

## بررسی زمان وصال یافتگی و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی

### شهید بهشتی شهر تهران در سال ۱۳۸۸

معصومه امینی<sup>۱</sup>، گیتی ازگلی<sup>۲\*</sup>، دکتر ماهیار آذر<sup>۳</sup>، دکتر حمید علوی مجد<sup>۴</sup>

۱. کارشناس ارشد مامایی، شعبه بین الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲. عضو هیأت علمی، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳. استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۴. دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

#### چکیده

**سابقه و هدف:** با توجه به اهمیت زمان وصال یافتگی و مشاهده بعضی از زنان متأهل و جوان وصال نیافته، این تحقیق بر روی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران در سال ۱۳۸۸ به منظور تعیین زمان وصال یافتگی انجام گردید.

**مواد و روشها:** این تحقیق به روش توصیفی-مقطعی بر روی ۲۰۰ زن که به طور مستمر مراجعه می کردند، انجام گرفت. این زنان حداکثر ۴ ماه از ازدواجشان گذشته و فاقد بیماری شناخته شده طبی، روانی و اعتیاد بودند. زمان وصال یافتگی پس از تلاش برای انجام آن، تعیین شد و نقش خصوصیات فردی و اجتماعی در عدم موفقیت در اولین تلاش برای وصال یافتگی با استفاده از آزمون کای دو مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

**یافته‌ها:** تحقیق نشان داد از بین ۲۰۰ نفر مورد بررسی که در سنین  $24/7 \pm 4/44$  و مدت ازدواج  $3/7 \pm 3/4$  ماه بودند میزان عدم موفقیت در اولین تلاش برای وصال یافتگی ۶۱٪ بود و عدم تدارک برای جشن عروسی و ترس از آسیب مهبل با بروز عدم موفقیت وصال یافتگی مرتبط بود ( $P < 0/0001$ ).

**نتیجه گیری:** به نظر می رسد تأخیر در وصال یافتگی جای تأمل دارد. بررسی وضعیت آن و ریشه یابی علل آن در سایر مناطق، با توجه به نو بودن این نوع تحقیق، توصیه می شود.

**واژگان کلیدی:** ازدواج، ازدواج به وصال نرسیده، اختلال عملکرد جنسی، رفتارهای جنسی، مقاربت

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Amini M, Ozgoli G, Azar M, Alavi Majd H. The time of consummation of marriage and related factors in women visited at health care centers and hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Science in Tehran 2009.

Pejouhandeh 2011;16(2):73-8.

#### مقدمه

روبرو شدن با شریک جنسی از خود نشان می دهد، رفتار جنسی گفته می شود (۳). شایعترین نوع رفتارهای جنسی، فعالیت جنسی از طریق واژن می باشد. بدنبال ازدواج، انتظار مقاربت و فعالیت جنسی بصورت طبیعی و با خواست هر دو طرف وجود دارد. اما مطالعات نشان می دهد که گاه مقاربت نه تنها در اولین تلاش (۴) بلکه حتی تا سالها به تعویق می افتد و گاه هرگز مقاربت صورت نمی پذیرد (۲) و اصطلاحاً ازدواج به وصال نرسیده (Unconsummated Marriage) شکل می گیرد.

عملکرد جنسی بخشی از سلامت زن محسوب می شود (۱). تمایلات جنسی در انسان حیطه های مختلفی دارد که شامل کشش جنسی، جهت گیری جنسی، سبک زندگی جنسی و رفتارهای جنسی است (۲). به رفتارهایی که بشر در هنگام

\* نویسنده مسؤول مکاتبات: گیتی ازگلی؛ تهران، ولنجک، خ یمن، خ پروانه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بخش مامایی؛ تلفن: ۸۸۲۰۲۵۱۲-۲۱-۹۸++

پست الکترونیک: gozgoli@yahoo.com

نهایت متناسب با تعداد مراجعین هر درمانگاه یا مرکز بهداشتی درمانی مورد نظر نمونه‌گیری صورت گرفت تا تعداد نمونه مورد نظر تأمین گردید.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی بودن، اولین ازدواج، حداقل یک بار تلاش جهت انجام نزدیکی، عدم وجود بیماری شناخته شده طبی و روانی، گذشت حداکثر ۴ ماه از ازدواج و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن بود. جمع آوری داده‌ها و اطلاعات از طریق پرکردن پرسشنامه انجام شد. فرم اطلاعاتی شامل ۹۲ سؤال (سؤالات مربوط به فعالیت جنسی و سؤالات دموگرافیک) بود که با روش اعتبار محتوا و آزمون آلفا کرونباخ (ضریب ۰/۸۰) و آزمون مجدد (برابر ۰/۷) تعیین پایایی شد. داده‌ها پس از ثبت در فرم اطلاعاتی، با کمک کامپیوتر و با استفاده از نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. شیوع عدم وصال یافتگی در نمونه‌ها تعیین و میزان واقعی (CI) با احتمال ۰/۹۵ در جامعه برآورد شد و نقش عوامل مرتبط با آن با آزمون کای دو مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

### یافته‌ها

تحقیق روی تعداد ۲۰۰ نفر انجام گرفت. سن افراد مورد بررسی ۲۴/۷±۴/۴ سال و از حداقل ۱۷ تا ۴۱ سال متفاوت بود. ۱۳/۵٪ در خانواده مشترک زندگی می‌کردند، ۷۳/۵٪ خانه‌دار بودند، ۱۸٪ سطح سواد راهنمایی و کمتر داشته و ۳۳٪ دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. سطح سواد همسران آنها ۲۹٪ تحصیلات راهنمایی و کمتر و ۲۷/۵٪ تحصیلات دانشگاهی بود. مدت ازدواج آنها ۳/۷±۳/۴ ماه (حداقل ۰/۶/۵٪ کمتر از یک ماه) بود. توزیع افراد مورد بررسی برحسب زمان وصال یافتگی در جدول شماره ۱ ارائه شده که نشان می‌دهد عدم وصال یافتگی در اولین تلاش در ۶۱٪ وجود داشت. با توجه به این شیوع عدم وصال در نمونه‌ها، میزان واقعی آن در جامعه با احتمال ۰/۹۵ (CI ۰/۹۵) بین ۵۵/۷٪ تا ۶۶/۳٪ برآورد می‌گردد. در ۱۵/۵٪ افراد، وصال یافتگی پس از ماه اول وجود داشت. ضمناً در ۳ نفر یا ۱/۵٪ با گذشت ۴ ماه وصال یافتگی وجود نداشت.

جدول ۱- توزیع ۲۰۰ زن مورد بررسی برحسب زمان اولین وصال

### یافتگی

زمان وصال یافتگی	تعداد	درصد	درصد تجمعی
همان شب	۵۸	۲۹	۲۹
هفته اول	۷۸	۳۹	۶۸
ماه اول	۳۳	۱۶/۵	۸۴/۵
یک ماه پس از عروسی	۲۸	۱۴	۹۸/۵
عدم وصال یافتگی	۳	۱/۵	۱۰۰
مجموع	۲۰۰	۱۰۰	

اگرچه آماری در خصوص تأخیر وصال در ازدواج، به دلیل عدم مراجعه جامعه عمومی به هنگام شکست در انجام مقاربت در دست نیست، اما در برخی مطالعات شیوع ازدواج به وصال نرسیده در بین افراد پذیرفته شده در کلینیک‌ها بین ۲ تا ۲۰٪ گزارش شده است (۸-۵). در مطالعه‌ای که توسط ازدمیر و همکاران (۴) انجام شد علت عدم موفقیت در انجام مقاربت در ۶۷٪ موارد زنانه و ۷٪ موارد مردانه و ۲۶٪ موارد هر دو شریک جنسی گزارش شده است. فقدان آموزش جنسی، نابالغی هر دو شریک جنسی، وابستگی بیش از حد به خانواده اولیه، تأثیرات فرهنگی همانند قوانین سخت مذهبی، و محدودیتهای جنسی توسط والدین و جامعه (۱۱-۹) خصوصیات هستند که در زوجین وصال نیافته مشاهده می‌شود. احساس گناه، شرم و بی‌کفایتی زوجین، ناباروری، تزلزل در روابط زناشویی و در نهایت طلاق از جمله عوارضی می‌باشند که به دنبال این مشکل بوجود می‌آیند (۱۲ و ۱۳). در حالیکه می‌توان به بسیاری از این بیماران به سادگی و با آموزش در مورد تشریح و فیزیولوژی دستگاه تناسلی و آموزش جنسی کمک کرد (۲).

هر چند این موضوع یک مشکل اجتماعی و پزشکی متداول می‌باشد، اما به نظر می‌رسد در جامعه عمومی، جهت شناخت، پیشگیری و درمان آن تا قبل از بروز عوارض اقدامی نمی‌شود، یعنی ابتدا تأخیر در وصال رخ می‌دهد و بدنبال آن به علت اضطراب و عوارض ناشی از این مشکل، مراجعه به مراکز درمانی رخ می‌دهد که این خود تأکیدی بر نیاز به مطالعات بیشتر است (۴). ماماها در ارتباط تنگاتنگ با زنان جامعه بوده و معمولاً اولین کسانی هستند که این افراد به آنها مراجعه می‌کنند. با توجه به مشاهده مواردی از این مشکل و عدم اطلاع از وضعیت زمان وصال یافتگی و عوامل مرتبط با آن، این مطالعه در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۸ انجام شد.

### مواد و روشها

این پژوهش به صورت توصیفی-مقطعی و بر روی ۲۰۰ زن انجام شد. نمونه‌گیری بصورت نمونه‌گیری چند مرحله‌ای بود. در این پژوهش نمونه‌گیری بصورت ترکیبی از سه روش نمونه‌گیری طبقه‌ای، خوشه‌ای و آسان انجام شد. بدین ترتیب که مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به سه ناحیه جغرافیایی-اجتماعی-اقتصادی شمال، شرق و شمیرانات تقسیم شد. سپس از هر منطقه بصورت تصادفی یک خوشه (مرکز بهداشتی درمانی یا بیمارستان) انتخاب شد و در

تلاش موفق نشده‌اند ۳ نفر (۵/۲٪) و آنهایی که موفق بوده‌اند ۵۵ نفر (۹۴/۸٪) بوده است ( $p < ۰/۰۰۰۱$ )، لذا در این حالت تعداد افراد ناموفق ۱۳ برابر بیشتر از افراد موفق می‌باشد ( $OR=۱۳$ ). به علاوه ترس از آسیب به مهبل شانس عدم موفقیت را افزایش داده است ( $p < ۰/۰۰۰۱$ ) و ( $OR=۱۳$ ).

عدم موفقیت در دخول در اولین تماس در ۱۴۲ نفر (۷۱٪) وجود داشت و مهمترین عوامل آن، ترس از نزدیکی در ۳۴/۸٪ و سپس درد زیاد حین نزدیکی در ۳۰/۴٪ بود. توزیع افراد مورد بررسی برحسب وصال یافتگی در اولین تلاش و به تفکیک عوامل مرتبط در جدول شماره ۲ ارائه شده است که نشان می‌دهد در حالتی که مراجعه به علت تهیه و تدارک برای جشن عروسی بوده است، زنانی که در اولین

جدول ۲- توزیع زنان مورد بررسی بر حسب وصال نیافتگی به تفکیک عوامل مرتبط

Odds ratio	نتیجه آزمون	در تلاشهای بعدی (۱۴۲ نفر)		در اولین تلاش (۵۸ نفر)		عوامل مرتبط
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
						تهیه و تدارک برای جشن عروسی
۱۳	$p < ۰/۰۰۰۱$	۶۰ (۴۲/۲)	۳ (۵/۲)	۸۲ (۵۷/۸)	۵۵ (۹۴/۸)	خیر بلی
						ترس از آسیب مهبل
۱۳	$p < ۰/۰۰۰۱$	۶۰ (۴۲/۲)	۱۷ (۲۹/۳)	۸۲ (۵۷/۸)	۴۱ (۷۰/۷)	بلی خیر
						خجالت کشیدن از عربان شدن
--	$p < ۰/۳$	۴۱ (۳۱/۸)	۱۲ (۲۰/۷)	۱۰۱ (۶۸/۲)	۴۶ (۷۹/۳)	بلی خیر
						ترس از حامله شدن
--	$p < ۰/۹$	۹۱ (۶۴/۱)	۳۶ (۶۲/۱)	۵۱ (۳۵/۹)	۲۲ (۳۷/۹)	بلی خیر
						ترس از عدم رضایت همسر
--	$p < ۰/۶$	۵۲ (۳۶/۶)	۲۴ (۴۱/۴)	۹۰ (۶۳/۴)	۳۴ (۵۸/۶)	بلی خیر
						اصرار و پافشاری برای مقاربت
۱/۷	$p < ۰/۰۸$	۵۰ (۳۵/۲)	۲۸ (۴۸/۳)	۹۲ (۶۴/۸)	۳۰ (۵۱/۷)	بلی خیر
						ترس و اضطراب در اصرار به مقاربت
--	$p < ۰/۳$	۷۷ (۵۴/۲)	۲۶ (۴۴/۸)	۶۵ (۴۵/۸)	۳۲ (۵۵/۲)	بلی خیر
						اضطراب در همسر
--	$p < ۰/۹$	۴۴ (۲۴/۶)	۱۲ (۲۰/۷)	۹۸ (۷۵/۴)	۴۶ (۷۹/۳)	بلی خیر
						سابقه معاینه ناخوشایند دستگاه تناسلی
۲/۳	$۰/۰۱$	۶۴ (۴۵/۱)	۱۵ (۲۵/۹)	۷۸ (۵۴/۹)	۴۳ (۷۴/۱)	بلی خیر
						علاقه به همسر
۲/۹	$p < ۰/۰۰۵$	۸۴ (۵۹/۱)	۴۷ (۸۱)	۵۸ (۴۰/۹)	۱۱ (۱۹)	خیلی زیاد متوسط و کم

## بحث

وجود این مشکل مراجعه نکرده بودند. در مطالعه ما علل عدم موفقیت در دخول بنا بر اظهارات بیماران، در دو سوم موارد، ترس و درد ذکر شده است. در بررسی‌های انجام شده در ایران، مهمترین علل روانی ازدواج وصال نیافته در زنان را ترس از نزدیکی و در مردان اضطراب عملکرد جنسی ذکر کرده‌اند (۱۱ و ۱۵). Badran و همکاران (۱۴) نیز مهمترین علت ازدواج به وصال نرسیده را اختلال اضطراب عملکردی بیان کرده‌اند که ترس و پیش‌بینی درد، در واقع ناشی از اضطراب جنسی است (۱۵)؛ در حالیکه بندرت شواهدی دال بر وجود ضایعات جسمی که باعث درد شود، وجود دارد. از جمله علل روانی دیگر، که سبب تأخیر در وصال یافتگی می‌شود، ترس از دخول می‌باشد، بطوری که در مطالعه ما نیز نشان داده شده

ازدواج به وصال نرسیده یک اختلال جنسی است که در آن زوجین پس از ازدواج قادر به انجام ارتباط جنسی طبیعی نیستند. در مطالعات گوناگون، شیوع ازدواج به وصال نرسیده، متفاوت می‌باشد. در برخی مطالعات شیوع ازدواج به وصال نرسیده را بین ۴ تا ۱۷٪ (۱۴) و در بعضی دیگر ۲ تا ۲۰٪ (۴) گزارش کرده‌اند. در مطالعه ما فراوانی ازدواج به وصال نرسیده در ۴ ماه اول ازدواج در نمونه‌های واجد شرایط، ۱/۵٪ می‌باشد. علت تفاوت مطالعه ما با سایرین شاید به دلیل تفاوت در جامعه و محیط انجام مطالعه ما باشد. سایر مطالعات در کلینیک‌های جنسی یا طبی که زوجین با مسائل و مشکلات جنسی مراجعه کرده بودند انجام گرفته در حالیکه مطالعه ما در جامعه عمومی صورت گرفته و مراجعین ما صرفاً به دلیل

بستگان و عدم احساس خصوصی بودن می‌باشد. زندگی در خانه مشترک، باعث می‌شود که احساس عدم خصوصی بودن به زن دست بدهد. از جمله خصوصیات که سبب فقدان یا از دست دادن احساسات جنسی می‌شود عدم احساس خصوصی بودن می‌باشد (۱۷).

در مطالعه حاضر، زنانی که علاقه خود را به همسرانشان "خیلی زیاد" گزارش کرده بودند بیشترین وصال یافتگی را در شب اول ازدواج خود داشتند و در دو سوم موارد ازدواج به درخواست زوجین صورت گرفته بود نه با اجبار و زور خانواده‌ها، با توجه به این مطلب که فعالیت جنسی یک ارتباط انسانی، عاطفی و جسمی می‌باشد (۱۷) این یافته قابل توجیه می‌باشد.

در این مطالعه وجود احساسات بد در برقراری رابطه جنسی با افزایش زمان وصال یافتگی مرتبط بود. حدود یک چهارم افراد حاضر در مطالعه به هنگام برقراری رابطه جنسی دچار احساس بد (از جمله ترس، نفرت، درد و ناخوشایندی) بودند که منجر به عدم موفقیت در دخول می‌شد. هیجانهای منفی مانند خشم، احساس گناه، ترس، خجالت یا نفرت ممکن است بر عملکرد جنسی به ویژه اگر در طی رابطه جنسی تجربه شوند تأثیر بگذارند (۱۵ و ۱۹). این نتایج مشابه نتایج مطالعه ما می‌باشد.

از دیگر عوامل مرتبط با زمان وصال یافتگی سابقه معاینه ناخوشایند دستگاه تناسلی می‌باشد. عوامل آسیب‌زا همانند تجربه جنسی انزجارآمیز پیشین، یا تجربه جنسی پیشین که با هر نوع ضربه یا آسیب ناحیه تناسلی همراه باشد، در ایجاد اختلال تماس جنسی مؤثر می‌باشد (۲۰) و از این نظر مطالعه ما، مشابه مطالعه مهرابی و همکاران (۱۵) می‌باشد.

حدود دو سوم افراد شرکت کننده در مطالعه ما، هیچ الزامی برای نزدیکی در شب عروسی نداشتند، و در عین حال یک سوم همان شب اول اقدام به مقاربت کردند. از این نظر مطالعه ما متفاوت از مطالعه زرگوشی (۲۲) می‌باشد. علت این تفاوت شاید به دلیل تفاوت در محیط انجام مطالعه می‌باشد. زرگوشی در مناطق روستایی و شهری (هر دو) و نیز در بین افراد مراجعه کننده به کلینیک جنسی مطالعه خود را انجام داده در حالیکه مطالعه ما در شهر و در جامعه عمومی انجام گرفته است.

در مطالعه ما شرکت در مراسم جشن عروسی طولانی و پر سر و صدا و خستگی حاصله سبب تأخیر در زمان وصال یافتگی بود که از این نظر، مطالعه ما مشابه مطالعه Badran و همکاران (۱۴) می‌باشد. در مطالعه زرگوشی (۲۰) نشان داده شد که در ۵/۵۷٪ موارد علت ازدواج وصال نیافته، حضور

که ترس از دخول از علل مهم و اصلی عدم موفقیت در وصال می‌باشد. ترسهای ساختگی، سبب احساس ناامیدی در شریک جنسی گردیده و فکر می‌کند که نزدیکی و عمل جنسی، کثیف و زشت بوده و توانایی ایجاد لذت در طرف مقابل را ندارد (۱۶). یکی دیگر از عوامل مرتبط با زمان وصال یافتگی، درد حین نزدیکی می‌باشد. ۵/۵۹٪ از زنان درد حین نزدیکی داشتند و نشان داده شده است که زنانی که درد حین نزدیکی دارند زمان وصال یافتگی طولانی‌تری نیز دارند. در این مطالعه نشان داده شد که ترس از حاملگی نیز با افزایش تأخیر در وصال یافتگی همراه می‌باشد. ترس از بارداری بدنبال نزدیکی، سبب ایجاد واژینیسم ثانویه شده که آن نیز به نوبه خود سبب تأخیر در وصال یافتگی می‌شود (۱۷).

در پژوهش حاضر، میانگین سن زنان  $24/7 \pm 4/41$  و میانگین سن مردان  $28/58 \pm 4/47$  سال بود و با افزایش سن، وصال به تأخیر افتاده بود. از این نظر جامعه مورد مطالعه ما مشابه جامعه Ozdemir و همکاران (۴) و متفاوت از جامعه مورد مطالعه Al Sughayir (۱۸) بود که در آن، زنان وصال نیافته در سنین پایینتری نسبت به زنان وصال یافته بودند. علت این تفاوت ممکن است به دلیل تفاوت در نمونه‌ها باشد که در مطالعه ایشان فقط زنان وصال نیافته مورد بررسی قرار گرفتند. از آنجا که بر اثر افزایش سن تغییراتی در میل جنسی، شکل بدن و وضعیت سلامتی فرد ایجاد می‌شود، هر یک از این تغییرات به نوبه خود بر عملکرد جنسی مؤثر خواهند بود (۱۸). از این نظر مطالعه ما، مشابه مطالعه بلوریان (۱۸) می‌باشد.

افزایش تحصیلات زن و نیز شاغل بودن در مطالعه ما سبب افزایش زمان وصال یافتگی بودند و از این نظر مطالعه ما متفاوت با مطالعه Al Sughayir (۱۸) بود. تحصیلات و شاغل بودن، هر دو می‌توانند احتمالاً بر روی ارتباطات زن تأثیر بگذارند. مشکلات ارتباطی از طریق ایجاد احساس عصبانیت، آزرده‌گی و تنفر از نزدیکی، احساس تحقیر در مورد شریک جنسی، ترس از ناامنی و بی‌اعتباری، ترس از آسیب فیزیکی بدنبال نزدیکی، ترس از رانده شدن توسط شریک جنسی و ترس از آینده سبب تأثیر بر روی پاسخ جنسی زنان می‌شود (۱۹).

در مطالعه حاضر نشان داده شده است که زنانی که در خانه مشترک زندگی می‌کردند زمان وصال یافتگی طولانی‌تری داشتند. از این نظر مطالعه ما مشابه مطالعه Badran و همکاران (۱۴) می‌باشد. در مطالعه زرگوشی (۲۰) نشان داده شد که در ۵/۵۷٪ موارد علت ازدواج وصال نیافته، حضور

زن به همسر تأثیر مثبت داشتند. آنهایی که ارتباط معکوس داشتند نظیر ترس و پیش‌بینی درد که منعکس کننده اضطراب می‌باشد با توجه به اثرات مثبت نظیر علاقه زن به شوهر و ارتباط مناسب به مرور زمان برطرف شده و لذا در ۹۸/۵٪ موارد وصال در طی ۴ ماه اتفاق می‌افتد.

### نتیجه‌گیری

از جمله عوامل مؤثر در تأخیر وصال یافتگی می‌توان افزایش سن زن، افزایش تحصیلات زن و شاغل بودن زن، ترس از ورود جسم خارجی به مهبل، ترس از نزدیکی، درد زیاد حین نزدیکی، ترس از حاملگی، میزان علاقه زن به همسر، احساسات بد به هنگام برقراری رابطه جنسی، سابقه معاینه ناخوشایند دستگاه تناسلی و شرکت در مراسم جشن عروسی طولانی و پر سروصدا و خستگی حاصله را نام برد. هر چند فراوانی عدم وصال یافتگی ۱/۵٪ می‌باشد اما بنظر می‌رسد تأخیر در وصال یافتگی جای تأمل دارد و بررسی وضعیت و علل آن با توجه به نو بودن این نوع تحقیق در سایر مناطق توصیه می‌شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم معصومه امینی در واحد بین‌الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به راهنمایی خانم گیتی ازگلی می‌باشد. بدینوسیله از کلیه مسؤولین واحد زنان که در این پژوهش ما را یاری دادند تشکر می‌شود.

حاضر در مطالعه، از ورود جسم خارجی به مهبل می‌ترسیدند که این خود سبب عدم موفقیت در دخول شده است. عدم آگاهی کافی بیمار از مسائل جنسی و دادن اطلاعات نادرست از سوی خانواده درست قبل از ازدواج به ایجاد ترس و وحشت و در نتیجه سفت شدن بدن وی منجر می‌شود (۱۳) و از این نظر، مطالعه ما مشابه مطالعه سممانی و همکاران (۱۳) می‌باشد.

مهرابی و همکاران (۱۵) ذکر می‌کنند که اختلالات کنشی جنسی ناشی از عوامل جسمانی و روانشناختی می‌باشند که حتی اگر اساس مشکل، مسائل جسمی باشد، مسائل روانشناختی آن را پیچیده‌تر می‌کند. همچنین آنها به نقل از هاوتون (۱۹۸۹) ذکر می‌کنند که عوامل روانشناختی به سه دسته عوامل زمینه ساز (یعنی عواملی که فرد را آسیب پذیر می‌کنند نظیر تجربیات دوران کودکی و عوامل خانوادگی)، عوامل آشکار ساز (نظیر مسائل ارتباطی، یعنی عواملی که باعث بروز مشکل می‌شوند)، و عوامل نگهدارنده (نظیر اضطراب یعنی عواملی که باعث تداوم مشکل می‌شوند)، تقسیم می‌شود.

در این مطالعه، عوامل زمینه‌ساز نظیر اصرار و پافشاری برای مقابله از طرف دیگران و تجربه ناخوشایند معاینه دستگاه تناسلی با تأخیر در زمان وصال یافتگی مرتبط بود، به عبارتی احتمالاً افراد مورد مطالعه ما آسیب پذیر نبودند و از طرفی به دلیل عوامل مؤثر دیگر نظیر علاقه به همسر، با وجود تأخیر در زمان وصال، در ۹۸/۵٪ از ایشان وصال در طی ۴ ماه رخ می‌دهد.

در توجه نوع ارتباط عوامل آشکار ساز و تداوم‌بخش می‌توان گفت از آنجایی که جامعه ما جامعه عادی بودند این عوامل یا نظیر تدارک عروسی تأثیر کوتاه مدت داشتند و یا نظیر علاقه

## REFERENCES

1. Berek G. Novak Gynecology. 14<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p.269.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & sadock's Synopsis of Psychiatry, Behavioral Science/ Clinical Psychiatry. 10<sup>th</sup> ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p.329.
3. Ganjlu J. Study of sexual behaviors normal and abnormal relations level of satisfaction and married people. The second series of articles; congress of sexual disorders compact disk. 2003. (Text in Persian)
4. Ozdemir O, Simsek F, Ozkardeş S, Incesu C, Karakoç B. The unconsummated marriage: its frequency and clinical characteristics in a sexual dysfunction clinic. J Sex Marital Ther 2008;34(3):268-79.
5. Gindin LR, Resnicoff D. Unconsummated marriages: a separate and different clinical entity. J Sex Marital Ther 2002;28(Suppl 1):85-99.
6. Lomax-Simpson JM. Unconsummated marriage in women. Med World 1960;92:221-4.
7. Malleon J. Sex problems in marriage with particular reference to coital discomfort and the unconsummated marriage. Practitioner 1954;172(1030):389-96.
8. Sturgis SH, Taymor ML, Morris T. Routine psychiatric interviews in a sterility investigation. Fertil Steril 1957;8(6):521-6.
9. Addar MH. The unconsummated marriage: causes and management. Clin Exp Obstet Gynecol 2004;31(4):279-81.

10. Chakrabarti N, Sinha VK. Marriage consummated after 22 years: a case report. *J Sex Marital Ther* 2002;28(4):301-4.
11. Zargooshi j. Unconsummated marriage: clarification of aetiology treatment with intracorporeal injection. *BJU Int* 2000;86(1):75-9.
12. Mirzaie N, Saremi A. A fourteen year unconsummated marriage and its successful treatment (a case report). *J Repro & Infert* 2002;3(2):59-63. (Full text in Persian)
13. Semnani Y, Razzaghzadeh B. Management of unconsummated marriage after 14 years. *J Qazvin Univ Med Sci* 2003;7(4):89-92. (Full text in Persian)
14. Badran W, Moamen N, Fahmy I, El-Karaksy A, Abdel-Nasser TM, Ghanem H. Etiological factors of unconsummated marriage. *Int J Impot Res* 2006;18(5):458-63.
15. Mehrabi F, Dadfer M. The role of psychological factors in sexual function disorders. *Iran J Psych Clin Psychol*. 2003;9(1):1-14. (Text in Persian)
16. Azar M, Nouhi S. *Practical Manual of Sex Therapy*. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: Moein; 2008. p.30.
17. Andrews G (editor). *Women's Sexual Health*. 3<sup>th</sup> ed. London: Bailliere Tindall; 2005. p.161-71.
18. Al Sughayir MA. Unconsummated marriage: A Saudi Version. *Arab J Psychi* 2004;15(2):122-30.
19. Bolourian Z, Ganjloo J. Evaluating Sexual Dysfunction and some Related Factors in Women Attending Sabzevar Health Care Centers. *J Reprod Infertil* 2007;8(31):163-70. (Full text in Persian)
20. Zargooshi J. Male sexual dysfunction in unconsummated marriage: long-term outcome in 417 patients. *J Sex Med* 2008;5(12):2895-903.
21. Mehrabi F, Dadfer M. The role of psychological factors in sexual function disorders. *Iran J Psych Clin Psychol* 2003;9(1):4-11. (Full text in Persian)
22. Ghorbani B, Arefi S, Modabberi Saber Y, Sadri Ardekani H. Successful infertility treatment and spontaneous pregnancy in an unconsummated marriage after 7 years. *J Reprod Infertil* 2006;7(28):284-89. (Full text in Persian)