارد، ولی مطمئن نبود که این مشکل جنسی باشد. او احساس می‌کرد که جلب وی به طرف کودکان، متوجه عده‌ای است که نیازمند حمایت و توجه هستند. معاینه وضعیت روانی، نشانه‌ای از آشفتگی فکری یا ادراکی آشکار نداشت.

او به‌طور اجباری طبق قانون تجاوز جنسی ضداجتماعی^۱ در یک بیمارستان ایالتی بستری شد.

۹. عورت‌نمایی^۲ Exhibitionism

۱. تعریف:

۱-۱ - بنا به (DSM-III) خصیصه اصلی عبارت است از اقدام مکرر به نشان دادن اعضای تناسلی به فرد بیگانه‌ای که انتظار چنین عملی را ندارد. به منظور رسیدن به هیجان و تحریک جنسی، بدون

1 - Sexual psychopathic Law

۲ - واژه‌های مترادف فارسی عبارتند از: خویشان‌نمایی، نمایشگری، و خودنمایی جنسی.

اینکه سعی زیادی برای فعالیت جنسی با آن فرد ناشناس به عمل آید. میل برای متعجب ساختن و ترساندن طرف مقابل غالباً به صورتی خودآگاه و یا نزدیک خودآگاه احساس می‌شود، ولی این افراد معمولاً از نظر جسمانی خطری برای طرف ندارند.

۱-۲ - این واژه گاهی به مفهوم متداول برای توصیف افراد خودنما به کار می‌رود.

۲. شیوع:

۱-۲ - عورت‌نمایی در بین بچه‌ها، بازی شایعی است و انحراف تلقی نمی‌شود.

۲-۲ - یکی از شایعترین انحرافهای جنسی در بالغین است.

۲-۳ - یک نوع انحراف جنسی است که تقریباً همیشه در مردان دیده می‌شود. زنان معمولاً از نشان دادن اعضای تناسلی خود به ارضای جنسی نایل نمی‌شوند، اما آنها از نمایش دادن سایر قسمت‌های بدن خود لذت بیشتری می‌برند.

۲-۴ - چنین فردی غالباً مکرراً به همان محل قبلی برای نشان دادن عورت خود مراجعت می‌کند و در نتیجه مکرراً دستگیر می‌شود.

۲-۵ - در مردان سالخورده ممکن است علامتی از اختلال قضاوت و ضعف در کنترل تکانه‌ها باشد.

۳. سبب‌شناسی:

۱-۳ - از نظر روانکاوی به نظر می‌رسد که فرد «عورت‌نما» در پی کسب اطمینان مجدد و آرامش خاطر برای رهایی از اضطراب احتیگی نهفته خود باشد.

۲-۳ - بنابراین عورت‌نمایی ممکن است کوششی باشد برای جستجوی تجدید اطمینان از طریق:

الف — واداشتن فردی دیگر به نشان دادن عکس العمل در مقابل
رؤیت اعضای تناسلی خود؛

ب — واداشتن افرادی دیگر به نشان دادن ترس خود از او؛

ج — نشان دادن چیزی به جنس مؤنث که آرزو دارد جنس مؤنث نیز
بتواند همان را به او نشان دهد، و بدین ترتیب اطمینان یافتن مجدد که
جنس مؤنث نیز دارای عضو جنسی مذکر است.

۳-۳ — بعضی می‌گویند که افراد عورت‌نما از ناتوانی جنسی یا انزال
زودرس و احساس عمیق عدم کفایت مردانگی رنج می‌برند.

۴. پیش‌آگهی:

۱-۴ — بستگی به میل و علاقه خود فرد به تغییر دارد.

۲-۴ — همچنین بستگی به شدت این انحراف جنسی دارد.

۳-۴ — این انحراف جنسی معمولاً با بالا رفتن سن از بین می‌رود.

۵. درمان:

۱-۵ — شخص «عورت‌نما» خود به ندرت داوطلب چاره‌جویی و
کمک می‌شود.

۲-۵ — درمان لازم است در مسیر احساسات عدم کفایت مردانگی
زیربنایی وی هدایت گردد.

۶. مورد نمونه:

جی. ج. مرد متأهل سی و شش ساله‌ای، بعد از اقرار به جرم خود دایر
به نشان دادن عورت خویشتن به زنی در مرکز شهر، برای ارزیابی
روانپزشکی به روانپزشک دادگاه ارجاع شد. سوابق او حاکی از شروع
عورت‌نمایی از چندین ماه قبل بود، و گرچه خودش قادر به ارائه علتی
واضح نبود، ولی این موضوع جالب توجه بود که کمی قبل از اولین
تجربه عورت‌نمایی، او دچار ناتوانی جنسی شده بود.

گرچه وی اظهار کرد که از ناتوانی جنسی خود نگران است ولی هنوز جرأت بحث در این موضوع با طیب شخصی خود نداشت. چنین به نظر رسید که او قادر به درک این موضوع نیست که ناتوانی جنسی وی ممکن است روانزدای باشد و خود این موضوع نیز ممکن است رابطه‌ای با عورت‌نمایی او داشته باشد. امتحان وضعیت روانی بیمار هیچگونه اختلال فکری یا اختلالات شخصیتی مهم نشان نداد.

۱۰- نظربازی جنسی^۱ Voyeurism

۱. تعریف:

۱-۱- بنا به (DSM-III) خصیصه اصلی عبارت است از نگاه کردن‌های مکرر به افرادی معمولاً غریبه که برهنه و یا در حال لخت شدن و یا مشغول انجام عمل جنسی هستند و ظن نمی‌برند که کسی آنها را دید بزند. این عمل، روش تکراری مرجح یا انحصاری افراد مزبور برای دستیابی به تحریک جنسی است. عمل نگاه کردن دزدانه به منظور دستیابی به تهییج جنسی است، و نه به منظور داشتن فعالیت جنسی با شخص در معرض دید. رسیدن به اوج لذت جنسی (اورگاسم) به وسیله عمل استمناء است، که یا ضمن فعالیت چشم‌چرانی دزدانه و یا بعداً در واکنش به خاطره منظره‌ای که شاهد آن بوده انجام می‌گیرد.

۱-۲- شخص «چشم‌چران جنسی» «پی‌پینگ تام»^۲ نامیده می‌شود.

۱- واژه‌های مترادف فارسی از این قبیلند: تماشاگری، دیده‌بانی جنس، چشم‌چرانی، نگاه دزدانه.
 ۲- Peeping Tom: «تام» مخفف نام «تامسون» است و وجه تسمیه «پی‌پینگ تام» از نام خیاط شهر «کاونتری» که از مشاهده زن حکمران شهر به نام «خانم گودیوا» که به عنوان مجازات، او را لخت و عریان سواره در شهر می‌گردانده‌اند و خیاط از تماشای زن لخت لذت جنسی می‌برده است، گرفته شده.

۲. شیوع:

- ۱-۲ - کنجکاوی جنسی همگانی و جهانی است و تمایلات چشم‌چرانی در مردان فراوان است، تا جایی که از زنده‌های لخت یا تقریباً لخت در رسانه‌های ارتباط جمعی، استفاده می‌شود.
- ۲-۲ - تهییج در اثر دیدن شیء محبوب امری است طبیعی.
- ۳-۲ - احتمالاً نظریازی جنسی یک انحراف شایع است، با این حال میزان گستردگی آن شناخته نشده زیرا که افراد مزبور آرام و غیرمزاحم هستند و به همین دلیل کمتر گیر می‌افتند.

۳. سبب‌شناسی:

- ۱-۳ - میل به تماشاگری جنسی همگانی بوده و تنها عدم توانایی در نگاه داشتن این میل در محدوده قابل قبول اجتماعی است که مسئله ایجاد می‌کند.
- ۲-۳ - توضیح روانکاوی مبتنی بر احساس اضطراب اختگی است؛ به این معنی که این انحراف موجب تجدید اطمینان فرد می‌شود.
- ۳-۳ - بعضی از مراجع این انحراف را کوششی برای زنده کردن دوباره تجارب هیجان‌انگیز و لذتبخش کودکی فرد با مادر خود تلقی می‌کنند.
- ۴-۳ - بعضیها می‌گویند که شخص «نظرباز» به روشی خشونت‌آمیز در معرض برهنگی مادر خویش قرار گرفته است.

۴. پیش‌آگهی:

- ۱-۴ - بستگی به آرزوی شخص «نظرباز» به تغییر رفتار خویش دارد.
- ۲-۴ - و نیز بستگی دارد به میزان شدت انحراف.
- ۳-۴ - گرچه «نظربازی» معمولاً یک انحراف جنسی بی‌خطر

است، ولی مواردی وجود دارد که ممکن است از نگاه کردن به لمس کردن، و بعداً به گرفتن و تجاوز جنسی فراتر برود.

۵. درمان:

۱-۵ - فرد نظرباز ندرتاً خود داوطلب درمان می‌شود.

۲-۵ - درمان کوششی است برای کمک به شخص برای مبارزه با احساس نهفتهٔ بیکفایتی.

۳-۵ - بعضی از بیماران اظهار می‌دارند که از ناتوانی جنسی و انزال زودرس رنج می‌برند.

۶. مورد نمونه:

مرد متأهل بیست و سه ساله‌ای بعد از اقرار به اتهام مبنی بر نگاه دزدانه از پنجره، توسط روانپزشک مشاور دادگاه مورد معاینه قرار گرفت.

او گفت که فعالیت «نظربازانه» را از اولین سال کالج شروع کرده است، وی تخمین می‌زد که تقریباً هر سه چهار ماه یک بار از پنجره استراق بصر داشته است. در آن مرحله او دوبار وسیلهٔ پلیس بازداشت، ولی فقط یک بار به‌طور رسمی متهم شده بود. او فردی نرم‌رفتار، روراست و صریح، ولی اساساً خجول و انزواطلب بود ولی قادر بود به آسانی دربارهٔ مسائل خود حرف بزند. وی هرگونه رفتار منحرف جنسی از نوع دیگر، و نیز هرگونه خشونت جنسی و اجتماعی را انکار کرد. او متعلق به یک خانوادهٔ از طبقهٔ متوسط بالا و دارای پدری خوددار بود که از نظر عاطفی از او دور بود. وی مادرش را شخص فریبنده‌ای توصیف کرد که هرگز به او اجازهٔ داشتن روابط گرم با پدرش را نمی‌داد.

ترتیبی داده شد که در یک کلینیک روانپزشکی از او ویزیت به

عمل آید.

Sexual masochism

۱۱ - خودآزاری جنسی

۱. تعریف:

بنابه (DSM-III) خصیصه اصلی عبارت است از ایجاد تحریک جنسی به وسیله رنج و آزار دادن خویشتن. تشخیص مازوخیسم مستلزم یکی از دو شرط زیر است:

۱-۱ - روش مرجح یا منحصر ایجاد تحریک جنسی از راه مورد تحقیر و اهانت قرار گرفتن، دست و پا بسته شدن، کتک خوردن، و یا به گونه ای دیگر آزار دیدن باشد.

الف - شلاق خوردن Flagellation (یا تازیانه خوردن شهوی Erotic whipping) مثالی از مازوخیسم است.

ب - مازوخیسم اخلاقی Morai masochism طلب اهانت و تحقیر و شکست است، نه درد بدنی.

۱-۲ - فرد، به منظور ایجاد تحریک جنسی، عمداً در فعالیتی شرکت کند که صدمه و آسیب جسمی بر او وارد شود و یا زندگیش در معرض تهدید قرار بگیرد و تهییج جنسی در واقع نیز ایجاد شود. تنها یک فقره از چنین فعالیتی برای تشخیص بسنده است.

۲. شیوع:

۱-۲ - عناصری از خودآزاری خفیف شایع است.

۱ - واژه مترادف آن آزادخواهی جنسی و مازوخ خوبی است و تلفظ واژه خارجی آن مازوخیسم و مازوشیسم و مازوکسیم است.

۲ - مأخوذ از نام «لئوپولد فون ساخر مازوخ» (۱۸۳۶-۱۸۹۵) نویسنده اتریشی، او در آثارش زنانی را توصیف می‌کند که هنگام آمیزش جنسی خواهان خشونت و قساوت هستند.

۲-۲ - شیوع واقعی این اختلال معلوم نیست.

۳. سبب شناسی:

۱-۳ - توجیه روانکاوی باز هم همان اضطراب اختگی است، هم در

مازوخیسم اخلاقی و هم در مازوخیسم بدنی.

۲-۳ - عده ای فکر می کنند ریشه بیماری در همانندسازی طفل با

شخصی باشد که در همان حال که تنبیه می شده، لذت جنسی نیز

می برده است.

۴. درمان:

۱-۴ - درمان بایستی معطوف به احساسات زیربنایی بیکفایتی شود.

۲-۴ - «انزجار درمانی» آزمایش شده است.

۳-۴ - شاید تلفیقی از روان درمانی پویا و رفتار درمانی، بهترین

چشم انداز را برای حل و فصل مسئله عرضه نماید.

۱۲ - دیگر آزاری جنسی Sexual sadism

۱. تعریف:

بنا به (DSM-III) خصیصه اصلی عبارت است از وارد کردن رنج

و آزار جسمی یا روانی بر شخص دیگر به منظور حصول تحریک

جنسی، تشخیص سادیسم جنسی در هر یک از شرایط زیر مسجل

می شود:

۱-۱ - وارد آوردن رنج و درد فیزیکی و روانی، به صورت تکراری و

عمدی، به شریک جنسی فاقد رضایت به منظور رسیدن به تحریک

جنسی.

۲-۱ - تحقیر و اهانت، و تحمیل صدمه بدنی صوری یا خفیف به

شریک جنسی موافق و راضی به عنوان شکل تکراری مرجح یا انحصاری رسیدن به تحریک جنسی.

۱-۳ - وارد ساختن آسیب بدنی وسیع، دائمی یا احتمالاً مهلک به شریک جنسی موافق و راضی به منظور نیل به تهییج جنسی.

۱-۴ - تجاوز به عنف شکل افراطی سادیسم است.

۲. شیوع:

۱-۲ - تمایلات خفیف سادیسمی در تمام مردان شایع است.

۲-۲ - شیوع دقیق آن معلوم نیست.

۲-۳ - به دیگر اعمال خشونت زیاده از حد هم که ارتباطی به مسائل جنسی ندارند سادیسم گفته می‌شود.

۲-۴ - سادیسم افراطی معمولاً یک علامت پسیکوپاتیک است.

۳. سبب‌شناسی:

بنا به تئوری روانکاوی علت این گونه رفتار نیز اضطراب اختگی زیربنایی است.

۴. مورد نمونه:

آقای کریکل^۱ مدیر بی‌رحم مدرسه^۲ سالم هاوس^۲ در داستان دیوید کاپرفیلد^۳ نمونه‌ای از فرد سادیست است:

..... «او [کریکل] سپس چوب را نشان داد، گفت نظرت درباره این دندان گرفتن چیست؟ این دندان تیز نبود، ها؟ این دندان دوتایی نیست، ها؟ گاز این دندان عمیق‌تر نیست، ها؟؛ ریشه این دندان محکم‌تر نیست ها؟؛ این گاز نمی‌گیرد، ها؟؛ با هر سؤال یک ضربه

1 - Creakle

2 - Salem House

۳ - David Copperfield ، نام داستانی از چارلز دیکنز.

آبدار به من وارد می ساخت بطوریکه از درد به خود می پیچیدم. کلافه و بیهوش شده و اشک می ریختم به این جهت بود که خیلی زود از مدرسه نجاتم دادند».

۱۳ - دیگرآزاری و خودآزاری Sado-masochism

۱. تعریف:

۱-۱ - وقوع سادیسم و مازوخیسم در یک فرد را سادو-مازوخیسم می نامند.

غالباً این دو نوع انحراف جنسی به صورت توأم اتفاق می افتند، و فروید مازوخیسم را به عنوان سادیسمی که به اندرون فرد برگشته است تلقی می کند.

۱-۲ - دو حالت مزبور گاهی مشمول واژه شهوت درد (آگولا گنیا)^۱ می شوند، به این ترتیب که سادیسم، «آگولا گنیای آکتیو»، و مازوخیسم «آگولا گنیای پاسیو» است.

۱-۳ - سادیسم و مازوخیسم غالباً معرف قطبهای فعال و انفعالی محور مقهور کردن - تحقیر شدن هستند.

۲. مورد نمونه:

مرد سی و هفت ساله ای که از زن خود جدا شده بود، توسط وکیل مدافع خودش برای مشاوره روانپزشکی معرفی شد. وکیل مدافع مزبور از مرد مورد بحث در مقابل دادخواستی که توسط زنش بر علیه او تنظیم شده بود و در آن وی متهم شده بود که آن زن را بسته و کتک زده، دفاع می کرد.

بیمار گزارش کرد که وی تقریباً در سن هجده سالگی از احساس سادو-مازوخیستی خود آگاهی یافته است، با این حال وی واکنش لذتبخشی را که در سن یازده سالگی در نتیجه بسته شدن به وسیله پسر دیگری در ضمن بازی «کابوی» و «سرخپوست» به او دست داده بود به خاطر می آورد. بعد از ازدواج در سن بیست و یک سالگی، وی با تعدادی زن بیرون می رفته است. او از بستن زن، یا بسته شدن به دست زن، لذت جنسی کسب می کرد، و معمولاً بعد از نزدیکی جنسی به روابط خود با آن زن خاتمه می داد. او اظهار کرد که وی دریافته که زنهای دوست دارند که با خشونت با آنها رفتار شود. نامبرده در پنج سال اخیر به صورت متناوب دچار ناتوانی جنسی بود.

۱۴ - پارافیلیهای دیگر Other paraphilias

۱. زنا با محارم

۱-۱ تعریف:

عبارت است از برقراری روابط جنسی بین اعضای یک خانواده (مثل والدین با اولاد، خواهر با برادر).

۱-۲ - شیوع:

الف - شیوع شناخته نیست.

ب - اگرچه روانپزشکان از فروانی احساس میل به زنا با محارم در بیماران خود باخبرند از این نیز اطلاع دارند که اکثر مردم در برابر این احساسات دفاع خیلی قوی برقرار می سازند و نیز می دانند که حرمت (تابو)^۱ زنا با محارم در اغلب فرهنگها از قویترین محرمات است.

۱ - Taboo: در زبان فارسی معادلی برای این کلمه وجود ندارد، ولی در زبان عربی معادل دقیقی

۳-۱ - مورد نمونه:

یک دانشجوی بیست ساله کالج به علت علاقه به داشتن رابطه جنسی با دو خواهر نوجوان خود، که موجب حاملگی یکی از آنها شده بود، به وسیله کشیش، برای بررسی و معاینه روانپزشکی ارجاع شد. بیمار جوانی، گرفته، مضطرب، و کم حرف بود که ناخنهای خود را می جوید. وی رابطه خود با پدرش را سخت و مشکل توصیف کرد. گرچه او احساس شدید جنسی نسبت به دو خواهر خود داشت، موقع ملاقات با دختران دیگر تا حد مرگ دچار ترس و وحشت می شد.

۲. انحرافات مدفوعی^۱

انحرافات جنسی مدفوعی، انواع متعدد دارند:

۱-۲ - مدفوع دوستی^۲، علاقه جنسی بیمارگونه است به مدفوع، که شامل میل شدید به عمل دفع بر روی شریک جنسی یا میل به دفع مدفوع توسط شریک جنسی بر روی اوست.

۲-۲ - مدفوع خواری^۳، یعنی میل به خوردن مدفوع.

۳-۲ - هرزه گویی^۴، یعنی میل به ادای اجباری کلمات زشت و وقیح.

۴-۲ - ادرار دوستی^۵، عبارت است از میل به ادرار کردن بر روی شریک جنسی و یا میل به ادرار کردن شریک جنسی بر روی او.

۳. مالش^۶

۱-۳ - تعریف مالش (فروتاژ):

→ برای آن وجود دارد و آن کلمه «حرمت» است که مثل تابو بر دو مفهوم مختلف و متضاد دلالت می کند، از سویی معنی احترام گذاشتن دارد و از سویی به معنی حرام است که باید از آن اجتناب کرد.

1 - Excretory perversions

2 - Coprophilia

3 - Coprophagia

4 - Coprolalia

5 - Urolagnia

6 - Frottage

لذت جنسی حاصل از مالیدن یا فشار دادن خود به جنس مخالف از روی لباس. فردی که به این طریق به دیگران می‌مالد، مالنده (فروتور)^۱ و خود انحراف جنسی، فروتوریسم^۲ نیز نامیده می‌شود.

۲-۳- شیوع:

این انحراف جنسی معمولاً خاص جنس مذکر است.

۴. مرده دوستی (نکروفیلی)^۳، عبارت است از کسب لذت جنسی از اجساد.

۵. هرزه‌درایی تلفنی^۴:

۱-۵- هرزه‌درایی تلفنی عبارت است از کسب لذت جنسی از تلفن زدن به زنان و ادای حرفهای زشت و وقیح، و پیشنهاد ملاقات و ایجاد رابطه جنسی با تلفن کننده. این عمل هرزگی^۵ نیز نامیده می‌شود.

۲-۵- وقتی زن با پیشنهاد مرد موافقت نماید، مرد از اینکه در آن محل ممکن است توسط پلیس دستگیر شود، هراسان می‌شود. (البته این انحراف در زنان نیز گاهی دیده می‌شود).

۳-۵- مورد نمونه:

ای. ال. مرد بیست‌ساله مجردی به خاطر اینکه به مدت شش ماه به یک دختر شانزده ساله تلفن می‌کرد و حرفهای وقیح می‌زد دستگیر و به مشاور روانپزشکی دادگاه ارجاع شد. او حرفهایی از این قبیل به دختر می‌گفت: «آیا توهنوز گیللاس^۶ خود را داری؟»، یا «می‌خواهم انگشتانم را در... فرو کنم»، یا، «اگر تو اجازه ندهی که من با تو...»

1 - Frotteur

2 - Frotteurism

3 - Necrophilia

4 - Telephone scatologia

5 - Lewdness

۶ - برای رعایت عفت کلام از آوردن بعضی کلمات در متن ترجمه خودداری شده است.

۷ - در زبان عامیانه شاید منظور پرده بکارت باشد.

به زور وادارت خواهم کرد که تو با من».

او اقرار کرد که در این قبیل موارد او از نظر جنسی تحریک شده و در چند مورد ضمن این مکالمات تلفنی استمناء کرده است.

در مصاحبه ناراحت به نظر رسید، دارای موضع دفاعی بود، مطلب زیادی از خود فاش نمی‌کرد، و رفتارش به صورت مخصوصی غیرعادی و عجیب بود. وقتی راجع به روند افکارش سؤال می‌شد، طفره می‌رفت، ولی منکر هرگونه اندیشهٔ پسیکوتیک، هذیان و توهمات، و سایر اشکال آشفتگی و پریشانی ادراک شد. آزمون «MMPI» حاکی از افسردگی، وابستگی انفعال، و تکانه‌های همجنس‌گرایی بود.

توصیه شد که نامبرده، ضمن سپردن التزام به حضور در «مرکز بهداشت روانی» محل، به طور آزمایشی تحت نظر باشد تا در مرکز مزبور مورد بررسی و ارزیابی بیشتری قرار بگیرد، و شاید بتواند در نوعی درمان مؤثر و هدفدار شرکت کند.

۶. جنون آتش افروزی^۱، در «اختلالات کنترل تکانه» مورد بحث قرار گرفته است.

۱۵ - پیش‌آگهی پارافیلیاها Prognosis for paraphiliacs

۱. به طور کلی، پیش‌آگهی به شدت و زمان انحراف بستگی دارد. زمانی که پارافیلی توسعهٔ کامل پیدا کرد و سخت تثبیت شد و میلی هم برای عوض شدن در خود شخص وجود نداشت، پیش‌آگهی فوق‌العاده بد

خواهد بود.

۲. به نظر می‌رسد بهترین پیش‌آگهی در مواردی است که رابطه‌ای بین رفتار منحرف و عوامل استرس‌آور محیطی موجود باشد، و نیز در منحرفین جوان (مخصوصاً در دوره بلوغ) پیش‌آگهی بهتر است.
۳. از آنجا که علائم لذتبخش (اگوستونیک) هستند، درمان مشکل است، مخصوصاً که این‌گونه افراد خود ندرتاً در جستجوی درمان روانپزشکی برمی‌آیند.

۱۶ — درمان پارافیلیاها Treatment of paraphiliacs

۱. درمان ایده‌آلی وجود ندارد.
۲. روان‌درمانی فرایندی است طولانی، وقت‌گیر، خسته‌کننده، و گاهی با نتایج مشکوک. در مورد آن عده که ناراحت، مضطرب، یا افسرده هستند، و مواردی که انحراف مقبول شخص نیست، روان‌درمانی امیدوارکننده‌تر است. چنین درمانی معمولاً به صورت روانکاوی است. این روش درمانی فرصتی برای ردیابی شروع اختلال به دست می‌دهد و امیدی برای برطرف ساختن آن ایجاد می‌کند.
۳. رفتاردرمانی آزموده شده و با موفقیت‌هایی توأم بوده است.
۴. در مواردی که انحراف جنسی به طور کامل تثبیت نشده احتمال زیادی وجود دارد که بیمار به یکی از معالجات فوق پاسخ بدهد.
۵. گروه درمانی، نویدبخش بوده است.
۶. دستکاری در محیط، گاهی دارای ارزش درمانی است.
۷. زندانی کردن شخص منحرف گاهی برای صیانت جامعه ضرورت دارد (به عنوان مثال فرد بچه‌بازی که مکرراً مزاحم کودکان خردسال می‌شود).

۸. داروهای روانگرا (پسیکوتروپیک)، از جمله داروهای ضد پسیکوز، ممکن است در آن عده از انحرافات جنسی که به صورت حاد یا خطرناکی جبری هستند، مفید باشند.
۹. گزارش شده که ترکیبات آنتی آندروژن (مثل استات سایپروترون^۱ و دیپروورا^۲، در موارد انتخابی، رفتار حشری^۳ را کاهش می دهند.

۱۷ - اختلالات کنشی روانی - جنسی

Psychosexual dysfunctions

۱. تعریف:

۱-۱ - بنا به (DSM—III) خصیصه اصلی عبارت است از مهار فاز اشتیاقی سیکل پاسخ جنسی، یا مهار آن تغییرات پسیکوفیزیولوژیک که سیکل عکس العمل جنسی را مشخص می کنند. قاعدتاً این طبقه تشخیصی تنها در مواردی به کار می رود که اختلال مزبور بخش عمده یک تابلوی بالینی باشد، اگر چه ممکن است شکایت اصلی نباشد. در مواردی که اختلال عمل جنسی تماماً مربوط به عوامل عضوی، نظیر اختلال جسمی یا دارویی بوده و یا در اثر اختلال روانی دیگری از محور I، باشد چنین تشخیصی داده نمی شود.

۱-۲ - بنا به (DSM—III) سیکل کامل و واکنش جنسی به مراحل زیر تقسیم می شود:

1 - Cyproterone acetate

2 - Depo provera

3 - Hypersexual

الف - اشتیاقی^۱، یا شوق اشتهای جنسی.

فاز اشتیاقی یا فاز شوق و اشتهای جنسی شامل خیالپردازیهای (فانتزی) جنسی و میل به فعالیت‌های جنسی است.
ب - تهییج^۲:

این مرحله شامل احساس ذهنی لذت جنسی و تغییرات فیزیولوژیکی همراه این احساس است. تغییرات مهم در مرد شامل حجیم شدن آلت تناسلی است که منجر به نعوظ می‌شود. در زن شامل ایجاد پرخونی منتشر در لگن خاصره با لیز شدن مهبل و تورم اعضای جنسی خارجی است. علاوه بر این شامل ایجاد سکوی اورگاسم می‌باشد، که عبارت است از تنگ شدن ثلث خارجی مهبل در اثر افزایش تنوس عضلات «عانه‌ای دنبالچه‌ای»^۳ و «پرخونی عروقی»^۴، و این خود شامل احتقان عروق لبهای کوچک فرج، تورم و بزرگ شدن پستانها، و دراز و جادار شدن دوثلث داخلی مهبل است.

ج - اوج لذت جنسی^۵:

اورگاسم عبارت است از اوج لذت جنسی که همراه است با فرونشینی تنش جنسی و انقباض موزون عضلات میان‌دوره (پرینه)، و اعضای تولیدمثل لگن خاصره. در مرد حس انزال حتمی و اجتناب‌ناپذیر وجود داشته که به دنبال آن خروج پرفشار منی در اثر انقباضات پروستات، کیسه‌های منی، و پیشابراه، رخ می‌دهد. در زن نیز انقباضاتی در ثلث خارجی دیواره واژن به وجود می‌آید، نه آنچنان که همیشه ذهناً احساس گردد. هم در مرد و هم در زن غالباً تنش یا

1 - Appetitive

2 - Excitement

3 - Pubococcygeal

4 - Vasocongestion

5 - Orgasm

انقباضات عضلانی عمومی، نظیر حرکات غیرارادی لگن خاصره، دیده می‌شود.

د - فرونشینی^۱:

فرونشینی شامل حس آرامش عمومی، خوشی و کامیابی، و شلی عضلانی است. در این مرحله مردان از نظر فیزیولوژیکی برای مدتی نسبت به نعوظ و ارگاسم مجدد مقاوم هستند؛ برعکس، زنها ممکن است، معمولاً بلافاصله، به تحریکات اضافی پاسخ دهند.

۳-۱ - ممکن است در یک یا چند تا از این چهار مرحله سیکل پاسخ جنسی، مهار و وقفه‌ای رخ دهد.

۴-۱ - اجتناب (فویک) از عمل جنسی در حقیقت یک مسئله روانی-جنسی نیست. اشتغال خاطر نسبت به عمل جنسی مسئله‌ای شایع و عام است.

۲. شیوع:

میزان شیوع در واقع معلوم نیست، اما تصور می‌شود که اغلب این اختلالات، به خصوص در اشکال خفیف، شایع باشند.

۳. انواع اختلالات کنشی جنسی:

۱-۳ - اختلالات کنشی جنسی در مردان:

الف - در فاز اشتیاقی:

(۱) پایین بودن سطح علاقه جنسی

(۲) نفرت

ب - در فاز تهییج:

(۱) ناتوانی در رسیدن به نعوظ یا حفظ آن.

۲) ناتوانی جنسی اولیه (اختلال کنشی نعوظ).

ج - در فاز اورگاسم:

۱) انزال نارسا

۲) انزال زودرس

۲-۳ - اختلالات جنسی کنشی در زنان:

الف - در فاز اشتیاقی:

۱) پایین بودن سطح علاقه جنسی.

۲) نفرت.

ب - در فاز تهییج:

۱) سردمزاجی^۱ (اوگراسم مهارشده در زن).

۲) مقاربت دردناک فونکسیونل یا دیسپارونی کنشی^۲. (به

علت انقباضات دردناک مهبل فونکسیونل یا واژنیسم کنشی^۳.)

۴. سیر:

سیر بیماری متنوع است، تمام اختلالات کنشی ممکن است اکتسابی باشد و یا در تمام طول عمر ادامه داشته باشد. در اکثر مواقع این اختلالات در اوایل سنین بزرگسالی شروع می‌شوند.

۵. سبب شناسی:

۱-۵ - عوامل مستعد سازنده:

همبستگی ضعیفی بین بعضی ویژگیهای شخصیتی و وجود بعضی

از اختلالات فونکسیونل روانی - جنسی موجود است.

الف - خصوصیات شخصیت نمایشی در زنان غالباً با مهار شدن تهییج

1 - Frigidity

2 - Functional dyspareunia

3 - Functional vaginismus

- جنسی و اورگاسم همراه است.
- ب - ویژگیهای شخصیت اجباری در مردان اکثراً با کاهش میل جنسی و مهارت‌های جنسی همراه است.
- ج - به نظر می‌رسد که اضطراب، فرد را مستعد به انزال زودرس می‌کند.
- د - هرگونه موضع منفی در برابر اعمال جنسی (از قبیل تعارضات درونی، ارزشهای غیرقابل انعطاف گروهی، یا تجارب خاص)، به نظر می‌آید که از عوامل مستعد کننده بوده باشد.
- ۲-۵ - تئوری روان‌پویایی اختلالات روانی - جنسی را از دسته تعارضات مربوط به رشد ابتدایی فرد تلقی می‌کند.
- ۳-۵ - به نظر می‌رسد که پاسخ جنسی زنان بیش از مردان به احساسات لطیف، صمیمیت، محبت و امنیت بستگی داشته باشد. هر عاملی که بر این احساسات زیربنایی خدشه وارد کند امکان دارد توانایی پاسخ جنسی را در جنس مؤنث مختل سازد.
- ۴-۵ - یک مشکل شایع در پاسخ جنسی مختل در زنان، انزال زودرس مردان می‌باشد (بعضیها می‌گویند که انزال زودرس در مردان در حال از بین رفتن است).
- ۵-۵ - وجود اختلال در رابطه کلی با شریک جنسی شاید از همه علل فراوانتر باشد.
- ۶-۵ - ناتوانی جنسی اولیه مردان معمولاً حاکی از پسیکوپاتولوژی زیربنایی جدی است، چنین مردانی متعلق به خانواده‌هایی هستند که زمینه سرکوب مسائل جنسی دارند.
- ۷-۵ - ناتوانی جنسی ثانوی در مردان معمولاً در پاسخ به بعضی عوامل وضعیتی است (مثل افراط در مصرف الکل، تنشهای شغلی و

اقتصادی، افسردگی).

۵-۸ - تستوسترون، در هر دو جنس، هورمون میل جنسی است.

۶. درمان:

۶-۱ - روان‌درمانی فردی در بررسی مشکلات مربوط به صمیمیت و وابستگی (که اغلب با اختلال فونکسیونل جنسی همراه می‌باشد) مفید است.

۶-۲ - گروه‌درمانی از هر سه دیدگاه «رفتاری»، «آموزشی»، یا «روانکاوی»، ممکن است ضمیمه مفیدی برای سایر اشکال درمان باشد.

۶-۳ - سکس‌تراپی زوجین Dual Sex Therapy که به وسیله «مسترز^۱ و جانسون^۲» ابداع شده است. در این نوع درمان هر دو زوج موضوع معالجه هستند.

۶-۴ - در سکس‌تراپی روانکاوانه، سکس‌تراپی با روان‌درمانی متکی بر روانکاوی، تلفیق شده است.

۷. نتیجه:

نتایج به دست آمده از مطالعات مختلف فرق می‌کند، با این حال به ندرت یک اختلال جنسی می‌توان یافت که به یک یا چند نوع از درمانهای ذکر شده هیچ پاسخ ندهد.

References

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3d ed. Washington, D. C., 1980.*

Eaton, M. T., Jr.; Peterson, M. H.; and Davis, J. M. *Psychiatry*, 4th ed. Garden City, N. Y.: Medical Examination Publishing Company, 1981, chap. 13.

Fransworth, D. L., and Braceland, F. J., eds. *Psychiatry, the Clergy and Pastoral Counseling*. Collegeville, Minn.: Saint John's University Press, 1969, chap. 20.

Goodwin, D. W., and Guze, S. B. *Psychiatric Diagnosis*, 2d ed. New York: Oxford University Press, 1979, chap. 12.

Hastings, D. W. *Impotence and Frigidity*. Boston: Little, Brown and Company, 1963.

۱۸ - استمناء یا خودارضائی

به عقیده بسیاری از روانکاوان آغاز حیات جنسی کودکان از مرحله بلوغ نیست بلکه در مواردی از همان طفولیت است، اما بخاطر مسائل موجود در اطراف و جامعه آنرا بروز نمی دهد.

به عقیده این روانکاوان غرایز فرد تا رسیدن به بلوغ دارای دو مرحله است که ابتدا مرحله دلبستگی به خود است که از بدو تولد تا ۳ سالگی است و سپس مرحله دلبستگی به دیگران است که از ۳ سالگی تا بلوغ می باشد. قسمت اول شامل مراحل دهانی، مخرجی و تناسلی است و قسمت دوم شامل دوره های عشق به دیگران، بی ثباتی، و حیات مخفی و جنسی می باشد.

لکن در این بین برخی از کودکان یا نوجوانان جهت ایجاد سکون و رفع نگرانی خود دست به خودارضایی و استمناء می زنند و از این راه به لذت و تخلیه جنسی می رسند.

۱- ماهیت استمناء

استمناء نوعی تحریک مکانیکی در دستگاه تناسلی است که در افراد صورت می‌گیرد. مقدمه شروع به کار، آگاهانه صورت می‌پذیرد و ممکن است که فرد در حین عمل از خود بی‌خبر باشد. این عمل، انحرافی بوده و بخاطر عدم دسترسی به روابط مشروعی که از طریق ازدواج باید صورت بگیرد، جایگزین رفتار دیگری می‌گردد.

فردی که مبادرت به این عمل می‌ورزد فردی است که در ذهن خویش تصوراتی از آنچه که می‌خواهد به آن برسد ایجاد می‌کند و از طرف دیگر خود را به نحوی که انتظار دارد در برخورد با او تحریک شود، تحریک می‌کند. اگر تصورش، در دسترس باشد به این عمل اقدام ننموده و از طریق بازیها و روابط جنسی آنرا حل می‌کند.

۲- نقش تخیل در استمناء

همانطور که گفته شد فردی که مبادرت به این عمل می‌ورزد، در تخیلات خود با فرد مورد علاقه یا فرضی روبروست و در دنیای خویش او را تصور می‌کند، که شاید هیچگونه اندیشه مقاربت نیز در این عمل وجود نداشته باشد. با شروع این عمل، این تخیلات بیشتر می‌گردد، به نحوی که حضور افراد ذهنی، بیشتر می‌گردد. مواجهه جوانان و نوجوانان با صحنه‌ها و روابط غلط، که سبب به فکر فرو بردن آنها شود و مزه لغزش را در او چشاند، عامل تحریک‌کننده این عمل می‌تواند باشد.

این لغزش، قبل از ریشه‌دار شدن در جان نوجوان، یک احساس است که به

صورت تخیل درآمده به تدریج به فعلیت مبدل می‌گردد و فرد استمناء می‌کند. در این راه گاهی او با خیال فرد مورد نظر گاهی با چهره ذهنی، گاهی با عکس و فیلم و شی ... سرگرم است.

۳- استمناء در رابطه با جنسیت

این عمل شنیع و ناپسند، ممکن است که از سنین پایین با مالیدن به اجسام کشف شود. فرد در این حال از احساس بوجود آمده خوشش می‌آید و سعی در تکرار بدون هدف آن می‌نماید. لذا در چنین مواردی این عمل نسنجیده ممکن است بدون شرم، در حضور دیگران صورت گیرد، در حالیکه در سنین بالاتر بعلت وجود انگیزه‌های جنسی در خفا و دور از نظر سایرین صورت پذیرد. در برخی از افراد نیز این حالت ممکن است به علت وجود برخی بیماریهای انگلی و یا کرمک که سبب خارش اطراف محل دستگاه تناسلی می‌گردد، و با خاراندن موضع، حتی در سنین حدود ۳-۴ سالگی کشف گردد. اگر این عادت ترک نگردد با پیشرفت سنی شدت آن نیز بیشتر می‌گردد.

برخی از بررسیهای علمی و تجربی در مورد مبتلایان به این بیماری نشان داده که بعضی از اشخاص تا هفته‌ای ۸ بار نیز چنین عملی را انجام می‌دهند. محققین غربی اوج این حالت را در سنین ۱۳ الی ۱۵ سالگی ذکر کرده‌اند.

در این بین میزان پسرانی که مبتلا به این انحراف شده‌اند بیشتر بوده و مبادرت به این عمل نیز در پسران زودتر ایجاد می‌گردد. براساس تحقیقات کنیزی آمار انحراف در پسران ۹۰٪ و در دختران ۶۰٪ است. هدف انجام این عمل در دختران نیز مانند پسران، رسیدن به سکون و نجات از نگرانی است.

علت این کمبود آمار در دختران بیشتر به خاطر این است که نیمی از دستگاه تناسلی آنها درون شکم قرار داشته و به راحتی تحریک نمی‌گردد.

به این خاطر است که میزان انحراف دختران، قبل از بلوغ کمتر از پسران است. و انحراف برخی از آنان پس از بلوغ بیشتر به خاطر عاطفی بودن بیش از حد آنها می باشد.

به عبارت دیگر شیوع استمناء در دختران کمتر از پسران است ولی در آنها که مبتلا هستند، تعداد دفعات بیشتر از پسران است.

۴ - شیوع

- بررسیها نشان می دهد که در افراد زیر، ابتلا بیش از سایرین است:
- افرادی که از شدت خجالت همیشه گوشه گیر و سرد هستند.
- کودکان یا نوجوانانی که خود را در محیط، فراموش شده یا نارضایت می یابند.
- افرادی که بسیار خیالباف و رویایی هستند.
- آنهایی که مبتلا به بیماریهای انگلی و معدی هستند.
- افرادی که اختلالات روانی داشته و در حالت اضطرابند.
- کسانی که ارتباط با دیگران را زیاد دوست ندارند.
- افرادی که نزدیک بلوغ بوده و اتفاقاتی آنها را تحریک کرده است.
- افرادی که دچار ضعف قوای جنسی هستند.
- آنهایی که به این کار عادت کرده اند با تحریک کوچکی از خود بی خود می شوند.
- ازدواج گروه هایی که با آمیزش احساس ارضاء شدن نمی کنند.

۵ - علت

فردی که دچار این حالت است، فردی است بسیار نامتعادل، که دارای اختلالی روانی می باشد و از این راه خلاف، سعی در به آرامش رسانیدن

هیجانان و اضطرابات روحی خود دارد.

در حالی که بروز این عارضه در کودک نشان‌دهنده محیط بد و معاشرین و یا مربیان نالایق می‌باشد که نتوانسته‌اند به تمایلات ابتدایی فرد، گرچه جنبه جسمانی داشته باشد پاسخ صحیح بدهند.

حالتی نیز وجود دارد که به علت یک اختلال عصبی و یا یک اختلال شخصیتی، این عمل انجام می‌گیرد. در اکثر موارد قبل و بعد از ارتکاب، یک حالت تشویش و نگرانی در فرد وجود دارد که او با توسل به این عمل سعی در خاموش نمودن آن دارد، در حالی که تشویش پس از آرامش کوتاه این عمل، او را برای از سر گرفتن کار، برمی‌انگیزد.

۶ - علائم

در اثر برخی آثار روحی و جسمی که تکرار این عمل روی فرد می‌گذارد، در چهره و اندام و حرکات وی، حالاتی ظاهر می‌گردد که می‌توان از آنها بعنوان علائم استمناء یاد کرد؛ و با در نظر داشتن آن پی برد که آیا نوجوان، مرتکب این کار می‌گردد یا خیر. البته لازم به تذکر است که امکان دارد برخی از این علائم در فرد به صورت مادرزادی وجود داشته باشد و یا با مبتلا شدن فرد به یک بیماری عفونی در او ظاهر گردد که نباید آنرا با فرد مبتلا به این انحراف اشتباه کرد. این علائم عبارتند از:

- اکثراً تنبل و بیحال هستند.
- بنظر، غمگین و مضطربند.
- بدن سست و ضعیف دارند.
- از لحاظ عصبی تعادل ندارند.
- ممکن است چیزی مانند چرک از دختران خارج شود.
- چشم ناآرام و اشک آلود دارند.

- جای خارش روی دستگاه تناسلی خارجی آنها دیده می شود.
- برای انجام حرکات سریع و بانشاط، میلی ندارند.
- زود عصبی می شوند و تندخو هستند.
- اکثراً کف دست آنها عرق کرده است.
- از رؤیا وحشت دارند.
- زیر چشم آنها اندکی کبود است.
- معمولاً رنگ پریده هستند.
- در برخی از آنها لرزش دست و چشم وجود دارد.
- بدبینی و عدم قدرت سازش با اجتماع در اکثر آنها دیده می شود.
- گاهی شدیداً در خود فرو می روند.

۷ - خطر

از آنجایی که استمناء یک عمل انحرافی است، حتماً در زندگی فرد نیز اثر منفی خواهد گذاشت. نوجوانی که این کار را انجام می دهد، با کسب لذت از خود، بتدریج از پدر و مادر و اجتماع بریده و در خود فرو می رود. واگذار کردن او و تصور اینکه خود به خود و یا پس از ازدواج خوب می شود، تصویری اشتباه است. زیرا وجود این انحراف می تواند در اثر استمرار سبب بهم خوردن زندگی او گردد. قبلاً در زمینه آثار شوم جسمی - روانی آن بحث شده است.

الف) علل استمناء

علل و عوامل این عمل در کودکان ناشناخته بوده ولی در جوانان و نوجوانان این عمل به صورت آگاهانه و با در نظر گرفتن هدف جنسی صورت

می پذیرد.

آنچه که در بررسیها دیده می شود وجود برخی اعمال خودارضائی در مرحله اول حتی از سنین شیرخوارگی است که به صورت بازی با خود و به شکل ناخودآگاه صورت می گیرد. دوره دوم از سنین ۴ الی ۹ سالگی است. در مرحله بعد که از حدود نوجوانی و بلوغ شروع می شود اگر از آن جلوگیری بعمل نیاید ممکن است که تا سنین پیری همراه او باشد.

۱ - علل زیستی:

(الف) نامنظم بودن پوست در ناحیه ختنه گاه می تواند سبب تحریک گردد.

(ب) تورم در اطراف غشاء مخاطی مهبل در دختران نیز محرک است.
(ج) وجود انگل های روده ای که سبب خارش دستگاه تناسلی می گردد و خارش این عضو ممکن است سبب احساس لذت در فرد یا کودک گشته و تکرار آن باعث ابتلاء به این بیماری گردد.

(د) نگهداری ادرار یا مدفوع و یا وجود حالتی چون یبوست می تواند تحریک کننده باشد.

(ه) ایجاد بلوغ زودرس که ناشی از عدم تعادل هورمون های جنسی در بدن است.

(و) وجود بیماریهایی که سبب خارش بدن شود.

(ز) وجود بیماریهای چون بواسیر.

(ح) عدم رعایت بهداشت دستگاه تناسلی در اثر شستشوی ناقص.

(ط) رشد دستگاه تناسلی همزمان با رشد بدن می تواند یکی از عوامل تحریک باشد که در این هنگام باید از پوشاندن لباسهای زیر، که بسیار نرم و یا زبر باشد خودداری کرد.

۲ - عوامل روانی:

(الف) اگر نوجوان یا جوان دارای اختلال روانی باشد، ناگزیر به خود روی می‌آورد. استمناء در نزد دیوانگان بسیار شایع است.

(ب) اگر کودک سرگرمی سالم و جاذب نداشته باشد ناچار به خود روی می‌آورد.

(ج) کنجکاوی کودکان سبب می‌گردد که میل به کشف خود و کشف اختلاف خود با جنس مخالف داشته باشد.

(د) احساس حالت بی‌کسی، زائد بودن، بی‌مصرف و منزوی بودن نیز می‌تواند سبب این لغزش گردد.

(ه) منع‌ها و برانگیزاندن حساسیت نوجوان به وسیله تهدیدها و پرهیز دادن‌های مکرر می‌تواند توجه او را به این امر جلب کرده و به او می‌فهماند که این مسئله یک امری است که باید پنهانی انجام گیرد.

۳ - عوامل مکانیکی:

(الف) نوازش و مالش کشاله‌ران یا آلت تناسلی نوجوان یا کودک که توسط والدین، مربیان یا برخی منحرفین می‌تواند سبب تحریک کودک گردد.

(ب) مالیدن خود به نرده‌ها یا تشک می‌تواند یکی از عوامل تحریکی باشد که مربیان باید از این امر در کودک جلوگیری شود تا به صورت عادت در نیاید.

(ج) عادت به دستکاری خود در کودکان باید مورد توجه قرار گیرد.

(د) در هنگام شستشو باید توجه داشت که نوازشات و تحریکات فوق، بیش از حد ایجاد نگردد.

۴ - عوامل اجتماعی

الف) نوع بازی کودکان و نوجوانان در این مسئله بسیار دخیل است، بازیهایی که آنها سعی در تقلید کار پدر و مادر خود دارند، سوار شدن بر دوش یکدیگر و... می تواند عامل شروع باشد.

ب) قرار گرفتن در محیطی که اینگونه روابط و مسائل تحریکی دیده شود یا عکسها یا صور قبیحه یا فیلمهای مبتذل وجود داشته باشد.

ج) شنیدن داستانهای تحریک کننده و بدآموز و منحرف به طور غیرمستقیم می تواند تحریک کننده باشد.

۵ - عوامل عاطفی

الف) نوازشهای غلطی که توسط والدین یا مربیان بعنوان علاقه و محبت در ناحیه دستگاه تناسلی رخ می دهد تحریک کننده است.

ب) از آنجایی که پس از این عمل، یک نوع آرامش کاذب به فرد دست می دهد، وجود جواضطراب و نگرانی سبب تشدید میل به تکرار این عمل می گردد.

ج) از آنجایی که شیوع این عمل در افراد منزوی بیشتر است، احساس انزوا و محرومیت از مهر و محبت می تواند عامل در این جهت باشد.

د) برخی از افرادی که دارای عقده های حقارت هستند، جهت تعدیل خود، دست به انجام این عمل می زنند.

ه) احساس احتیاج به صحبت و جذب به کانونهای غلط محبت و انحراف به سوی مبادرت به استمناء یکی دیگر از عوامل است.

۶ - سایر علل

از علل دیگر می‌توان به طور کلی به بی‌بندوباری در نحوه آزادیها، در استحمام لخت مادرزاد، تنهایی‌ها، بدون زیرشلواری خوابیدن، لباسهای نامناسب، تشک بسیار نرم، کنجکاوی بسیار در نحوه معاشرت زن و مرد و غیره، اشاره کرد.

ب) عوارض استمناء

این عمل از نظر آئین نجات بخش اسلام، امری حرام و ناپسند ذکر گردیده است و مرتکب آن، از تجاوزکاران قلمداد شده است.
رسول اکرم (ص) می‌فرماید: هر کس شهوتش را با دست بیرون کند مورد نفرت خداوند است و هم فرمود که آن گناهی بزرگ است.

۱ - زیانهای زیستی

- تورم کانال نطفه، غده پروستات، قسمت انتهایی مجرای ادرار؛
- کاسته شدن انرژی؛
- شلی عضلات تناسلی؛
- ایجاد رنگ پریدگی و زردی رنگ؛
- احساس درد هنگام خونریزی قاعدگی در دختران و بی‌نظمی قاعدگی و ایجاد ترشحات چرکی؛
- احساس خستگی مفرط و خواب آلودگی؛
- سوت کشیدن گوشها، کم‌خونی، آسیب به رشد نخاع؛
- خطر آسیب به پرده بکارت در اثر دستمالی زیاد برای دختران.

۲ - زیانهای روانی

- تحریک عصبی به واسطه ایجاد هیجان جنسی؛
- آشفتگی های روحی و اخلاقی به علت تداوم آن؛
- کم حوصلگی، سستی، افسردگی، بینوابی، بی اشتهایی، خمودی...؛
- ضعف اراده؛
- زودرنجی و حساسیت به مسائل کوچک، ترس بودن، کمرویی و خجالت
بیش از حد؛
- ضعف بینایی و شکایت های بی مورد در باره ناراحتی های شکمی و...؛
- ضعف اعتماد به نفس؛
- سرزنش و تحقیر خود به علت ارتکاب به گناه سبب ضربه شخصیتی
می گردد؛
- ترس از کشف این مسئله توسط والدین و یا ترس از دست دادن بکارت در
دختران می تواند در روحیه اثر منفی بگذارد.

۳ - زیانهای اجتماعی

- سبب گوشه گیری از اجتماع و غوطه ور شدن در دنیای درونی می گردد؛
- به واسطه گرایش به خود و دوری از ازدواج که راه صحیح ارضاء است نظم
جامعه بهم می خورد؛
- احساس بدبینی به دیگران و حسادت به آنهايي که دارای نشاط هستند در
فرد ایجاد می گردد؛
- عدم احساس ارضاء در زندگی پس از ازدواج باعث سردی روابط زوجین
می گردد.

۴ - زیانهای بدنی

- حساسیت و ضعف مراکز عصبی در اثر مداومت بر این کار؛
- جلوگیری از رشد صحیح این قسمت های عصبی در طول رشد نوجوان؛
- ضعف روحی، به واسطه ارضای ناکامل و سپس پشیمانی از عمل؛
- بر هم زدن نظم و آرامش روحی که در زندگی بعدی، برای بدن اثر سوء دربر خواهد داشت؛
- ضعف قوه بینایی، شنوایی، سوت کشیدن گوش؛
- از دست رفتن لذت مقاربت پس از ازدواج؛
- احتلام مکرر؛
- خستگی و ضعف عضلانی؛
- سرگیجه؛
- مبتلا شدن به انزال زودرس؛
- احساس سر و صدا.

ج) راههای پیشگیری

والدین هرگز نباید به این تصور عقیده داشته باشند که کودک باید بدون نظارت، رشد یافته و بزرگ شوند؛ بلکه بهتر آن است که از بروز حادثه های ناخواسته برای آنها، پیشگیری شود.

از آنجایی که استمناء امری است که در خلوت و تنهایی رخ می دهد، والدین باید از زیاد تنها گذاشتن فرزندان خودداری نموده و گاهگاهی بدون خبر، به خلوت آنان وارد شوند.

برای پیشگیری، باید از انجام و یا ایجاد آنچه تا کنون از طرق

تحریک کننده جهت شروع و ابتلا به این بیماری ذکر شد، جلوگیری به عمل آورد؛ بنابراین موارد زیر ذکر می‌گردد:

- لباسهای زیر تنگ و چسبان، زیاد زبر و یا نرم نباشد.
- بیماریهای معدنی و انگلی هر چه زودتر درمان گردد.
- شستشوی کودک دقیق و غیرتحریک کننده باشد.
- تماسهای او به خصوص در سنین بلوغ تحت کنترل باشد.
- محبت قلبی والدین باید به کودک ابراز گردیده و کودک احساس انزوا نکند.

— نوجوان باید والدین خود را در تنگناها به عنوان حامی خود بداند و این تصور را باید والدین در کودک ایجاد کنند.

— عدم دستکاری کودک با خود و جلوگیری والدین از این امر و نشان دادن ناخوشایند بودن این عمل.

— جلوگیری از نگهداری ادرار و مدفوع در کودک، بخصوص در کودکان.

— در هنگام خواب دستها از پتو بیرون بوده و تا هنگام خواب نرسیده است نوجوان یا کودک به بستر فرستاده نشود.

— والدین نباید به خاطر خردسال بودن فرزندان و جهت خوشایند لحظه ای آنها، مبادرت به نوازش دستگاه تناسلی آنها بنمایند. زیرا این لذت سبب انحراف آینده آنان خواهد گشت.

— دور نگهداشتن فرد از عوامل تحریکی.

— جلوگیری از ایجاد جوشش و اضطراب و مراقبت از ناراحت خوابیدن فرزندان.

هرگاه مسئله ای پیش می آید که کودک ناراحت می‌گردد باید والدین سعی کنند که قبل از خوابیدن این نگرانی را از دل فرد خارج کنند.

— معاشرت با افراد ناشناخته منع گردد.

— دادن آگاهی به کودک یا نوجوان که نباید با خویش و اعضاء خود بازی کند. او باید بداند که دیگران که در معاشرتشان قصد فریب او را دارند، قصد درستی ندارند و باید جریان را به پدر و مادرش بگوید.

— جوان باید بداند که عزت نفس او باید مانع از تن دادن او به پستی‌ها باشد.

— تقویت کردن نیروی ایمان و مذهب و اینکه نوجوان و جوان بداند که خدا بر اعمال او ناظر است و هر چه او می‌کند در روز قیامت دارای حساب و کتاب است.

(د) درمان استمناء

تعجیل در درمان استمناء یک ضرورت است؛ زیرا این یک بلا و آفت اجتماعی است. ورها کردن آن به حال خود و ساده‌لوحی در این مورد که در اثر ازدواج خوب خواهد شد یک اشتباه بزرگ است. زیرا در افرادی که جایگزین شده است، تا سنین پیری نیز آنها را رها نکرده است.

— جوان باید بداند که این مسئله امری عادی نیست و درمان آن ضرورت دارد.

— در این جهت والدین یا مربیان باید به گونه‌ی سربسته‌ایی مطلب را عنوان کنند، که علاوه بر محرک نبودن، او را ارشاد نموده و روی آنها را به یکدیگر باز نکند.

— با توجه به عللی که در مورد شروع بیماری ذکر شد، جهت درمان، باید علت اولیه را شناخت و از همان راه درمان نمود.

— درمان پزشکی در موارد شدت بیماری و ضعف عصبی و اختلالات روانی لازم می‌گردد.

— در معرض نصیحت‌های عمومی قرار گرفتن که علاوه بر به رخ نکشیدن

موضوع، جوان پیش خودش متوجه اشتباهش می‌گردد.

— جلوگیری از بی‌کار ماندن کودکانی که عادت به بازی با خود دارند، به وسیلهٔ کاریا اسباب‌بازی مفید. حتی اجازه داشته باشد که آنرا به رختخوابش نیز ببرد.

— داشتن تفریحات سالم و استفاده از آب و هوای خوب و ورزش جهت پر کردن اوقات تنهایی.

— تذکر:

والدین باید در نظر داشته باشند که در برخورد با این مسئله توسط کودک یا نوجوان خود، از برخورد عجولانه، شدید و بدون برنامه جلوگیری کرده و ابتدا با تذکر و دلسوزی آنها را راهنمایی کنند. از آنجایی که انجام این عمل در جوان و کودک دارای دو هدف مختلف است، برخورد با هر یک از آنها نیز باید متفاوت باشد.



انتشارات طنین

آنچه در این کتاب میخوانید شامل مطالبی در مورد لقاح ، بلوغ ، ساختار بدنی و تفاوت‌های بین زن و مرد ، ازدواج و امضای آن ، اختلالات و علل و درمان ناتوانی های جنسی و روشهای کامل کنترل موالید توسط زن یا شوهر می‌باشد .
فصولی از کتاب نیز به بیماریهای جنسی و راههای پیشگیری و درمان آن ، مراقبتهای دوران بارداری و مسایل پس از تولد اختصاص دارد .

مؤلف

انتشارات طنین

تهران - خیابان لیاقتی نژاد بین فلسطین و
انوربخان ، کوی مهرداد ، پلاک ۲ کدپستی ۱۳۱۵۹
مراکز پخش :

شروینخش الماس : ۶۴۶۳۷۴۶

انتشارات دانشگاه : ۵۶۱۷۰۸

ISBN: 964-90377-7-2

شابک : ۹۶۴-۹۰۳۷۷-۷-۲