

عملکرد و خودابرازی جنسی در زوج‌های با ازدواج به وصال نرسیده

دکتر هادی بهرامی⁽¹⁾، دکتر مهرداد افتخار⁽²⁾، دکتر علیرضا کیامنش⁽³⁾، فیروزه سخندانی⁽⁴⁾

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه ازدواج به وصال نرسیده با کارکرد جنسی و خودابرازی جنسی بود. **روش:** 18 زوج به وصال نرسیده به روش نمونه‌گیری در دسترس به مقیاس خودابرازی جنسی همسران (SSDS)، شاخص بین‌المللی کارکرد نعوظ (IIEF) و شاخص کارکرد جنسی زنان (FSFI) پاسخ دادند. داده‌ها به روش مجذور خی و همبستگی پیرسون تحلیل شدند. **یافته‌ها:** میان ازدواج به وصال نرسیده و دو عامل کارکرد جنسی پایین و خودابرازی جنسی پایین رابطه مثبت معنادار وجود داشت. میان کارکرد جنسی و خودابرازی جنسی نامطلوب رابطه وجود نداشت. **نتیجه‌گیری:** در زوج‌های با ازدواج به وصال نرسیده، کارکرد جنسی و خودابرازی جنسی به شدت پایین است و این متغیرها روی هم تأثیر تعاملی دارند.

کلیدواژه: ازدواج به وصال نرسیده؛ کارکرد جنسی؛ خودابرازی جنسی

[دریافت مقاله: 1391/2/11؛ پذیرش مقاله: 1391/7/26]

مقدمه

رابطه جنسی کامل را که 17 سال طول کشیده بود، گزارش کرده‌اند (4، 5). پس از ازدواج، انتظار مقاربت و فعالیت جنسی به صورت طبیعی و با خواست هر دو طرف وجود دارد و شایع‌ترین فعالیت جنسی از راه واژن است (6). احساس گناه، شرم و بی‌کفایتی در زوج‌های مبتلا به UM تحت تأثیر دیگر مشکلات افزایش می‌یابد و نیاز به کمک گرفتن از دیگران و هم‌زمان پنهان کردن موضوع، آنها را در موقعیت ناراحت‌کننده‌ای قرار می‌دهد (2). مخفی نگه داشتن UM برای درازمدت ممکن نیست و فشار روانی وارده بر زوج، به ویژه در فرهنگ ایران، بسیار زیاد است. بسیاری از این زوج‌ها، حتی به فال‌گیری و جن‌گیری نیز رو می‌آورند و در برخی موارد مخارج بسیار هنگفتی را نیز متحمل می‌شوند (7). در بررسی‌های مختلف، شیوع UM در میان مراجعه‌کنندگان

یکی از اختلال‌هایی که در کشور ما شیوع قابل توجهی دارد، اختلال ازدواج کام‌نیافته یا به وصال نرسیده¹ (UM) است (1). در این اختلال زن و مرد پس از ازدواج، نمی‌توانند رابطه جنسی کاملی داشته باشند و گاه تا سال‌ها این مشکل باقی می‌ماند و درمان نمی‌شود. کاپلان² و سادوک³ ازدواج به وصال نرسیده را ازدواجی تعریف کرده‌اند که زن و شوهر هیچ‌گاه نزدیکی نداشته باشند (2، 3). در ایران حتی مواردی از UM مشاهده شده است که زن و شوهر حتی پس از گذشت 15-18 سال از زندگی مشترک، هنوز موفق به برقراری رابطه جنسی کامل نشده‌اند (1). بررسی متخصصان زنان و زایمان، پزشکان عمومی و کلینیک‌های خاص درمان‌های جنسی، حاکی از آن است که UM شکایت چندان نادری نیست. مسترز⁴ و جانسون⁵ یک مورد ازدواج بدون

(1) دکترای روانشناسی، استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران؛ (2) روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران. مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران - دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان؛ (3) دکترای روش‌های تحقیق و ارزشیابی، استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران؛ (4) دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات. تهران، انتهای اشری اصفهانی، بلوار دانشگاه آزاد، ساختمان علوم انسانی، دپارتمان روانشناسی. دورنگار: 021-88779262 (نویسنده مسئول) E-mail: firoozeh.sokhandani@gmail.com

1- Unconsummated Marriage

2- Kaplan

3- Sadock

4- Masters

5- Jonson

به کلینیک‌ها 20-2 درصد گزارش شده است (8-11).

گفت‌وگوی زوج پیرامون مسائل جنسی، خواسته‌ها و ترجیح‌های جنسی و کشف ترجیح‌های جنسی دیگری در برقراری رابطه زناشویی تأثیر بسزایی دارد (12). خودابرازی¹ که عبارت است از توانایی بیان احساس‌ها، باورها و افکار و دفاع از حقوق خود به شیوه‌ای منطقی، شامل سه بُعد است: 1- توانایی بیان احساس‌ها، 2- توانایی بیان آشکار افکار و باورهای خوشایند و ناخوشایند و اتخاذ تصمیم راسخ و روشن، حتی اگر به قیمت محروم ماندن از مزایا باشد، یا انجام آن از نظر عاطفی مشکل باشد. 3- توانایی پایداری برای احقاق حقوق خود و اجازه ندادن به دیگران برای آزار دادن یا استفاده از نقطه ضعف شخصی (13). افراد جرأت‌مند، کم‌رو و خجالتی نیستند، آنان می‌توانند احساس‌هایشان را واضح، مستقیم و بدون خشونت و پرخاشگری و فحاشی ابراز کنند. برای بعضی از افراد بیان هیجان‌ها، به‌ویژه عشق و محبت بی‌نهایت دشوار است. این در حالی است که خودابرازی با عشق، دوست داشتن، توجه، اعتماد و درک و فهم همبستگی بالایی دارد (13). زوج‌های طبیعی به سرعت و طی شش هفته به هم اعتماد می‌کنند و احساس‌های خود را به دیگری ابراز می‌کنند (13). صحبت درباره احساس‌ها و امیال جنسی، بهترین راه شناخت خواسته‌های جنسی همسر و تکمیل اطلاعات جنسی زوج است و برای برقراری ارتباط جنسی لذت‌بخش، بهترین شانس را در اختیار زوج قرار می‌دهد (13). مسترز و جانسون (5) در این رابطه به کاربرد «زبان من²» اشاره می‌کنند؛ در این شیوه از فرد خواسته می‌شود جمله‌های خود را با من آغاز کند، برای مثال «من از نوازش ملائم لذت می‌برم». «زبان من» نوعی ارتباط ساده است که افراد به‌وسیله آن می‌توانند به راحتی خواسته‌ها و امیال جنسی خود را بدون احساس گناه به دیگری ابراز کنند. ابراز نکردن امیال جنسی باعث می‌شود زوج از ارتباط جنسی لذت کمتری ببرد و این امر در ایجاد اختلال در ارتباط جنسی نقش مهمی بازی می‌کند (5). در بسیاری از موارد همین بیان نکردن هیجان‌ها باعث می‌شود یک مشکل جنسی، مدت بسیار طولانی تداوم یابد، زیرا تا در مورد مسائل صحبت نشود، حل نمی‌شوند (13).

زمانی رابطه جنسی رو به بهبودی است که افراد بتوانند تمایل‌ها و پاسخ‌های شریک جنسی‌شان را کشف کنند. این امر مستلزم توانایی بازگو کردن تمایل‌های جنسی با همسر

است. آنچه هماهنگی و تطابق جنسی را افزایش می‌دهد، مجموعه‌ای از تکنیک‌های اعجاب‌آور یا یک وضعیت جنسی منحصر به فرد نیست، بلکه صمیمیت، مهربانی و اشتیاق به یادگیری و تمرین و احساس راحتی با یکدیگر است (14). یکی از مشکل‌های مهم زوج‌ها، به‌ویژه زوج‌های جوان، نداشتن اعتماد به نفس کافی برای در میان‌گذاردن تمایل‌های جنسی خود با همسر است. در نیمی از بررسی‌ها نشان داده شده است که مردان کمتر در این زمینه احساس دشواری می‌کنند، در حالی که بیش از 60 درصد زنان نمی‌توانند به آسانی تمایل‌های خویش را بازگو نمایند (14). یک بررسی در تایوان نشان داد نوجوانان پسر در نشان دادن تمایل‌های جنسی خود، هم در فضای مجازی و هم در فضای واقعی، از دختران فعال‌ترند (15).

با توجه به مطالب بیان‌شده، نقش عمده مسائل جنسی در زندگی زناشویی و بنابراین اهمیت اختلال‌ها و مشکل‌های جنسی، از جمله ازدواج به وصال نرسیده، مشخص می‌شود. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ازدواج‌های به وصال نرسیده با کارکرد جنسی و خودابرازی جنسی انجام شد.

روش

در پژوهش علی-مقایسه‌ای³ حاضر 17 زوج مراجعه‌کننده به یک کلینیک خصوصی در تهران در پاییز سال 1390 و یک زوج از دوستان نویسنده‌گان به‌صورت در دسترس، پس از تشخیص UM توسط پزشک متخصص زنان و زایمان و روانپزشک، وارد بررسی شدند. گفتنی است مشکل به اختلال‌های فیزیکی و روانی همسران مربوط نبود و تمامی آزمودنی‌ها از شرکت در پژوهش رضایت داشتند. برای گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌های زیر به کار رفت:

شاخص کارکرد جنسی زنان⁴ (FSFI) 19 گویه دارد و شش خرده‌مقیاس میل جنسی⁵، تحریک جنسی⁶، لغزنده‌سازی⁷، ارگاسم⁸، رضایت⁹ و درد¹⁰ را بررسی می‌کند. پایایی¹¹ و روایی¹² نسخه اصلی تأیید شده است (16، 17).

1- self-disclosure 2- I language
3- causal-comparative
4- Female Sexual Function Index
5- desire 6- arousal
7- lubrication 8- orgasm
9- satisfaction 10- pain
11- reliability 12- validity

31/66 (4/45) و 23-40 سال بود. میانگین (و انحراف معیار)، کمینه و بیشینه مدت زمان سپری شده از ازدواج به ترتیب 33/11 (30/4)، 2 و 84 ماه بود. میزان تحصیلات دیپلم، کارشناسی و بالاتر از کارشناسی به ترتیب در 11/2 درصد، 55/5 درصد و 33/3 درصد زنان و مردان و 67 درصد زنان شاغل بودند.

کارکرد جنسی تمامی زنان به نسبت پایین بود و دو مؤلفه درد و رضایت جنسی در پایین ترین سطح قرار داشت. هم چنین میانگین نمره میل جنسی پایین تر از میانگین نمره تحریک و لغزنده سازی بود. درصد به نسبت بالایی از زنان نیز می توانستند ارگاسم را تجربه کنند. کارکرد جنسی مردان نیز به نسبت پایین بود و دو مؤلفه رضایت جنسی و رضایت کلی پایین ترین میانگین ها را به خود اختصاص داد (جدول 1).

نمره تمامی زوج ها در خودابرازی جنسی پایین بود؛ 94/45 درصد زنان و 88/88 درصد مردان خودابرازی جنسی متوسط و پایین داشتند. پایین ترین نمره در زنان به مؤلفه های ایدز و تجاوز جنسی و در مردان به مؤلفه های ایدز، خشم جنسی و نداشتن صداقت در رابطه جنسی اختصاص داشت. بالاترین نمره در زنان به مؤلفه های اضطراب جنسی و آرامش جنسی و در مردان به مؤلفه های ترجیح های جنسی و رضایت جنسی مربوط بود. به این معنی که زنان و مردان کمتر در مورد ایدز و زنان کمتر در مورد تجاوز جنسی با همسرشان صحبت می کردند، زنان در بیان اضطراب و آرامش جنسی

در ایران ضریب پایایی کل به دو روش دونیمه سازی¹ و بازآزمایی² به ترتیب 0/75 و 0/75 و برای خرده مقیاس ها با همان دو روش به ترتیب 0/63-0/75 و 0/70-0/81 گزارش شده است (18).

شاخص بین المللی کارکرد نعوظ³ (IEEF) (17) که برای بررسی عملکرد جنسی مردان به کار می رود. 15 گویه IIEF پنج حیطه⁴ کارکرد نعوظی⁵، کارکرد ارگاسمی⁶، میل جنسی⁷، رضایت جنسی⁸ و رضایت کلی⁹ را ارزیابی می کند. نمره بالاتر در IIEF نشان گر عملکرد جنسی بهتر است. در بررسی اختلال عملکرد جنسی مردان، IIEF دارای حساسیت¹⁰ و ویژگی¹¹ مناسب است و روایی آن در زبان های مختلف تأیید شده است. برای مثال روایی، حساسیت و ویژگی نسخه مالزیایی IIEF به ترتیب 0/86، 0/85 و 0/75 به دست آمده است (19) و یافته های مربوط به بررسی نسخه فارسی IIEF با یافته های بررسی نسخه مالزیایی بسیار نزدیک و برای روایی، حساسیت و ویژگی به ترتیب 0/88، 0/79 و 0/82 است (19).

مقیاس خودابرازی جنسی همسران¹² (SSDS) 24 خرده مقیاس دارد که هر یک سه بُعد دارد: رفتار جنسی¹³، احساس جنسی¹⁴، خیال پردازی های جنسی¹⁵، ترجیح های جنسی¹⁶، معنی رابطه جنسی¹⁷، پاسخ گویی در رابطه جنسی¹⁸، رابطه جنسی پریشانی آور¹⁹، صداقت نداشتن جنسی²⁰، ترجیح های تأخیری جنسی²¹، سقط جنین و بارداری²²، هم جنس گرایی²³، تجاوز جنسی²⁴، ایدز²⁵، اخلاق جنسی²⁶، رضایت جنسی²⁷، گناه جنسی²⁸، آرامش جنسی²⁹، افسردگی جنسی³⁰، حسادت جنسی³¹، بی احساسی جنسی³²، اضطراب جنسی³³، خوشحالی جنسی³⁴، خشم جنسی³⁵ و ترس جنسی³⁶ (20-22). آلفای کروناخ خرده مقیاس ها در نسخه اصلی برای زنان و مردان به ترتیب 0/83-0/93 و 0/84-0/94 گزارش شده است (20). روایی محتوایی³⁷ نسخه فارسی SSDS به وسیله پنج متخصص مشاوره و روانشناسی تأیید شده، ضریب آلفای کروناخ³⁸ آن 0/77 به دست آمده است (12، 14).

تجزیه و تحلیل داده ها با کمک نرم افزار SPSS-14³⁹ و به روش مجذور خی⁴⁰ و همبستگی پیرسون⁴¹ انجام شد.

یافته ها

میانگین (و انحراف معیار) و دامنه سنی زنان به ترتیب 27/33 (4/11) و 21-34 سال و در مورد مردان به همان ترتیب

1- split-half	2- test-retest
3- International Index of Erectile Function	
4- domain	5- erectile function
6- orgasmic function	7- sexual desire
8- sexual satisfaction	9- overall satisfaction
10- sensitivity	11- specificity
12- Spouses Sexual Disclosure Scale	
13- sexual behaviors	14- sexual sensations
15- sexual fantasies	16- sexual preferences
17- meaning of sex	18- sexual accountability
19- distressing sex	20- sexual dishonesty
21- sexual delay preferences	22- abortion and pregnancy
23- homosexuality	24- rape
25- AIDS	26- sexual morality
27- sexual satisfaction	28- sexual guilt
29- sexual calmness	30- sexual depression
31- sexual jealousy	32- sexual apathy
33- sexual anxiety	34- sexual happiness
35- sexual anger	36- sexual fear
37- content	38- Cronbach α
39- Statistical Package for the Social Science-version 14	
40- chi-square test	
41- Pearson correlation coefficient	

جدول 1- آماره‌های توصیفی شاخص کارکرد جنسی زنان (FSFI) و شاخص بین‌المللی کارکرد نعوظ (IIEF)

مقیاس	متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
FSFI	میل جنسی	3/26	1/11	0/5	4/8
	تحریک جنسی	3/53	1/61	0/9	6
	لغزنده سازی	4/03	2/01	0	6
	ارگاسم	3/22	2/15	0	6
	رضایت جنسی	2/88	1/95	0/4	6
IIEF	درد	1/86	2/27	0	6
	کارکرد نعوظی	19/44	4/56	13	29
	کارکرد ارگاسمی	7/05	3/57	0	10
	رضایت جنسی	5/72	4/75	0	14
	میل جنسی	7/05	0/93	6	9
	رضایت کلی	5/33	2/47	2	10

جدول 2- آماره‌های توصیفی مقیاس خودابرازی جنسی همسران (SSDS)

متغیرها	میانگین		کمینه		بیشینه	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
رفتار جنسی	4/72	2/72	0	0	9	12
احساس جنسی	6	5/33	4	0	8	12
خیال‌پردازی‌های جنسی	4/33	2/83	1	0	9	12
ترجیح‌های جنسی	7/33	4/11	4	0	12	12
معنی رابطه جنسی	5/77	4/66	3	1	10	12
پاسخ‌گویی در رابطه جنسی	5/88	5/16	3	1	9	12
رابطه جنسی پریشانی‌آور	6/11	4/16	2	1	11	12
صداقت نداشتن در رابطه جنسی	3/66	3/05	0	0	9	8
تأخیر ترجیحی در رابطه جنسی	4/88	4/55	0	2	9	11
سقط جنین و بارداری	4/22	4/66	0	2	9	10
هم‌جنس‌گرایی	3/88	2/94	0	0	9	6
تجاوز جنسی	4/11	2/50	0	0	9	6
ایدز	2/88	1/88	0	0	9	5
اخلاق جنسی	6	4/94	0	0	9	12
رضایت جنسی	7	6/27	3	0	9	12
گناه جنسی	3/77	4/27	0	0	9	11
آرامش جنسی	6/33	6/94	3	0	9	11
افسردگی جنسی	5/55	6/83	0	0	9	12
حسادت جنسی	4	4/00	0	1	9	8
بی‌احساسی جنسی	4	5/38	0	1	9	11
اضطراب جنسی	5/11	7/05	0	4	10	12
خوشحالی جنسی	6/5	6/33	2	3	10	12
خشم جنسی	3/66	3/50	0	0	9	12
ترس جنسی	4/94	5/22	0	0	12	12
مجموع	122/83	116/88	60	38	217	239

این زمینه (23) پاول نیکلسون¹ نشان داد درصد به نسبت بالایی از آزمودنی‌های زن قادر به تجربه ارگاسم بودند و با وجود نمره بالا در ارگاسم، تحریک جنسی و لغزنده‌سازی، نمره رضایت جنسی به‌طور چشم‌گیری پایین بود که شاید علت آن نداشتن آمیزش کامل در زوج باشد.

سطح تحصیلات زنان در پژوهش حاضر به نسبت بالا بود و بیش از دو سوم آنان شاغل بودند. تحصیلات و شاغل بودن به احتمال زیاد می‌تواند روی ارتباط‌های زن تأثیر بگذارد.

مشکلات ارتباطی می‌توانند به یکی از این دلایل روی پاسخ جنسی زنان اثر بگذارند: ایجاد احساس عصبانیت، آزدگی و تنفر از نزدیکی، احساس تحقیر در مورد شریک جنسی، ترس از ناامنی و بی‌اعتباری، ترس از آسیب فیزیکی ناشی از نزدیکی، ترس از رانده شدن به وسیله شریک جنسی و ترس از آینده (15).

در مورد مردان یافته‌ها حاکی از پایین بودن نمره کارکرد جنسی و به‌ویژه پایین بودن نمره رضایت جنسی آنان بود. این امور می‌توانند به صورت چرخه‌ای بر هم تأثیر بگذارند، به این صورت که میزان پایین رضایت جنسی باعث می‌شود آنان تلاش کمتری برای آمیزش کامل جنسی (مقاربت) داشته باشند و نداشتن آمیزش کامل جنسی باعث پایین بودن رضایت مندی کلی از زندگی جنسی و رابطه جنسی می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده است ارتباط جنسی مناسب، نقش بسیار مهمی در رضایت مندی از زندگی زناشویی دارد (24).

پژوهشگران بر این باورند که افراد مبتلا به بدکارکردی جنسی، در موقعیت‌های جنسی، طرحواره‌های شناختی منفی به کار می‌برند. این طرحواره‌های شناختی، پاسخ تعاملی و هم‌زمان سیستم‌های رفتاری، هیجانی و شناختی را فرا می‌خوانند (25).

از میان عوامل متعددی که در بروز اختلال‌های جنسی در افراد متأهل نقش دارد، می‌توان به تابو بودن این موضوع در خانواده‌ها اشاره کرد. بسیاری از خانواده‌ها آموزش مسائل جنسی را تابو تلقی می‌کنند و بسیاری از دختران آگاهی اندکی از آناتومی دستگاه تناسلی خود و برقراری ارتباط جنسی مؤثر دارند.

دیگر یافته پژوهش حاضر نشان داد 94/45 درصد زنان و 66/66 درصد مردان خودابرازی جنسی متوسط و پایین داشتند. یافته‌های پژوهش دیگر (19) نشان داد زنان نسبت به

مهارت بیشتری داشتند و مردان نیز تمایل داشتند در مورد ترجیح‌های جنسی و رضایت جنسی خود با همسرشان صحبت کنند (جدول 2).

برای کاربرد آزمون χ^2 ، برای به حد نصاب رسیدن فراوانی مورد انتظار، با ادغام سطوح کارکرد جنسی (خیلی پایین با پایین و کمی پایین با متوسط)، تعداد مقوله‌ها از پنج سطح به سه سطح (پایین، متوسط و بالا) کاهش یافت. یافته‌ها نشان‌گر ارتباط میان کارکرد جنسی و UM در زنان ($p \leq 0/01$)، مردان ($\chi^2=25/3$, $df=2$, $p \leq 0/01$) خودابرازی جنسی و UM نیز در زنان ($\chi^2=12/98$, $df=2$, $p \leq 0/01$) و مردان ($\chi^2=9/33$, $df=2$, $p \leq 0/01$) رابطه داشتند.

همبستگی پیرسون نشان‌گر نبود رابطه میان کارکرد جنسی و خودابرازی جنسی در زنان ($R^2=-0/049$) و مردان ($R^2=-0/07$) بود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ازدواج‌های به وصال نرسیده با کارکرد جنسی و خودابرازی جنسی انجام شد. یافته‌ها نشان داد فقط یک آزمودنی زن کارکرد جنسی بالا داشت و دیگر آزمودنی‌ها از کارکرد جنسی متوسط و پایین برخوردار بودند. در مورد مردان نیز 88/89 درصد کارکرد جنسی پایین و کمی پایین داشتند.

پایین بودن میانگین درد در نمره کارکرد جنسی زنان به علت این است که عمل مقاربت در آزمودنی‌ها صورت نگرفته است. یافته دیگر نشان داد که با وجود پایین بودن نمره کارکرد جنسی زنان، نمره تحریک، لغزنده‌سازی و ارگاسم زنان بالا بود. این تضاد را می‌توان این‌طور تفسیر کرد که میزان علاقه به همسر و نوع رابطه و میزان صمیمیت زوج با یکدیگر و انجام امور پیش‌نوازی (بوسیدن، نوازش کردن، در آغوش گرفتن و...) و به بیان دیگر برقراردن رابطه عاطفی هنگام رابطه جنسی، باعث تحریک و لغزنده‌سازی در زنان می‌شود، ولی از سوی دیگر به دلیل ترس و اضطراب یا وجود تابوهای ذهنی در مورد رابطه جنسی با همسر، میل جنسی پایین است. همین میل پایین ممکن است یکی از علت‌های UM باشد، زیرا پایین بودن میل جنسی باعث کم شدن تعداد رابطه‌های جنسی می‌شود. نمره پایین در رضایت جنسی نیز ممکن است به دلیل نبود آمیزش کامل باشد. در پژوهشی در

- life. *Cyberpsychol Behav.* 2006; 9:46-53.
14. Eshghi R, Bahrami F, Fatehizadeh M. Determine the effectiveness of behavioral counseling. Cognitive couples on improving sexual confidence, sexual disclosure and sexual knowledge's women in the Esfahan. *News Counsel Psychol*, 2007; 6(23):83-96. [Persian]
 15. Sherbaf HR. A survey of young couples in marriage. Proceedings of the seminar on family and sexual problems. Tehran: Shahed University; 2005. [Persian]
 16. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* 1997; 49:822-30.
 17. Rosen R. The female sexual function index (FSFI). *J Marital Ther.* 2000; 26:191-208.
 18. Shahinfar S. Evaluation of treatment success and related factors in women, the marriage unconsummated sexual disorders clinic in Tehran from 1996 to 1998. [Dissertation]. [Tehran]: University of Medical Sciences and Health Services; 1999. 202p. [Persian]
 19. Mehraban D, Shabani-nia S, Naderi G, Esfahani F. Farsi international index of erectile dysfunction questionnaire, and doppler ultrasonography in the evaluation of male impotence. *J Surg.* 2006; 14:26-33. [Persian]
 20. Snell WE. The sexual self-disclosure scale. In: Davis CM, Yarber WL, Davis SL. Editors. Handbook of sexuality-related measures. Newbury Park: Sage; 2002.
 21. Snell, W. E., Jr., Belk, S. S., Papini, D. R., & Clark, S. Development and validation of the Sexual Self-Disclosure Scale. *Annals of Sex Research.* 1989; 2: 307-334.
 22. Papini DR, Clark SM, Snell WE. An evaluation of adolescent patterns of sexual self-disclosure to parents and friends. *J Adolesc Res.* 1988; 3:387-401.
 23. Paul Nikolson. What is normal about women sexual desire and orgasm. *Soc Sci Med.* 2003; 57:1735-45.
 24. Greef A, Bruyne T. Conflict management style and marital satisfaction. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26:321-34.
 25. Keighobadi S. Related to sexual function, marital adjustment and mental health of women admitted to psychiatric and psychological clinics Tehran. [Dissertation]. [Tehran]: Noor University of Tehran; 1998. 128p. [Persian]
- مردان تمایل بیشتری برای خودافشایی دارند. دلیل تمایل کمتر زنان برای خودافشایی در پژوهش حاضر می‌تواند به دلیل تابوهای اجتماعی و خانوادگی یا قضاوت‌های سوگیرانه در مورد روابط جنسی زنان باشد.
- [این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد نویسنده آخر در سال 1390 است].
- [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].
- ### منابع
1. Eftekhari Ardebili M. Relationships and sexual problems. Tehran: Publication Ghatre; 2009. [Persian]
 2. Kaplan H, Sadock B. Sex and psychosomatic disorders. Translated by Pourafkary N. Tabriz: Resalat; 1996. [Persian]
 3. Benjamin J, Sadock V, Sadock A, Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. Tehran: teimoorzadeh; 2005. [Persian]
 4. Masters W. Human sexual feelings and responses. Translated by Ohadi B. 7th ed. Isfahan: Sadeq Hedayat; 2007. [Persian]
 5. Masters W, Johnson V. Human sexual inadequacy. Boston: Little Brown Company; 1970.
 6. 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.
 7. Mehrabi F. Look of unconsummated marriages. *Daroudarman.* 1986; 33: 25-22. [Persian]
 8. Gindin LR, Resnicoff D. Unconsummated marriages: A separate and different clinical entity. *J Sex Marital Ther.* 2002; 28:85-99.
 9. Lomax-Simpson JM. Unconsummated marriage in women. *Med World.* 1960; 92:221-4.
 10. Malleson J. Sex problems in marriage with particular reference to coital discomfort and the unconsummated marriage. *Practitioner.* 1954; 172:389-96.
 11. Sturgis SH, Taymor ML, Morris T. Routine psychiatric interviews in a sterility investigation. 1957; 8(6):521-6.
 12. Whestheimer R, Loparter S. Human sexuality: A Psychology Perspective, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005
 13. Wen-bin C, Chin-Sheng W. Sexual self-disclosure in cyberspace among Taiwanese adolescents: Gender differences and the interplay of cyberspace and real

Original Article

Sexual Function and Self-disclosure in Unconsummated Marriages

Abstract

Objectives: The research goal was to study the relationship between the unconsummated marriage and couples' sexual function and sexual self-disclosure.

Method: A total of 18 couples selected via an accessible sampling method answered to Spouses Sexual Disclosure Scale (SSDS), International Index of Erectile Function (IIEF) and Female Sexual Function Index (FSFI). Data Analysis was by χ^2 test and Pearson correlation. **Results:** There was a positive significant relationship between unconsummated marriage and the couples' low sexual performance and couples' low sexual self-disclosure. The relationship between the couples' sexual performance and their low sexual self-disclosure was not significant. **Conclusion:** In couples with unconsummated marriage sexual function and sexual self-disclosure are extremely low, and these variables have interactive effects over each other.

Key words: *unconsummated marriage; sexual function; sexual self-disclosure*

[Received: 30 April 2012; Accepted: 17 October 2012]

**Hadi Bahrami^a, Mehrdad Eftekhari^b,
Alireza Kiamanesh^a, Friooleh
Sokhandani^{*}**

*** Corresponding author:** Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-88779262

E-mail: firoozeh.sokhandani@gmail.com

^a Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Tehran, Iran; ^b Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry-Faculty of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.