

# بنسبت بامنه

## اینترسکسوالیتی

راهنمای برخورد با افرادی که در آلت تناسلی خود دچار ابهام می باشند

ایدز تمهید جدی جهانی

سکسولوژی هفتاد ساله فرانسه

واکنش در برابر **خیانت جنسی همسر**

ادرار خانمها در چین سکس و  
چند مطالب خواندنی دیگر...

همکاران این شماره

سارا سلطانی ، پیام شیرازی ، مهدی ماهنوش

### آنچه در این شماره می خوانند:

فرهنگ جنسی  
مهبل یا کلیتوریس؟  
ایدز، تهدید جدی جهانی\* **پیام شیرازی**  
کارگاه آموزش جنسی  
تفاوتها در واکنش زنان و مردان نسبت به خیانت  
جنسی  
اینترسکسوالیتی: راهنمای برخورد با افرادی که  
آلت جنسی مبهم دارند  
مفهوم بهداشت جنسی از دیدگاه سازمان بهداشت  
جهانی  
فانتزی های جنسی انسانها  
مصاحبه ای درباره پورنوگرافی  
سکسولوژی هفتاد ساله فرانسه  
در باره اهمیت آموزش جنسی به جوانان  
جنسیت افراد فلج و دارای نقص عضو  
ادرار در خانمها در حین عمل سکس\* **سارا سلطانی**  
بی تعارف

مسئولیت هر نوشته با نویسنده آن است ، همچنین  
انتشار نظرات مختلف در فصلنامه به معنای تأیید یا  
رد آنها نیست بلکه جهت آشنایی خوانندگان با  
نظرات مختلف می باشد.



## جنسیت و جامعه

فصلنامه ء فرهنگی و اجتماعی

سال اول ، شماره سوم

زمستان ۱۳۸۷

"زیر نظر هیات تحریریه "

جهانگیر شیرازی ، مهرداد مهرگان

طرح روی جلد : مهدی ماهنوش

انتشار مطالب مگر به قصد نقد و بررسی،

فقط با اجازه ایمیلی از «جنسیت و

جامعه» میسر است

آدرس وبلاگ مجله

<http://jenseyatvajameh.wordpress.com>

آدرس ایمیل مجله:

[JenseyatvaJameh@talktalk.net](mailto:JenseyatvaJameh@talktalk.net)

## فرهنگ جنسی

فرهنگ جنسی بخشی از فرهنگ و آداب و سنن هر ملتی است. فرهنگ جنسی به معنای شکل زندگی و روابط بین زن و مرد در جامعه؛ تقسیم قدرت بین دو جنس در اجتماع، شیوه برخورد با اقلیت های جنسی، نقش ها، روابط و قوانین نوشته و نانوشته حاکم بین دو جنس و علائم و اشارات مربوط به آنها، فانتزی ها، رفتارهای جنسی و غیره می باشد.

آیا اروتیسم فرهنگ خاص خود را دارد؟ اگر جواب آری است، این فرهنگ کدام است و مختصات آن کدامند؟ آیا خود اروتیسم تبلور اندیشه و فرهنگ خاصی است یا اندیشه و فرهنگ (خاصی) برای محدود کردن اروتیسم بکار گرفته می شود؟ بسیاری از زنان و مردان با پورنوگرافی مخالفت می کنند و بر این اعتقادند که پورنو با تصور ایده آل آنان از عشق، جنسیت و چگونگی روابط جنسی زن و مرد، در ستیز است. ولی، آیا پورنوگرافی آنطور که بعضی ها ادعا می کنند خود بازتاب دیدگاه و اندیشه ای سرکوبگرانه و زن ستیز است یا تنها احساس و شهوتی است فارغ از اندیشه ای خاص؟ آیا پورنو نشر ادبیات تجاوز به زنان است و یا مخالفت با پورنو به معنای نفی حقوق اقلیتی از انسانها است که به مصرف پورنو علاقه دارند، می باشد و مغایر اصول دموکراسی است؟

آیا اعدام همجنسگرایان که در قانون کشور ما ثبت شده، از نظر اخلاق و دانش امروز بشری اعتبار دارد؟ اگر دانش و علم بشری با اخلاق دینی همخوانی نداشته باشد، چگونه باید آنها را با هم آشتی داد؟ حال که علم و مذهب آشکارا راهشان را از هم جدا کرده اند؛ یکی در پی نفی حقوق انسانی است و دیگری در پی تأیید و اثبات آن، علم بهتر است یا مذهب؟

بحث در باره فرهنگ جنسی از آن رو مهم است که موضوع در نهایت مسئله ای است فرهنگی، و رشد فرهنگ، بحث حول تمام جنبه های آن را می طلبد. از زوایه دیدگاه فرهنگی و نوع نگاه ما به انسان است که فرد نسبت به خود، دیگران و کل جامعه موضع خاصی می گیرد. بی طرفی در فرهنگ جنسی همچون بی طرفی در هر موضوع دیگری توهمی بیش نیست. مدعیان بی طرفی، با بی توجهی به امور و فرهنگ جنسی، عرصه را برای قدرتمداران مختلف در عرصه ایدئولوژی، قدرت و تجارت خالی نگه می دارند. ترس و شرم از عدول از دیدگاه های حاکم، به محدودیت شناخت، تجربه و کشف امکانات فردی می انجامد. فرهنگ جنسی ما ایرانیان همچون دیگر بخش های فرهنگمان نیاز به تجدد دارد. بنا به همه آنچه گفته شد، بحث و گفتگو حول جنسیت و فرهنگ جنسی از ضروریات جامعه امروز ماست، و هیچ دیدگاهی در این زمینه نباید سانسور شود.



مقدمه: خانم شر هایت (Shere Hite) فمینیست آمریکایی-آلمانی و محقق سکسولوژی، در تحقیقات و نوشته های خود عموماً مسائل و نظراتی مطرح می کند که تا حدودی بکر، تازه و چه بسا جنجال برانگیز اند. او نتایج تحقیقات جنسی خود در خصوص موضوعاتی همچون رضایت و خشنودی جنسی زنان، شکل ارتباط جنسی زن و مرد و علل خشونت جنسی مردان بر زنان را با دیدگاهی فمینیستی تجزیه و تحلیل می کند. رد نظرات فروید در باب هویت جنسی زنان و مردان، توسط فمینیستها مسئله تازه ای نیست، اما شر هایت، نظرات فروید را تنها به حال زنان مضر نمی داند بلکه معتقد است که این نظرات به همان اندازه به ضرر مردان هم هستند.

یکی از کتابهای شر هایت، *Oedipus Revisited*، نام دارد که در آن عمدتاً به بررسی رفتارهای جنسی مردان پرداخته شده است.

ضمن امیدواری به اینکه روزی این کتاب به فارسی ترجمه شود، اما برای آشنایی مقدماتی خوانندگان با نظرات این نویسنده، خلاصه ای از نظرات او در خصوص ارگاسم زنان و تجربه مردان، (از همین کتاب اخیر او) منتشر می کنیم. گفتنی است که انتشار این مطلب به معنای رد یا تأیید نظرات نویسنده نیست بلکه با هدف آشنایی خوانندگان با نظرات این محقق صورت می گیرد. جنسیت و جامعه.

### واژن یا چوچوله (کلیتوریس)



تحقیقات من دال بر آن دارند که نه جی اسپات بلکه ک. اسپات (کلیتوریس اسپات) مهمترین اندام جنسی زنان است. ایده وجود جی اسپات در درون واژن زن در واقع بازگشت به ایده قدیمی «ارگاسم مهیلی» بود که با هدف کنار گذاشتن نیاز به «تحریک کلیتوریس بیرونی» مطرح گردید. اگر جی اسپات واقعاً آنچنان تأثیری دارد که بعضی ها ادعا می کنند، و نه صرفاً نوعی عذرخواهی برای نگه داشتن وضعیت موجود، پس چرا تعداد هر چه بیشتری از زنان در طول قرنها سکس واژنی، به ارگاسم نمی رسند؟ یا چرا زنان بیشتری در هنگام استمناء، بجای فرو کردن انگشت در مهبل خود (با هدف تحریک جی اسپات)، ترجیح می دهند که چوچوله خود و نواحی اطراف آن را ماساژ و نوازش دهند؟ زنان آشکارا، در عمل، رای خود را صادر می کنند.

نتیجه یک تحقیق صورت گرفته در سال ۲۰۰۴ در آمریکا نشان می دهد که از هر سه زن، یک نفر آنها هنگام سکس با شریک جنسی خود، در رسیدن به ارگاسم مشکل دارد، و در نتیجه از سکس دلزده می شود. اگر نظر و ایده خود زنان در باره درجه بندی نقاط

حساس جنسی بدنشان و نقش هر کدام در تجربه ارگاسم، و نه تبلیغات وسایل ارتباط جمعی، جدی گرفته شوند، آنوقت زنان هر چه بیشتری به ارگاسم و خشنودی جنسی خواهند رسید.

تعدادی از محققان در استرالیا، کانادا و ایتالیا، هم، کم اهمیتی جی اسپات در رسیدن زنان به ارگاسم را، ثابت کرده اند. و یک سری تحقیقات در سالهای بین ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۱ در چندین کشور، کلاً وجود جی اسپات را رد کرده اند. به سخن دیگر، تحقیقات دال بر آن دارند که ک. اسپات (یا همان کلیتوریس) است که برای زنان مهمترین است، و نه جی اسپات. در واقع اغلب زنان برای رسیدن به ارگاسم کامل، در کنار دخول واژنی، به تحریک اضافی کلیتوریس نیازمندند.

آیا اینهمه تأکید و پافشاری بر وجود یک مرکز اسرار آمیز؛ جی اسپات، در دیواره داخلی واژن و برجسته کردن نقش آن در ارگاسم زنان، معنایی جزء نگهداری مفهوم و تعریف کهنه سکس و محبوس و اسیر کردن زنان در «واژن اشان» نمی باشد؟

زنان باید از حق تحریک بیرونی (تحریک چوچوله) در هنگام سکس و تجربه ارگاسم، برخوردار باشند. این حق یکی از خواسته های جنبش وسیع و عمومی زنان، و همینطور اجتماع در حال تحول امروزی، می باشد. این به معنای کم اهمیت دانستن حساسیت و اروتیک نهفته در واژن و خشنودی جنسی ای که سکس مهیلی، در کنار یک همسر مناسب، برای زن به همراه دارد، نیست. باید اعتراف کرد که زنان یک مسئله خیلی سمبلیک در تجربه فرو شدن آلت مرد در درون خود تجربه می کنند، همانطور که مردان هم در امر «فرو کردن» تجربه می

کنند. هر چند که زنان در هنگام «دخول» از نظر جنسی شدیداً شارژ می شوند، اما چنین تحریکی معمولاً به ارگاسم منتهی نمی شود، اکثریت بزرگی از زنان، با رساندن دست خود به چوچوله و تحریک آن و نواحی اطراف، به ارگاسم می رسند. چنین سناریویی می تواند در رابطه بین هر زن و مردی که با هم سکس دارند، عملی شود، درست بهمان شکلی که در رابطه دو زنی که با هم سکس دارند، اجرا می گردد. در جامعه به زنان آموزش داده نمی شود که چگونه استمناء کنند، اما زنان در عمل با دست زدن به بدن خود، نقاط حساس و لذت آور بدن خویش را کشف می کنند و به تجربه می آموزند که تحریک کدام بخش اندام جنسی، به آسانی آنها را به ارگاسم می رساند. اکثر قریب به اتفاق زنان در هنگام استمناء، با تحریک و نوازش چوچوله و نواحی اطراف آن، خود را به ارگاسم می رسانند. تعریف مدرن از سکس می بایست چنین واقعیتی را منعکس کند. اگر جی اسپاپ از چنان اهمیتی در ارگاسم برخوردار بود که بعضی ها ادعا می کنند، پس چرا حداقل بخشی از زنان در هنگام استمناء، انگشت خود را به درون واژن خویش فرو نمی کنند؟ همانطور که گفته شد، منظور این نیست که گفته شود زنان از عمل دخول (توسط همسر یا شریک جنسی) هیچ لذتی نمی برند. اتفاقاً این یکی از پیچیدگی های نیاز جنسی است؛ برای بسیاری از زنان، دخول واژنی یکی از لذت آورترین بخش «مغازله» و تحریک جنسی است، اما در ادامه آن خواهان تحریک چوچوله و تجربه ارگاسم می باشند.

مدتهاست که جامعه بر این امر واقف شده که زنان بیشتر در استمناء به ارگاسم می رسند تا در مقاربت جنسی. زنان در هنگام استمناء چوچوله خود و نواحی اطراف آن را تحریک، ماساژ و نوازش می کنند، و نه انگشت خود را در واژن خود فرو می دهند. با اینهمه جامعه، زنان را محکوم می کند، گویا احساسات زنان غلط و اشتباه هستند. هم فریود و هم کینزی، بر این امر واقف بودند که زنان نه از راه واژن بلکه از طریق چوچوله راحت تر به ارگاسم می رسند، اما هر دوی آنان، از نتیجه گیری منطقی در این باره سرباز زدند و تئوری های قبلی که گویا اشکال در خود زنان است را ادامه دادند؛ آنها بجای نشان دادن ستم اجتماعی بر زنان، توقع داشتند که زنان خود را تغییر دهند؛ فریود معتقد بود که زنان باید رشد کنند و خود را «تطبیق» دهند تا بالغ شوند، و کینزی معتقد بود که وقتی مدتی از زندگی زناشویی زن گذشت، او (زن) از نظر جنسی با تجربه تر می شود و آنوقت به نتیجه لازم می رسد.

تعریف سکس باید تغییر کند و نه بدن یا احساسات زنان. آیا زنان در حال ارائه تعریف جدیدی از سکس هستند؟ زنان در حال ایجاد تغییر و تحول در دیدگاهها و نوع روابط فیزیکی با شریک جنسی خود هستند؛ چگونه احساسات خود را بیان و با طرف مقابل قسمت می کنند. متأسفانه، زنان تشویق می شوند که به شیوه مردان «فعال» شوند؛ لباسهای آتچنایی بپوشند، داغ و سکسی جلوه کننده و غیره، نه اینکه خود باشند و آنطور که هستند و طبیعت و فیزیولوژیک اشان اجازه می دهد، رفتار کنند. فعال بودن در سکس، معنای کاملاً متفاوتی برای زنان دارد؛ مثلاً اگر زنان در هنگام استمناء به نوازش چوچوله خود می پردازند، چرا اینکار را در حین سکس با شریک جنسی خود انجام ندهند؟ زنان هنوز امکانات و توانایی های جنسی خود را بروز نداده اند و من مطمئن هستم که یکی از وجوه سکسوالیته زنان در صد سال آینده، این خواهد بود که زنان نوع تازه ای از جنسیت را نمایش خواهند داد.

یکی از اسباب تشویش مداوم مردان در سکس، انزال زود رس می باشد. اما اکثر مردان، انزال زود رس را به معنای کلینیکی (پزشکی) آن؛ انزال قبل یا به محض دخول آلت در واژن، بکار نمی برند، بلکه از آن جهت که نتوانسته اند زنی که با او همآغوش شده اند، را به ارگاسم برسانند، خود را سرزنش کرده و فکر می کنند که علت اینکار زود انزالی آنها بوده است. چنین تفکری اشتباه است. وسایل ارتباط جمعی هم مرتب به مردان اخطار می کنند که «آب خود را سریع خالی نکنند»، چون با اینکار همسر آنان به ارگاسم نمی رسد.

طبق نتایج بدست آمده در «گزارش هاییت»، ارگاسم زن، به مدت زمان عمل دخول و خروج آلت مرد در واژن زن ربطی ندارد، اندازه آلت تناسلی مرد هم تأثیری در به ارگاسم رسیدن زن ندارد. بر عکس، دخول مهبل در اکثر موارد، علت و سبب ارگاسم نشدن زنان است. آن عده معدودی از زنان هم که بوسیله دخول مهبل به ارگاسم می رسند، بدین خاطر است که این گونه زنان راههایی برای خود یافته اند که به آنها امکان می دهد که در حین دخول مهبل، چوچوله اشان هم، یا با دست خود، و یا تماس آلت مرد، تحریک می شود.

بهتر است که جامعه و مردان واقعیت چگونه به ارگاسم رسیدن زنان را بپذیرند، نه اینکه نگران طول عمل جنسی و یا اندازه آلت تناسلی خود باشند. تفکر شخصی که معتقد است مرد باید زن را به ارگاسم برساند، ادامه همان تفکری است که معتقد است مرد باید نان آور خانواده باشد، به زن غذا، پوشاک و مسکن بدهد و در اتاق خواب، به او لذت جنسی و ارگاسم اعطا کند. چنین تفکری استقلال اقتصادی، مدنی و جنسی زن را بی ارزش و بیپهوده می داند و اختیار همه اجزاء زندگی زن را به مرد حواله می کند. همانطور که زنان باید کار کنند و نان آور خانواده باشند، همانطور هم باید در خشنودی و لذت جنسی خود مستقل باشند، نه اینکه آرام و بی تحرک دراز بکشند و منتظر مرد خود بمانند تا هر وقت هوسش کشید، به او (زن) لذت جنسی بدهد. اتفاقاً چنین کاری، مسئولیت و فشار بیشتری بر مردان وارد می کند، از طرف دیگر جامعه به مردان یاد داده که سکس یعنی دخول مهبل. زنان هم کمتر با سکس مهبل به ارگاسم می رسند، پس مرد بیچاره هر چقدر انزال خود را به تأخیر بیندازد، باز می بیند که زن به ارگاسم نمی رسد. پس دچار کم اعتمادی می شود و به مردانگی خود شک می کند. زنان هم از مضرات تفکر گفته شده در امان نیستند، پس به ناچار به تظاهر به ارگاسم رو می آورند.

مردان ادعا می کنند که در تظاهر زنان به ارگاسم دخالتی ندارند و همه چیز را به گردن زنان می اندازند، ولی نمی دانند که توقع آنان از زن جهت رسیدن به ارگاسم از طریق دخول مهبل کاری است تقریباً غیر ممکن و زنان چاره ای جز تظاهر به ارگاسم ندارند.

علت «سردمزاجی» زنان، که بسیاری از مردان از آن می نالند، ربطی به بیولوژیک و ساختار جنسی زنان ندارد، چرا که از نظر مزاج جنسی اختلافی بین زنان و مردان وجود ندارد، موضوع حتی تربیت فرهنگی زنان هم نیست، ربطی به یائسگی زنان هم ندارد، علت اصلی دوری زنان از سکس این است که مبرم ترین نیاز جنسی زنان، یعنی تحریک (غیر واژنی) چوچوله تا رسیدن به ارگاسم، مرتباً نادیده گرفته می شود، پس تعجبی ندارد که اکثر زنان در سکس به ارگاسم نمی رسند. انکار فرهنگی نیاز جنسی زنان، بازتابی است از سیستم اجتماعی که زنان را شهروند درجه دوم بحساب می آورد.

-----  
 نوشته های معروف شری هایت از این قرارند: (شاید از طریق اینترنت بتوان به آنها دسترسی یافت).

**The Hite Report on Female Sexuality;**  
**The Hite Report on Male Sexuality;**  
**The Hite Report on Women Loving women;**  
**The Hite Report on Women and Love;**  
**The Hite Report on the Family;**  
**The Hite Report on share Hite;**  
**The Hite Reader: sex & Globalisation.**

## نکته

برآمدگی (قبه) چوچوله که در محل انقباضی دو لب داخلی در قسمت بالای فرج واقع شده، کانون اصلی تحریک جنسی زن می باشد.

در قرن شانزدهم بود که ادبیات پزشکی به وجود چوچوله و اهمیت آن در لذت بخشی جنسی به زنان، اعتراف کرد. هر چند که پزشکان در اینباره، با هم توافق چندانی ندارند؛ ریلدو کلمبو (Realdo Colombo) که در دانشگاه «پدوآ» در ایتالیا، پزشکی تدریس می کرد، در سال ۱۵۵۹ کتابی به اسم *De re anatomica* منتشر نمود و در آن کتاب، «نقطه خوشی زن» را تشریح کرد. او نوشت: «از آنجا که تا به حال کسی این (نقطه خوشی) و کارکرد آن را توضیح نداده، اگر اجازه نام گذاری اشیاء کشف شده توسط من، داده شود، این نقطه باید عشق یا شیرینی ونوس نام نهاده شود.» ادعای کلمبو توسط جانشین او در همان دانشگاه، «کابریل فالوپو» *Gabriele Fallopio* که *fallopian tube* (لوله های رحم) را کشف کرده بود، رد شد. فالوپو ادعا کرد که خود او ابتدا کلیتوریس را کشف کرده است.

کاسپر بارتولین (*Caspar Bartholin*) آناتومیست دانمارکی در قرن هفدهم، ادعای هر دو پزشک ایتالیایی را رد و اعلام نمود که پزشکان از قرن دوم میلادی کلیتوریس را می شناخته اند. بعدها محققانی همچون *Masters and Johnson* و *John Garabedian* و *Matt Jaeger* تحقیقات وسیعی در رابطه با چوچوله به انجام رساندند.

ساختار چوچوله شبیه ساختار آلت مرد می باشد. در دوران جنینی کلیتوریس و آلت نرینه مرد از یک بافت شکل می گیرند. چوچوله، همچون آلت مرد، دارای سر، بدنه و مقدار زیادی بافت های عصبی است. پوست بالای چوچوله که آن را پوشانده، مترادف پوستی است که سر آلت مرد (قبل از ختنه شدن) را می پوشاند. آنچه که در محل انقباضی دو لب داخلی در قسمت بالای فرج دیده می شود تنها سر چوچوله است. بدنه ی اصلی چوچوله پوشیده و ناپیدا است. بدنه چوچوله، از محل برآمدگی بیرونی، در داخل بدن، چندین سانتیمتر به بالا (به سمت موهای زیر ناف) می رود، و از پائین به دو شاخه بشکل V در آمده، هر شاخه در امتداد مهبل، قرار می گیرد، یعنی هر شاخه در یک طرف مهبل. اندازه واقعی چوچوله تقریباً به اندازه آلت مرد می باشد. هر چند که بخش بزرگی از آن ناپیدا است و در درون بدن قرار دارد. بدنه چوچوله، همچون آلت مرد، از بافت های اسفنجی تشکیل شده که در هنگام تحریک جنسی، جریان خون به قسمت آلت تناسلی افزایش یافته و باعث پر شدن اسفنجها از خون می شود، در نتیجه در هنگام تحریک جنسی، کلیتوریس هم همچون آلت مرد، شق می شود. گفته می شود که یکی از دلایل ارگاسم مهبلی در بعضی از زنان، در واقع به خاطر تماس و تحریکی است که دخول و خروج آلت مرد در مهبل، به بدنه شق شده چوچوله وارد می کند، و گرنه، نفس دخول و خروج آلت در مهبل به ارگاسم منتهی نمی شود. درست بهمین دلیل، کسان زیادی، نقش مهبل / واژن در لذت جنسی را بی ارزش می دانند و مهبل را صرفاً بعنوان عضوی ازدستگاه تولید مثل زنان بحساب می آورند.

نه تنها بسیاری از مردان، بلکه بعضی از خود زنان هم از یافتن چوچوله خود عاجزند. هر چند لیسیدن، مکیدن و ماساژ چوچوله برای زنان بسیار لذت آور است، اما بعضی از زنان از تماس مستقیم با قیه برآمده چوچوله احساس ناراحتی می کنند. بهمین دلیل صحبت با همدیگر و یافتن راههایی مناسب برای تحریک چوچوله، بسیار مهم است.

## ایدز تهدید جدی جهانی

پیام شیرازی [shirazi.payam@gmail.com](mailto:shirazi.payam@gmail.com)

در این گفتار سعی شده است که خواننده، با ایدز، جدیدترین روش های پیشگیری از آن، و اطلاعات اجتماعی لازم در باره این بیماری آشنا پیدا کند. نویسنده در آگوست سال ۲۰۰۶ در شانزدهمین کنفرانس جهانی ایدز در تورنتو (بدون ارایه مقاله) و در هفدهمین کنفرانس سال ۲۰۰۸ در مکزیکوسیتی، با همکاری در یک پروژه ی تحقیقاتی، شرکت کرده است. تلاش شده که در این نوشته از تازه ترین یافته های ارایه شده در کنفرانس های اخیر استفاده شود. در عین حال، امیدواریم بتوانیم بزودی برگردان گزیده ای از مقاله های ایرانی ارائه شده به کنفرانس هفدهم ایدز در مکزیکوسیتی، را از طریق وبلاگ فصلنامه جنسیت و جامعه، در اختیار علاقمندان قرار دهیم.

### ایدز چیست؟

ایدز (AIDS) کوتاه شده ی عبارت «سندرم نقص ایمنی اکتسابی یا Acquired Immune Deficiency Syndrome» می باشد. از سال ۱۹۸۱ (۱۳۶۰) که این بیماری کشف شد، تا کنون، جهان را به صورت بسیار جدی مورد تهدید قرار داده است. عامل این بیماری پیچیده و مرموز، ویروس بسیار ساده ی اچ.آی.وی (HIV) می باشد. این ویروس در سال ۱۹۸۱ در نواحی آفریقای مرکزی شناخته شد و در طول ۲۷ سال گذشته گسترش وسیعی در جغرافیای جهانی پیدا کرده است. تا نوامبر ۲۰۰۵ بین ۳۶،۷ تا ۴۵،۳ میلیون مورد آلودگی به HIV گزارش شده و از همان سال تا سال ۲۰۰۸ آمار نسبی آلودگی به این ویروس، ۱۴۰۰۰ نفر در روز گزارش شده است. تا سه سال پیش (۲۰۰۵ میلادی) ۲۸ میلیون نفر در جهان، بر اثر ایدز، جان خود را از دست داده اند، و تنها در

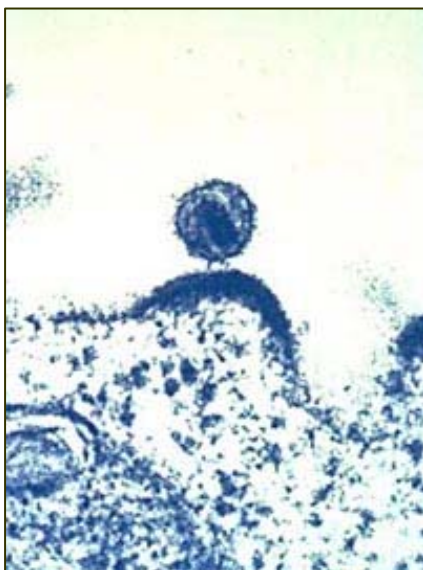


سال ۲۰۰۵، جان ۳،۶ میلیون نفر را گرفت. (آمار ارایه شده در ماه جولای ۲۰۰۸ توسط سازمان بهداشت جهانی و UNAIDS منتشر شده است.) در مقایسه با آمار کشته شده های جنگ جهانی دوم، ۴۰ میلیون نفر، و آنفلانزا در سال ۱۹۱۸، ۲۰ میلیون نفر، ایدز نرخ مرگ و میر بالاتری را به خود اختصاص داده است. به نظر دانشمندان جهان به سبب پیدا نشدن درمان و راه پیشگیری قطعی، این بیماری، در آینده ای نزدیک، تاثیر شدیدی بر جهان امروز خواهد گذاشت. مهمترین علت پیدا نشدن درمان مناسب برای ایدز، ساختار ساده و مرموز این ویروس می باشد که سبب شده هنوز هیچ مرکز تحقیقاتی نتواند به واکسن آن دسترسی پیدا کند. برای نمونه، آبله که یک بیماری ویروسی کشنده است با واکسن کاملاً مهار شده است و یا سل که می تواند کشنده باشد با دارودرمانی کاملاً از پای در آمده است.

### چرخه ی زندگی ویروس HIV

HIV ویروسی کروی شکلی است به اندازه ی حدود یک ده هزارم میلی متر، و چون دستگاه تولید مواد شیمیایی مورد نیاز خود را ندارد، تنها در سلول زنده امکان ادامه حیات پیدا می کند. سلولهای T دستگاه دفاعی بدن انسان میزبان مناسبی برای ویروس HIV می باشند. در ضمن ویروس HIV بر خلاف بیشتر یاخته های زیستی که DNA دارند، ماده ژنتیکی اش، که فقط دارای ۹ ژن است، را به صورت RNA تک رشته ای نگه می دارد که از این ۹ ژن، ۳ تای آنها به ذخیره ی اطلاعات برای ساختار ویروس جدید بکار می روند.

سلول های T بدن، که وظیفه ی بلعیدن ویروس ها ی مهاجم به سیستم دفاعی بدن و حل کردن آنها را به عهده دارند، با بلعیدن HIV دچار دردسر می شوند؛ چون ویروس های HIV در درون سلولهای T پنهان می شوند، دستگاه ایمنی بدن آنها را شناسایی نمی کند. ویروس از این فرصت استفاده کرده و ماده ی ژنتیکی خودش را در کنار ماده ی ژنتیکی سلول های T بدن قرار داده و از آن نسخه برداری می کند. با اینکار، سلول های T فعالیت دفاعی خود را از



تصویر الکترونی ویروس HIV پس از آلوده کردن سلول T و در حال جدا شدن از سلول را نشان می دهد.



دست داده و به ماشین نسخه برداری و تولید پروتئین برای ویروس HIV تبدیل می شوند. سپس، هر یک ماده ژنتیکی جدید یک ویروس جدید خواهد شد و با جدا شدن از سلول T آلوده، سلولهای T سالم را آلوده می کند. همانطور که در تصویر مشاهده می کنید این چرخه آندکر ادامه پیدا می کند که شمارش سلولهای T که در حالت طبیعی یک میلیون در میلی لیتر است بسیار کاهش پیدا کرده و به کمتر از دویست هزار در میلی لیتر می رسند. در نتیجه ی این کاهش شدید، دستگاه دفاعی بدن فرد آلوده ضعیف شده و عفونت های بسیار ساده ی ویروسی و باکتریایی دیگر بر بدن غالب می شوند. به این مرحله از بیماری است که ایدز گفته می شود.

عموما از زمانی که فردی به ویروس HIV آلوده می شود تا زمانیکه علائم بالینی ایدز، که عفونت های بسیار ساده ی و معمولی غالب شده بر دستگاه ایمنی می باشند، ظاهر شوند، نزدیک به ۱۰ سال طول می کشد. البته بسته به زمان تشخیص و داروهای استفاده شده، این زمان کمتر یا بیشتر می شود. تشخیص بالینی و ظاهری فردی که به HIV آلوده است ممکن نیست و تنها با آزمایش خون فرد آلوده مشخص می شود. ایدز به تنهایی باعث مرگ فرد نمی شود. عفونت های ساده مثل سرماخوردگی و سل، فرد آلوده را به طور ملامیم از پا در آورده، باعث مرگ او می شوند. زیرا سیستم دفاعی بدن فرد توسط ویروس های HIV از کار افتاده و از مقاومت در برابر ساده ترین ویروس ها و باکتری ها ناتوان است.

### ویژگی های ویروس عامل ایدز از این قرارند:

ویروس HIV از طریق تماس خونی، یا هر رابطه ای که باعث شود خون فرد آلوده با خون فرد سالم تماس پیدا کند، منتقل می شود. بر خلاف سایر بیماری ها همچون سرماخوردگی و آنفلونزا که می توانند از طریق هوا منتشر شوند، HIV فقط از طریق خون منتقل می شود. همانطور که گفته شد، ویروس عامل ایدز، HIV، مستقیما به سلول های ایمنی بدن حمله می کند و جالب اینجا است که از بین تمام سلول های ایمنی، HIV به سلولهای T که وظیفه ی مقابله با ویروس های مهاجم را برعهده دارند، حمله می کند و آنها را به کارخانه ای برای تولید ویروس های HIV جدید تبدیل می کند. در نتیجه سلول های ایمنی بدن به جای مقابله با سایر بیماری ها به تولید مثل HIV مشغول می شوند. مرموزترین ویژگی ویروس HIV این است که این ویروس قابلیت جهش دارد؛ ویروس HIV پس از هر دور تولید مثل، یک نمونه ی کاملا جدیدی از ویروس را می سازد که ماده ی ژنتیکی خاص خودش را دارد و دوباره چرخه ی آلودگی را در خون فرد بیمار ادامه می دهد.

### ویروس HIV چگونه منتقل می شود؟

اگرچه زمان کشف ویروس اچ.آی.و. به ۲۷ سال پیش برمی گردد، اما دانشمندان معتقدند که این ویروس از سالها قبل، با میزبانی گونه ای از شاپانزه ی آفریقای مرکزی به نام «پان ترولودیس» می زیسته است. HIV در این گونه از شاپانزها و گونه ای از میمون «سوتی مانگابی» بیماری زا نمی باشد. دلیل انتقال HIV از میمون به انسان کاملا روشن نیست، ولی قوی ترین نظریه، که به بررسی رفتارشناسی بومیان منطقه می پردازد، بر آن است که بومیان از دوران باستان رسم به کشتن و خوردن این شاپانزه های میزبان HIV را داشته اند. ( به نظر می رسد امروزه با گسترش بهداشت و آموزش کمتر شده باشد.) به همین سبب احتمال می دهند که HIV در میان بومیان آنجا رواج داشته اما از آنجا که HIV بر خلاف سایر ویروس های بیماری زای انسانی، نشانه ی ظاهری خاصی ندارد که بتوان آن را از سایر بیماری ها تشخیص داد، پنهان مانده و سپس در میان انسان ها منتقل شده است. در زمینه ی کشف ویروس ایدز گفته می شود که هیچکدام پایه ی علمی ندارند. برای نمونه ادعا می شود که این ویروس به دلیل رابطه ی جنسی انسان با میمون و شاپانزه ی میزبان وارد خون انسان شده در حالیکه هیچ سند تاریخی یا گزارشی از این نوع رفتار دیده نشده است. همچنین گفته می شود که این ویروس با رابطه ی مقعدی ایجاد می شود و تنها در بین همجنسگرایان رواج دارد که کاملا بی پایه است، یا برخی آن را با سیاست و تخیلات درآمیخته و آن را ساخته دست بشر می دانند. انتقال ویروس HIV به جنسیت و سن انسان (زن یا مرد، همجنسگرا یا دگرجنسگرا و پیر یا جوان بودن) ارتباطی ندارد. فقط نحوه ی ارتباط جنسی و تعداد شریک های جنسی اهمیت ویژه دارند. به طور کلی پنج راه اصلی برای انتقال ویروس عامل ایدز وجود دارد که با مهار این مسیرها می توان اطمینان داشت که به راحتی می توان از گسترش ویروس و بروز بیماری ایدز پیشگیری کرد.

### پنج راه اصلی انتقال HIV از این قرارند:

رابطه ی جنسی بدون کاندوم: ویروس HIV در خون، آب اسپرم مردان و ترشحات واژنی افراد آلوده وجود دارد. پس در صورت نزدیکی جنسی فرد سالم، از راه واژن یا مقعد با افراد آلوده به این ویروس، خون موبرگ های پاره شده ی سر آلت با موبرگ های پاره شده ی مقعد یا واژن تماس پیدا می کند و ویروس به راحتی از فرد آلوده به فرد سالم منتقل می شود. چندین پژوهش صورت گرفته در آفریقا بر روی مردان ختنه شده و ختنه نشده نشان می دهند که امکان آلودگی در مردان ختنه شده ۴۸ تا ۶۰ درصد کمتر از مردان ختنه نشده است. بغیر از داشتن رابطه جنسی بدون عمل دخول، استفاده از کاندوم در روابط جنسی یکی از راههای مهم جلوگیری از انتقال ویروس از فرد آلوده به فرد سالم می باشد. لازم به یادآوری است که حتما باید بر روی کاندوم از لغزنده های محلول در آب استفاده کرد. استفاده از لوسیون و لغزنده های چرب موجب باز شدن منافذ کاندوم و ایجاد امکانی برای نفوذ ویروس می گردد.

در صورتی که زخم باز بر روی آلت، در دهان، لب و یا لثه نباشد و اسپرم بلعیده نشود، رابطه ی جنسی زبانی - دهانی نمی تواند باعث انتقال ویروس شود. بوسیدن هم سبب انتقال ویروس نمی شود. حتی لب گرفتن و بوسه های عمیق نیز نمی تواند موجب انتقال ویروس شود. تنها یک مورد از انتقال ویروس از راه لب گرفتن گزارش شده است که احتمال می رود یکی از دو نفر زخم باز در دهان داشته است.

هرچه تعداد شریک های جنسی فرد بیشتر باشد احتمال بیشتری برای آلوده شدن وجود دارد. از نظر علمی داشتن بیش از یک شریک جنسی در سال از رفتارهای پرخطر محسوب می شود. برای نمونه، ویروس HIV در کانادا توسط یک مهماندار هواپیما از جامائیکا به کانادا رسید و توسط حدود دویست شریک جنسی اش در کل کانادا پخش شد. در آمریکای شمالی بر خلاف آمارهای ارایه شده از سوی ایران، بیشترین راه انتقال بیماری از طریق داشتن سکس بدون کاندوم گزارش شده است. به همین دلیل در دبیرستان ها، دستشویی های عمومی، داروخانه ها، بارها و کلاب ها، دستگاههای خودپرداز کاندوم نصب شده اند. این کار دسترسی افراد به کاندوم را آسان تر می کند. به نظر می رسد مخالفت وزارت بهداشت ایران با نصب خودپرداز کاندوم به این دلیل باشد که در ایران این روش انتقال ویروس محدود تر است. با توجه به اعتراف مسئولان مبارزه با ایدز در کشور، در چند سال گذشته گسترش ویروس ایدز در ایران بیشتر از طریق روابط جنسی بدون کاندوم بوده تا استفاده از سرنگ های مشترک. بنابراین در دسترس بودن هر چه بیشتر کاندوم و ارائه آموزش به جامعه بسیار ضروری است.

سرنگ و سوزن آلوده: استفاده ی مشترک از سرنگ و سوزن آلوده به دلیل اینکه به سادگی می تواند ویروس را از شخص آلوده به فرد سالم منتقل کند، بسیار خطرناک است. به غیر از سرنگ و سوزن آلوده، ویروس HIV می تواند از راه استفاده از تیغ مشترک، دسته تیغ چندبار مصرف در آرایشگاه ها و هر چیز تیز و برنده که امکان آلوده شدن داشته باشد، منتقل شود. تحقیقات نشان داده اند که مسواک مشترک و لوله ی مشترک (بینی) برای کشیدن کوکائین هم می تواند موجب انتقال ویروس شود. در ایران بیشترین راه انتقال بیماری از طریق استفاده ی مشترک سرنگ های آلوده گزارش شده است. فعالان امور ایدز در ایران در این تلاشند که اجازه ی نصب خودپردازهای سرنگ رایگان در مراکز پر خطر را به دست آورند. با این کار تا حدود قابل توجهی از انتقال این ویروس پیشگیری می شود.

شیردهی مادر به نوزاد: چون ویروس ایدز در ترشحات بدن فرد آلوده وجود دارد، به راحتی می تواند از سد غده های شیرده بگذرد و از مادر به نوزاد منتقل شود. مورد برعکس آن، یعنی از نوزاد به مادر سالم از طریق شیر دادن، گزارش نشده است.

زایمان: در طول حاملگی خون مادر و جنین با یکدیگر در تماس نمی باشند؛ به همین دلیل جنین یک مادر آلوده تا پیش از زایمان عاری از ویروس است، اما اگر زایمان کنترل شده نباشد و خون مادر در تماس با خون نوزاد قرار بگیرد، آن وقت امکان انتقال ویروس از مادر به نوزاد وجود دارد.

اهداء خون: در کشورهایی که خون و فراورده های خونی را پیش از انتقال مورد آزمایش قرار نمی دهند، انتقال بیماری بسیار شایع می شود. در ایران سازمان انتقال خون تمام خون ها و فراورده های خونی را، قبل از استفاده، از نظر آلوده بودن به ویروس HIV و سایر بیماری ها مورد آزمایش قرار می دهد.

### ویروس از چه راه هایی منتقل نمی شود؟

راه های انتقال ویژه، و میزبانی خاص این ویروس در بدن، این دریچه شانس را باز گذاشته که در محدود کردن راه های انتقال، پیشگیری قابل توجهی انجام شود. راه هایی که HIV به وسیله آنها منتقل نمی شود از این قرارند:

آب دهان، اشک و عرق - اشک و آب دهان فرد آلوده حاوی مقدار اندکی ویروس HIV می باشند. (همین مقدار اگر با زخم باز تماس پیدا کند خطرناک است.) از آنجا که ویروس ایدز، بر خلاف ویروس سرماخوردگی و آنفولانزا، توانایی زنده ماندن در بیرون از سلول زنده را ندارد و به سرعت از بین می رود، آزمایشات صورت گرفته بر روی سطوحی که با آب دهان، اشک، یا حتی خون فرد مبتلا آلوده شده اند نشان می دهند که پس از خشک شدن سطوح، ویروس HIV نیز از بین می رود. تا کنون دانشمندان موردی مشاهده نکرده اند که HIV در عرق فرد آلوده یافته شده باشد.

حشره ها - بررسی های علمی نشان داده اند که هیچ راهی برای انتقال ویروس HIV از طریق حشره گزیدگی وجود ندارد. در مورد پشه ها باید گفت که آنها می توانند ویروس HIV را هضم کنند. نکته مهمی که وجود دارد این است که پشه ها خون مکیده شده را به شخص دیگری وارد نمی کنند و تنها آب دهان خود را برای راحت تر مکیدن خون به زیر پوست تزریق می کنند، و تا هضم نشدن خون مکیده شده خون جدیدی نمی مکند. این کار انتقال ویروس توسط پشه ها را تا حد صفر کاهش می دهد.

محیط های عمومی - با وجود اینکه ویروس ایدز بسیار خطرناک است، اما اصلا از راه استفاده از میز، صندلی، ظرف غذا، رختخواب و دستشویی عمومی منتقل نمی شود. ویروس ایدز در خارج از سلول زنده در حدود ۲۰ دقیقه بیشتر دوام ندارد و به سادگی می میرد. بهترین راه از بین بردن ویروس ایدز در محیط های عمومی این است که محل آلوده شده را با دستمال یا پارچه بیوشانند و بر روی آن مایع سفیدکننده، آب کلر، بریزند و پس از ۳۰ دقیقه بشویند.

استخرهای عمومی - شنا کردن در استخرهای عمومی خطری ایجاد نمی کند. ترکیب کلر موجود در آب استخرها موجب از بین رفتن ویروس HIV می شود. به همین سبب حتی اگر خون و ترشحات افراد آلوده وارد آب استخر شود، باز هم انتقال ویروس آنها به افراد سالم، امکان پذیر نیست.



در پایان، همان طور که گفته شد، ایدز درمان ندارد اما همه، با دقت، پیشگیری، و آموزش به دیگران می توانند به سادگی از همه گیر شدن این تهدید بزرگ جهانی جلوگیری کنند. ننگ زدائی از افراد آلوده به HIV، ایجاد امکانات مشاوره برای آنها و خانواده هایشان، تشویق آنها و همینطور دیگر گروههای در معرض خطر به ایجاد گروه های حمایتی برای خود و بکار گرفتن نیرو و انرژی این گروهها در خدمت اطلاع رسانی، استفاده از وسایل ارتباط جمعی در رساندن اطلاعات به جامعه و در دسترس هر بیشتر گذاشتن کاندوم همه و همه می توانند گسترش این ویروس خطرناک و کشنده را به حداقل رساند.

شاید بعضی ها فکر کنند که فقط همجنسگرایان به ویروس HIV مبتلا می شوند، اما چنین تفکری بسیار نادرست و خطرناک است. چون عموماً سطح آگاهی و دانش همجنسگرایان از خطر این ویروس و راههای ممانعت از ابتلا به آن، بیشتر از سطح عمومی جامعه است. این کار نتیجه آگاهی رسانی خود گروههای همیاری همجنسگرایان است که به مسئولیت خود در مبارزه با HIV عمل می کنند. از طرف دیگر، اگر افراد غیر همجنسگرا فکر کنند که فقط همجنسگرایان به HIV مبتلا می شوند، آنوقت از مسئولیت شخصی خود، غفلت کرده و نتایج مرگباری، برایشان به ارمغان داشته باشد. مبارزه با گسترش و شیوع ویروس HIV مسئولیت همه افراد، جمعیت ها، گروهها و دولتها است.

### اول دسامبر ، روز جهانی ایدز را از یاد نبریم.

آگاهی رسانی در مورد راه های پیشگیری و جلوگیری از گسترش ایدز، وظیفه ی هر فردیست که به زندگی نسلهای آینده اهمیت می دهد.



## کارگاه آموزش جنسی

در انتهای مطلب «سکسوالیته نوزادان و نقش والدین» در شماره ۲ فصلنامه، قول دادیم که در این شماره مطلبی در باره نحوه برگزاری دوره آموزشی برای والدین و جفت هایی که در فکر بچه دار شدن هستند، منتشر خواهیم کرد. با انتشار مطلب زیر، به قول خود عمل می کنیم، اما اضافه کنیم که هر کسی، در هر شرایطی، در صورت علاقه می تواند چنین دوره هایی را برای دوستان و اطرافیان خود برگزار کند. حتی می توان ساعاتی را در کلاس های دبیرستان یا دانشگاه به این دوره اختصاص داد. پیشنهاد می کنیم که افراد علاقمند به برگزاری این گونه دوره ها، ابتدا مطلب منتشره در شماره ۲ فصلنامه و همینطور کتاب «بچه ها از کجا می آیند» که در شماره قبلی معرفی شد، را بخوانند و سعی کنند که اطلاعات خود در این زمینه را از طریق کتاب و اینترنت گسترش دهند.

### هدف:

- بالا بردن سطح دانش و اطلاعات شرکت کنندگان در مورد شکل گیری جنسیت و رشد آن در انسان از تولد تا دو-سه سالگی،
- کمک به شرکت کنندگان در کسب درک و فهم بهتر از سکسوالیته،
- آشنایی شرکت کنندگان با مراحل مختلف رشد نوزادان خود،
- بالا بردن سطح راحتی شرکت کنندگان با جنسیت فرزندان خود و کمک به آنها در برقراری ارتباطی صادقانه و علنی در باره جنسیت با آنها،
- نگاه به ارزش های اعتقادی والدین در امور جنسی و کمک به آنها در اندیشیدن به چگونگی انتقال ارزش های خود به فرزندان،
- کمک به شرکت کنندگان در ایفای نقش اولین معلم، به رشد سالم جنسیت در فرزندان خود از همان دوران نوزادی،
- زوج های جوان بدون فرزند، زوج هایی که نوزاد دارند، و حتی افراد مجرد علاقمند، همه می توانند در این کارگاه آموزشی شرکت کنند. بسته به امکانات، تعداد افراد شرکت کننده می تواند متفاوت باشد.

موضوعات مورد بحث در کارگاه: جنسیت بیولوژیکی، نقش های جنسی در جامعه، چگونگی واکنش و پاسخ به کنجکاوی نوزادان در کشف بدن خود و آشنا شدن با آن، و همینطور یافتن امکان بحث و گفتگو حول ارزش های اعتقادی فردی در مورد جنسیت و تقسیم تجارب با دیگر شرکت کنندگان.

در شروع کار، ابتدا ضمن خوش آمدگویی، از شرکت کنندگان درخواست می شود که فرم زیر را پر کنند.

- \* حداقل یک چیز را اسم ببرید که شما می توانید انجام دهید که به تربیت مثبت اعتماد جنسی فرزندان نسبت به خودش کمک خواهد کرد.
- \* نوزادان از چه طریق و به کدام شیوه با بدن خود آشنا می شوند و آن را کشف می کنند؟
- \* نوزادان کی و در چه مرحله ای، موجود جنسی می شوند؟
- \* یک نمونه از برخورد متفاوت با نوزادان دختر نسبت به نوزادان پسر را نام ببرید.
- \* چه چیزی اساس و بنیاد آینده روابط عشقی فرزندان را خواهد گذاشت؟
- \* فکر می کنید که آلت تناسلی نوزادان پسر و دختر در چه مرحله ای می توانند شق شوند؟
- از سن سه تا شش ماهگی
- از لحظه تولد
- از یکماهگی
- در رحم مادر
- از شش تا نه ماهگی
- حداقل یک دلیل برای آموزش اسامی صحیح آلت تناسلی به نوزادان را ذکر کنید.
- فرق بین جنس و جنسیت چیست؟
- مهبل / فرج چه چیزی است

بعد از پر کردن پرسشنامه زیر، از تک تک شرکت کنندگان درخواست می شود که ضمن معرفی خود، هدف، توقع و انتظارات خود از شرکت در کارگاه را اعلام کنند، و اگر سؤالی دارند، مطرح نمایند.

بعد از آن، پرسشنامه زیر بین شرکت کنندگان توزیع می شود (می توان سئوالات را با صدای بلند خواند و هر کسی جواب مثبت خود را با بلند کردن دست، اعلام می دارد).

من :

- یک بسته آدامس در کیف/جیب خود دارم
- در باره جنسیت با فرزند خود یا کودکان بستگان نزدیکم صحبت کرده ام.
- در کودکی دکتر/پرستار بازی کرده ام
- دیشب خوب خوابیدم
- زایمانم بیش از هشت ساعت طول کشید
- هیچوقت لباس جنس مخالف نپوشیده ام
- لباس با رنگ صورتی به نوزاد پسرم پوشانده ام
- نوزاد دخترم را با لباس رنگ آبی پوشانده ام
- در صحبت از مسائل جنسی با والدینم احساس راحتی می کنم (می کردم)
- روی بدنم تاتو دارم
- از استمناء کردن کور نشده ام
- فرزند دخترم را ختنه نکرده ام
- میدانم که فرج چیست.

بعد از آن، شرکت کنندگان به گروه های دو- سه نفره تقسیم می شوند و هر گروه در این باره با هم صحبت می کنند که آیا والدینشان با صحبت یا ایما و اشاره، چیزی در باره مسائل جنسی به آنها یاد داده اند یا نه، و صحبت کردن یا نکردن والدین در باره مسائل جنسی چه تأثیری بر آنها بر جای گذاشته است. کدام بخش تجارب خویش را می خواهند به فرزندان خود منتقل کنند و چه چیزی را می خواهند تغییر دهند.

این کار به شرکت کنندگان کمک می کند تا با روحیه مثبتی نسبت به خود بعنوان معلمان پرورش جنسی فرزندان خود، نگاه کنند. مسئول / مسئولان کارگاه هم می بایست این مسئله را به شرکت کنندگان یادآوری کنند که هر چه والدین آنها کرده اند، در واقع بازتابی از شناخت آنها بوده و هدف والدین همه شرکت کنندگان کمک صادقانه (گیریم که اشتباه) به فرزندانمان بوده است و اینکه والدین آنها اطلاعات جنسی زیادی نداشته اند و همین شرکن آنها در این کارگاه، خود بیانگر این است که آنها می خواهند بهتر از والدین خود با جنسیت فرزندانمان رفتار کنند و در پایان کارگاه آموزشی، حتماً دانش و اطلاعات بهتری خواهند داشت که در این امر به آنها کمک خواهد کرد. بد نیست اینجا وقت استراحت داده شود.(استراحت این امکان را هم فراهم می کند که شرکت کنندگان بیشتر با هم آشنا شده و احساس راحتی بیشتری بکنند).

بخش بعدی تحت عنوان « آغاز جنسیت » شروع می شود و در باب مسائلی همچون نعوذ آلت نرینه، خیس شدن مهبل، شق شدن چوچوله واینکه اولین ارگاسم در چه زمانی ممکن است اتفاق بیفتد، از شرکت کنندگان سؤال می شود. شرکت کنندگان از تجارب و مشاهدات خود از رفتار و حرکات نوزادان خود صحبت می کنند. مسلماً افرادی که نوزاد دارند، تجارب بیشتری را گزارش می دهند. افرادی که نوزاد ندارند، می توانند دانش، آموخته ها و باورهای خود را مطرح کنند. فرد مسئول کارگاه می بایست بعد از بحث کافی، نظرات و آموخته های علمی خود در باب هر کدام از موضوعات فوق را با شرکت کنندگان تقسیم کند.

این بخش برای شرکت کنندگان فرصتی فراهم می کند تا در باره دست زدن نوزادان و بازی آنها با اعضاء مختلف بدن، از جمله آلت های تناسلی خود، صحبت و تقسیم تجارب کنند. از طرف دیگر، این صحبت و گفتگوها، به شرکت کنندگان این امکان را می دهد که نسبت به رفتارهای نوزادان خود، با شناخت بیشتری برخورد کنند و هر حرکتی را غیر نرمال تلقی نکرده، نگرانی بی مورد نداشته باشند.

بعد از پایان این بخش، تعریف جامع و کامل جنسیت در اختیار شرکت کنندگان قرار داده می شود:

جنسیت (سکسوالیته) یکی از ابعاد بسیار مهم وجود هر فردی است و از بسیاری اجزاء بهم پیوسته تشکیل می شود؛

\* آناتومی جنسی، فیزیولوژی، رشد و گذراندن مراحل مختلف،

\* جندر، جنسیت فرهنگی، هویت جندری و نقش هویت جندری،

- \* گرایش جنسی،
  - \* رفتار جنسی و شکل زندگی جنسی، اعتقادات، رفتارها و ارزش های فردی،
  - \* بهداشت جنسی،
  - \* فانتزی ها و امیال جنسی،
  - \* روابط صمیمی و خصوصی جنسی،
  - \* تجارب بدست آمده در رابطه با جنسیت،
  - \* معنویت مربوط به جنسیت.
- جنسیت ما نه تنها بخشی از رفتارها و اعمال ما است و در آن تجلی می یابد، بلکه، در همه احساسات و چگونگی بودن و وجود ما هم تأثیرگذار است.
- جنسیت، احساس زنده بودن را در ما بر می انگیزاند و یکی از اجزاء بسیار مهم شخصیتی ما است. جنسیت، زیبا، انرژی دهنده و عامل رهاییبخش انسانیت ما است.

مطالعه فرم فوق و بحث حول آن، شرکت کنندگان را متوجه این امر مهم می کند که آموزش جنسی تنها شامل آناتومی جنسی و تولید مثل نیست بلکه خیلی بیشتر از آن می باشد. و در نتیجه این امکان را برای شرکت کنندگان فراهم می کند که در رابطه با جنسیت فرزندان خود، برخورد بازتری داشته باشند و حتی در اصلاح دید بستگان و اطرافیان خود در جامعه، نقش فعالی اختیار کنند.

فعالیت بعدی در باره ارزش های فردی است. ابتدا به شرکت کنندگان فرصت داده می شود تا در باره ارزش ها، اعتقادات فردی خود در باره جنسیت و چگونگی تربیت و آموزش جنسی فرزندان، بحث و گفتگو کنند، پس از آن، فرم زیر در اختیار شرکت کنندگان قرار داده می شود:

«سئوالات زیر برای کمک جهت تفکر حول ارزش های فردی خود شما در باره جنسیت می باشد. توجه داشته باشید که جوابهای غلط یا صحیح برای این سئوالات وجود ندارند. مهمترین مسئله این است که در باره اعتقادات و ارزش های فردی خودتان فکر کنید و تصمیم بگیرید که کدامیک از این ارزشها و اعتقادات را می خواهید به فرزندان خود منتقل کنید. اگر مایلید، می توانید به هر سئوال بیش از یک پاسخ بدهید.»

- \* هنگام عوض کردن پوشاک بچه، یا در هنگام حمام کردن او، اگر نوزادم به آلت جنسی خود دست بزند:
- دستش را کنار می زنم تا کار عوض کردن پوشاک یا حمام کردن او را سریع تر تمام کنم.
- رو دستش می زنم و بهش می گویم که این کار درستی نیست.
- با لبخند به او می گویم که چه بدن قشنگی دارد.
- به او وقت کافی می دهم که با آلت خودش بازی کند و بعد کار عوض کردن پوشاک یا حمام کردن او را تمام می کنم.
- برخورد دیگری که مطرح نشده و ممکن است انجام دهید؟ لطفاً توضیح دهید.

\* در باره انتخاب لباس نوزادان:

- فقط دخترها لباس صورتی می پوشند.
- پسرها لباس های با رنگ بیشتر دخترانه نمی پوشند.
- پسرها لباس هایی که مناسب دختران هستند، را نمی پوشند.

\* در باره انتخاب اسباب بازی برای نوزادان:

- فقط دختران باید عروسک بازی کنند.
- فقط پسران باید ماشین های اسباب بازی داشته باشند.
- پسرها و دخترها باید اسباب باز های مشابهی داشته باشند.

\* وقتی با نوزادم در باره اعضاء بدنش صحبت می کنم:

- اندام های جنسی او را کلا مطرح نمی کنم.
- واژه ها و اسامی خاصی برای آنها بکار می برم.
- اسامی صحیح اعضاء جنسی را به آنها یاد می دهم.

با جمع آوری پاسخ سئوالات و طرح آنها (بدون اسم بردن از افراد)، بحث در باره ارزش های فردی ادامه می یابد. در این قسمت موضوع دیدگاه سنتی و جنسیت فرهنگی پیش می آید و فرصتی جهت اصلاح دیدگاه های نادرست فراهم می شود.

بعد از آن، مسئول کارگاه، محتوا و مفهوم کلی نوشته زیر را برای شرکت کنندگان توضیح می دهد و سپس خود نوشته را بین افراد توزیع می کند:

### سکسوالیته نوزادان چی هست؟

رشد طبیعی جنسیت در همه کودکان.

هر چیزی که شما نمی خواهید فرزندانتان در باره جنسیت یاد بگیرند:

از همان لحظه تولد، نوزادان در باره جنس و جنسیت فرهنگی، بدن خودشان، و عشق صمیمیت و خلوص، شروع به یادگیری می کنند. \* جنس: بله، از نظر جنسی دختران و پسران متفاوت هستند، اما در هنگام نوزادی، تفاوت تنها در چشمان بغل کننده نوزاد است: آنهم بدلیل آموزش ها و ارزش های فرهنگی جامعه. پدر نوزاد پسر را بغل می کند، به خود می فشارد و با او بازی می کند، دختر اما در کنار مادر نگه داشته می شود و اغلب مادرش با او صحبت می کند. در شش ماهگی، نوزاد تفاوت صدای مرد و زن را تشخیص می دهد و در ۱۲ تا ۱۸ ماهگی به عکس ها و تصاویر جنس خودشان بیشتر خیره می شوند. (دختران بیشتر به عکس زنها و دخترها خیره می شود و پسران به عکسها و تصاویر پسران و مردها).

\* بدن: نوزادان با لمس و دست زدن، با بدن خود آشنا می شوند. آنها یاد می گیرند که نزدیکی فیزیکی همچون دست زدن و بغل شدن، برایشان لذت آور است. وقتی کسی آنها را قلقلک می دهد، لبخند می زنند یا قهقهه سر می دهند. آنها همینطور نعوذ خودبخودی آلت جنسی خود را تجربه می کنند (آلت پسر شق و چوچوله دختر شق و مهبل او خیس می شود). دست زدن به بدن خود برای کشف و شناخت آن، برای نوزادان رفتاری غریزی و طبیعی است. آنها لذتی که از دست زدن به آلت جنسی خود و تحریک آن، عایدشان می شود، را در سن هفت تا ده ماهگی کشف می کنند. (البته گاهی دیرتر و یا زودتر هم اتفاق می افتد). گفته می شود که حتی بعضی از نوزادان ممکن است واکنشی فیزیکی شبیه حالت ارگاسم، از خود بروز دهند.

\* عشق، خلوص و صمیمیت: هنگامی که نوزاد با عشق و خلوص، بغل می شود، غذا به او داده می شود، پوشاک او عوض می شود و.... احساس نزدیکی، عشق و امنیت می کند. برآوردن نیاز نوزاد، اعتماد کردن و صمیمیت نسبت به والدین و محیط اطراف خود را در او پرورش می دهد.

چگونه می توان دیدگاه مثبتی نسبت به جنسیت در نوزادان و کودکان پرورش داد؟

چگونگی دست زدن، بغل کردن، پوشاک پوشاندن، غذا دادن، حمام کردن، حرف زدن و همه کارهای دیگری که والدین با نوزاد انجام می دهند، به او یاد می دهد که نزدیکی فیزیکی و صمیمیت امری سالم و دوست داشتنی است.

حرف زدن با نوزاد/کودک، بشکل مثبت و یاد دادن اسامی مختلف اندامهای بدن به او، از جمله اسامی اندامهای تناسلی، بسیار مهم است. صحبت با کودکان بزرگتر در باره بلوغ و مسائل جنسی، به آنها کمک می کند که با دید مثبتی نسبت به بدن و جنسیت خود رشد کنند. برخورد و صحبت های مثبت، اعتماد را جایگزین ترس، شرم و حیا، آگاهی و دانش را جایگزین ناآگاهی، و احساس راحتی و آرامش را جایگزین احساس ناخوشایند می کند. همه اینها، کودکان را نه تنها به شناخت و کنار آمدن با جنسیت خود تشویق می کند، بلکه به آنها یاد می دهد که تفاوتها در عرصه جنسی در محیط اطراف خود را هم محترم بشمارند.

والدین باید مواظب باشند که ارزشها و نرمهای مربوط به جنسیت فرهنگی موجود در جامعه، که به ظلم و ستم رسانی به افراد از ناحیه جنسیت آنها منجر می شود، را به فرزندان خود منتقل نکنند. برای اینکار باید به فرزند خود اجازه دهند که با جنسیت، هویت و گرایش جنسی ای که راحت ترند، رشد کنند. والدین نباید فرزندانشان را مجبور کنند که جنسیت خود را در قالب تنگ ارزش های اجتماعی جا دهند. این کار جنسیت را به اسباب رنج و محنت فرزند تبدیل می کند و نه اسباب لذت، خوشابندی، تماس و ارتباط با دیگران و ابراز مهر و عاطفه درونی.

والدین باید مواظب باشند که تفاوت رفتار و برخوردهای جامعه با پسر و دختر را در مورد فرزندان خود بکار نگیرند و هر دو جنس را به یکسان پرورش و تربیت کنند.

والدین باید بیاد داشته باشند که وقتی نوزاد به آلت جنسی خود دست می زند، اینکار به معنای استمناء کردن نوزاد بشکل بزرگسالان نیست بلکه کودک صرفاً دست به کاری می زند که به او کمک می کند بدن خود را بشناسد و برایش خوشآیند و لذت آور است. این کار برای نوزادان و کودکان طبیعی است و ذهنیت بزرگسالان در باره دست زدن به آلت تناسلی را ندارند.

پایان کارگاه: مسئول کارگاه می تواند پرسشنامه ای در بین شرکت کنندگان توزیع کند و از آنها بخواهد که با پاسخ دادن به چند سؤال، نتیجه بخش ها و موضوعات مختلف کارگاه و همینطور نتایج کلی کارگاه، ضعفها و نقاط قوت آن را برآورد کنند. این کار به مسئول کارگاه کمک می کند تا در برنامه های بعدی کارگاه موفق تر عمل کند.



**واکنش در برابر خیانت جنسی همسر - منظره جهانی**

William Jankowiak and M. Diane Hardgrave  
Anthropology Department  
University Nevada, Las Vegas  
Las Vegas, NV 89154

(مطلب با کمی اختصار به فارسی برگردانده شده است. ج. و ج.)

ذهنیت رایج در بین دانشمندان علوم اجتماعی بر آن است که در جامعه انسانی، رابطه جنسی خارج از ازدواج مردان بیشتر از رابطه جنسی خارج از ازدواج زنان، پذیرفته شده است. این تحقیق (ما) ثابت می کند که مردان از ساختارها و کارکردهای اجتماعی که به درک و دریافت آنان از اینکه زنان ملک جنسی آنان هستند، کمک می کنند، سود بیشتری می برند.

(Bourdieu 2001; Collins 1975; Freeman 1990; Harris 1993; MacKinnon 1988; Leacock 1993; Ressler 1986; Rosaldo and Lamphere 1974).

مردان برای تقویت چنین درکی، انواع مؤسسات را جهت کنترل رفتاری زنان دایر کرده اند. (Goldberg 1976, Smuts 1992) پییر بوردو Pierre Bourdieu (2001) در موافقت با تئوری پدرشاهی / سالاری، ادعا می کند که حسودی جنسی و زیر نظر گرفتن همسر، یک واکنش اکتسابی (آموختنی) است، بنابراین اختلاف در واکنش زنان نسبت به خیانت جنسی (همسر) بازتابی است از این موضوع که عادات و رسوم پدرشاهی / سالاری در یک فرهنگ، تا چه اندازه به درون افراد نفوذ کرده باشد. از چنین زاویه ای، این نتیجه بر می آید که، مردان، بخصوص در جوامع پدرسالار، می بایست نیروی بیشتری برای زیر نظر گرفتن همسر خود صرف کنند، در حالی که زنان، با توجه به درونی کردن رسوم قبیله ای پدرشاهی و آید آلهای اخلاقی دوگانه آن، می بایست در امر زیر نظر گرفتن همسر خود، تقریباً بی تفاوت باشند.

در مقابل، فرضیه حسادت جنسی، در تئوری بقاء ریشه دارد و یک توضیح بیوفیزیولوژیکی را برای ریشه احساس مالکیت مرد و قابلیت انعطافی زن در واکنش نسبت به خیانت، در نظر می گیرد. (Betzig 1989; Brode 1980) از این دیدگاه، زنان و مردان، در موضوع تولید مثل، منافع متفاوتی دارند و به این خاطر هم، دلایل متفاوتی برای ورود به یک رابطه، و همچنین چگونگی واکنش به خیانت جنسی، دارا می باشند. مردان، احتمالاً به دلیل دلواپسی در مورد ثابت بودن پدر، (Daly and Wilson 1983) نسبت به خیانت واقعی یا واهی و خیالی همسر، سریع تر و با خشونت، واکنش نشان می دهند. از جهت دیگر، ادعا می شود که زنان در معادله واکنش خود، تأثیر رابطه ای که همسرشان با دیگری برقرار کرده، بر ثبات زندگی زناشویی و خانوادگی را در نظر می گیرند. (Buss 1999; Buunk et al 1996; Daly and Wilson 1983; Pietrzak 2002; Symons 1979)

در این تجزیه و تحلیل، هم زنان و هم مردان می بایست به یکسان مواظب باشند، گیریم که اغلب معیارهای متفاوتی را برای زیر نظر گرفتن روابط خارج از ازدواج همسر خود و تعیین نوع و شدت مجازات بکار می گیرند.

تئوری حسادت جنسی، همچون مدل پدرشاهی / سالاری، بر این فرض است که نزاکت جنسی، آنچنان که در روابط فی مابین (دو نفر) مرسوم است، بیشتر یک موضوع و انگیزه مردانه است. بنابراین آنچه که دو جنس را از هم متفاوت می کند، نه استنباط در مالکیت بلکه در سبک سنگین کردن احساسی و عاطفی و جوه خیانت جنسی می باشد. (Buss et al 1999:126) زنان بیشتر نگران مسائل عاطفی / مالی خیانت هستند، در حالی که مردان بیشتر نگران خیانت جنسی می باشند. (Buss 1992; Daly and Wilson 1983; Symons 1979) هر دو مدل پدرشاهی / سالاری و تنازع بقاء، بر این توافق اند که که زمینه های اجتماعی و فردی می بایست در واکنش یک زن نسبت به خیانت تأثیرگذار باشند، در حالی که در واکنش مرد تفاوتی ایجاد نمی کنند. از این زاویه، نتیجه گیری می شود که، زنان در بعضی جوامع، می بایست نسبت به برقراری رابطه خارج از ازدواج همسر / شریک جنسی خود، تا حدودی بی تفاوت باشند.

**در عوض، فرضیه "عهد و میثاق جفتی"**

(Pair bond hypothesis)

بر ثقل و مرکزی بودن عهد و پیمان یک جفت تأکید دارد. این دیدگاه، خیانت جنسی را یک مسئله صرفاً مردانه فرض نمی کند، بلکه آن را یک پدیده طبیعی که در مورد هر دو جنس صدق می کند، در نظر می گیرد، و بر آن است که هر دو جنس اغلب شدیداً مواظب رفتارهای جنسی همسر خود و در تلاش برای کنترل آن می باشند. در این رابطه، مبادله همسر (توافق جفت به برقراری سکس ضربدری با جفتی دیگر) استثناء نیست، بلکه قاعده است و حول این اعتقاد سازماندهی می شود که هر کدام از دو طرف، نوعی "کنترل" اعلام نشده، بر رفتار جنسی همسر خود اعمال می کند؛ توانایی یک همسر در ورود به یک رابطه خارج از زناشویی با پذیرش این حق برای طرف مقابل خود، همراه می شود.

فرضیه "عهد و میثاق جفتی" در توافق مبادله جنسی (با دیگران) بر مبنای صمیمیت، مسئولیت، نزدیکی و احساس تعلق دو جانبه دو همسر به هم، ریشه دارد.

(de Munk and Korotoyev 2000; Jankowiak and Fisher 1992; Jankowiak 1995; Schelgel, n.d.)

از این زاویه، تفاوت در واکنش زنان و مردان نسبت به خیانت جنسی، آنچنان که در ادبیات مربوط به فرضیه های بقاء و روانشناسی دیده می شود، برجسته نمی گردد.

فرضیه "عهد و میثاق جفتی" با تعدیلات صورت گرفته در تئوری روانشناسی بقاء مربوط به تفاوت جنسیتی که توسط Sarah Hrdy's (1999) صورت گرفته، مطابقت دارد. Hrdy اشاره می کند که زنان سرمایه گذار جنسی هستند و در برقراری روابط خارج از ازدواج پیشقدم می شوند؛ چون این کار ممکن است به نفع خود آنها و یا فرزندانشان باشد. در همین رابطه، زیر نظر گرفتن همسر توسط زنان معنا می یابد؛ هر آنگاه جستجوی رابطه جنسی جانبی به نفع یک زن باشد، بنابراین بسیار به نفع اوست که امکانات همسر خود را هم برای خود نگه دارد و از دست درازی زنی دیگر به آن مواظبت کند. (روابط جنسی همسر/شریک جنسی خود را زیر نظر بگیرد). با این حساب، زنان نگران روابط خارج از ازدواج همسر خود بوده و آن را غیر قابل قبول می دانند.

تا این تاریخ، اطلاعات مربوط به اختلاف دو جنس در امر واکنش به خیانت جنسی، تا حدود زیادی از طرف تحقیقات مربوط به روانشناسی بقاء، ارائه گردیده است. هر چند که بعضی از روانشناسان اعتبار آنها را مورد سؤال قرار داده اند. (Goode 2002:D1).

در حال حاضر هیچگونه مطالعه ای برای بررسی واکنش زنان و مردان نسبت به خیانت جنسی عینی، در عرصه جهانی وجود ندارد. بنابراین ما تصمیم گرفتیم که با همه محدودیتها دست به چنین کاری بزنیم و موفق شدیم که در مجموع ۱۳۲ شرکت کننده از ۶۶ فرهنگ مختلف را بررسی کنیم. هر چند که این آمار کمی است و ما تمایل داشتیم که آمار شرکت کنندگان بیشتری داشته باشیم، اما با اینهمه، تطابقتی که در فرهنگ های مختلف در امر واکنش زنان و مردان نسبت به خیانت جنسی در فرهنگ های مختلف مشاهده گردید، بسیار جالب و قابل توجه هستند.

خیانت جنسی بعنوان داشتن رابطه جنسی بدون اجازه همسر تعریف شده است. ما قادر به تعیین این امر نشدیم که آیا رابطه جنسی شامل یک رابطه کوتاه مدت خارج از ازدواج می باشد یا رابطه بلند مدت. ما همچنین قادر نشدیم که سرعت واکنش مردان و زنان نسبت به خیانت جنسی همسر خود را تعیین کنیم.

پاسخ های یافته شده به سه دسته تقسیم شدند؛ خود یاری، مراجعه به مقامات، و درخواست کمک از جامعه.

خود یاری در مواردی بکار گرفته شد که زن و مرد سعی کردند مسئله را بین خود حل کنند. رفتارهای بکار گرفته شده در خودیاری به دو دسته کوچکتر تقسیم شدند: دسته اول بکارگیری خشونت زبانی/گفتاری، و خشونت فیزیکی بر همسری که دست به خیانت جنسی زده یا بر رقیب (فردی که همسر با او رابطه جنسی برقرار کرده است)، و یا ضرر رساندن به دارایی و ملک همسر/رقیب، و دسته دوم، "فاصله گیری از همسر". این دسته بندی با هدف بازشناسی اختلاف دو جنس در بکارگیری خودیاری، تعیین شده بود. حال اگر کسی در برخورد با خیانت جنسی همسر خود هر دو دسته مربوط به خودیاری را بکار گرفته باشد، هر مورد جداگانه در دسته مربوط به خود منظور شده است. (جدول ۲). فاصله گیری از همسر، شامل ترک رابطه، فاصله گیری احساسی از همسر، و خودکشی، می باشد.

#### جدول ۲- جنس و نوع خود یاری

	مردان	زنان
خشونت فیزیکی	58	42
فاصله گیری	19	33

۱- در بررسی نتایج بعمل آمده، ما هیچگونه تفاوت آماری بین زنان و مردان در کوتاه آمدن از رفتارهای جنسی خارج از ازدواج همسر، مشاهده نکردیم. این نتیجه با تعدیلات خانم Hrdy در فرضیه بقاء تطابق دارد؛ که ادعا می کند زنان و مردان هر دو به یک نسبت نگران روابط خارج از رابطه همسر/شریک جنسی خود هستند و در نتیجه طرف را زیر نظر می گیرند. علاوه بر آن، زنان و مردان هر دو، فارغ از ایدئولوژی و باور خود، به خودیاری تمایل دارند.

۲- در ۶۶ فرهنگ مورد بررسی قرار گرفته، ما با هیچ موردی مبنی بر اینکه زنان خیانت جنسی همسر خود را تأیید یا مورد موافقت قرار دهند، مواجه نشدیم. این نتیجه با فرضیه عهد و میثاق و همچنین با تعدیلات خانم Hrdy در تئوری بقاء تطابق دارد.

۳- ما تفاوتهای ناچیزی در بکارگیری تاکتیکهای متفاوت توسط دو جنس (زن و مرد) در مواجه با خیانت جنسی همسر بدست آوردیم، در حالی که مردان بیشتر از زنان به خود یاری تمایل دارند، اما این تفاوت آنچنان ناچیز است که از جنبه آماری چندان قابل توجه نمی باشد.

۴- ما تفاوت های آماری عمده ای در تفاوت بین سطح رشد اجتماعی و موضوع بکارگیری تاکتیک خودیاری در مواجه با خیانت جنسی، بدست آوردیم، در جوامعی که بر مبنای برابری استوارند، ۵۸ درصد به خود یاری رو می آورند، و در جوامع نابرابر، تنها ۳۱ درصد به خودیاری رو می آورند.

۵- رابطه مثبتی بین سطح رشد اجتماعی و فرکانس مراجعه زنان و مردان به مقامات بالاتر، وجود دارد. این مسئله بخصوص در جوامع نابرابر بیشتر مشهود است. طبق آمار بدست آمده، در این جوامع، ۷۱ درصد مردان دست به دامان مقامات بالاتر می شوند، در حالی که این آمار به ۴۱ درصد در جوامع برابر، کاهش می یابد. در عوض، ۳۱ درصد زنان در جوامع نابرابر به مقامات بالاتر رجوع می کنند، و تنها ۱۶ درصد زنان در جوامع برابر به مقامات مراجعه می کنند.

### بحث و نظر

مطالعات ما دال بر آن دارند که زنان و مردان، بخصوص در عرصه روابط خصوصی، فعالانه، همسر/شریک جنسی خود را زیر نظر می گیرند. بر خلاف فرضیه های حسادت جنسی و پدرشاهی/سالاری که بر طبق آنها ادعا می شود که واکنش های زنان، بر مبنای ساختار اجتماعی، متفاوت می باشند، ما به هیچگونه تفاوت قابل اندازه گیری دست نیافتیم. توجه زنان و عدم تأیید مراودات جنسی همسر در خارج از حیطه زناشویی، در همه فرهنگها، از سطح بالایی برخوردار است. در نتیجه مراعات قواعد (در روابط خصوصی و دوجانبه)، حق هر دو جنس می باشد و یکی از پایه های اساسی هر نوع اتحادی (اتحاد جنسی) می باشد.

این موضوع با مطالعات تطبیقی صورت گرفته توسط (Ford and Beach 1951) در سکسوالیه بشر، تطابق دارد، که نتیجه گرفتند تنها چیزی کمتر از ۳۹ درصد جوامع بشری، بنوعی روابط خارج از ازدواج را تأیید می کنند. این دو محقق سکسولوژی بدون آنکه بطور عمقی به این مسئله بپردازند، نتیجه گرفتند که اغلب مطلق جوامع انسانی، نوعی محدودیت بر ارتباطات جنسی خارج از ازدواج اعمال می کنند. (Ford and Beach (1951:114) خانم Suzanne Frayser(1985:20) در مطالعات خود در حوزه برخورد فرهنگ های مختلف با امر روابط جنسی خارج از ازدواج به این نتیجه رسید که در اکثر جوامع انسانی، بعد از موضوع روابط جنسی با کودکان در خانواده، ممنوع ترین نوع روابط جنسی در فرهنگ های انسانی همانا، خیانت جنسی است. این نتیجه گیری بعداً توسط (Steve Harrell's (1997 که به آنالیز فرهنگی جوامع مختلف در موضوع خیانت جنسی پرداخت، تأیید شده است.

مطالعات ما در حوزه فرهنگ های مختلف، یافته های قبلی در مورد تفاوت واکنش های دو جنس در برخورد با خیانت جنسی را تأیید می کند؛ زنان و مردان در مجازات همسر/شریک جنسی خود که به خیانت جنسی دست زده، شیوه های متفاوتی بکار می گیرند. نتیجه مطالعات ما دال بر آن دارد که ۵۰ درصد زنان در واکنش به خیانت جنسی همسر/شریک جنسی، ترجیح می دهند که از او فاصله بگیرند (از مصاحبت با او، یا از انجام کارهای خانه می پرهیزند، یا کلاً او را ترک می کنند و یا به خودکشی رو می آورند تا طرف را تحقیر کرده باشند). در عوض تنها ۲۹ درصد مردان، از زنان خود که به خیانت جنسی رو آورده اند، از جهت عاطفی یا فیزیکی فاصله می گیرند. علاوه بر آن، به نظر می رسد که، خودکشی بخاطر خیانت جنسی همسر/شریک جنسی، جهت تنبیه و یا بی آبرو کردن طرف، صرفاً در بین زنان رواج دارد و اغلب در جوامع نابرابر دیده می شود.

مردان، در اغلب مطلق جوامع انسانی، در برخورد با خیانت جنسی همسر/شریک زندگی خود، به خودیاری رو می آورند. خودیاری مردان بیشتر شامل بکارگیری خشونت فیزیکی می شود که در ۸۸ درصد فرهنگها دیده می شود. در حالی که ۶۶ درصد زنان از این شیوه برای تنبیه همسر خیانت کار خود استفاده می کنند. مردان اغلب خشونت فیزیکی مستقیم مانند کتک زدن همسر را بکار می گیرند، در حالی که زنان بیشتر عرصه وسیعتری را انتخاب می کنند (کتک زدن همسر یا معشوقه او و یا فاصله گیری عاطفی و فیزیکی از همسر). این نتایج بدست آمده با مطالعات خانم (Victoria Burbank (1994 مطابقت دارند؛ ایشان بعد از تحقیقات خود به این نتیجه گیری رسیدند که زنان خیلی بیشتر از آنچه بسیاری افراد تصور می کنند، توانایی رو آوردن به خشونت فیزیکی را دارند.

همه داده ها دال بر آن دارند که زنان در همه فرهنگها، بطور فعالی مراقب رفتارهای جنسی همسر/شریک جنسی خود در خارج از روابط خصوصی، می باشند و راه و روش های مختلفی برای کنترل آن بکار می گیرند. این نتیجه با فرضیه پدرشاهی/سالاری که ادعا می کند زنان نسبت به خیانت جنسی همسر/شریک جنسی خود بی تفاوت هستند، مطابقت ندارد، نتایج ما حتی با فرضیه حسادت جنسی که ادعا می کند زنان در بعضی از شرایط کمتر نگران روابط جنسی خارج از ازدواج همسر خود هستند، مطابقت ندارد. نتیجه گیری ما دال بر آن دارد که زنان عموماً خیانت جنسی همسر/شریک جنسی خود را امری غیر قابل قبول می دانند.

ما بر این باوریم که واکنش های دو جنس نسبت به خیانت همسر تفاوت چندانی نمی کنند. تفاوتها در واکنش دو جنس بیشتر به عامل فردی و شخصیتی فرد بستگی دارند تا به تفاوت جنسی.

Table 1 Gender, Descent and Types of Responses to Infidelity

		Matrilinal	Patrilinal	Bilateral
Total cultures	66	16	32	18
Self Help	M	15	30	18
	F	13	26	18
Higher Authority	M	9	24	4
	F	3	9	4
Gossip	M	0	0	0
	F	4	19	7

منابع

Betzig, L. 1989. "Causes of Conjugal Dissolution: A Cross-Cultural Study." *Current Anthropology* 30(5): 654-676.

Bourdieu, P. 2001. *Masculine Domination*. Stanford.

Broude, G. 1980. "Extramarital Sex Norms in Cross-Cultural Perspective." *Behavior Science Research* 3: 181-217.

Buunk, B. A. Angleitner, V. Oubaid, and D. Buss. 1996. Sex differences in jealousy in evolutionary and cultural perspective: tests from the Netherlands, Germany, and the United States. *Psychological Science*, 7: 359-363.

Burbank, V. 1994. *Fighting Women: Anger and Aggression in Aboriginal Australia*. Berkeley.

Buss, D., Todd Shackelford, Lee Kirkpatrick, Jae Choe, Hang Lim, Mariko Hasegawa, Toshikazu Hasegawa, and Kevin Bennett. 1999. Jealousy and the Nature of Beliefs about Infidelity: Tests of Competing Hypothesis about Sex Differences in the United States, Korea, and Japan. *Personal Relationships*, 6: 125-150.

Collins, R. 1975. *Conflict Sociology*. New York.

Daly, M. and M. Wilson. 1983. *Sex, evolution and behavior*, 2nd edition. Belmont (CA).

De Munk, V. and A. Korotoyev. 2000. Sexual Equality and Romantic Love: A Re-Analysis of Rosenblatt's Study on the Function of Romantic Love. *Cross-Cultural Research* 33:1-23.

Ford, C. and Frank Beach. 1951. *Patterns of Sexual Behavior*. New York.

Freeman, S. 1990. *Managing Lives: Corporate Women and Social Change*. Amhest.

Frayser, S. 1985. *Varieties of Sexual Experience: An Anthropological Perspective on Human Sexuality*. New Haven.

Gaulin, S. and Alice Schelgel. 1980. Parental Confidence and Parental Investment: A Cross-Cultural Test of Sociobiological Hypothesis. *Ethnology and Sociobiology* 1: 301-309.

Goldberg, H. 1976. *The Hazard of Being Male: Surviving the Myth of Masculine Privilege*. New York.

Goode, E. 2002. "Jealousy? Maybe it's Genetic. Maybe Not." In the New York Times, science section. D1.

Gregor, T. 1995. "Sexuality and the Experience of Love." In *Sexual Nature and Sexual Culture*, P. Abramson and Steven Pinkerton, eds. pp. 330-352. Chicago.

Haavio-Mannila, E. and O. Kontula. 2003. Single and Double Standards in Finland, Estonia, and St. Petersburg. *The Journal of Sex Research*. Vol. 40, No 1: 36-49.

Harrell, S. 1997. *Human Families*. Boulder.

Harris, M. 1977. *Cannibals and Kings: The Origins of Cultures*. New York.

\_\_\_\_\_ 1993 The Evolution of Human Gender Hierarchies: a Trail Formulation. *Sex and Gender Hierarchies*, ed. B. Miller pp. 57-80. Cambridge.

Hrdy, S. 1999. *Mother Nature: Maternal Instincts and How They Shape the Human Species*. New York.

Jankowiak, W.(ed.) 1995. *Romantic Passion: A Universal Experience?* New York.

Jankowiak, W. and E. Fisher 1992. Romantic Love: A Cross-Cultural Perspective. *Ethnology*: 149-156.

Leacock, E. 1993. Women in Samoan History: A further critique of Derek Freeman. *Sex and Gender Hierarchies*, ed. B. Miller pp. 351-365. Cambridge.

MacKinnon, C. 1988. *The Sexual Contract*. Cambridge.

Murdock, G.P. and White, D.R. 1969. "Standard Cross-Cultural Sample." *Ethnology*. 8(4): 329-405.

Pietrzak, R., J. Laird, D. Stevens and N. Thompson. 2002. Sex Differences in human jealousy: A coordinated study of forces-choice, continuous rating scale, and physiological responses on the same subjects. *Evolution and Human Behavior*. 23 (2): 83-94.

Ressner, U. 1986. *The Hidden Hierarchy*. Aldershot.

Rosaldo, M. and Louise Lamphere (Eds.).1974. *Women, Culture and Society*. Stanford.

Schelgel, A. n.d. *Elementary Structures of the Human Family*.

Smuts, B. 1995. Male Aggression Against Women. *Human Nature*, 3 (1), 1-44.

Symons, D. 1979. *Human Sexuality*. Oxford.

## نکته

### مقابله با طوفان ناشی از خیانت جنسی

اگر همسرت به تو خیانت کرده، قبل از هر تصمیمی که ممکن است بعداً اسباب پشیمانی شود، ابتدا بگذار که گرد و خاکها آرام بگیرند.

صحبت و گفتگو با هم را قطع نکنید.

قبول کن که هفته ها و ماههای پیش رو، درد آور و پر عذاب خواهند بود.

با دوستان و نزدیکان صمیمی ات صحبت و روی حمایت آنها حساب کن. اما از تجزیه و تحلیل روابط خود که به تصمیم گیری نهایی منجر شود، خودداری کن.

چون این کار از عهده مشاوران و متخصصان امور خانوادگی بر می آید.

سعی کن که احساسات را در تصمیم گیری خود دخالت ندهی، هر چند که این کار سخت و ناممکن به نظر برسد.

گاهی تغییر مسیر رابطه؛ از شریک زندگی به یک دوست، مناسب می باشد.

سعی کن آرامش خود را حفظ کنی. گاهی غم و غصه خود را خصوصی نگه دار. از صحبت ها و بحث های با موضوعات مکرر با همسرت در باره اتفاق پیش آمده،

خودداری کن. سعی کن از زوایای مختلفی به موضوع بپردازی.

بیاد داشته باش که هر چند همسرت به تو خیانت کرده، اما برای حل موضوع

پیش آمده، همکاری و تعامل دو جانبه شما لازم و ضروری است.

## اینترسکسوالیتی

## و راهنمای برخورد با افرادی که در آلت تناسلی خود دچار ابهام می باشند

نویسندگان:

Milton Diamind and H. Keith Sigmundson

پیشنهادات زیر بر اساس تجارب ما، همفکری بخشی از همکاران قابل اعتماد، نظرات و پیشنهادات افرادی که خود از جهت آلت تناسلی، حالت بینابین دارند، و برداشت های ما از ادبیات موجود در این زمینه، بنا شده اند. با اینهمه، پیشنهادات زیر، با بعضی از روش هایی که امروزه بکار گرفته می شوند، تناقض دارند. اما ما معتقدیم که بعضی از این روشها نیاز به اصلاح دارند. ما بر این باوریم که گذشت زمان و تجربه، باز ممکن است به اصلاح همین پیشنهادات ارائه شده، منجر شوند. بهرحال کلید اعتقادی ما این است که خود بیمار بایستی در هر گونه تصمیم گیری در امر مهمی که به زندگی او مربوط می شود، سهمیم باشد. ما این را می پذیریم که کسانی ممکن است با پیشنهادات ما، موافق نباشند.

## اصول راهنمای پیشنهادی ما

ابتدا، ما بکار بردن اصطلاح «معرف» (Typical)، شایع (Usual) و اغلب مکرر (most frequent) را بجای کلمه «نرمال» پیشنهاد می کنیم. در صورت امکان از بکار گرفتن مفاهیمی همچون رشد یافته، رشد نایافته، خطای پیش آمده در رشد، آلت ناقص، آنرمال و یا خطای طبیعت پرهیز شود. در عوض باید تأکید کرد که این حالتها، هر چند که از زاویه آماری، چندان شایع نیستند، اما از جهت بیولوژیکی قابل درک می باشند. این شیوه برخورد، به والدین کمک می کند که با حالت ویژه آلت تناسلی فرزند خود، راحت کنار بیایند. کسانی که دارای اینگونه آلت های تناسلی می باشند، افرادی عجیب و غریب نیستند، بلکه انسانهایی هستند که تنها از جهت ساختار تناسلی، تفاوت های بیولوژیکی دارند که به آنها اینترسکس Intersex می گویند. در واقع، برداشت و شناخت ما از انواع تفاوت های موجود که در کل طبیعت دیده می شوند، به ما این امکان را می دهد که تفاوت ها در عرصه جنسی و ساختارهای تناسلی متفاوت را هم توقع داشته باشیم. پس ننگ زدایی از افراد با چنین حالت هایی یکی از اهداف ماست.

۱- در برخورد با چنین افرادی ابتدا باید برآورد کاملی از ساختار فیزیکی فرد بدست آورده شود. یعنی برآوردی از غده ها و ساختار داخلی و خارجی آلت تناسلی. همینطور برآورد کردن غدد ژنتیکی فرد. کمک گرفتن از پزشکان متخصص کودکان، متخصصان غدد شناسی، عکس برداری و اورولوژیست ها هم لازم است. تیمی از افراد مختلف با تخصص های متفاوت به نتایج بهتری می رسد. بررسی تاریخ خانوادگی فرد نیز لازم است. در این کار باید سریع اقدام کرد اما در صرف زمان کافی برای بدست آوردن نتایج، نباید هیچگونه عجله ای بخرج داده شود. بعضی ها ممکن است این مسئله را بعنوان یک مسئله پزشکی اورژانسی و در نتیجه عدم بالانس الکتروولایتها بدانند. قضیه شاید چنین باشد، اما، ما بر این اعتقادیم که قبل از هر گونه نتیجه گیری عجولانه، ابتدا هر گونه شک و شبه ای را باید بر طرف کرد. پیشنهاد دیگر ما این است که در هنگام تولد، بایستی آلت تناسلی نوزادان هم معاینه شود، چون بسیاری از حالت های اینترسکس، ناشناخته باقی می مانند.

۲- بلافاصله و همزمان با کارهای فوق، والدین را در مورد پیشرفت کندی که در کارها پیش می آید، راهنمایی کنید و علتها را به آنها توضیح دهید. صداقت با والدین و اعلام همه نتایج به آنها، به اعتماد سازی منجر میشود. در صورت نیاز، بایستی مشاوره (روانی) به والدین ارائه شود. باید به والدین توضیح داد که حالت فرزند آنها انعکاسی است از تفاوتهایی که در طبیعت دیده می شوند و هرچند که این حالت چندان شایع نیست اما ناشناخته هم نمی باشد. همچنین باید به والدین توضیح داده شود که هیچگونه تقصیری متوجه آنها نیست و نباید احساس عذاب وجدان داشته باشند. والدین را باید قانع کرد که فرزند آنها با هر گونه آلت تناسلی، اما امکان یک زندگی شاد و پر معنا را دارد. این توضیحات بایستی در برخوردهای مداوم به والدین داده شوند.

۳- حالت تناسلی کودک اسباب شرمندگی نیست، وسیله ای برای تفریح هم نمی باشد. پس حفظ اسرار خانواده بسیار ضروری است.

۴- در صورت امکان، نوع اینترسکس کودک همچون Hypospadias و Congenital Adrenal Hyperplasia (C.A.H.) تشخیص و به والدین اعلام گردد. در حالتها دیگر، تشخیص بر اساس احتمالترین نوع سکس کودک تشخیص داده می شود. والدین را به پذیرش نوع جنسیت و آلت جنسی فرزندشان، تشویق کنید. تغییر جنسیت فرزند موضوع آینده است و نباید در این شرایط روی آن تأکید شود. اغلب اینگونه کودکان با جنسیت خود کنار می آیند و بعدها با هویت جنسی خود مشکل چندان پیدا نمی کنند.

۵- تغییر جنسیت باید بر مبنای نوع تشخیص باشد و نه بر اساس اندازه آلت جنسی. این را هم نباید فراموش کرد که سیستم عصبی دخیل در سکسوالیته بزرگسالان، تحت تأثیر عوامل ژنتیکی و ترشحات غدد مختلف قرار دارد که عموماً بعد از شروع دوران بلوغ ظاهر می شود.

پس تغییر جنسیت بر اساس ظاهر آلت تناسلی به بعد از دوران بلوغ موکول شود. دغدغه اصلی ما در مورد چگونگی رشد کودک و اینکه بعد از دوران بلوغ و شروع فعالیت جنسی، کدام ترجیح جنسی را انتخاب می کند، می باشد.

موارد نادر مربوط به پسران:

**XY individuals with Androgen Insensitivity Syndrome (A.I.S.) (Grade 1-3)**  
**XX individuals with Congenital Adrenal Hyperplasia (C.A.H.) with extensively fused labia and a penile clitoris**  
**XY individuals with Hypospadias**  
**Persons with Klinefelter Syndrome**  
**XY individuals with Micropenis**  
**XY individuals with 5-Alpha or 17-beta reductase deficiency**

موارد نادر مربوط به دختران:

**XY individuals with Androgen Insensitivity Syndrome (A.I.S.) (Grade 4-7)**  
**XX individuals with Congenital Adrenal Hyperplasia (C.A.H.) with hypertrophied clitoris**  
**XX individuals with Gonadal dysgenesis**  
**XY individuals with Gonadal dysgenesis**  
**Persons with Turner's syndrome**

مذکر یا مؤنث بودن افرادی که **Mixed gonadal dysgenesis (MGD)** دارند، به اندازه آلت نرینه و لب های مهبل و وابسته است. اینگونه افراد از نظر شکل آلت تناسلی انواع مختلفی دارند. در تشخیص جنسیت و در تصمیم گیری برای تغییر جنسیت این افراد، تشخیص سطح تولید هورمون مذکر تستسترون امر عاقلانه ای است.

باید اعتراف کرد که در بعضی حالتها، تشخیص بیماری تقریباً غیر ممکن است؛ ظاهر آلت تناسلی به یکسان مذکر و مؤنث می باشد و تشخیص ترجیحات جنسی فرد در آینده هم آسان نیست. هیچ سندی در دست نیست که چوچوله و مهبل با کارکرد ضعیف بهتر از یک آلت مذکر با کارکرد ضعیف، می باشد. دلیلی هم برای ترجیح دستگاه تولید مثل ، رحم در مقابل بیضه ها، وجود ندارد. در چنین حالتی هر تصمیمی که گرفته شود، اما امکان تغییر جنسیت فرد در آینده منتفی نیست.

۶- در طول دوران تشخیص جنسیت نوزاد، پزشکان و پرستاران باید از ثبت جنسیت نوزاد خودداری کنند و در نام بردن از نوزاد بهتر است بجای اسم اول، از اسم خانوادگی او استفاده شود. اگر نتیجه جنسیت فرد به آینده موکول شود، بهتر است والدین اسمی را برای او انتخاب کنند که به هر دو جنس مذکر و مؤنث داده می شود.

۷- از انجام جراحی های بزرگ تزئینی خودداری شود. در صورت لزوم فقط عمل جراحی مرتبط با سلامتی فیزیکی/پزشکی انجام گیرد. به والدین توضیح داده شود که هر چند آلت تناسلی فرزندشان با آلت تناسلی کودکان دیگر فرق دارد اما شکل آلت تناسلی در دوران کودکی کمتر از کارکرد آلت و حساسیت آن از نظر جنسی بعد از دوران بلوغ، اهمیت دارد و انجام جراحی های تزئینی ممکن است بر کارکرد آلت جنسی بعد از دوران بلوغ تأثیر منفی بر جای گذارد. به همین خاطر بهتر است عمل جراحی تغییر جنسیت به بعد از دوران بلوغ و به زمانی که خود فرد امکان تصمیم گیری دارد، موکول شود.

تجویز داروهای هورمونی ( بجز در مورد **C.A.H.** هم بایستی به بعد از بلوغ و زمانی که خود فرد امکان تصمیم گیری دارد، موکول گردد.

۸- قطع غدد در افراد دارای **A.I.S.** با هدف جلوگیری از احتمال رشد سرطان، نادرست است. هیچگونه گزارشی از رشد سرطان در چنین کودکانی در دوران قبل از بلوغ گزارش نشده است. نگه داری غدد، نیاز به استفاده از داروهای هورمونی را از بین می برد و احتمال پوکی استخوان را کاهش می دهد. از آن گذشته، عقب انداختن عمل قطع غدد باعث می شود که فرد در بزرگسالی بهتر با بیماری خود کنار بیاید و در تصمیم گیری برای عمل جراحی مشارکت فعال داشته باشد. البته شرط احتیاط آن است که آزمایشات لازم بطور مرتب انجام گیرند تا در صورت نیاز، جراحی بر روی غدد جنسی قبل از دوران بلوغ انجام گیرد.



۹- در امر پرورش کودک، والدین باید در نگاه به فرزند خود بعنوان دختر یا پسر، تداوم را رعایت کنند و نه اینکه زمانی کودک را دختر و زمانی دیگر پسر بدانند و باید فضایی برای کودک خود فراهم آورند که او بتواند با آزادی کامل شخصیت و علائق خود را در زمینه مسائلی همچون انتخاب اسباب بازی، دوستان همبازی، نوع لباس و غیره بروز دهد.

۱۰- به والدین در امر چگونگی برخورد با دیگر افراد خانواده، قوم و خویشان، همبازی های کودک و در شرایط مختلف دیگر، با جنسیت فرزندشان، مشاوره و راهنمایی های لازم صورت گیرد. «بله، این کودک متفاوت است اما نرمال و طبیعی می باشد و وقتی بزرگ شد، پزشکان آنچه که لازم باشد را انجام می دهند.»

۱۱- باید توجه داشت که این کودک چه قبل و چه بعد از دوران بلوغ ممکن است شخصیت و رفتارهای خاص خود را داشته باشد که چندان متعارف نباشند. این رفتارهای غیر متعارف ربطی به تربیت والدین ندارند، بلکه نتیجه تعامل بین فاکتورهای فیزیکی، بیولوژیکی، فیزیولوژیکی و فرهنگی می باشند. بعضی از این افراد ممکن است از نظر جنسی بسیار فعال باشند و بعضی دیگر ممکن است هیچگونه علاقه ای به امور جنسی نداشته باشند.

۱۲- این افراد از همان دوران کودکی نیاز به کمک و حمایت دارند. باید به آنها کمک شود تا در برابر دست درازیها، پیش داوریهها و برخوردهای ناشایست نزدیکان و دیگر افراد جامعه، مقاومت کرده و با اعتماد به نفس رشد کنند.

۱۳- رابطه نزدیک با خانواده و کودک حفظ شود تا در صورت نیاز، کمک و راهنمایی لازم به آنها داده شود. مشاوره با خانواده باید در چندین مرحله صورت بگیرد؛ در هنگام تولد، در دو سالگی، در هنگام شروع مدرسه، دوران قبل و بعد از بلوغ و در دوران بزرگسالی. مشاوره باید توسط کسانی ارائه شود که در امور سکسوالیته، موضوعات جنسیتی و اینترسکس آگاهی و علاقه کافی داشته باشند.

۱۴- در دوران بزرگسالی، فرد باید امکان مشاوره خصوصی داشته باشد.

۱۵- مشاور نباید از صحبت باز و علنی در باره امور مربوط به جنسیت، در جلسات مشاوره، طفره برود. صحبت در باره امکان یا عدم امکان تولید مثل و امکان داشتن فرزند خوانده؛ ظهور یا عدم ظهور پرپود (عادت ماهانه)، تولید یا عدم تولید اسپرم، راههای جلوگیری از بارداری، ابتلا به بیماریهای مقاربتی و غیره، لازم و ضروری می باشد.

۱۶- باید والدین را تشویق کرد که در جمع افراد خانواده و بدون حضور مشاور، در باره وضعیت فرزند خود بحث و گفتگو داشته باشند. چنین کاری به درک متقابل احساسات و نیازهای متقابل کودک، والدین و دیگر افراد خانواده از همدیگر کمک می کند، و باعث پذیرش بهتر وضعیت توسط خانواده می گردد. در نتیجه فرد احساس می کند که رابطه ای صادقانه و علنی با افراد خانواده خود دارد و از حمایت آنها برخوردار است. همین باعث می شود که او بهتر و بیشتر به خود اعتماد به نفس داشته باشد و در جامعه بهتر بتواند روی پای خود بایستد.

۱۷- در اولین فرصت ممکن، خانواده در ارتباط با گروه های حمایتی افراد اینترسکس قرار داده شود. اگر چنین گروههایی در جامعه وجود ندارند، بهتر است که خود پزشکان، خانواده ها را به ایجاد چنین گروههای حمایتی برای خود، تشویق کنند، و امکانات و راهنمایی های لازم برای ایجاد چنین تشکلی را در اختیار آنها قرار دهند.

۱۸- تعداد دفعات معاینه آلت تناسلی فرد به حداقل ممکن رسانده شود و در صورت نیاز به اینکار باید ابتدا از خود فرد اجازه گرفت. بیاد داشته باشیم که آلت تناسلی فرد به خود او تعلق دارد و نه به والدین یا پزشکان. معاینه آلت تناسلی فرد توسط دیگران در هر کسی احساس ناخوشایندی برمی انگیزاند.

۱۹- بعضی از افراد اینترسکس ممکن است از این وضعیت خود کاملاً راضی باشند و آن را بعنوان هویت جنسی خود قبول کنند. به این خاطر اینترسکس باید بعنوان یک نوع جنس، در کنار جنس مذکر و جنس مؤنث، برسمیت شناخته شود.

۲۰- همزمان با نزدیک شدن دوران بلوغ، در مورد امکانات جراحی موجود، خطرات احتمالی ناشی از جراحی، تأثیر آن بر غدد هورمونی و راههای پیش پای فرد، با او صحبت و تمام اطلاعات لازم در اختیار او قرار داده شوند.

۲۱- در سالهای ده تا پانزده سالگی، اکثر این افراد تقریباً مطمئن هستند که کدام جهت گیری جنسی را دارند. با اینهمه، افراد در این سن و سال تجارب و اطلاعات جنسی لازم را ندارند.

پس قبل از هر گونه تصمیم گیری، باید در حد امکان اطلاعات لازم در اختیار آنها گزارده شوند تا در تصمیم گیری در انتخاب جنسی خود تصمیم عجولانه نگیرند.

۲۲- اکثر حالات اینترسکسی نیازی به جراحی های تزئینی ندارند. در مورد جراحی و قطع غددی که به شکل گیری حالات زنانگی/مردانگی در این افراد منجر می شوند، توافق کاملی وجود ندارد، به این دلیل که شاید فردی در بزرگسالی از داشتن این حالتها رضایت خاطر داشته باشد و قطع آنها در کودکی او را از این امر محروم می کند.

۲۳- تغییر جنسیت باید با احتیاط کامل صورت بگیرد. هر چند که بعضی افراد از تغییر جنسیت خود خشنود می شوند اما بعضی دیگر بعد از عمل پشیمان می گردند و خواهان بازگشت به وضعیت قبلی خود می باشند.

۲۴- پرونده های پزشکی و روان درمانی این افراد باید بدقت بایگانی شوند. این کار به امر تحقیق بیشتر در خصوص افراد اینترسکس در آینده کمک فراوانی می کند. ملاقات های بعدی در پنج، ده، پانزده و بیست سالگی با فرد مورد نظر مهم است. همینطور ملاقات مکرر بعد از عمل جراحی هم ضروری است.

۲۵- پزشکان باید مرجع ارائه اطلاعات و راهنمایی به بیمار باشند، اما حق انتخاب و تعیین سرنوشت او را ندارند. تصمیم نهایی در مورد جراحی و کلاً درمان در دست خود فرد می باشد و نه پزشک معالج.

### حرف آخر ما

افرادی در بین گروه اینترسکس ها وجود دارند که جراحی های زود هنگام کمک زیادی به آنها کرده و بعد از جراحی احساس خوشبختی و رضایت خاطر می کنند. اما احساس خوشبختی عده ای نباید به همه تعمیم داده شود. در بین کسانی که در دوران کودکی به زیر چاقوی جراحی برده شده اند، بسیاری افراد با سرنوشت خود کنار آمده اند اما کسانی از آنها از اینکه جامعه پزشکی به تاسی از فرهنگ اجتماعی، چیزی را بر خلاف میل و رغبت و باطن اشان، به آنها تحمیل کرده، خشمگین و عصبانی اند. اصول راهنمای فوق، با هدف کمک به بهبود شرایط زیستی و احترام به حق انتخاب افراد اینترسکس تهیه شده اند.

## مفهوم بهداشت جنسی از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی

مقدمه:

بهداشت جنسی تحت تأثیر شبکه ای از فاکتورها؛ از رفتار و عملکرد جنسی گرفته تا ریسکهای بیولوژیکی و استعداد ژنتیکی، قرار دارد. و این شامل مشکلات اچ.آی.وی و عفونتهای ناشی از مقاربت جنسی / عفونت های تناسلی، بارداری ناخواسته و سقط جنین، عدم بارداری، سرطان منتج از عفونتهای ناشی از مقاربتهای جنسی و اختلال جنسی می شود. بهداشت جنسی، همچنین ممکن است تحت تأثیر تندرستی روانی، ناخوشیهای حاد و مزمن، و خشونت واقع شود. لازمه توجه به بهداشت جنسی در سطح فردی، خانوادگی، جامعه ای و سیستم بهداشت، مشارکت همه جانبه ارائه دهندگان آموزش دیده خدمات بهداشتی و یک سیستم رجوع دهی فعال را می طلبد. این مسئله همچنین، محیطی قانونی، سیاسی و تنظیم کننده می طلبد که در آن حقوق جنسی همه مردم رعایت شده باشد.

در برنامه ریزی و ارائه خدمات، توجه و پرداختن به بهداشت جنسی و همینطور، ارزشمند دانستن سکسوالیته، و درک نقش و قدرت جنسیت فرهنگی لازم است.

فهم و درک سکسوالیته و تأثیر آن در عمل؛ بر شریک جنسی، تولید مثل و لذت، شماری از چالش ها و امکانات در عرصه سلامتی جنسی، خدمات بهداشتی تولید مثل و برنامه ریزی، برجسته می کند. اعتبار جمع آوری آمار و داده ها، با توجه به عدم بی طرفی محققان و مشکل بحث حول چنین موضوعی خصوصی در بعضی مراکز، همچنان به عنوان یک مشکل در بعضی جاها باقی است که برای درک و فهم بهتر جنسیت در مناطق مختلف باید بر آن غلبه کرد. تحقیقات جنسی بایستی فراتر از نگرانی در مورد رفتارها، تعداد شرکای جنسی و عملکردها برود، تا به فاکتورهای ناشی از عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی که فرد را در معرض خطر قرار داده و به راههای جستجوی سکس، مبنی بر تمایل و یا عدم تمایل توسط زنان، مردان و جوانان می کشاند، برسد.

پژوهش جنسی این چنینی مستلزم گام نهادن فراتر از بهداشت مربوط به تولید مثل، و نگاه همه جانبه و جامع بهداشت جنسی است. برای تحقق این مهم، باید مطالعات جنسیتی - فرهنگی و (مطالعات) تنظیم خانواده را به دانش پایه ای به دست آمده از مطالعات میدانی مربوط به عفونتهای ناشی از مقاربت جنسی / عفونتهای تناسلی افزود.

بهداشت جنسی عرصه تازه ای برای کار در مقابل بخش بهداشت تولید مثل و تحقیق سازمان (بهداشت جهانی) قرار می دهد. درحالیکه بهداشت جنسی، تلویحاً به عنوان بخشی از برنامه تولید مثل درک شده، حاد شدن اچ.آی.وی. / ایدز، خشونتهای منتج از جنسیت فرهنگی، و دامنه اختلالات جنسی (به عنوان نمونه هایی از تحولات دو دهه اخیر)، نیاز به تمرکز توجه بخش (بهداشت، تولید مثل و تحقیق) سازمان بر روی جنسیت و ترویج بهداشت جنسی را برجسته تر کرده است.

## تعاریف کاربردی

### (Sex) جنس

جنس بر کاراکترهای بیولوژیکی ای که بشر را به عنوان مؤنث یا مذکر تعریف می کنند دلالت دارد. این مختصات بیولوژیکی در بست انحصاری نیستند؛ به این خاطر که افرادی وجود دارند که هر دو (مختصات) را دارند، اما این مختصات در پی تفکیک انسانها به مذکر و مؤنث می باشند. در کاربرد عامیانه در بسیاری از زبانها، کلمه «Sex»، اغلب به معنی «عمل جنسی» به کار برده می شود، اما به خاطر اهداف تکنیکی در مباحث مربوط به امور جنسیت و بهداشت جنسی، تعریف فوق انتخاب شده است.

### (Sexuality) جنسیت

جنسیت یک بعد اساسی در طول حیات بشری است و شامل جنس (sex)، هویت جنسی فرهنگی (gender identity)، نقشها، گرایشها جنسی، اروتیسم، لذت، صمیمیت و تولید مثل می باشد. جنسیت در افکار، فانتزیها، امیال، اعتقادات، ارزشها، رفتارها، کردارها، نقشها و روابط، بیان و تجربه می شود.

در عین حال که جنسیت می تواند شامل همه این ابعاد باشد، اما همه آنها همیشه تجربه و بیان نمی شوند. جنسیت از تعامل بین فاکتورهای بیولوژیکی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، اخلاقی، قانونی، تاریخی و مذهبی - معنوی تأثیر می گیرد.

### (Sexual health) بهداشت جنسی

بهداشت جنسی حالتی از تندرستی فیزیکی، احساسی و اجتماعی در رابطه با جنسیت می باشد؛ این صرفاً به معنای فقدان بیماری، اختلال یا ناتوانی نیست. بهداشت جنسی، هم رهیافتی مثبت و احترام آمیز به جنسیت و روابط جنسی، و هم برخوردار بودن از امکان داشتن تجارب لذت بخش، امن، عاری از اجبار، تبعیض و خشونت، را می طلبد. برای نائل شدن به بهداشت جنسی و ادامه آن، حقوق جنسی همه اشخاص بایستی مورد احترام و محافظت قرار گرفته و برآورده شود.

**(Sexual Rights) حقوق جنسی**

حقوق جنسی بخشی از حقوق بشر است که در قوانین ملی، اسناد جهانی حقوق بشر و دیگر اسناد مورد توافق، به رسمیت شناخته شده است که شامل حق همه اشخاص، عاری از اجبار، تبعیض و خشونت می باشد:

- دسترسی به بالاترین سطح استاندارد بهداشتی در امور جنسیت، شامل دسترسی به خدمات بهداشتی تولید مثل.
  - جستجو، دریافت و تقسیم اطلاعات مربوط به جنسیت.
  - احترام و بزرگداشت بدن.
  - انتخاب شریک جنسی.
  - تصمیم به فعالیت و یا عدم فعالیت جنسی.
  - روابط جنسی توافقی.
  - ازدواج توافقی.
  - تصمیم به داشتن یا نداشتن فرزند و انتخاب زمان آن.
  - در پیش گرفتن یک زندگی جنسی رضایت بخش، امن و لذت بخش.
- به کارگیری مسئولانه حقوق بشرا احترام گذاشتن همه افراد به حقوق یکدیگر را می طلبد

**1-RTI (reproductive tract infection(s)), STI (sexually transmitted infection(s))**

۲- جنسیت فرهنگی = جندر

## نکته

### چهل درصد زوج های ایرانی از اختلالات جنسی رنج می‌برند

#### اختلالات جنسی یکی از پنج علت طلاق در ایران

جام جم آنلاین: نتایج تحقیقات صورت گرفته نشان می‌دهد در حال حاضر حدود ۴۰ درصد زوج های ایرانی از اختلال ها و ناتوانی های جنسی مزمن یا حاد رنج می‌برند.

به گزارش جام جم آنلاین به نقل از روابط عمومی انجمن علمی تخصصی باروری و ناباروری ایران دکتر محمدرضا نوروزی رییس انجمن علمی - تخصصی باروری و ناباروری ایران گفت: با توجه به ثبت سالانه حدود ۸۰۰ هزار ازدواج در کشور با صراحت می‌توان گفت هر سال حداقل حدود ۲۰۰ هزار تن به تعداد بیمارانی که به نوعی دچار اختلالات جنسی مزمن یا حاد هستند اضافه می‌شود. به همین خاطر مشکلات جنسی زنان و مردان یکی از پنج علت شایع طلاق در ایران است حال آنکه با اقدام های به موقع درمانی به راحتی می‌توان بسیاری از مشکلات این گروه از افراد جامعه را برطرف کرد و آنها را به زندگی عادی و طبیعی بازگرداند. دبیر شورای عالی نظام پزشکی کشور با تاکید بر اینکه اختلالات جنسی ریشه در مشکلات روحی یا بیماری های جسمی افراد دارد ، تصریح کرد: برخی از بیماری ها از جمله ارضای جنسی زودهنگام مردان همراه با افزایش سن ، ۲۰ تا ۴۰ درصد افزایش می‌یابد. حال آنکه حدود ۴۰ درصد زنان جامعه نیز از بی میلی و سرد مزاجی رنج می‌برند که بخش عمده این بیماری ها قابلیت درمان های دارویی دارند.

به گفته رئیس سمینار علمی اختلالات جنسی ، یکی از مهم ترین علل شیوع این قبیل بیماری ها مراجعه دیر هنگام به متخصصین است بنابراین به مردم به خصوص افراد مبتلا به ناراحتی های روانی و حادثه دیدگان جسمی در سوانح مختلف توصیه می‌شود قبل از دیر شدن مراحل درمان ، برای رفع مشکل مراجعه کنند.

## فانتزی های جنسی انسانها

فانتزی یعنی تجسم ذهنی/خیالی، فرد/افراد، شئی، حالت، رفتار، شرایطی خاص و یا معجونی از هر کدام. جهان درونی و خصوصی فانتزی های جنسی، هرچند که تنها رفتارهای خیالی تصورگرانه را شامل می شود، اما بخش مهمی از زندگی جنسی فرد محسوب می گردد. توان تصور و تخیل در ایجاد نقشها، حالتها و رفتارهای جنسی در جهان ذهنی، از چنان قدرت اروتیکی و تحریکی برخوردار است که ما را به کنکاش و جستجو در جهان واقعی برای ارضاء جنسی؛ از طریق استمناء و یا به همراه شریک جنسی، وامی دارد. فانتزی های درون ذهن، فضایی در اختیار فرد قرار می دهند که او در آن فضا به تمرین فعالیت های واقعی خود می پردازد. داشتن فانتزی جنسی امری است طبیعی و نرمال. رابطه بین فانتزی جنسی و قدرت و غریزه/اشتهای جنسی، پیچیده می باشد. آیا فانتزی جنسی خود نوعی محرک جنسی است و یا واکنشی است که از حالت احساس و وضعیت درون یا محیط اطراف فرد، ناشی می شود؟ این سؤال کماکان مورد بحث متخصصان امور جنسی است. با اینهمه، عده ای بر این اعتقادند که فانتزی های جنسی در سنین اولیه، بشکلی پیچیده، در گزینش ترجیح های جنسی فرد دخالت دارند. فانتزی های جنسی که در ابتدای شروع زندگی جنسی فرد مورد استفاده قرار می گیرند، تا سالهای سال و چه بسا تا اواخر عمر، برانگیزش و تحریک جنسی فرد اثرگذارند. چیزی که اسباب تعجب و حیرت می شود این است که چرا در عده ای، فانتزی های جنسی اولیه، تا اواخر عمر، آن چنان پابرجا و مؤثر باقی می ماند که بعنوان نوعی محرک شرطی در زندگی جنسی طرف ایفای نقش می کنند، در حالی که فانتزی های جنسی عده ای دیگر، بنا به موقعیت، نوع فعالیت و علاقه جدید جنسی، عموماً تغییر می کنند و فانتزی های جدیدی جایگزین آنها می شوند.

بعضی افراد از آنچنان قدرت تخیل و فانتزی برخوردارند که فکر عمل شدن آنها، خود فرد را به ترس و لرز می اندازد. فانتزیهای فرد همیشه و لزوماً با گرایش جنسی او مطابقت ندارند، برای مثال افرادی که بخ جنس مخالف خود گرایش جنسی دارند (دگرجنسگران، ممن است گاهی دارای فانتزی همآغوشی با و سکس با یک همجنس به آنها رو آورد، هر چند که چنین کاری در عمل، ممکن است لذتی برای آنها نداشته باشد، یا کلاً قادر به انجام چنین عملی نباشند. عکس قضیه هم صادق است، یعنی همجنسگران هم ممکن است گاهی دارای فانتزی مقاربت جنسی با جنس مخالف را داشته باشند، بدون آنکه در جهان واقعی رغبت و یا توان این کار را داشته باشند. شاید درجه بندی سطح و شدت گرایش جنسی فرد در این موضوع دخیل باشد.

فانتزی جنسی بعضی افراد در سالهای اولیه عمر، زمانی که شناخت چندانی از مسائل و موضوعات جنسی ندارند، شکل می گیرند. فانتزی هایی که در این مرحله شکل می گیرند، بنوعی، از

ترس، اضطراب و یا نیازهای فرد در سنین اولیه عمر، تاثیر می پذیرند. اینگونه فانتزی ها قدرت اروتیکی خود را تا سالهای سال و چه بسا تا اواخر عمر، حفظ کنند و ظهور آنها در ذهن و انگیزش جنسی او، فرد را به این تفکر وادارد که ممکن است بیمار روانی باشد. آز آنجا که فانتزی ها اغلب پنهانی و راز مگوی افراد می شوند، در نتیجه تأثیر ترس آور آنها در بعضی افراد هم بدون چالش باقی می ماند. فانتزی ها ممکن است برای بهبود زندگی جنسی فرد و یا برای انطباق فرد با شرایط و موقعیت جنسی ای که در آن قرار گرفته، مورد استفاده قرار بگیرند.

تشخیص تفاوت بین جهان واقعی و جهان فانتزی فرد با هدف کمک به افرادی که دارای مشکلات جنسی هستند، تأثیر با ارزشی ندارد. بررسی ابعاد، اشکال، محتوا و تکرار و تناوب فانتزی ها می تواند تفاوت های جالبی بین زنان و مردان بر ملا کند؛ به همین سبب فانتزی های جنسی می بایست جدی گرفته شوند.

### وقوع و شیوع فانتزی ها

بین فانتزی هایی که در خلال فعالیت جنسی همچون استمناء یا همآغوشی جلوه می کنند با فانتزی هایی که در حالت عادی مثلاً در حین راه رفتن در خیابان، ظاهر میشوند، باید تفاوت قائل شد.

آلفرد کینزی، در تحقیقات خود به این نتیجه رسید که ۸۴ درصد مردان مورد پرسش قرار گرفته، تنها با فکر کردن به فعالیت جنسی - تجربه ای که قبلاً داشته اند و یا چیزی که می خواهند آن را در سکس تجربه کنند - به تحریک جنسی می رسند. ۳۱ درصد زنان مورد سؤال قرار گرفته، تأکید کرده اند که با چنین تصوراتی - تجربه جنسی که قبلاً داشته اند و یا چیزی که می خواهند آن را در سکس تجربه کنند - هیچوقت تحریک جنسی به آنها دست نمی دهد. کینزی از این یافته های خود به این اعتقاد رسید که احتمال تحریک شدن مردان در شروع رابطه جنسی و قبل از هرگونه تماس فیزیکی با زن، بیشتر است. (Kinsey et al 1953) اما محقق دیگر، هانت (Hunt, 1974) در مطالعات خود تفاوت های جنسی چندانی بین زنان و مردان مشاهده نمی کند و معتقد است که اختلافات جنسی دو جنس از فاکتورهای فرهنگی ناشی می شوند. اشکال هانت این بود که نه آمار دقیقی ارائه داد و نه تفاوتی بین فانتزی حین عمل جنسی و فانتزی بدون عمل جنسی، قائل شد. ویلسون (Wilson, 1980) در تحقیقات خود تفاوت بین فانتزی حین فعالیت جنسی (استمناء یا همآغوشی) و فانتزی در مواقع غیر جنسی را در نظر گرفت و به این نتیجه رسید که شیوع و وقوع فانتزی در مردان، در هر دو حالت دو برابر شیوع و وقوع آن در زنان می باشد. تحقیقات دیگری که در این رابطه صورت گرفته اند، دال بر آن دارند که مردان در فانتزی های خود از تم های بیشتر خشن و «قهرمان بازی» استفاده

می کنند، در حالی که زنان بیشتر تم های احساسی و عاطفی را بکار می گیرند. مطالعات صورت گرفته توسط « براون و هارت» (Brown & Hart, 1977) نشان می دهند که وقوع و شیوع فانتزی های جنسی در زنان با تجارب جنسی، دو برابر شیوع و وقوع فانتزی در دختران با کره می باشد، و زنان بین ۲۱ تا ۳۵ ساله بیشتر از دیگر گروه های سنی زنان، دارای فانتزی های جنسی می باشند. بعضی تحقیقات ثابت کرده اند که دو در صد زنان قادرند تنها با کمک فانتزی خود و بدون دست زدن به آلت جنسی خویش، به ارگاسم برسند. اسنادی در دست است که هر چه فرد آموزش دیده تر (و شاید با نبوغ بیشتر) باشد، فانتزی جنسی او هم غنی تر می باشد.

(Crepault et al, 1977; Pietropinto & Simenaur, 1977)

البته گفتنی است که بسیاری از این تحقیقات در بین دانشجویان دانشگاهها صورت گرفته و به این خاطر در تعمیم دادن نتایج آنها به کل جمعیت باید با احتیاط عمل کرد.

کیزی گزارش داد که ۶۰ درصد مردان پرسش شوندگان او اعلام کرده اند که در هنگام استمناء همیشه فانتزی خود را بکار می گیرند و ۱۰ درصد پرسش شوندگان گفته اند که هرگز در حین استمناء از فانتزی خود استفاده نمی کنند. این آمار در بین زنان، به ترتیب ۴۱ درصد و ۳۶ درصد می باشد.

تحقیقات صورت گرفته توسط «گبهارد و جانسون» (Gebhard & Johnson, 1979). در آمارگیری که توسط مجله زنان به اسم «ساندرز» (Sanders, 1985) صورت گرفته بود، ۵۰ درصد زنان متاهل گفته بودند که در حین عمل سکس با همسران خود، دست به فانتزی می زنند. ۲۵ درصد این افراد اعلام کرده اند که بطور مرتب در حین فعالیت جنسی با همسرانشان، از فانتزی خود کمک می گیرند. طبق نتایج آماری مجله نامبرده، زنانی که از رابطه جنسی با همسر خود خشنود و راضی اند، کمتر به فانتزی در حین عمل سکس، رو می آورند. در این گزارش، معمولی ترین نوع فانتزی های زنان عشق ورزی با مردی که برایشان آشنا است، گزارش شده است، ۲۰ درصد زنان فانتزی عشق ورزی در جاها و محلهایی خاص، و هشت در صد زنان اعلام کرده بودند که فانتزی بکار بردن تجاوز و خشونت نسبت به آنها در حین سکس، را دارا می باشند. البته تجاوز و خشونت بشکل ملایم، اما این احساس که خود هیچگونه کنترلی بر اوضاع نداشته باشند.

مجله «ساندرز» در سال ۱۹۸۷ به تحقیقی در مورد فانتزی های مردان هم دست زد. نتایج بدست آمده نشان می دهند که اکثر مردان پرسش شونده، در حین استمناء مرتب فانتزی خود را بکار می گیرند و ۳۷ درصد آنها در حین عمل سکس با همسر خود، از فانتزی خویش هم کمک می گیرند. ۱۸ درصد این (این ۳۷ درصد اخیر)، اعلام کرده بودند که فانتزی همآغوشی با فرد دیگری، بجز همسر خود، به آنها رو می آورد. ۱۵ درصد مردان هم گزارش داده اند که فانتزی نگاه کردن به عشق ورزی جفتی دیگر را دارند یا اینکه خود در حین همآغوشی مورد نگاه و دید دیگران قرار بگیرند، (شهوت چشم چرانی یا همان «ویزیسم»).

یکی از تحقیقات جالب دیگر که فقط مربوط به آمار زنان متاهل می باشد، توسط «هارینتون و سینگر» (Harinton & Singer, 1974) صورت گرفته است. طبق نتایج این تحقیق، ۶۵ درصد زنان (متاهل) اعلام کرده اند که حداقل گاهی در حین سکس با همسر خود، به فانتزی رو می آورند، و ۳۷ درصد دیگر اعلام کرده اند که فانتزی در حین همآغوشی برایشان امری است عادی که در اغلب اوقات همآغوشی به آن رو می آورند.

آلفرد کینزی بر این باور بود که فانتزی جنسی به ابتکار شروع فعالیت جنسی، بخصوص در مردان، می انجامد. به این خاطر، می توان به فانتزی جنسی بعنوان بازتابی از قدرت و نیروی جنسی، برخورد کرد. «گیامبرا و مارتین» (Giambra & Martin, 1977) در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که فانتزی جنسی در مردانی که علاقه شدیدی به سکس واژنی دارند، شیوع و وقوع بیشتری دارد، اما، همراه با افزایش سن کاهش می یابد و از بعد از ۶۵ سالگی تقریباً بطور کامل زایل می شود.

مطالعات ویلسون (۱۹۸۰)، نشان می دهند که فانتزی های زنان با خشنودی جنسی آنها بطور عام ربط پیدا می کند، در حالی که در مردان چنین نیست. به این خاطر ویلسون به این نتیجه گیری رسید که فانتزی های مردان بازتابی از آن قدرت جنسی اشان است که تحقق پیدا نکرده است، در حالی که در زنان قضیه بر عکس است؛ یعنی فانتزی های جنسی زنان همراه با افزایش خشنودی جنسی آنها، بیشتر می شوند یا با مراتب بیشتری ظاهر می شوند.

علیرغم همه آنچه گفته شد، اما نقش فانتزی های جنسی را نباید ساده گرفت. در محیطی که زنان تحت انقیاد و تحکم بیشتری قرار دارند، و از نظر جنسی ارضاء نمی شوند، مسلماً رو آوردن به فانتزی تنها راه ارضاء جنسی است. اینگونه زنان، در فانتزی جنسی خود، عموماً همسر خشن و مستبد خود را کنار می نهند و در جهان ذهنی خود به همآغوشی با مردی دیگر می پردازند.

### تنوع ادبیات مربوط به فانتزی ها

در فاصله بین فعالیت جنسی در عمل و در جهان فانتزی، انواع ادبیات اروتیکی قرار می گیرند. ادبیات اروتیکی و پورنو به تقویت، تحریک و شکل گیری فانتزی کمک می کنند، اما لذت از اینگونه فانتزی ها امری درونی است، یعنی این ادبیات تنها باعث شناخت فرد از احساسات و عوامل محرک جنسی/فانتزی خود می شوند. از آنجا که فانتزی های انسانها متفاوتند، ادبیات اروتیکی/پورنو برای پاسخ دهی به نیازها/فانتزی ها هم متنوع اند. ادبیات اروتیکی/پورنو، در ابتدا فقط برای مصرف مردان با گرایش به جنس مخالف تولید می شدند و بازتابی از فرهنگ خشن مردسالانه بودند، اما با گسترش آزادیهای زنان و همجنسگران، امروزه ادبیات اروتیکی/پورنوی مخصوص زنان و انواع اقلیت های جنسی، هم، رواج زیادی دارند.

## مصاحبه در باره پورنوگرافی

" آمار تجاوز به زنان و دیگر خشونت های جنسی در جوامعی که پورنو را منع کرده اند، کمتر از آمار تجاوز و خشونت در جوامعی که پورنو در آنها آزاد است، نمی باشد."

در دهه هفتاد و هشتاد میلادی، بحث های داغی در باره پورنوگرافی و قانونی یا غیر قانونی کردن پورنو، در کشورهای اسکاندیناوی صورت گرفت، و نیروهای زیادی؛ از فمینیست ها گرفته، تا نیروهای مذهبی، سکولار، همجنسگران (همجنسگرایان)، جرم شناسان، فعالان فرهنگی، نیروهای سیاسی و... به اشکال مختلف و از زوایای متفاوتی، موافقت یا مخالفت خود با پورنو را اعلام کردند. پورنو موضوع و خواسته بلافصل جامعه امروز ما نیست، اما در گستره مبارزات آزادی و دمکراسی خواهانه جامعه، بحث آزادی و برابری جنسی مطرح است و در طرح مباحث مربوط به آزادیهای جنسی، هیچ مسئله ای، از جمله پورنو، نباید مطرح نشده، کنار گذارده شود.

برل کوچینسکی متخصص جرم شناسی، در دانشگاه کپنهاگ (دانمارک) تدریس می کند. او خود را دمکرات سوسیالیست (نه سوسیال دمکرات) معرفی می کند. ترجمه و انتشار این مصاحبه با کوچینسکی، با هدف کمک به علاقمندان به مسائل جنسی و معرفی دیدگاههای مختلف، صورت می گیرد.

- شما مخالف تصویب قوانین مربوط به منع پورنوگرافی در جامعه هستید. آیا شما مخالف پورنوی خشنی که به تجاوز به زنان و کلاً خشونت جنسی منجر می شود، می باشید؟

برل: من در تحقیقات خود ثابت کرده ام که بین خشونت و پورنو رابطه ای وجود ندارد، و در مورد رابطه پورنو با تجاوز به کودکان، اتفاقاً رابطه بر عکس است؛ یعنی بعد از آزاد سازی پورنو گرافی در دانمارک، آمار تجاوز به کودکان حدود ۸۵ در صد کاهش یافت. هیچ ثابت نشده که دلایل دیگری بجز آزادسازی پورنو گرافی، در این امر دخالت داشته اند. در دسترس بودن پورنو در واقع بعنوان کاتالیزتوری در مقابل تجاوز عمل کرده است. با ثابت شدن این قضیه که افزایش خشونت های جنسی ربطی به پورنوگرافی ندارد، پایه و اساس ممنوعیت پورنو هم بی مورد می شود. پورنو ممکن است برای عده ای بی مزه و تحقیر کننده بحساب آید، اما این دلیل قانع کننده ای برای تصویب قانون منع پورنو نیست. چه کسی توانسته با ممنوعیت، جنسیت و فرهنگ جنسی بهتری عرضه کند؟ ممنوعیت بر عکس مسئله را بدتر و بیمارتر می کند.

- منظور شما این است که پورنو حتی بر افراد دارای اختلالات روانی و کسانی که با جنس مخالف تماس خوبی ندارند، هم تأثیر منفی در بر ندارد؟

برل: هیچ تحقیقی این ادعای شما را ثابت نکرده است. بر عکس، کیفیت زندگی افراد مورد نظر شما با دسترسی به پورنو خیلی بهتر می شود، چون به ارگاسم بهتری می رسند. این افراد با کمک پورنو متوجه می شوند که در فانتزی های جنسی خود تنها نیستند.

- اگر این حرف شما درست باشد، پس چرا این برداشت که پورنو گرافی به افزایش خشونت های جنسی منجر می شود، تا این حد در سطح جامعه عمومیت دارد؟

برل: به این خاطر که در جامعه سرکوب سیستماتیک نظرات اعمال می شود و این باعث می گردد که کمتر کسی جرات مخالفت با آنها را بیابد. سانسور موجود در روزنامه ها و دیگر وسایل ارتباط جمعی را هم در نظر بگیرید. من شخصاً مطالبی در این باره نوشته و به روزنامه های معتبر فرستاده ام اما کسی حاضر به انتشار آنها نشده است.

- مخالفان شما معتقدند که نباید منتظر تحقق نتایج منفی پورنو نشست و بعد پورنو را منع کرد بلکه با بکارگیری عقل سلیم، پیشاپیش باید قانون منع پورنو را تصویب کرد.

برل: ممنوع کردن پورنو دال بر «عقل سلیم» نیست. بر عکس، این کار غیر عقلانی است و بر توهم و پیشدواری بنا شده است.

- مخالفان پورنو بر این باورند که پورنو تئوری است و تجاوز، پیاده کردن تئوری در عمل، می باشد.

برل: پورنو تئوری نیست، بلکه فانتزی است. صرف اینکه پورنو صحنه هایی از تجاوز دارد، آن را به تئوری ای تبدیل نمی کند که در عمل خود بخود به تجاوز می انجامد. برای مثال یک سوم همه زنان دارای فانتزی تجاوز هستند، یعنی این فانتزی که مثلاً همسرشان به آنها تجاوز کند. من این را بر اساس شوونیسیم مرد سالارانه نمی گویم بلکه این ادعایی است که بصورت علمی ثابت شده است. اما چنین امری بدان معنا نیست که این زنان خواهان اجرا شدن فانتزی خود در عمل می باشند. بر عکس، در بعضی مواقع فانتزی درست بر عکس آن چیزی است که



فرد بدان عمل می کند. پورنو مثلاً می تواند انرژی یک فرد سادیست را تخلیه کند، اما در دسترس نبودن پورنو این امکان را افزایش می دهد که چنین فردی به فکر عملی کردن فانتزی خود بیفتد. از طرف دیگر آمار تجاوز به زنان و دیگر خشونت های جنسی در جوامعی که پورنو را منع کرده اند، کمتر از آمار تجاوز و خشونت در جوامعی که پورنو در آنها آزاد است، نمی باشد.

**– حتی اگر رابطه ای بین خشونت جنسی و پورنو وجود نداشته باشد، باز هم دلیل نمی شود که از پورنو دفاع کرد، مگر اینکه شما با تحقیر زنان (و حتی مردان) موافق باشید.**

برل: نه، طبیعی است که من مخالف تحقیر انسانها هستم. اما مترادف دانستن پورنو با سرکوب هم صحیح نیست. سرکوب و سرکوفت در تصاویر نیستند بلکه در ذهن و کله کسانی است که عکسها را با همان هدفی که ساخته شده اند، یعنی برانگیختن احساسات جنسی، بکار نمی گیرند.

**– آیا شما موافق سوء استفاده از روابط وابستگی که در پورنو تبلیغ می شوند، هستید؟**

برل: نه، موافق نیستم و چنین چیزی هم در پورنوی دانمارکی دیده نمی شود. صنعت پورنو با زنان معتاد به مواد مخدر بشدت مخالفت می کند و چنین زنی نمی تواند در پورنو جایی داشته باشد.

**– آیا شما معتقد نیستید که ما در جامعه ای در دست مردان و مرد سالار زندگی می کنیم؟**

برل: البته. قبول دارم که در جامعه ای مردسالار زندگی می کنیم، جامعه ای که کودکان و زنان در معرض انواع مختلفی از سوء استفاده و خشونت واقع می شوند. اتفاقاً یکی از نوشته های من در همین رابطه است. با اینهمه بخاطر داشته باشیم که این زنان هستند که کودکان را تربیت می کنند و آنها را زانی تحت سلطه و مردانی مسلط بار، تربیت می کنند.

**– آیا شما مخالف سوء استفاده های تجاری از زنان، که در پورنو تجلی می یابد، نیستید؟**

برل: حرف شما بدان معنا است که جنسیت کالائی است که مورد سوء استفاده تجاری قرار می گیرد، و نه یکی از نیازهای انسانی ما. استفاده مالی و تجاری از مواد غذایی، پوشاک و دیگر اشیاء مورد نیاز انسانها، خیلی وسیعتر و گسترده تر از سوء استفاده تجاری از مسائل جنسی است.

**– آیا شما دلیلی برای دفاع از آزادی پورنو دارید که ارائه دهید؟**

برل: البته که دلیل دارم؛ به نظر من دفاع از حق بیان آنقدر مهم است که ارزش دفاع کردن داشته باشد؛ مقابله با راسیسم (نژاد پرستی) برای حمایت از حقوق اقلیت های قومی و زبانی است، دفاع از آزادی پورنو، یعنی دفاع از حق ابراز نظر کسانی است که به پورنو علاقه دارند و یا مایلند فانتزی های خود را منتشر کنند.

**– منع قانونی نژاد پرستی با هدف حمایت از حقوق اقلیت های قومی است، پس منع پورنو هم به معنای حمایت از حقوق زنان در برابر ارزش های تحقیر کننده موجود در پورنو می باشد.**

برل: پورنوگرافی تشویق به خشونت نسبت به زنان و یا تبلیغ تحقیر زنان نیست. نظر شما برداشتی نادرست و یکجانبه از پورنو است؛ یعنی تنها آن بخشی از پورنو را برجسته می کند که تسلط مرد بر زن را نشان می دهد. بخش دیگر پورنو، تسلط و حاکمیت زن بر مرد است؛ شما آن بخش و تصاویری از پورنو که زن را حاکم و مرد دست و پا بسته، شلاق خورده و به گوشه ای پرت شده توسط زن، نشان می دهند، را نادیده می گیرید. هر کدام از اینها، یک بخشی از فرهنگ جنسی است که ربطی به تشویق خشونت ندارند. اما این بدان معنا نیست که پورنو باید همه جا و بطور وسیعی در دسترس عموم قرار داده شود. هدف پورنوگرافی، بر عکس نژاد پرستی، تبلیغ خشونت و تحقیر نیست. تولید کنندگان پورنو، آن را صرفاً برای درآمد مالی تولید می کنند، مصرف کنندگان پورنو هم آن را با هدف تحقیر زنان نمی خرند، بلکه صرفاً برای پاسخ دهی به نیاز جنسی خود مصرف می کنند. ممنوع کردن پورنو، حق یک اقلیت جنسی، سادومازوخیستها و دیگران، را نفی می کند و در نتیجه فانتزی ها و علائق جنسی آنها هم جرم شناخته می شوند. با ممنوعیت قانونی، نیازهای جنسی آنها از بین نمی روند. این که پورنو در دانمارک آزاد است، قیمت ها هم مناسب هستند، اما ممنوع کردن پورنو باعث رواج بازار سیاه و بالا رفتن قیمت ها می شود و آنوقت است که براستی می توان از سوء استفاده تجاری از نیازهای جنسی انسانها سخن گفت. حتی در تحقیقات ثابت شده که ممنوعیت قانونی پورنو به گسترش بازار فحشاء و دیگر ناهنجاریهای اجتماعی می انجامد. ممنوعیت پورنو، سرکوب اقلیت های جنسی همچون سادیست ها را بیشتر می کند، اقلیتی که حالا هم در معرض پیشدواری منفی جامعه است.

**چرا پورنوگرافی در سالهای اخیر خشن تر و عریان تر شده است؟**

برل: من این اعتقاد را ندارم که پورنوگرافی در این اواخر عریان تر شده باشد. این توهم، زاده افکار کسانی است که علائق سیاسی خود را در این مسائل دخالت می دهند. تنها یک درصد پورنوگرافی مربوط به سادومازوخیسم می شود. خشونت در فیلمهای معمولی خیلی بیشتر از خشونت در فیلم های پورنو است.

**اگر شما فکر می کنید که پورنوگرافی بر دیدگاه مردان نسبت به زنان و سکسوالیته بی تأثیر است، پس چرا صنعت تجاری پورنو با صرف اینهمه هزینه برای تبلیغ پورنو، قصد کانالیزه کردن دیدگاه و علائق انسانها را دارد؟**

برل: با کمک تبلیغات فقط می توان در حد بسیار محدودی بر ذهن و نگاه فرد تأثیر گذاشت. فردی که پودر رختشویی می خرد، ممکن است تبلیغات باعث شوند که او مارک دیگری از پودر رختشویی را انتخاب کند، اما تبلیغ قادر نیست ذهن طرف را آنچنان عوض کند که به جای نیاز خود به پودر، برود و یک سی دی بخرد. منظور این است که نمی توان بر ذائقه جنسی افراد تأثیر چندانی وارد کرد. تبلیغ فقط می تواند باعث شود که تو به جای پپسی کولا، کوکا کولا بخری و نه چیزی بیشتر از این. یک تصویر پورنو می تواند به یک مرد دگرجنسگرا کمک کند که تنوع در جنسیت را یاد بگیرد، اما نمی تواند او را به یک فرد همجنسگرا و یا سادیست تبدیل کند.

**آیا امکان درک این را داری که زنان از اینکه در محلات عمومی با مجلات پورنو مواجه می شوند، خشمگین هستند؟**

برل: بله، و به این خاطر هم من معتقدم که مجلات پورنو نباید بر روی پیشخوان هر روزنامه فروش و خواربار فروشی، در معرض دید عموم قرار داده شوند.

**آیا معتقد نیستی که پورنوگرافی، نقش های جنسی فرهنگی و نابرابری را غلیظ تر می کند؟**

برل: پورنو همان نقش های جنسی نابرابر را نشان می دهد که در جامعه و فرهنگ جنسی ما وجود دارد، درست به همان شکلی که ادبیات یا فیلم ها و سریال های تلویزیونی هم آن را نشان می دهند.

**فرهنگ جنسی جامعه چگونه شکل گرفته است؟**

برل: فرهنگ جنسی در طول هزاران سال و بر اساس شرایط اقتصادی و روابط قدرت حاکم، شکل گرفته است. دیدگاه مخالفان پورنو به سکسوالیته یک دیدگاه غیر ماتریالیستی است. فمینیست های چپ هم آغشته به نگاههای مذهبی و استالینیستی اند، هر چند خودشان این ادعا را رد می کنند. نگاه جنسی استالینیستها بدینگونه است که آنها معتقدند سکسوالیته باعث نفوذ «افکار ناخالص» در پرولتاریا می شود و مانع توجه آنها به کار و مبارزه طبقاتی می شود. و بهمین جهت هم بود که بعد از قدرت گیری استالین، آزادی جنسی در شوروی کنار گذاشته شد. در این دیدگاه، بی اعتمادی به خود و به مردم، موج می زند، پس توده ها باید از طریق باید و نبایدها و ممنوعیت ها بر اساس دید، قضاوت و اخلاق رهبران، رهبری و هدایت شوند. یعنی مردم و پرولتاریا قدرت تشخیص و انتخاب ندارند و بایستی بر اساس صلاح رهبران عمل کنند. همین دیدگاه هم، امروز توسط مخالفان پورنو تبلیغ می شود و معتقدند که دولت باید با وضع قوانین و سانسور جنسی، افکار و جنسیت مردم را کنترل کند. مخالفان پورنو، در عمل، مبارزه مشترک بر علیه ساختارهای اجتماعی، که باعث و بانی ستم و نابرابریهای جنسی و بنیاد فرهنگ جنسی موجود هستند، را خفه می کنند.

**منظورت از خفه کردن مبارزه چیست و به کدام ساختارها اشاره می کنی؟**

برل: فمینیست های زیادی هستند که تمام وقت، و هم و غم خود را بجای مبارزه برای برابری فرهنگی، سیاسی و اقتصادی، معطوف مبارزه بر علیه پورنوگرافی کرده اند، یا، بجای درخواست مهد کودک های بیشتر، تصویب قوانینی بر علیه پورنوگرافی را مطالبه می کنند. آنها با این کار خود، بجای شورش بر علیه رؤسا، مدیران و رهبران بالا نشین، محرومترین قشر اجتماعی، یعنی مردان تنها و فقیر، را نشانه می گیرند و با اینکار خود، با اخلاقگرایان بورژوازی و ژنرالها، که معتقدند مردانی که دارای محرومیت جنسی هستند، سربازان بهتری می شوند، همراهی می کنند.

**شما در جایی گفته اید که سرکوب امروزی سادومازوخیستها شبیه سرکوب همجنسگراها در دهه ی پنجاه میلادی است.**

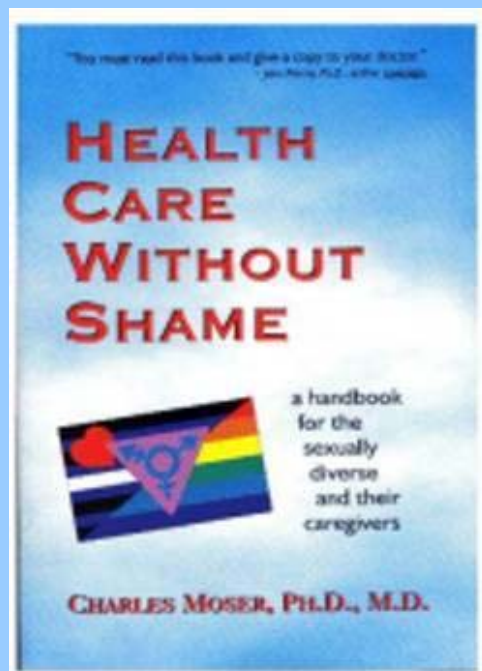
برل: در دهه پنجاه میلادی، تبلیغات گسترده ای با هدف برانگیختن افکار عمومی بر علیه همجنسگرایان، در سطح جامعه و وسایل ارتباط جمعی صورت گرفت، که به تصویب قانونی بر علیه برقراری رابطه همجنسانه با افراد زیر ۲۱ ساله و مشتریان «بچه کونی ها»، انجامید. این قانون باعث بازداشت های گسترده همجنسگرایان شد، اما در سال ۱۹۶۵ لغو گردید. شما دانمارک را با جامعه سوئد مقایسه کنید؛ در سوئد کسی جرات نمی کند نظری در موافقت با قانونی شدن پورنوگرافی ابراز کند و در نتیجه اکثر مردم با پورنو مخالفت می کنند، اما در دانمارک، بخصوص در اوائل دهه هشتاد میلادی، امکان و فرصتی برای بحث های علنی و ابراز انواع نظرات در این باره بوجود آمد، در نتیجه پورنوگرافی غیر قانونی نیست و اکثر مردم مخالفتی با آن ندارند. امروزه همه چپ های دانمارکی، حتی چپ های مائوئیست هم، مخالفتی با پورنو ندارند.

امروز ثابت شده که همه آنانی که به تجاوز جنسی دست می زنند، در دوران کودکی، از آموزش و آزادی جنسی محروم بوده اند. ممنوعیت پورنو در سوئد، چیزی نیست جزء بازتابی از بی اعتمادی جامعه به خود و ترس از خواهش ها، تمناها و فانتزی های موجود در جامعه.

## آگهی

کتاب «خدمات بهداشتی عاری از شرم» که در مطلب روانشناسی سادومازوخیسم» در شماره قبلی فصلنامه به آن اشاره شده بود، در بخش «کتابهای موجود» در وبلاگ فصلنامه گذاشته شد. علاقمندان می توانند با مراجعه به بخش " کتابهای موجود" در وبلاگ فصلنامه آن را دانلود کنند.

<http://jenseyatvajameh.wordpress.com>



## سکسولوژی هفتاد ساله فرانسه

تاریخ سکسولوژی فرانسه با مشکلات مربوط به جنگ جهانی اول (۱۹۱۴-۱۹۱۸) گره خورده است؛ بعد از پایان جنگ، زمانی که فرانسه بشدت احتیاج به افزایش آمار ازدواج و جمعیت خود داشت، تعداد مردان جوان آن کشور ۱۰ درصد کاهش یافته بود. شیوع تیفوئید در سال ۱۹۱۵ و آنفولانزای معروف به آنفولانزای اسپانیایی در سال ۱۹۱۸، به افزایش آمار مرگ و میر کودکان و نوزادان و کاهش آمار ازدواج انجامید. شیوع بیماریهای مقاربتی و سقط جنین، که با هم، بین صد تا چهارصد هزار در سال تخمین زده می شدند، هم مشکل کسری جمعیت را پیچیده تر کردند. همه این عوامل باعث شدند که حکومت وقت، قانون مربوط به جنسیت و امور جنسی را سفت و سخت تر کند. البته، تعدادی سکسولوگ فرانسوی در صحنه حضور داشتند، اما با شرایط گفته شده، صدای آنها به جایی نمی رسید.

در سال ۱۹۲۷ بود که ماری بناپارت (Marie Bonaparte) انجمن روانکاوی پاریس را بنیاد نهاد. اما سکسولوگ های فرانسوی بعنوان یک اقلیت، طرفداران محدودی داشتند و تنها در سال ۱۹۳۰ بود که نوعی علاقه به آموزش در امور جنسی شکل گرفت و با تأسیس انجمن مطالعات سکسولوژی توسط ادوارد تولوس (Edouard Toulouse) در سال ۱۹۳۱، اولین مکتب فکری در سکسولوژی فرانسه شکل گرفت. در آن دوران، کشورهای غیر فرانسوی زبان غربی، عمدتاً از اخلاق و رفتارهای ویکتوریایی؛ اخلاقی زن ستیز، همجنسگرا گریز و عقب مانده، پیروی می کردند. در آلمان اما، وضع به گونه دیگری بود. در آنجا مبارزه شدیدی برای حقوق فردی و حق دگرگونه بودن در جریان بود. قوانین دولت پروس با آزادی فردی مغایرت داشتند و ماده ۱۷۵ قانون، که همجنسگرای (همجنسگرای) را غیر قانونی اعلام می کرد، محور اعتراضات شدیدی شده بود، که توسط پزشکان سیاسی کار و متشکل پیش برده می شد. اما در فرانسه، تنها در تابستان سال ۱۹۴۲ بود که مارشال فیلیپ پاتین (Philip Petain) قانون "جرم همجنسگرایی در عمل مقاربت جنسی با افراد زیر ۲۱ ساله" را امضاء کرد.

در آلمان، دانش و آگاهی در امور سکسوالیته تنها مترادف "مشاوره پزشکی برای ازدواج" نبود، بلکه نتیجه کار و فعالیت روشنگری جنسی منتج از مباحث سیاسی بود. نویسندگان آلمانی همچون آلبرت مول (Albert Moll 1862-1939) و مگنوس هیرشفیلد (Magnus Hirschfeld 1868-1935) سکسولوژی را با هدف وارد کردن آن در چارچوب جهانی حقوق بشر، به سمت چپ کشانده، وارد ایده های سوسیالیستی کردند. هیرشفیلد، در سال ۱۸۹۷ لیگ بین المللی برای رفرم جنسی را تأسیس کرد، در سال ۱۹۰۸ سکسولوژی رویو (zeitchriff Fur Sexualwissenschaft) را منتشر و در سال ۱۹۱۹ انستیتوی سکسولوژی را در برلین بنیان نهاد. آلبرت مول، اولین کنفرانس بین المللی سکسولوژی را در سال ۱۹۲۶ در ریشتاگ (Reichstag) و دومین کنفرانس را در سال ۱۹۳۰ در لندن سازماندهی کرد.

تراژدی قدرت گیری هیتلر در آلمان باعث توقف فعالیت های روشنفکران آلمانی در امور جنسی گردید، ابرهای تیره بر آسمان آلمان ظاهر شدند و فعالان امور جنسی به کشورهای دیگر پناهنده شدند.

## تولد سکسولوژی در فرانسه

فشارهای حکومتی در امور جنسی از جمله بر عیله همجنسگری و یا بستن فاحشه خانه ها در سال ۱۹۴۶ و یا سانسور شدید قلم در عرصه جنسی، هیچکدام به برانگیخته شدن افکار عمومی فرانسه منجر نشدند. آنچه به برانگیخته شدن افکار عمومی انجامید، موضوع کنترل تولید مثل بود که باعث خشم پزشکان مامایی گردید و به فعالیت های چپ روانه ای بر علیه سیاست های حکومتی منجر شد.

در سال ۱۹۵۶، روشنفکران، با الهام از سیمون دوبوار، انجمنی بنام "مادری شاد" (La Maternite Heureuse) بنیان نهادند. این انجمن عمدتاً حول حقوق زنان در تصمیم گیری در امور شخصی مربوط به تولید مثل، فعالیت می کرد که در سال ۱۹۶۰ به "جنبش برنامه ریزی خانوادگی فرانسه" فرا روئید. بعد از آن، سقط جنین و دسترسی به وسایل جلوگیری از بارداری، بعنوان پاداشی برای خدمات زنان در طول جنگ، پذیرفته شدند. در این مرحله، تعامل بین پزشکان و قانون گذاران بود که تاریخ سکسولوژی فرانسه را ورق زد. اطلاعات جنسی سنگ پایه هرگونه پیشقراولی و رفرم جنسی است. دکتر جرج والنسین (Dr. George Valensin- 1902-1987) با انتشار سلسله مقالات و نوشته هایی، به عمومی کردن سکسولوژی کمک شایانی کرد. در روزهای قبل از واقعه تاریخی ماه مه ۱۹۶۸، در میدان سکسوالیته فرانسه، سه گروه مختلف فعالیت می کردند؛ گروهی از روشنفکران با اراده و فعال اما نه چندان متشکل، فعالان جبهه مذهبی، و نیروها و احزاب سیاسی که برنامه ریزی خانواده و آموزش جنسی در مدارس را وارد برنامه خود کرده بودند.

"جنبش برنامه ریزی خانوادگی" که در مرکز توجه هر سه نیروی فوق بود، در سل ۱۹۷۳ بسمت رادیکال فمینیسم چرخش پیدا کرد، و پزشکان را از هیئت رئیسه خود اخراج نمود. اخراج شدگان به نوبه خود "انستیتوی اطلاعات و تحقیق جنسی" (IFRES) را با هدف بررسی جهانی مشکلات مربوط به جنسیت، تأسیس کردند. کلیسای کاتولیک هم بیکار نماند و تلاش می کرد تا نظرات و دیدگاههای مذهبی خود در امور جنسی از جمله مسائل مربوط به زناشویی، سقط جنین و غیره را به گوش جامعه برساند.

جنگ ایده ها، و روشنگریهای صورت گرفته در نهایت به تأسیس "انجمن راهنمای ازدواج فرانسه در سال ۱۹۶۱، مرکز معاون تحقیقات در سال ۱۹۶۲ (وابسته به کلیسای کاتولیک)، و جمعیت جفت ها و خانواده در سال ۱۹۶۶ منجر شد.

در اواخر دهه ی ۶۰ میلادی، علم سکسولوژی در کشورهای انگلیسی زبان در حال پیشرفت بود. در آوریل ۱۹۶۶ کتاب معروف "واکنش جنسی بشر"

(Human Sexual Response) توسط ویلیام ماسترز و ویزجینیا جونسون منتشر شد. ترجمه این کتاب در فرانسه، بر خلاف ترجمه دو کتاب کینزی (رفتارهای جنسی در زنان، رفتارهای جنسی در مردان)، با استقبال زیادی مواجه شد.

دانشگاههای فرانسه از آموزش و پرداختن به مسائلی جنسی؛ موضوعی که برایشان "چندان جدی نمی نمود"، خودداری می کردند و در نتیجه، این کار به عهده دیگر متخصصان واگذار شده بود. آموزش سکسولوژی در فرانسه در واقع در سالهای ۱۹۷۴ و ۱۹۷۵ و آن هم با توجه به راهنماهای منتشر شده توسط سازمان بهداشت جهانی، با هدف آموزش بهداشت جنسی، شروع گردید.

انجمن سکسولوژی کلینیکی فرانسه در سال ۱۹۷۴، تحت تأثیر تحولات ۱۹۶۸ در فرانسه و ایده های مربوط به روانشناسی انسانی (وارده از ایالات متحده آمریکا)، با هیئت مدیره ای متشکل از ۹ نفر، تشکیل گردید. چند ماه بعد از آن، در همان سال ۱۹۷۴ اولین کنفرانس بین المللی سکسولوژی در یک دانشکده دارو سازی در فرانسه برگزار گردید. ایده برگزاری کنفرانس بین المللی در پاریس توسط انجمن مطالعات علمی سکس (Society for the Scientific Study of sex=SSSS) که در سال ۱۹۵۸ در نیویورک شکل گرفته بود، مطرح شد؛ به این شکل که نماینده ای از پارلمان فرانسه که از بستگان نزدیک یکی از اعضاء هیئت مدیره انجمن سکسولوژی کلینیکی فرانسه بود و در نیویورک بسر می برد، به انجمن مطالعات علمی سکس پیشنهاد کرد که جلسه سالانه خود را در پاریس برگزار کند. برگزاری کنفرانس به برنامه ریزی آموزشی در رابطه با جنسیت در دانشگاههای فرانسه منجر شد. بعد از آن، مراوده و رفت و آمد فعالان و دست اندرکاران سکسولوژی، از فرانسه به آمریکا و از آمریکا به فرانسه، افزایش چشمگیری یافت و به برگزاری دوره های آموزشی برای علاقمندان فرانسوی در آمریکا، منجر شد.

در سال ۱۹۷۶ یک دوره آموزشی سکسوالیته یکساله در بعضی از دانشگاههای فرانسه تدارک دیده شد که بعدها به دوره سه ساله با مدرک لیسانس سکسولوژی، تغییر داده شد. در سال ۱۹۷۵ نشریه (Cahiers de sexologie clinique) توسط انجمن سکسولوژی کلینیکی فرانسه، منتشر گردید که تا سال ۱۹۹۱ ادامه یافت.

در دهه هشتاد میلادی آکادمی علوم سکسولوژی دایر گردید و در سال ۱۹۸۷ مدرسه سکسولوژی فرانسه بنیان نهاده شد. همه این فعالیتها تحت تأثیر ایده ها و ابتکارات فعالان و دست اندرکاران انجمن سکسولوژی کلینیکی فرانسه، صورت گرفتند و با آن انجمن ارتباط نزدیکی داشتند.

حالا دیگر، فرانسویان در مطالعات مربوط به جنسیت خبره شده بودند و در تجمعات بین المللی مربوط به سکسوالیته، نمایندگان کشورهای دیگر به ایده ها و نتایج تحقیقات فرانسویان، بهای زیادی می دادند. در همین رابطه بود که ایده فدراسیون جهانی سکسولوژی به میان کشیده شد و در خلال برگزاری سومین کنگره سکسولوژی در ایتالیا در سال ۱۹۷۸، "انجمن جهانی سکسولوژی" ایجاد و ریاست آن به یک فرانسوی واگذار شد. (در سال ۱۹۸۸ فدراسیون سکسولوژی اروپا هم در ژنو دایر شد).

در خلال همین سالها بود که در بعضی از دانشکده های پزشکی فرانسه دوره های دیپلم سکسولوژی، و در بعضی دیگر دوره های دلبخواهی آموزش سکسولوژی، ایجاد شدند.

سازمان بهداشت جهانی در جلسات خود در سالهای ۱۹۷۲ و ۱۹۷۴، توصیه کرد که آموزش جنسی در دروس دانشگاهی گنجانده شوند و سکسولوژی بعنوان یک تخصص پزشکی در نظر گرفته شود. روانپزشک سوئیس، ویلی پاسینی (willy Pasini) و جرج آبراهام (روانکاو)، در سال ۱۹۶۹ محتوای دروس یک دوره سکسولوژی مخصوص دانشگاه را تدارک دیده بودند. دانشکده های فرانسه (و ایتالیا) همین دروس را کپی کرده و آنها را وارد برنامه های آموزشی خود کردند. در سال ۱۹۷۵ دوره ارشدی سکسولوژی در بعضی از دانشگاههای فرانسه بوجود آمد و دوره های سکسولوژی برای دانشجویان پزشکی، بعد از پایان تحصیلات، الزامی شد. در سال ۱۹۹۵ دانشگاههای فرانسه برای تطبیق دروس سکسولوژی و مدک دیپلم خود در این رشته، به همکاری با هم روی آوردند.

لازم به یادآوری است که دارندگان دیپلم سکسولوژی خود بخود امکان کار در این رشته؛ مشاوره جنسی، تریپی و یا آموزش، را ندارند. گرفتن اعتبار نامه برای کار به نوع دیپلم و اعتبار دانشگاهی آن بستگی دارد.

امروزه گسترش گلوبالیسم و به همراه آن عمده شدن زبان انگلیسی، متخصصان سکسولوژی فرانسوی را با مشکل مواجه کرده است و صدای آنها در مقایسه با همکاران انگلیسی زبانشان، کمتر به گوش می رسد. بی جهت نیست که بعضی از مجلات و نشریات منتشره توسط دست اندرکاران سکسولوژی در فرانسه به دو زبان فرانسوی و انگلیسی منتشر می شوند.

دو لینک معتبر برای خوانندگان آشنا با زبان فرانسوی:

<http://www.aihus.fr/>

<http://asclif.free.fr/>

## نکته

### نکات مهم برای یک سکس لذتبخش

ساده ترین راه برای یک سکس لذتبخش این است که قبل از هرگونه عجله ای برای انجام عمل دخول، از حشری بودن همسر خود مطمئن شوید. برای حشری کردن همسر خود رعایت نکات زیر **ضروری** است:

ابتدا از روی لباس، به سینه ها، سر و گردن و دیگر نقاط بدن او دست بزن و او را تحریک کن و یواش و بدون عجله لباسش را درآور.

با شوق و لذت همدیگر را ببوسید و بلیسید بهش بگو که چقدر حشری هستی

به سینه و نوک پستانهایش توجه ویژه بخرج بده. نوازش پهلوی پستانها و زیر آنها، و همینطور زیر بغل یادت نره.

گوش، گردن و گلویش را ببوس و بلیس.

پهلوهایش و قسمت داخلی رانهایش را بلیس.

آلت تناسلی اش را با دهان و زبان، ببوس و بلیس.

با هم غلط بزنید طوری که تمام قسمت های بدنت با بدنش برخورد و تماس پیدا کنند. ازش پپرس که دلش می خواهد چه کاری برایش انجام بدی.

عجله نکن. بگذار هوس، حشری بودن و خواهش و تمنا به اشغال شدن را در چشمانش ببینی.

## در باره اهمیت آموزش جنسی



آموزش جنسی که گاهی "آموزش مهارت های زندگی" نامیده می شود، پروسه دریافت دانش و اطلاعات و شکل دهی به رفتارها و اعتقادات در باره سکس، هویت جنسی و روابط خصوصی / جنسی می باشد. مضمون آموزش جنسی، بهبود کیفی مهارت و امکان مردم بخصوص جوانان در انتخاب آگاهانه، در اختیار کردن رفتارهای جنسی، بر اساس اعتماد به نفس و شناخت صحیح می باشد. همه دست اندرکاران امور اجتماعی و ناظران بی طرف بر این باورند که مردم و بخصوص جوانان حق دریافت دانش و اطلاعات

جنسی را دارند؛ چون دسترسی به دانش جنسی نه تنها امکان مواظبت از خود در برابر دست درازیها و سوء استفاده های جنسی را فراهم می کند، بلکه امکان مواظبت از خود در برابر ابتلا به بیماریهای مقاربتی و بارداری های ناخواسته را هم در اختیار فرد قرار می دهد. آموزش جنسی در واقع خطرات بالقوه رفتارهای جنسی را به حداقل می رساند و کیفیت روابط جنسی فرد را بهبود می بخشد.

### مهارت هایی که باید در آموزش جنسی گنجانده شوند

آموزش جنسی زمانی مؤثر خواهد بود که بهبود و گسترش مهارت های عمومی زندگی نوجوانان و جوانان را هم شامل شود. چون صرف داشتن اطلاعات کافی نیست. مهارت های مورد نظر شامل مهارت در برقراری ارتباط با دیگران، مهارت گوش دادن، گفتگو و رد و بدل کردن نظرات و ایده ها، امکان پرس و جو و طرح سؤال، مهارت جستجو و دسترسی به دانش و اطلاعات مورد نظر، مهارت در امر تصمیم گیری و انتخاب، مهارت در بازشناسی فشارهای وارده از طرف دیگران و امکان مقاومت در برابر اینگونه فشارها، مهارت در کسب اعتماد به نفس و مقابله با تعصب و پیشداری اطرافیان، مهارت پرس و جو و راههای دریافت کمک از منابع مورد اعتماد همچون خانواده، مربیان آموزشی و سایت های معتبر اینترنتی، و بالاخره مهارت در تشخیص اطلاعات صحیح و معتبر از اطلاعات غیر علمی و غیر معتبر. این گونه مهارتها نه تنها در زندگی جنسی بلکه در زندگی عمومی هم بکار می آیند و به فرد امکان می دهند تا اصول مختلف اخلاقی و باورهای اجتماعی نادرست را مورد سؤال قرار دهد و در شکل دهی به زندگی جنسی / فردی خود با آگاهی، شناخت و اعتماد به نفس حرکت کند. چنین امری مسلماً، در دراز مدت، در شکل گیری فردیت مدرن و گسترش و ترقی فرهنگ عمومی جامعه تأثیر بسیار مثبتی دارد.

### شکل دهی به رفتارها و اعتقادات

جوانان و نوجوانان در معرض انواع رفتارها، باورها و اعتقادات متناقض در عرصه امور جنسی واقع می شوند، که گاهی سر گیجه آورند؛ برای مثال گاهی خطراتی که فعالیت جنسی به همراه دارد، بر جسته می شوند و گاهی فعالیت جنسی به معنای مدرن بودن معرفی می شود، گاهی استمناء کردن تشویق می شود و گاهی استمناء علت ابتلا فرد به انواع ناخوشی ها، معرفی می گردد. از آنجا که سکس و جنسیت موضوعات بسیار حساسی هستند، عموماً جوانان نظرات " آتشین " خود در باره این مسائل و موضوعات اخلاقی حول آنها را دارا می باشند، بخصوص که جوانان کلاً به موضوع اخلاق و فرهنگ اجتماعی بسیار حساس بوده و به بحث و گفتگو حول مسائلی همچون سکس قبل از ازدواج، استمناء کردن، دوست دختر / پسر گرفتن، گرایش جنسی، چگونگی انتخاب همسر و... علاقمند می باشند. معرفی انواع نظرات در مورد هر کدام از مسائل جنسی به معنای تأیید یا تشویق و تبلیغ این نظرات نمی باشد، بلکه به معنای مسلح کردن جوانان به دانش کافی و دادن حق انتخاب به آنها است. در صورت داغ شدن بحثها، حداقل می توان حول این مسئله توافق کرد که توافقی در نظرات وجود ندارد. تلاش های همه کسانی که در پی تبلیغ و جا انداختن نظرات و ایده های محدود کننده اخلاقی در امور جنسی بوده اند، با شکست مواجه شده و تنها بی اعتمادی نسبت به آموزش های آنان، برایشان به ارمغان آورده است.

مسلماً افراد و مؤسساتی که به آموزش جنسی می پردازند، باورها و اعتقادات خاص خود در باره سکس و جنسیت را دارند، اما اعتقادات فردی نباید در ارائه دانش و اطلاعات عمومی نقش منفی و بازدارنده، ایفاء کنند. مثلاً اگر یک معلم آموزش جنسی شخصاً بر این باور باشد که جوانان نباید قبل از ازدواج با کسی رابطه جنسی برقرار کنند، چنین اعتقادی نباید باعث خودداری او از آموزش دانش آموزان در باره روش های سکس بی خطر و چگونگی مقابله با بیماریهای مقاربتی باشد، آنهم نه از طریق موعظه باورهای شخصی خود بلکه از طریق آموزش راههای استفاده از کاندوم، راههای لذت و کامیابی جنسی بدون دست زدن به دخول جنسی، و دادن اطلاعات در مورد چگونگی دسترسی به کاندوم، یا چگونگی جلوگیری از بارداری ناخواسته.

آموزش جنسی معتبر و هدفمند، از روش ایجاد ترس و دلهره در باره سکس در جوانان و نوجوانان استفاده نمی کند، بلکه در پی آن است تا اعتقادات و رفتارهای صحیح را در آنان شکل دهد، مهارت های جوانان را گسترش دهد و به آنها کمک کند تا در انتخاب های مربوط به فعالیت جنسی، آگاهانه، با اختیار، هدفمند، با اعتماد به نفس، بدون عذاب وجدان، بدون ترس از تعصب و پیشداوری اطرافیان، و در عین حال آگاه به خطرات احتمالی مربوط به سکس، عمل نمایند. چنین رویکردی، به رشد شهروندانی آگاه و مسئولیت پذیر در همه عرصه های زندگی کمک فراوانی می کند. آموزش جنسی صحیح همچنین باید به جوانان در درک این مسئله کمک کند که چرا مردم دست به رفتارهای جنسی می زنند، و راههای دخالت احساس و عاطفه، احترام به دیگران، توجه به مسائل و علاقمندیهای جنسی طرف مقابل، خودداری از خودخواهی در روابط جنسی، و بالاخره احترام به تفاوت های جنسی را یاد می دهد، و اهمیت مقابله با فشارهای جنسی دوستان و همکلاسیان، مضرات سوء استفاده های جنسی، نادرست بودن تحقیر تفاوت ها و گرایشات جنسی متفاوت را هم آموزش می دهد.

### آموزش جنسی شامل چه اطلاعاتی باید بشود؟

جوانان و نوجوانان، اطلاعات جنسی خود را از منابع و راههای مختلفی دریافت می کنند، از جمله از دوستان، همبازیها و همکلاسیان خود، و از طریق اینترنت. بخشی از اطلاعات دریافتی صحیح، و بخشی ناصحیح می باشند. در ارائه آموزش جنسی به جوانان، باید مقدار دانش و اطلاعات دریافتی آنان را بررسی، بر اطلاعات درست آنها افزود و اطلاعات، دریافت ها و برداشت های نادرست آنان را اصلاح کرد؛ برای مثال ممکن است جوانی فکر کند که استفاده از کاندوم صد در صد از ابتلا به ایدز یا بارداری ناخواسته جلوگیری می کند، در حالی که امکان پاره شدن کاندوم را در نظر نمی گیرد، یا شاید کسی بر این باور باشد که فقط همجنسگران ایدز می گیرند، در حالی که هر کسی با هر گرایش جنسی ممکن است به ایدز مبتلا شود و امروزه ربط دادن همجنسگری با ایدز دیگر اعتباری ندارد. نمونه دیگر ربط دادن همجنسگری (همجنسگرایی) با مسائل گناه، بی اخلاقی، غیر طبیعی بودن و امثالهم می باشد، که متأسفانه در بعضی از وب سایتها و برنامه های دولتی در ایران آموزش داده می شود. چنین امری بسیار خطرناک است؛ چون همجنسگران، که حدود ده درصد جمعیت کشور را شامل می شوند، را نسبت به ارائه دهندگان این آموزشها، سیستم آموزشی کشور و برنامه ها و آموزش های جنسی ارائه شده توسط مسئولان، بدبین می کند و در نتیجه اقلیت بزرگی از جامعه را از دسترسی به دانش جنسی محروم می کند.

آموزش جنسی باید شامل: رشد و شکل گیری جنسیت و احساسات جنسی، تولید مثل، امکانات جلوگیری از بارداری ناخواسته و توضیح در باره کارکرد آنها، بیماریهای مقاربتی و راههای پیشگیری از آنها، در باره اقلیت های مختلف جنسی، اهمیت احترام به تفاوت ها و گرایشات جنسی مختلف، رفتارهای جنسی، بالاخره مهارت های لازم در روابط جنسی، بشود. باید به جوانان و نوجوانان، متناسب با سن آنها، در باره رشد فیزیکی و احساسی ناشی از تولید هورمون های متفاوت در دوره بلوغ، چگونگی برقراری ارتباط با جنس مخالف (یا موافق)، شروع عادت ماهانه، وفاداری در رابطه عشقی/عاطفی جنسی، رفتارهای جنسی و تفاوت های جنسی، سقط جنین، اعتماد به یار خود، و بالاخره در باره راهها و امکانات دسترسی به منابع معتبر علمی در امور جنسی و همینطور گروههای حمایتی خاص خود، اطلاعات لازم داده شود.

### زمان شروع آموزش جنسی

همانطور که در شماره قبلی «جنسیت و جامعه» گفته شد، آموزش جنسی پروسه ای است که از همان لحظه تولد شروع می شود و تا مرگ ادامه می یابد. بنابراین آموزش جنسی باید متناسب با سن و سطح شناخت افراد سازماندهی شود. بعضی ها بر این باور نادرست اند که گویا ارائه آموزش جنسی باعث کنجکاوی نوجوانان و جوانان شده، آنها را به رو آوری به فعالیت جنسی زودرس تشویق می کند. هیچ سند و مدرک علمی که چنین ادعایی را ثابت کرده باشد، وجود ندارد، بلعکس، آموزش جنسی به بهبود بهداشت جنسی در بین جوانان و کل جامعه یاری می رساند.

### ارائه آموزش جنسی به عهده چه کسانی است؟

آموزش جنسی به شهروندان وظیفه جامعه، موسسات مختلف آن و خود شهروندان می باشد. بعبارت دیگر خانواده، مدارس و دیگر مؤسسات آموزشی، دولت، مؤسسات اجتماعی مختلف، وسایل ارتباط جمعی، انجمن های پزشکی، احزاب، جمعیت ها و گروههای اجتماعی، فرهنگی و مدنی، علاقمندان آگاه به امور جنسی، مؤسسات خصوصی، گروه های خودیاری و حمایتی مختلف، و بالاخره خود جوانان آگاه و علاقمند.

از آنجا که در اغلب خانواده ها در کشور، از آموزش جنسی کودکان، خبری نیست، مسئولان آموزشی و دلسوزان می بایست موضوع آموزش جنسی را از مهد کودکیها و مدارس ابتدایی شروع کنند. اگر برای این مهم بدرستی برنامه ریزی شود، آموزش جنسی در کشور بسیار سودمند خواهد بود، بخصوص که دریافت دانش و اطلاعات جنسی قبل از شروع دوره بلوغ در شکل دهی به رفتارهای جنسی تأثیر زیادی دارد و پایه محکمی برای برنامه های آموزش جنسی بعدی پی ریزی می کند.

دوره های محدود و ناقصی که در بعضی از مؤسسات آموزشی در کشور و در جامعه، تحت عنوان آموزش مهارت های زندگی، به جوانان قبل از ازدواج، ارائه می شوند، جوابگوی نیازهای واقعی جامعه ما نیستند. دولت و مسئولان هم بنا به مسائل اعتقادی و مذهبی خود، چندان علاقه



ای به اینکار ندارند. در چنین فضایی، اهمیت دخالت فعال خود شهروندان ضرورت بیشتری می یابد. می توان ابتکارات زیادی در این باره بخرج داد، از جمله: می توان تیم های خاصی را در هر استان آموزش داد که به مدارس مختلف استان سر زده و در ساعات خاصی به آموزش دانش آموزان و دانشجویان مدارس و مؤسسات آموزشی بپردازند، می توان در هر استان یا شهری خطوط تلفنی مختلف (برای والدین، پسران، دختران، اقلیت های جنسی) جهت مشاوره و طرح سئوال، برقرار کرد، می توان تعدادی وب سایت خاص آموزش های جنسی برای سنین مختلف دایر کرد، هر کسی که وبلاگ یا سایتی دارد (با هر موضوعی)، اما به یک سایت معتبر آموزش جنسی لینک دهد. این فکر که هر کسی به این مسائل علاقه دارد، خود این چیزها را پیدا می کند، اعتباری ندارد، بلعکس دادن لینک به معنای احساس مسئولیت دارنده سایت به موضوع آموزش جنسی مراجعه کنندگان به آن وبلاگ/سایت می باشد. افراد علاقمند می توانند وبلاگ های مجانی با هدف تقسیم داده ها و اطلاعات جنسی خود با دیگران، دایر کنند، فشار به دولت و مؤسسات آموزشی جهت گنجاندن آموزش جنسی در برنامه های خود هم می تواند مفید باشد. همه این راهها و ابتکارات دیگر، باعث در دسترس بودن آموزش های جنسی به شهروندان می شوند، کاری که در نهایت به پیشرفت و ترقی فرهنگ جنسی جامعه می انجامد. همانطور که گفته شد، در شرایط عدول حکومت و دولت از مسئولیت خود در امر آموزش جنسی، شهروندان خود باید دست بکار شوند. بخصوص که آموزش جنسی نباید تنها و صرفاً دولتی باشد.



کلاس آموزش جنسی در هند

## جنسیت افراد دارای نقص عضو



اگر اقلیت جنسی را بعنوان گروهی با نیازها، علائق مشترک و تا حدودی متفاوت با "اکثریت"، که در معرض پیشدواری، قضاوت های نادرست، نفی حقوق و بی توجهی به نیازمندیهای جنسی اشان،

توسط "اکثریت" واقع می شوند، تعریف کنیم، آنوقت بایستی افراد دارای نقص عضو در جامعه را بعنوان یک اقلیت جنسی که مسائل، نیازمندیها و مشکلات خاص خود را دارد، بحساب آورد و در دفاع از اقلیتهای جنسی همچون همجنسگران، ترانس سکسوالها، ترانس وستایت ها، سادومازوخیستها، بایسکسوالها (دوجنسگران) و غیره، اقلیت جنسی دارای نقص عضو را هم منظور داشت و از منافع و حقوق آنها دفاع کرد. چون پیش داوری و توهامات در عرصه جنسی دامنگیر این گروه اخیر هم می شود.

توهامات و قضاوت های غلط بیشماری در باره سکسوالیته افراد دارای نقص عضو، در جامعه وجود دارند؛ بزرگترین توهم در باره افراد دارای نقص عضو این است که همه آنها یکی دانسته می شوند. در واقع تنها چیزی که در باره افراد دارای نقص عضو میتوان گفت این است که همه آنها تجارب مشترک چندانی ندارند، به جز فشار جنسی ناشی از توهامات اجتماعی. فلجی و نقص فیزیکی انواع و اقسام مختلفی دارد و ممکن است مادرزادی باشد و یا فرد بعداً بر اثر سانحه، بدان دچار شده باشد. هر چند که نیاز و نیروی جنسی این افراد تفاوتی با دیگران ندارد اما، نقص فیزیکی، سد راه لذت بری جنسی می شود.

بسیاری از افراد جامعه بر این باورند که افراد فلج و دارای نقص عضو انسانهای جنسی نیستند (بخوان آسکسوال می باشند). این در حالی است که همه انسانها موجوداتی جنسی می باشند، فارغ از اینکه چگونه و از چه راههایی سکسوال بودن خود را بیان می دارند. حتی گاهی با افراد دارای نقص عضو همان برخوردی صورت می گیرد که با کودکان.

افراد دارای نقص عضو، همچون دیگر افراد اجتماع، دارای سلیق، علایق و گرایشات متفاوت جنسی می باشند، هر چند که امکان بروز علایق جنسی برای این دسته از افراد اجتماع محدودتر از بقیه می باشد. مثلاً یک فرد دارای نقص عضو ممکن است ترانس وستایت باشد و به پوشیدن لباس جنس مخالف علاقمند باشد یا ممکن است از جهت سلیقه جنسی به سادومازوخیسم تمایل داشته باشد، یا ممکن است همجنسگرا باشد و غیره.

اسباب تعجب این است که حتی انواع اقلیت های جنسی که در جامعه وجود دارند و برای برابری حقوق خود مبارزه می کنند، هم، از روشنگری در باره مشکلات و مسائل افراد دارای نقص عضو در درون گروه خود، اکراه دارند. برای نمونه، همجنسگران تقریباً فعالترین گروه در بین اقلیت های جنسی در کشور می باشند که مجلات، وب لاگها و گروههای خاص خود را دارند اما در هیچ نشریه و یا وبلاگ همجنسگرایی، از همجنسگران دارای نقص عضو اثری دیده نمی شود.

توهم دیگری که در باره افراد دارای نقص عضو وجود دارد این است که گویا این افراد از نظر جنسی جذابیتی ندارند. این در حالی است که آن چیزی که حس هوس و شهوت جنسی فرد را بر می انگیزاند، مسئله ای است منحصر به فرد و خود ویژه که ممکن است برای دیگران معنا و مفهومی نداشته باشد. این که فقط جوانان به سکس نیاز دارند و آن هم جوانان زیبا روی و خوش پوش و بدون عیب و نقص، فقط یک پیشداوری محض است و هیچ انسان جدی و متفکری نباید آن را جدی بگیرد.

از آنجا که افراد دارای نقص عضو ممکن است از انجام عمل جنسی بشیوه دیگران، ناتوان باشند، خود ممکن است دچار این واهمه شوند که شکل عمل جنسی آنها ممکن است غیر اخلاقی و ناپسند باشد. اما مسئله به هیچ وجه چنین نیست. ما با انواع خرافات، توهامات و باید و نیاید های نادرست در باره سکس، انواع آن و شکل انجام آن، تربیت شده ایم. واقعیت این است که هیچ تعریف جامع جهانی آنچنانی در باره سکس وجود ندارد بجزء اینکه سکس عملی است که بر اساس خواست، علاقه و توافق مشترک دو فرد عاقل و بالغ، با هدف ارضاء نیاز درونی دو جانبه، صورت می گیرد. (البته ممکن است گاهی بجای دو فرد، چندین نفر توافق کنند که با هم سکس داشته باشند. چنین کاری که بدون اجبار و تحمیل و بنا بر خواست مشترک همه افراد دخیل صورت می گیرد، با تعریف سکس هیچ منافاتی ندارد). سکس هیچ لزومی ندارد که بوی خاصی داشته باشد، شبیه چیز خاصی باشد و یا صدای خاصی داشته باشد، و یا بر اساس رفتار و کردار خاصی بنا شود، بجزء آن صدا، رفتار، گفتار و کرداری که مورد توافق افراد دخیل در آن باشد و هوس و شهوت جنسی آنها را بر آورده کند. بنابراین، باور به اینکه افراد دارای

نقص عضو نمی تواند سکس درست و حسابی داشته باشند، فقط و فقط یک پیشداوری و توهم است، چون " راه درستی " برای انجام عمل مقاربت جنسی وجود ندارد.

واقعیت این است که بسیاری از افراد آن تحرک و انرژی که یک جوان در سکس دارد، را دارا نیستند، تعداد دفعات استمناء بسیاری از افراد، از تعداد سکس آنها با یک نفر دیگر، بیشتر است، بسیاری دیگر اصلاً در باره سکس صحبتی نمی کنند، و کسان زیادی هستند که علی‌رغم نداشتن هیچگونه نقص عضوی، اما، کلاً از ارضاء جنسی همسر/شریک جنسی خود ناتوانند، یا راه آن را بلد نیستند.

پیشداوری دیگری که در مورد افراد دارای نقص عضو وجود دارد این است که این افراد برای برقراری روابط صمیمی و رمانتیکی بدرد نمی خورند. رابطه ها همیشه پر از توافقات، مماشات، بده بستانها و کوتاه آمدن ها است. یک رابطه خوب، رابطه ای است که اسباب رضایت خاطر دو فرد دخیل در آن را فراهم کند و توافقات، مماشات، گذشت ها و بده بستانها در آن دو جانبه باشند. زندگی مشترک با یک فرد دارای نقص عضو بدان معنا نیست که فرد نباید مماشات یا گذشت داشته باشد، یا خواسته ها و نیازهای طرف دیگر را در نظر نگیرد. احساسات، نیازها و عواطف، درونی اند نه بیرونی، و افراد دارای نقص عضو در این گونه مسائل هیچ فرقی با دیگران ندارند.

عده ای دچار این توهم هستند که افراد فلج و دارای نقص عضو آنقدر مشکل و بدبختی دارند که دیگر فرصت فکر کردن به سکس را ندارند. اما واقعیت این است که همه افراد به یکسان به سکس و مسائل جنسی اهمیت نمی دهند؛ برای عده ای سکس مهمترین مسئله در زندگی است و برای عده ای دیگر درجه اهمیت سکس به شرایط، موقعیت و امکانات بستگی دارد، اما این امر نباید به معنای کمبود علاقه و نیاز تلقی شود.

دارای نقص عضو بودن به معنای مفعول و بی دست و پا بودن در سکس نیست چون بخرچ دادن ابتکار در سکس یک مسئله فردی است و اتفاقاً افراد دارای نقص عضو بنا به تجارب خود، بسیاری از ابتکارات را برای خود کشف می کنند.

احساس ترحم نسبت به افراد دارای نقص عضو موضوع دیگری است که اغلب با نوعی تحقیر و دست کم گرفتن این افراد همراه است. بخشی از افراد دارای نقص عضو از داشتن زندگی مستقل و خصوصی محرومند و ممکن است در مؤسسات خاص یا در خانه های والدین/نزدیکان خود زندگی کنند و در نتیجه فضای خصوصی زندگی آنها محترم شمرده نمی شود، بنابراین امکان کسب تجارب جنسی و رشد سکسوالیته مثبت برای این افراد وجود ندارد. اگر بر این باور باشیم که حقوق جنسی بخشی از حقوق بشرند، بنابراین، بایستی حقوق جنسی افراد فلج و دارای نقص عضو، بعنوان انسانهای برابر اجتماع، هم محترم شمرده شوند.

آموزش جنسی افراد دارای نقص عضو موضوع دیگری است که نادیده گرفته می شود. افراد دارای نقص عضو، همچون دیگر افراد جامعه، به آموزش جنسی نیاز دارند. چون آموزش جنسی به شناخت فرد از جنسیت و نیازهای خود، راههای یافتن پاسخ سئوالات و ابهامات و زدودن خرافات و توهمات در عرصه جنسی، کمک می کند، از درونی کردن پیشدواریهای اجتماعی در فرد ممناعت و به شکل گیری نگاه مثبت به جنسیت منجر می شود.



موضوع مهمی که خیلی ها فراموش می کنند، موضوع تجاوز جنسی به افراد دارای نقص عضو می باشد؛ از آنجا که فرهنگ عمومی، جنسیت و نیازهای جنسی این افراد را نادیده می گیرد، به این فکر و خیال خام هم دلخوش است که گویا افراد دارای نقص عضو مورد تعدی و تجاوز جنسی واقع نمی شوند. آمارگیری در این مورد در کشور ما ناممکن است اما آمار کشورهای دیگر دال بر آن دارند که تجاوزات و تعدیات جنسی به افراد دارای نقص عضو ۲ تا ۱۰ بار بیشتر از آمار تجاوز به دیگران است.

## نکته

### از سکس یکنواخت خسته شده ای؟

اگر بعد از سالها زندگی با هم، از سکس یکنواخت خسته شده ای، بد نیست به نکات زیر توجه کنی:

جایت را در تخت عوض کن و در سمت دیگر تخت بخواب. زودتر از موعد به رختخواب برو و از همسرت بخواه که او هم به رختخواب بیاید. (بدون آنکه اسمی از سکس ببری).

**اگر** معمولاً با لباس خواب می خوابی، این بار بدون لباس به رختخواب برو.  
**اگر** معمولاً بدون لباس می خوابی، این بار برای خودت یک لباس خواب سکسی بخری

**اگر** همسرت با شورت می خوابد، یک شورت حریری/سکس بپوش بخر.  
**اگر** عادت این باشد که همیشه همسرت شروع کننده است، این بار خودت شروع به نوازش او بکن.

**اگر** همسرت به نوازش های کوتاه مدت و یکنواختی قبل از سکس دست می زند، سعی کن با ابتکارات خود، او را از دست زدن به یک سکس سریع و زودگذر برحذر داری.

**اگر** همسرت هیچوقت به بوسیدن و لیسیدن لای پاهایت نمی پردازد، خود ابتکار بخرج داده، آلت او را مک بزنی و بعد سرش را بسمت لای پاهای خود هدایت کن. بجای اتاق خواب، اتاق دیگری را برای سکس پیشنهاد بده. سعی کن همه عادات موجود در سکس خود را عوض کنی. و یادت نرود که همه این پیشنهادها، به عادت تبدیل نشوند بلکه مرتب ابتکار بخرج بده.

از او در باره فانتزی های سکس اش بپرس. پیشدواری نکن و تعصب بخرج نده. این کار باعث کنجکاوی او هم می شود و از فانتزی های تو خواهد پرسید.

## ادرار خانمها در حین عمل سکس

ترجمه سارا سلطانی

ممکن است برای بیشتر خانمها ادرار در حین عمل سکس اتفاق بیافتد بطوری که غیرارادی و غیرقابل کنترل باشد و به نظر می رسد کسی حاضر نیست در باره این مشکل حرفی بزند چون هر کسی فکر می کند که فقط اوست که چنین مشکلی را دارد بنابراین تحمل می کند.

### آیا این یک مشکل عمومی است؟

یک پزشک بر روی زنانی که بخاطر این مشکل به کلینیک او مراجعه میکردند، بررسی خود را در این زمینه آغاز نمود و متوجه شد حدود ۲۴٪ از زنانی که به کلینیک او مراجعه میکردند در حین عمل سکس به طور غیرارادی این مشکل را دارند و اکثر آنها از گفتن درباره مشکلشان خجالت می کشند.

- حدود دو سوم از آنها ادرارشان هنگام ورود آلت تناسلی مرد به دهانه واژن، ترشح می شد.
- و حدود یک سوم از آنها ادرارشان در حین رسیدن به ارگاسم ترشح می شد.

### چه چیزی موجب آن میگردد؟

دلیل آن زیاد مشخص نشد ولی احتمال می رفت که به خاطر داشتن مثانه حساس و یا ضعیف بودن گردن مثانه باشد. از هر ۵ زن حدود ۱ زن در طول روز با ننگ داشتن ادرار خود مشکل دارند و معمولاً ادرار در حین سکس را تجربه کرده اند. به نظر می آید ترشح ادرار در حین رسیدن به ارگاسم، بخاطر حساس بودن مثانه باشد و ترشح ادرار در حین ورود آلت تناسلی مرد به دهانه واژن، به خاطر ضعیف بودن گردن مثانه است. برخی از خانمها هم همیشه این مشکل را نداشتند بلکه بعضی وقتها مثانه آنها ادرار ترشح میکرد. آیا میشود اسم این را انزال در زنان نامید؟

در سال ۱۹۵۰، دکتر گرافنبرگ مضمون "انزال زنان" را که خود این نام را گذاشته بود، تشریح کرد: "خروج میزان قابل توجهی از مایع شفاف در حین رسیدن به مرحله ارگاسم". در برخی از کتب مربوط به سکس هنوز "انزال زنان" بگونه ای تخلیه غدد سکسی معرفی میشود. آنها مدعی هستند این مایع از غده Skene ترشح میشود که به نظر می آید از غده پروستات در مردان بسیار کوچکتر است. افرادی که معتقد به "انزال زنان" هستند، می گویند طبق تجزیه و تحلیل های انجام شده بر روی این مایع، آنزیمهای بسیاری بنام "اسید فسفاتاز" دیده شده که در غده ای به شکل غده پروستات تشکیل میشود. در حقیقت:

- مطالعه بر روی شش زن، نشان داده است که در مایع انزال آنان مقداری اسید فسفاتاز وجود دارد که در ادرار آنان نیز به همان میزان یافت شد.
- مطالعه بر روی فقط یک زن، تنها در مایعی که در حین ارگاسم ترشح کرده بود، میزان قابل ملاحظه ای اسید فسفاتاز یافت شد. اما این روش از تحقیق و بررسی به نظر غیرقابل اعتماد می آمد.

آثار این تحقیق در یک مجله پزشکی در کشور آمریکا مورد تجدید نظر قرار گرفت و در حال حاضر اینطور به نظر می آید که این مایع فقط ادرار است.

### برای حل این مشکل چکار می توان کرد؟

- قبل از عمل سکس مثانه خود را خالی کنید.
- خوردن نوشیدنیهایی که دارای کافئین و الکل هستند را قطع کنید.
- در طی ۲۴ ساعت مایعات بیشتر از یک و نیم لیتر میل نکنید.
- در مورد مشکل خود با یک پزشک صحبت کنید، بخصوص اگر ترشح ادرار در مواقع دیگر نیز داشته باشید.
- دکتر شما ممکن است داروی oxybutynin یا داروی مشابه ای را برای شما تجویز کند. استفاده از دارو بخصوص برای ترشح ادرار در شما در حین سکس بیشتر موثر خواهد بود تا در حین ورود آلت تناسلی مرد به دهانه واژن و شما باید این دارو را ۱ ساعت قبل از عمل سکس میل کنید (البته اگر بتوانید برای سکس خود برنامه ریزی داشته باشید!)

- به طور متناوب و دوره ای، دکتر شما می تواند داروی **imipramine** را تجویز کند که بهتر است عصرها میل شود. این دارو معمولاً برای درمان افسردگی تجویز میگردد اما تأثیر خوبی در کنترل مثانه نیز دارد (بخاطر همین در درمان شب ادراری بچه ها نیز تجویز میشود). اگر دکتر شما این دارو را پیشنهاد کرد بخاطر تأثیر آن بر روی مثانه است نه بخاطر اینکه او فکر کرده شما دچار افسردگی شده اید و احتمالاً مقدار دارو کمتر از مقداری است که برای افسردگی تجویز میگردد.
- اگر هیچیک از این داروها تأثیری بر روی شما نداشت و اگر ترشح ادرار در شما بیشتر در زمان ورود آلت تناسلی به دهانه واژن رخ داد، دهانه مثانه شما ممکن است ضعیف باشد. بنابراین بهترین دارو در این زمان داروی پس گشت ادرار بنام **gynaecologist** میباشد که ترجیحاً بهتر است این دارو توسط دکتر متخصص **urogynaecology** تجویز گردد. شاید با یک عمل جراحی در گردن مثانه بتوان عضله های آن ناحیه را قوی تر کرد. اما متأسفانه این جراحی ممکن است در حدود دو سوم از افراد نتیجه بخش باشد و مشکل آنان را در ترشح ادرار در حین سکس کنترل کند.
- در آخر، شما و شریک جنسی شما ممکن است با این مشکل ساده برخورد کنید و به هر جهت از سکس با یکدیگر لذت ببرید، اما اگر واقعاً این مشکل در رابطه سکسی شما مشکل ساز است و یا احساس بدی از خودتان به شما دست می دهد با چند جلسه مشاوره روان - سکسی می توانید احساس بهتری پیدا کنید.

### ادرار غیرارادی

نمونه هایی از غیرارادی بودن ادرار و دلیل اتفاق آن

غیرارادی بودن ادرار به منزله ترشح غیرارادی آن از مثانه است. این مشکل ممکن است برای هرکسی و در هر سنی اتفاق بیافتد اما بیشتر در زنان رخ می دهد. تصور اینکه این مشکل تنها در سنین کهولت اتفاق می افتد، عقیده ای قدیمی است. علاقه به ورزشهایی که دارای فعالیت بدنی بیشتری هستند همچون دویدن، نشان داده است که زنان جوان نیز دچار این مشکل هستند.

### شما چه نوع ترشح غیرارادی ادرار را دارید؟

- "ادرار غیرارادی ناشی از فشار" و "مثانه پیش فعال" (فشار غیرارادی). بسیاری از زنان هر دو حالت را با هم دارند بنابراین "ادرار غیرارادی مرکب" نامیده میشود. به جدول زیر مراجعه کنید و ببینید شما کدام نوع از این مشکل را احیاناً دارید. حدود ۱ زن از ۴ زن که دچار ادرار غیرارادی هستند، مدفوع غیرارادی نیز دارند.

ادرار غیرارادی مرکب	مثانه پیش فعال	ادرار غیرارادی ناشی از فشار	سوالاتی که باید از خودتان بپرسید
گاهی اوقات	بله	نه	آیا شما روزانه بیشتر از ۷ بار برای دفع ادرار به توالت می روید؟
اکثر شبها	اکثر شبها	نه معمولاً	آیا شما در طول شب بیشتر از یک بار برای دفع ادرار به توالت می روید؟
بله	بله	نه	آیا هنگام داشتن ادرار برای رسیدن به توالت شتاب دارید؟
اغلب	اغلب	نه	آیا حتی قبل از رسیدن به توالت ادرار از شما دفع میشود؟
همیشه	نه	همیشه	آیا هنگام خنده، عطسه، سرفه، دویدن و پریدن از شما ادرار ترشح میشود؟
زیاد	زیاد (معمولاً)	کم	آیا ادراری که از شما ترشح میشود فقط به اندازه یک قطره است یا بیشتر؟
به دکتر مراجعه کنید، زیرا ممکن است دچار عفونت مثانه شده باشید (چنانچه ادرار کم باشد) یا مشکل قند (چنانچه ادرار زیاد باشد و شما احساس تشنگی کنید).			آیا شما قادر به کنترل و نگه داشتن ادرار خود هستید ولی با اینحال روزانه بیشتر از ۷ بار برای دفع ادرار به توالت می روید، هر بار میزان آن کم است یا زیاد؟

**دلایل ادرار غیرارادی ناشی از فشار:**

ترشح ادرار هنگامیکه شما سرفه، خنده و یا خم میشوید، یا هنگام تمرینات ورزشی همچون پریدن یا دویدن، ادرار غیرارادی ناشی از فشار نامیده میشود. این مشکل بیشتر در زنان جوان (سنین ۲۵-۴۹) دیده میشود. این مشکل بخاطر قوی نبودن عضله گردن مثانه است که قادر به کنترل ادرار در هنگام فشارهای وارده است (بیشتر در زمان خندیدن و سرفه اتفاق می افتد). هیچکس دقیقاً نمی داند چرا عضله های این ناحیه ضعیف میشوند. برخی از زنان این مشکل را بعد از زایمان و دوران یائسگی در خود می بینند. زنانی که دچار ادرار غیرارادی ناشی از فشار هستند غالباً ترشح ادرار در حین سکس دارند، معمولاً در هنگام ورود آلت تناسلی به داخل واژن. (هنگام دخول آلت به سوراخ مهبل).

عامل زن: در حال حاضر عامل زن در علت به وجود آمدن ادرار غیرارادی ناشی از فشار مهم تلقی شده است؛ بخاطر اینکه غالباً این نوع مشکل در افراد مختلف فامیل دیده میشود. بخاطر وجود این زن برخی از زنان به طور مادرزاد با ناحیه لگنی ضعیفی بدنیا می آیند. احتمالاً به خاطر ضعیف بودن کلاژن یعنی لایه فیبری نازکی که عضله را منقبض می کند.

زایمان: احتمالاً مهمترین دلیل ادرار غیرارادی ناشی از فشار است. زایمان طبیعی میتواند دلیل مهم آن باشد نه حامله شدن - زنانی که با عمل سزارین وضع حمل می کنند معمولاً بعدها دچار این عارضه نمی شوند. به نظر می آید رگهای عصبی می توانند کشیده شوند و در حین وضع حمل طبیعی آسیب ببینند و احتمالاً دیگر قادر نیستند ناحیه لگنی را بعد از زایمان کنترل کنند. در نتیجه ماهیچه های آن ناحیه تنبل و ضعیف میشوند. اگرچه، هنوز هم محققانی وجود دارند که زایمان و آوردن بچه را دلیل دچار شدن به ادرار غیرارادی نمی دانند، بنابراین به نظر می آید که هنوز تحقیقات بیشتری در این زمینه باید انجام بگیرد.

**برداشتن رحم:** زنانی که در سنین میانسالی طی عمل جراحی اقدام به برداشتن رحم خود می کنند به مراتب بیشتر از زنانی که این جراحی را نداشته اند دچار عارضه ادرار غیرارادی می گردند.

**یائسگی:** ممکن است دلیل دیگری باشد، شاید به خاطر پائین آمدن ترشح هرمون **oestrogen**، ماهیچه های ناحیه لگن کارایی کمتری پیدا کنند. اگرچه، تحقیقات اخیر نشان می دهند که علیرغم اینکه معمولاً عارضه ادرار غیرارادی در سنین میانسالی اتفاق می افتد ولی با اینحال تغییرات هرمونی در یائسگی نمی تواند دلیل آن باشد. دلیل آن می تواند بخاطر این باشد که زنان در میانسالی معمولاً دچار اضافه وزن میشوند یا مجبورند تحت جراحی خاص زنان قرار گیرند همچون جراحی برداشتن رحم.

ورزشهایی که فشار بیشتری نیاز دارند: همچون پریدن از ارتفاعات بالا، که غالباً برای ناحیه لگن مناسب نیستند. ورزشهایی همچون شنا و دوچرخه سواری خوب هستند. شایان توجه است که زنان چترباز در نیروی هوایی آمریکا دچار ادرار غیرارادی شدند که ناشی از فرود از ارتفاعات بود و منجر به آسیب در ناحیه لگنی آنها شد.

بلند کردن اجسام سنگین: موجب کشیدگی در ناحیه لگن میگردد. اگر شما مجبورید اجسام سنگین را بلند کنید (همچون بچه و یا حتی نوزاد!) سعی کنید طریقه درست آن را یاد بگیرید. پاهای خود را، همانند روش راه رفتن، از یکدیگر باز کنید و محکم نگاه دارید و از ناحیه زانو و باسن خم شوید ولی همچنان پشت خود را صاف، و ماهیچه های ناحیه لگن خود را سفت کنید و جسم سنگین را نزدیک به خود نگاه دارید و سپس در حالیکه پای خود را محکم نگاه داشته اید، از جا بلند شوید.

**چاقی:** اضافه وزن بالا از دلایل اصلی ادرار غیرارادی است. چاقی به ماهیچه های ناحیه لگن فشار وارد می آورد.

**کشیدن سیگار:** روزانه ۲۰ سیگار (چه در حال حاضر و چه در قدیم) احتمال ادرار غیرارادی شما را مضاعف می کند - دلیل دیگری برای سیگار نکشیدن.

داروها: برخی از داروها ممکن است موجب بی حسی ماهیچه حلقوی گردن مثانه گردند که احتمال ترشح ادرار غیرارادی را زیاد می کند. داروهای مسبب این عارضه می توانند داروهای مربوط به فشار خون (بخصوص داروهای **alpha-blockers** همچون **prazosin** و **doxazosin**)، باشند. اگر مشکل ادرار غیرارادی شما مربوط به استفاده از داروهای **alpha-blockers** بخاطر درمان فشار خون شما می باشد، دکتر خود را در جریان قرار دهید. داروهای افسردگی دیگر همچون داروی **fluoxetine (Prozac)** و داروهای شل کننده عضلات نیز می توانند منجر به ادرار غیرارادی گردند.

**دلایلی بر داشتن عارضه مثانه پیش فعال:**

دفع ادرار با داشتن احساس اضطراب و عجله و گاهی قبل از رسیدن به توالت از مثانه صورت می گیرد. این نوع دفع ادرار غیرارادی تحت عنوان مثانه پیش فعال معروف است. علت آن اخلال در کارکرد ماهیچه های مثانه است. ماهیچه این ناحیه بجای اینکه کشیده شود تا بتواند ادرار بیشتری را نگاه دارد، شروع به منقبض شدن می کند. این عارضه تحت عنوان مثانه پیش فعال و یا مثانه حساس نامیده میشود. (واژه پزشکی آن تحت عنوان بی ارادگی در **detrusor** است، زیرا ماهیچه مثانه به نام ماهیچه **detrusor** معروف است). بنابراین بدان معناست که افرادی که دفع ادرار آنها تحت شتاب ناگهانی صورت می گیرد، اغلب مجبورند ادرار خود را (معمولاً بیش از ۸ بار در روز و همچنین در شب) دفع کنند و ممکن است هر بار مقدار زیادی را نیز دفع نکنند. زنانی که تحت شتاب ناگهانی ادرار خود را دفع می کنند، اغلب در حین سکس ترشح ادراری دارند بخصوص در حین رسیدن به ارگاسم.

**دلایلی برای داشتن ادرار غیرارادی مرکب:**

برخی از افراد ممکن است هر دو عارضه بالا را یکجا با هم داشته باشند، هم ادرار غیرارادی ناشی از فشار و هم مثانه پیش فعال. ممکن است گاه علائم "فشار" در این افراد ملموس تر از علائم "شتاب" باشد و یا بالعکس.

**ادرار غیرارادی در زنان**

ممکن است شما فکر کنید چنانچه دچار مشکل ترشح ادراری هستید پس باید این مشکل را تحمل کنید و ممکن است از لایه های پنبه ای در لباس زیر خود استفاده کنید. ولی این روش درستی نیست.

**سعی کنید بفهمید شما چه نوع ادرار غیرارادی دارید؟**

خیلی خوب خواهد بود که شما بفهمید چه نوع ادرار غیرارادی دارید. از نوع ناشی از فشار و یا مثانه پیش فعال و یا هر دو را با هم، زیرا درمان هریک از آنها متفاوت است. سوالات ساده ای وجود دارند که با پرسیدن از خودتان می توانید نوع آن را در خود کشف کنید.

شما برای ادرار غیرارادی ناشی از فشار چه کار می توانید بکنید.

اگر شما دفع ادرار ناشی از فشار دارید، کارهای بسیاری است که می توانید برای خودتان انجام دهید:

چک کنید آیا شما مجبورید داروهای **alpha-blocker** مصرف کنید برای کنترل فشار خون (**hypertension**).

داروهای **Alpha-blockers** می توانند منجر به دفع ادرار غیرارادی گردند، و دکترا شما احتمالاً می توانند داروهای مشابه دیگری برای کنترل فشار خون شما تجویز کنند.

کاهش وزن. چاق شدن فشار زیادی را برای روی ماهیچه های ناحیه لگن شما وارد می کند و کاهش وزن میتواند تا ۶۰٪ عارضه دفع ادرار غیرارادی را درمان کند.

پاهای خود را بصورت ضربدر نگاه دارید ممکن است این روش کمی مسخره به نظر بیاید، ولی هنگام سرفه و یا عطسه پای خود را بصورت ضربدر نگاه دارید. طبق مطالعات علمی تا ۷۳٪ می تواند ترشح ادرار غیرارادی را کنترل کند.

قبل از عطسه خود را جمع کنید درست قبل از سرفه و یا عطسه، ماهیچه های ناحیه لگن خود را محکم کنید و آنرا بگونه ای جمع کنید تا مانع ترشح ادرار گردد.

ماهیچه های ناحیه لگن خود را قوی کنید. با تمرینات مختص به ناحیه لگن و مخروط رحم می توانید ماهیچه های آن را محکم کنید. تمرینات ناحیه لگن بسیار مفید برای فشار ادرار غیر ارادی محسوب میشود و بخشی از ترشح ادراری را تا حدود ۵۰٪ کاهش می دهد. شاید شما مجبور باشید این تمرینات را برای چند ماه انجام دهید تا پیشرفت چشمگیری در این زمینه متوجه شوید، بنابراین صبر و بردباری در این مورد ضروری است. این تمرینات برای کنترل مدفوع بسیار ایده آل نمی باشند. یکی از مزایای این تمرینات اینست که قابل رؤیت نیستند بنابراین شما در هر زمان می توانید آنها را انجام دهید - در ایستگاه اتوبوس، در صف سوپرمارکت یا هنگامیکه با تلفن حرف می زنید! هنگامیکه که شما یادگرفتید ماهیچه های ناحیه لگن خود را محکم کنید، شما قادر خواهید بود هنگام عطسه، بلند شدن و یا پریدن ماهیچه های آن ناحیه را منقبض کنید. بدین ترتیب آنها را از آسیب حفظ می کنید.



### آموزش تمرینات ناحیه لگن

- ایستاده، نشسته یا دراز کشیده، در حالیکه زانوهایتان کمی از هم فاصله داشته باشند (نشستن آسانترین است). حالا تصور کنید دارید سعی می کنید از خروج گاز از ناحیه مقعد جلوگیری می کنید، برای این کار، شما باید عضله های دور مقعد خود را محکم کنید. این ماهیچه ها را بگونه ای محکم کنید و بالا ببرید انگار که واقعاً گاز معده وجود دارد: شما باید قادر باشید حرکت ماهیچه ها را احساس کنید و محکم شدن پوست ناحیه سوراخ مقعد را تحت کنترل داشته باشید. پاها و لپ های باسن نباید حرکتی داشته باشند.
- سپس، تصور کنید روی توالنت نشسته اید و ادرار می کنید. تصور کنید دارید سعی می کنید جلوی جاری شدن ادرار را از خودتان بگیرید (تست توقف) - واقعاً سعی کنید. شما باز هم گروهی از ماهیچه های اطراف و قبلی را که اشاره شد بکار می گیرید، اما ممکن است اینبار کمی برایتان مشکل تر باشد.
- در مرحله بعد به توالنت بروید تا ادرار خود را دفع کنید، سعی کنید تست توقف را امتحان کنید و نیمی از ادرار خود را در مثانه نگاه دارید. (اگر جریان ادرار همچنان سرعت داشت، احتمالاً شما ماهیچه اشتباهی را بکار گرفته اید). وقتی توانستید جریان ادرار را کنترل کنید، سپس با آرامش اجازه دهید بقیه مثانه خالی شود. چنانچه اگر تنها قادر بودید جریان ادرار را آهسته کنید و نتوانستید کاملاً آنرا متوقف کنید، نگران نباشید.

### چک کنید که حتماً ناحیه لگن را بطور صحیح منقبض کرده باشید

- اگر مطمئن نیستید که روی ماهیچه صحیح تمرین می کنید، یک یا دو انگشت خود را درون واژن خود قرار دهید و سعی کنید تمرینات را چک کنید. شما باید یک انقباض بسیار آرامی را در این ناحیه حس کنید. اشتباهی که ممکن است کرده باشید اینست که فقط لپهای باسن خود را محکم نگاه داشته اید و همچنان نفستان را در سینه حبس کرده اید. اگر شما در حین تمرین نتوانید صحبت کنید پس مطمئناً دارید اشتباه تمرین می کنید. با شمردن با صدای بلند شما قادر خواهید بود نفستان را آزاد کنید. شکم خود را سفت نکنید، فقط ماهیچه ها را سفت کنید یا پاهایتان را ضربه زدن کنید. فقط از ماهیچه های ناحیه لگن خود استفاده کنید.
- از یک آئینه استفاده کنید، چک کنید که وقتی دارید ماهیچه ها را منقبض می کنید، ناحیه بین واژن و سوراخ مقعد عقب و جلو می روند.
- انگشت خود را روی پوست بین واژن و سوراخ مقعد قرار دهید. شما باید با انگشت خود کشیده شدن ماهیچه آن قسمت را لمس کنید.
- از شریک جنسی خود بخواهید که آیا انقباض ماهیچه را در حین عمل سکس احساس می کند یا خیر.

### تمرینات ناحیه لگن را انجام دهید

- بایستید، بنشینید یا درازا بکشید در حالیکه زانوهایتان کمی از هم فاصله دارند. آهسته ماهیچه های لگن را تا آنجا که امکان دارد محکم بکشید. برای ۵ دقیقه محکم نگاه دارید، سپس خود را شل کنید (دوباره آهسته شروع کنید). سعی کنید تا ۵ بار این تمرین را انجام دهید. حالا سعی کنید ماهیچه ها را سریعتر و محکمتر بالا بکشید، سپس خود را شل کنید. (اینبار با سرعت بیشتر بکشید). دوباره ۵ بار این تمرین را انجام دهید. این تمرینات را بدین منوال ۵ بار آهسته و ۵ بار سریع انجام دهید و سعی کنید حداقل ۱۰ بار در طول روز این تمرینات را تکرار کنید.
- سعی کنید انگشت شست خود را در حین انجام تمرینات بمکید - شما خواهید یافت که تا چه حد می تواند در کشیدن عضلات ناحیه لگن به شما کمک کند.

## بی تعارف



مانور ضد شورش که بعدها حکومت آن را آمادگی در برابر رخدادهای ناگوار معرفی کرد.

حکومتی که زمانی متولیان خود را خاک پای ملت می خواندند، کشور را به زندان ملت تبدیل کرده و ظلم، خفقان و فقر را به جایی رسانده که از ترس گسترش اعتراضات مردم و با هدف ایجاد هراس و وحشت در دلها، مانور گردان های ضد شورش در شهرهای کشور را سازماندهی می کند. چنین کاری اما یک پیروزی برای مردم بود.

جمهوری اسلامی هر چند که در تبلیغات خود قصد دارد بفهماند که از حمایت و پشتیبانی مردم برخوردار است، تا فکر اعتراض را از سرها بدر کند، اما خوب می داند که در داخل کشور،

با نفرتی روز افزون مواجه است و در نزد دولتها و افکار عمومی جهان خارج هم آبرویی ندارد. مانور گردان های بسیج ترجمان اعتراف حکومت به ترس خود از اعتراضات و شورش های ملت است که هر لحظه ممکن است شعله بکشند، می باشد. اینکه مردم با مقاومت خود حکومت را به چنین اعترافی واداشته اند، خود یک پیروزی تبلیغاتی برای جنبش دموکراسی خواهی کشور ماست و شکستی برای حکومت.

در هیچ کشور دموکراتیکی در جهان، چنین مانورهایی برگزار نمی شود. حتی در کشوری مثل امارات که دموکراسی ندارد اما حکومتش با اعتراضات مردمی مواجه نیست، هم از اینگونه مانورها خبری نیست.

تنها حکومتی که عاقبتی برای خود نمی بیند و در وحشتی دائمی از اینکه هر لحظه ممکن است مردم شورش کرده، طومار عمرش را برچینند، دست به اینگونه مانورها می زند. سرکوب حکومتی هر چند مردم را از حقوق اشان محروم کرده، اما خواب خوش را هم از چشمان حکومتستان ربوده. مانورها بازتابی از این واقعیت اند که ترس حکومت از مردم بسیار بیشتر از ترس مردم از حکومت است.

اما حکومتیان بدانند که در روزهای اعتراضات مردمی و لرزش پاهای جمهوری اسلامی، بسیجیان و دیگر نیروهای کاسه لیس، نه تنها دورش را خالی خواهند کرد بلکه اولین کسانی خواهند بود که بر نعش مرده جمهوری اسلامی پای کوبی خواهند کرد. کافی است روزهای سرنگونگی صدام و صدامها را بیاد آوریم تا صحت این گفته ثابت شود.

## آنگهی

جزوه " در باره اقلیت های جنسی " به زبان فارسی، که به بررسی همجنسگرایی از زوایای مختلفی می پردازد، در صفحه کتابهای موجود در وبلاگ "جنسیت و جامعه" قرار داده شد. علاقمندان می توانند با مراجعه به وبلاگ آن را دانلود کنند.

<http://jenseyatvajameh.wordpress.com>