

فراوانی نسبی اختلالات ارگاسم و برخی از عوامل مؤثر بر آن در خانمها

زهرا سلمانی^{۱*}؛ میترا تدین^۲؛ سید کاظم علوی فاضل^۳

چکیده

زمینه: ارگاسم، اوج هیجان و لذت جنسی است که اختلال آن در خانمها احساس محرومیت و ناکامی را ایجاد کرده و می‌تواند منشأ مشکلات روحی و جسمی، ناسازگاری و اختلافات زناشویی شود و زمینه آسیب‌پذیری فرزندان را نیز فراهم کند. هدف از این مطالعه بررسی شیوع اختلال ارگاسم و عوامل مؤثر بر آن در زنان بود.

روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه خانم‌های ۱۵-۶۵ ساله مراجعه‌کننده به پلی‌کلینیک حصارک کرج در سال ۱۳۸۳-۸۴ بود. از میان مراجعه‌کنندگان، تعداد ۱۲۰۰ خانم به صورت نمونه‌گیری آسان، انتخاب و اطلاعات با روش مصاحبه و ابزار پرسشنامه استخراج گردید. برای کسب روایی و پایایی آن به ترتیب از روش اعتبار محتوی و آزمون هم‌زمان استفاده شد. تجزیه و تحلیل آماری، از طریق آزمون کای دو، من‌ویتنی و تی انجام گردید.

یافته‌ها: ۲۶/۳ درصد از مراجعین، اختلال ارگاسم داشتند. بین سن فرد، سن همسر، سن زمان ازدواج، میزان تحصیلات، آموزش بهداشت بلوغ توسط والدین، داشتن اطلاعات جنسی و رضایت زناشویی با اختلال ارگاسم، ارتباط معناداری دیده شد ($P < 0/05$). اختلالات ارگاسم با شغل و سابقه ازدواج قبلی فرد، تحصیلات همسر و تعداد دفعات مقاربت، ارتباط معناداری نداشت.

نتیجه‌گیری: طبق یافته‌های پژوهش، فراوانی اختلالات ارگاسم در جامعه نسبتاً بالا است. پیشنهاد می‌شود مسئولان به منظور کاهش این اختلال، آموزش‌های بهداشت جنسی را در مقاطع مختلف سنی در جامعه برنامه‌ریزی نمایند.

کلیدواژه‌ها: اختلالات جنسی، زنان، اختلالات ارگاسم، عوامل مؤثر

پذیرش: ۱۳۸۸/۹/۳

«دریافت: ۱۳۸۸/۵/۲۴»

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

۲. گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

۳. گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

* عهده‌دار مکاتبات: کوی کارمندان شمالی، خیابان هفتم شرقی، پلاک ۱، تلفن: ۰۲۶۱-۴۴۳۰۸۳۷

مقدمه

عوامل مؤثر بر اختلالات ارگاسم، می‌توان به عوامل جمعیت‌شناختی مانند سن، مذهب، نژاد، شغل، وضعیت تحصیلی و اجتماعی و عوامل روانشناختی نظیر جدایی والدین، خشونت، تجاوز، روابط زناشویی و اضطرابات روحی اشاره نمود (۵).

زنانی که به ارگاسم نمی‌رسند به یک زندگی ناکام تن می‌دهند و این امر، دردهای روحی و جسمی را به دنبال دارد. احساس شکست در روابط جنسی، سبب عصبانیت و ناامیدی فرد شده و احساس گناه و سرکوبی احساسات جنسی بیشتری را به دنبال خواهد داشت (۶). احساس محرومیت در امور جنسی، ریشه بسیاری از بیماری‌های روانی گردیده و به‌صورت صفات خطرناک، مانند میل به ظلم، خیانت، حسادت و فساد اجتماعی تجلی می‌کند (۷). در تحقیقی که تحت عنوان بررسی رابطه نارضایتی جنسی و طلاق صورت گرفته بود نشان داده شد که ۶۷ درصد علت طلاق‌ها به دلیل عدم آشنایی به رفتارها و تمایلات جنسی طرف مقابل بوده است (۸). فقدان اطلاعات در مورد مسایل جنسی، خطر ایجاد انواع اختلالات جنسی، رفتارهای پرخطر، بیماری‌های مقاربتی، کاهش لذت جنسی، حاملگی ناخواسته و مشکلات خانوادگی و زناشویی را افزایش می‌دهد و مطالعات متعدد، اثربخشی آموزش‌های جنسی را ثابت کرده است (۹). سازمان بهداشت جهانی، سطح دانستگی‌های جنسی ارایه‌شده کنونی برای جوانان را ناکافی دانسته و یکی از برنامه‌های اصلی این سازمان، آموزش تمامی ابعاد مسایل جنسی است (۱۰).

انسان دارای غرایز و نیازهای متعدد و فراوانی است که ستون‌های شخصیتی او را می‌سازند و ارضاء به‌موقع و به‌اندازه آن‌ها در سلامت جسم و روان وی، تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای دارد. نیاز جنسی یکی از این نیازها است. اساس خانواده که محور و هسته اصلی کلیه اجتماعات بشری است بر غریزه جنسی مبتنی است. این غریزه خود نوعی کشش دلپذیر است که زن و مرد را به سوی ازدواج کشانیده و بقاء و تداوم خانواده را تضمین می‌کند. در سایه ارضاء میل جنسی، علاوه بر نیاز جسمانی، فرد از لحاظ اخلاقی، فکری و روانی به آرامش می‌رسد (۱).

فعالیت‌های جنسی، اموری هستند که مسایل فیزیولوژیکی و روانی را در انسان به‌طور گسترده تحت تأثیر قرار می‌دهند و بدن جهت مقابله با این تغییرات، واکنش‌های خاصی را نشان می‌دهد که به‌عنوان پاسخ جنسی نامیده می‌شود. ماستر و جانسون^۱ در سال ۱۹۹۶، پاسخ جنسی را به چهار مرحله تقسیم کردند: ۱- میل جنسی، ۲- تهییج، ۳- ارگاسم^۲ و ۴- فرونشینی (۲)

ارگاسم یکی از تأثیرگذارترین و مطلوب‌ترین تجربه‌های بشری است و طبق تعریف کینزی^۳، ارگاسم اوج هدف رفتار جنسی است و تنها یک پدیده ژنیتال^۴ نمی‌باشد بلکه مانند خواب، یک معمای فیزیولوژیکی روانشناختی است (۳). ارگاسم، موجب کاهش فشار ناشی از مرحله هیجان جنسی می‌شود و هرگونه اختلال در آن موجب بروز پیامدهایی برای فرد می‌گردد (۴). از

1. Master & Jhonson

2. Orgasm

3. Kinsey

4. Genital

رضایت نسبی و بسیار) و ارزیابی عملکرد جنسی فرد (از طریق مقیاس تشخیصی شاخص عملکرد جنسی) بود. برای هر یک از نمونه‌ها اهداف پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات توضیح داده شد و آن‌ها در رد یا قبول مشارکت در مطالعه آزاد بودند. با توجه به اهداف پژوهش برای کسب اعتبار علمی و اعتماد پرسشنامه، به ترتیب از روش اعتبار محتوی و از روش آزمون هم‌زمان استفاده شد. روش‌های آزمون آماری شامل کای دو، تی و من‌ویتنی بود.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۲۰۰ زن متأهل (۶۵-۱۵ ساله) شرکت کردند که میانگین سنی آن‌ها $29/9 \pm 7/8$ سال، میانگین سنی همسرانشان $43/66 \pm 8/5$ سال، متوسط طول مدت ازدواج آن‌ها $10/88 \pm 8/46$ سال و متوسط تعداد فرزندان آن‌ها $1/68 \pm 1/5$ نفر بود. ۱۱/۵ درصد از خانم‌ها شاغل و بقیه خانه‌دار بودند.

شیوع اختلالات ارگاسم در این مطالعه ۲۶/۳ درصد مشاهده شد.

سن فرد، سن همسر فرد و سن زمان ازدواج فرد، ارتباط معناداری با اختلالات ارگاسم داشت (جدول ۱).

فراوانی میزان تحصیلات در حد سیکل و دیپلم در گروه دارای اختلال، ۲۶/۳ در مقابل ۳۲/۸ درصد در گروه بدون اختلال بود و فراوانی افراد بی‌سواد در گروه دارای اختلال، ۲/۸ درصد و در گروه دیگر، ۱/۹ درصد بود. افراد دارای تحصیلات کم‌تر، اختلالات ارگاسم را به میزان بیشتری نشان دادند ($P < 0/02$).

با توجه به مطالب بیان‌شده، کسب سلامت جنسی در جامعه، مستلزم آگاهی و اشراف بر وضعیت امور جنسی در جامعه است. احساس نیاز به این آگاهی از یک سو و خلأ موجود در زمینه وضعیت بهداشت جنسی جامعه از سوی دیگر، ما را بر آن داشت تا تحقیق حاضر را به‌منظور بررسی فراوانی اختلالات ارگاسم و بعضی از عوامل مؤثر بر آن در زنان ۶۵-۱۵ ساله مراجعه‌کننده به پلی‌کلینیک حصارک کرج در سال ۸۴-۱۳۸۳ انجام دهیم.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی است و جامعه پژوهش شامل کلیه خانم‌های مراجعه‌کننده به واحد مراقبت‌های بهداشت مادر و کودک، تنظیم خانواده و مراقبت‌های سالیانه زنان درمانگاه پلی‌کلینیک تخصصی حصارک کرج بود. از بین جامعه مذکور ۱۲۰۰ نفر به‌روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. کسانی که حداقل یک‌سال از ازدواجشان گذشته و دارای همسر بودند شرایط ورود به تحقیق را داشتند. وجود هر نوع بیماری سیستمیک، استفاده از دارو در حال حاضر، داشتن بیماری‌های روحی روانی شناخته‌شده در فرد و همسر او داشتن بیماری‌ها و سابقه جراحی زنان از شرایط خروج از مطالعه بود.

روش گردآوری داده‌ها شامل مصاحبه و ابزار پرسشنامه بود. سؤالات پرسشنامه شامل چهار قسمت اطلاعات زمینه‌ای مربوط به فرد، اطلاعات مربوط به همسر فرد، میزان رضایت زناشویی (از طریق پرسشنامه انریچ، شامل چهار بخش نارضایتی بسیار و نسبی و

جدول ۱- میانگین سن فرد، سن همسر فرد و سن زمان ازدواج فرد

متغیر	اختلال ارگاسم		Pvalue
	ندارد	دارد	
میانگین سن فرد	۲۹/۵	۳۰/۹۴	۰/۰۰۴
میانگین سن همسر فرد	۳۴/۱۷	۳۶/۲۲	۰/۰۰۱
میانگین سن ازدواج	۱۹/۱۲	۱۸/۶۶	۰/۰۰۱

جدول ۲- توزیع فراوانی نسبی اختلالات ارگاسم، برحسب منبع

منبع کسب اطلاعات جنسی فرد	اختلالات ارگاسم		جمع
	ندارد	دارد	
دوست	۲۷	۲۲/۸	۲۵/۹
کتاب و رسانه	۱۵/۷	۲/۳	۱۴/۸
خواهر	۱۲	۱۰/۱	۱۱/۵
مادر	۹/۴	۶/۶	۸/۷
معلم	۲	۱/۶	۱/۹
بدون منبع	۲۳/۸	۴۶/۵	۳۷/۲
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

در این مطالعه، ۲۶/۷ درصد افراد، دارای آموزش بهداشت بلوغ توسط والدین بودند. بین اختلالات ارگاسم و آموزش بهداشت بلوغ توسط والدین فرد، ارتباط معناداری مشاهده گردید ($P < 0/001$).

در این تحقیق، رابطه بین داشتن اطلاعات جنسی با اختلالات ارگاسم معنادار بود ($P < 0/001$) به طوری که در گروه دارای اختلال، افرادی که هیچ گونه منبعی برای کسب اطلاعات جنسی نداشتند تقریباً دو برابر همین افراد در گروه بدون اختلال بودند. منبع کسب اطلاعات جنسی از طریق دوستان، بیشترین درصد را نسبت به منابع دیگر به خود اختصاص داده است (جدول ۲).

میزان نارضایتی بسیار در روابط زناشویی در گروه دارای اختلال، سه برابر بیشتر از گروه بدون اختلال بود و میزان رضایت بسیار در گروه بدون اختلال، دو برابر گروه دیگر بود. بین اختلالات جنسی و رضایت زناشویی، ارتباط معناداری مشاهده شد ($P < 0/001$).

میانگین تعداد دفعات مقاربت در افراد دارای اختلال، هر ۷/۵ روز یکبار و در افراد نرمال، هر ۴/۹ روز یکبار بود که دارای ارتباط معناداری با اختلالات ارگاسم نبود.

بیشترین رضایت جنسی از مدت زمان هر سه روز یکبار بود.

در این تحقیق، شغل فرد، سابقه ازدواج قبلی فرد و تحصیلات همسر فرد دارای ارتباط معنادار با اختلالات ارگاسم نبوده است.

بحث

میزان شیوع اختلالات ارگاسم در جمعیت مورد مطالعه حاضر، ۲۶/۳ درصد بود. بخش سایکولوژی آتلانتا، شیوع کلی اختلالات ارگاسم را در حدود ۳۳ درصد تخمین میزند (۱۱). در تحقیقی دیگر این اختلال ۲۸-۲۲ درصد گزارش شده است (۱۲). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به ارگاسم نرسیدن زنان را در ایران ۴۳-۲۳/۵ درصد اعلام نموده است (۱۳). در پژوهش دیگر، شیوع اختلالات ارگاسم، ۴۰-۱۰ درصد گزارش شده

می‌توان گفت مجموعه عوامل یادشده از دلایل ارتباط مستقیم افزایش سن بر اختلالات ارگاسم در تحقیق حاضر است.

نتایج این تحقیق، اختلاف معناداری را بین سن همسر فرد با اختلالات ارگاسم نشان داد. در طی مطالعاتی مشاهده شد که افزایش سن، سبب کاهش تمایلات جنسی و افزایش اختلالات مربوط به نعوظ در مردان می‌شود (۲۳). لومن معتقد است افزایش سن در مردان، موجب اختلالات جنسی و روانشناختی در آنها می‌گردد (۲۴). با توجه به این که مشکلات جنسی آقایان در عملکرد جنسی خانمها مؤثر است (۲۵)، لذا این تحقیق نیز افزایش سن همسر فرد را یکی از عوامل مؤثر بر اختلال ارگاسم در خانمها نشان داد.

نتایج تحقیق نشان داد افزایش سن ازدواج فرد، ارتباط معناداری با اختلالات ارگاسم دارد. معروضی در مطالعات خود سن بالاتر فرد هنگام ازدواج را با رضایت جنسی در ارتباط می‌داند (۲۶). به نظر می‌رسد سن بالاتر افراد هنگام ازدواج، سبب کسب تجربه بیشتر در زندگی و نیز شناخت و انتخاب بهتر زوج می‌گردد.

اختلاف معناداری بین اختلالات ارگاسم و سطح تحصیلات فرد در این تحقیق دیده شد. تحقیقات نشان می‌دهد رابطه سطح تحصیلات پایین با اختلالات ارگاسم معنادار است (۲۷). لومن و همکاران معتقدند با افزایش سطح تحصیلات، میزان اختلالات جنسی کاهش می‌یابد (۲۸). هافر در این راستا اظهار می‌دارد که سطح تحصیلات بالا با اختلالات جنسی در خانمها رابطه

است (۱۴). مسایل جنسی و اختلالات مربوط به ارگاسم، یکی از شایع‌ترین مشکلات کلینیک‌های روانشناسی است، طوری که میزان آنرا ده‌برابر دیگر اختلالات روانی اعلام نموده‌اند (۶ و ۱۲). این اختلال، ضمن تأثیرپذیری از عوامل مختلف، می‌تواند موجب آسیب‌های جسمی و روحی در فرد گشته و متعاقب آن سبب مشکلاتی در کانون خانواده گردد (۱۵). لذا با توجه به شیوع به‌دست‌آمده در این تحقیق، لزوم بررسی و تفحص بیشتر در شناخت عوامل مؤثر بر این اختلال، به‌منظور کاهش میزان آن در جامعه مشخص می‌گردد.

در این مطالعه، اختلالات ارگاسم با افزایش سن، ارتباط مستقیم نشان داد. ترودل^۱ و دنرشتاین^۲ از مطالعاتشان نتیجه گرفتند که با افزایش سن، میزان اختلالات جنسی افزایش می‌یابد (۱۶ و ۱۷). در همین راستا لومن نیز اظهار می‌کند که افزایش سن، عامل مؤثر در اختلالات ارگاسم است (۱۸). از طرفی در طی تحقیقاتی که توسط استال هافر و همکاران انجام شد آن‌ها نتیجه گرفتند با افزایش سن، اختلالات مربوط به ارگاسم کم‌تر می‌شود (۱۹). کاپلان اظهار می‌کند با بالا رفتن سن، دستیابی به ارگاسم بیشتر می‌شود و استعداد ارگاسمی زنان در سنین بالای ۳۵ سال افزایش می‌یابد. این امر به کاهش مهارهای روانی و افزایش تجربه جنسی و یا هر دو نسبت داده شده است (۲۰). با توجه به این که افزایش سن، تغییرات روانی و اجتماعی را در فرد به دنبال داشته (۲۱) و جامعه نیز نگرش و تصورات منفی نسبت به رفتارهای جنسی در سنین بالا دارد (۲۲) لذا

1. Trudell

2. Dennerstein

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با افزایش اطلاعات جنسی فرد، اختلالات ارگاسم، به طور معناداری کاهش پیدا می‌کند. کوان و همکاران نیز رابطه میزان اطلاعات جنسی فرد را با رضایت جنسی معنادار یافتند (۳۱). در تحقیقات به عمل آمده، مشخص شده است که ۵۰ درصد از مشکلات جنسی و مسایل مربوط به آن در نتیجه عدم وجود اطلاعات فرد یا نادرستی آن‌ها در مورد مسایل جنسی می‌باشد (۳۲). طبق جدول ۲ فراوانی افراد فاقد اطلاعات جنسی در گروه دارای اختلالات ارگاسم، ۴۶/۵ درصد و در گروه بدون اختلال، ۳۲/۸ درصد بود که تأثیر این عامل را بر اختلالات ارگاسم مشخص می‌نماید. فقدان اطلاعات کافی در مورد بهداشت جنسی و وجود باورهای غلط در مورد آن از شایع‌ترین عوامل اختلالات کنشی جنسی هستند (۳۳). طبق جدول مزبور، بیشترین منبع کسب اطلاعات جنسی، مربوط به منبع دوستان بوده است و سهم خانواده در این زمینه کم‌تر است. گفته شده که رد و بدل کردن اطلاعات جنسی در بین دانش‌آموزان، دارای دامنه وسیع بوده و این اطلاعات، اغلب غیرواقعی و ناقص است (۳۴). والدین به دلیل شرم و حیا و یا غفلت از رشد فرزندان در اثر مشغله زیاد، مسئولیت خویش را فراموش کرده و آن را به سایر افراد، مانند دوستان یا معلمان واگذار می‌کنند (۳۳). والدین، اغلب معتقدند آموزش بهداشت جنسی به جوانان منجر به تجارب جنسی می‌شود درحالی‌که آگاهی و بینش صحیح از این مسأله، آن‌ها را از عواقب وخیم آن آگاه خواهد کرد (۳۵). با توجه به نتایج این تحقیق، ضرورت دارد

معکوس دارد (۱۹). در مطالعه حاضر نیز تحصیلات به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر این اختلال مشاهده شد. شاید بتوان گفت تحصیلات بالاتر، سبب تغییر در نگرش و بینش فرد نسبت به مسایل اجتماعی، فرهنگی و روانشناختی می‌شود و از جهات مختلف می‌تواند بر امورات جنسی مؤثر باشد.

این پژوهش، ارتباط بین اختلالات ارگاسم و آموزش بهداشت بلوغ توسط والدین را معنادار نشان داد. آنکتا^۱ اظهار می‌دارد که آموزش بهداشت بلوغ، به خصوص از طریق والدین با کاهش خطر و اختلالات جنسی در نوجوانان همراه است (۲۹). فورکوری^۲ و همکاران معتقدند نگرش پدر و مادر و اهمیت آن‌ها به مسایل بهداشت جنسی و بلوغ فرزندان، بر عملکرد جنسی آن‌ها مؤثر است (۳۰). پژوهش حاضر، ۲۹/۸ درصد از افراد بدون اختلال، دارای آموزش بهداشت بلوغ توسط والدین خود بودند درحالی‌که این رقم در گروه دچار اختلال، ۱۸ درصد بود این نتیجه هم‌سو با تحقیقات دیگر است. با این‌که از والدین (به خصوص مادران) به عنوان مهم‌ترین ارایه‌دهنده اطلاعات بهداشت بلوغ و قاعدگی برای فرزندان دختر یاد می‌شود (۳۰) اما در این تحقیق تنها ۲۶/۷ درصد دختران از آموزش بهداشت بلوغ، توسط خانواده برخوردار بودند. با توجه به درصد یاد شده، نقش والدین در جامعه نسبت به مسایل بهداشت بلوغ فرزندان کم‌رنگ است. این مسأله لزوم افزایش سطح آگاهی و نگرش والدین را به شیوه‌های گوناگون آموزش بهداشت بلوغ نشان می‌دهد.

شناخت و توجه به امورات جنسی و عوامل مؤثر بر آن از اهمیت خاصی در زندگی برخوردار است.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این تحقیق، تأثیر خانواده بر امور جنسی فرد و نمود کم‌رنگ آن در جامعه تا حدودی مشخص می‌گردد. لذا پیشنهاد می‌شود که مسئولان، آموزش‌های مربوط به امور بهداشت جنسی را با توجه به سن و درک افراد از مقاطع پایین تحصیلی شروع نمایند. همچنین لازم است آموزش‌هایی را در این زمینه، هم‌زمان از طریق انجمن اولیا و مربیان برای والدین ترتیب دهند. اقدام به برگزاری کلاس‌های آموزشی برای زوجین قبل از ازدواج در سطح مراکز بهداشتی درمانی نیز یکی دیگر از برنامه‌های مفید است.

مدارس و مراکز آموزشی، اقدامات خاصی را در مورد آموزش جوانان در مقاطع و سنین متفاوت، اعمال و والدین را نیز در خصوص لزوم آموزش فرزندان توجیه نمایند.

در مطالعه حاضر، بین رضایت زناشویی و اختلالات ارگاسم، ارتباط معناداری دیده شد. پژوهشی در آمریکا نشان داد که رضایت زناشویی در افراد به رضایت جنسی وابسته است (۳۶). گیو و هونگ^۱ در مطالعات گذشته‌نگر خود در زوجین چینی دریافتند که رضایت جنسی، تأثیر قابل‌توجهی بر رضایت زناشویی دارد (۳۷). در این تحقیق، حداکثر میزان رضایت‌مندی در گروه بدون اختلال ارگاسم، دو برابرگروهی بود که این اختلال را داشتند. از آنجایی که زندگی زناشویی سعادتمند، مستلزم داشتن روابط جنسی رضایت‌بخش است (۳۸) لذا طبق این تحقیق، به‌منظور بالا بردن رضایت زناشویی،

References:

1. Safi A. [Normal household (Persian)]. 2nd ed. Tehran; Parents and Teachers Association IRIB 2002:11-23
2. Mah K, Binik YM. The nature of human orgasm: A critical review of major trends. *Clinical Psychology Review* 2000; 21(6): 823-56.
3. Klein M. *Beyond orgasm: Dare to be honest about the sex you really want.* 1st ed. New York; Celestial Arts 2002:87.
4. Walters S. Sexual satisfaction predicts quality of life. *Sexuality and Disability* 1998; 16(2):103-15.
5. Singh D, Meyer W, Zambarano RJ, Hurlbert DF. Frequency and timing of coital orgasm in women desirous of becoming pregnant. *Arch Sex Behav* 1998; 27(1):15-29.
6. Gurit B, Birnbaum G, Glaubman H, Mikulincer M. Women's experiences of hetero sexual intercourse scale construction, factor structure, and relations to orgasmic disorder. *The Journal of Sex Research* 2001; 38:191-204.
7. Ohadi B. [sexual desire & behavior in human (Persian)]. 3th ed. Isfahan; Atropat 2001: 15-36 .
8. Frootan M. [Evaluate relation divorce & sexual unsatisfaction in Lar ' women (Persian)]. The 2nd congress on family and sexual health. Tehran 2005.
9. Brryman J, Smyth P K, Taylor A, Lamont A, Joiner R. *Developmental psychology and you* .2nd ed. BPS Blackwell 2002; 257-9.
10. Thistle S, Caroline R. Sex and relationship education .*Journal of Nursing Standard* 2000; 17: 44-65.
11. Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *J Postgrad Med* 2009; 55(2):113-20.
12. Moreira ED, Glasser DB, King R, Duarte FG, Gingell C. Sexual difficulties and help-seeking among mature adults in Australia: results from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Sex Health* 2008; 5(3):227-34.
13. Salari M, Karbasi T, Yasini M, Bashardoost N. [relative frequency of sexual dysfunction in married women of Yazd (Persian)]. The 2nd congress on family and sexual health. Tehran 2005.
14. Deborah S. Woman and sex what is dysfunction. *American psychological Association (APA)* 2003; 34 (4).
15. Araujo AB, Durante R, Feldman HA, Goldstein I, McKinlay JB. The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosom Med* . 1998; 60(4):458-65.
16. Trudel G, Turgeon L, Pich L. Marital and sexual aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy* 2000; 15:381-406.
17. Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, Dudley E, Burger H. Hormones , mood sexuality, and the menopausal transition. *Fertile Sterile* 2002; 77(suppl 4): S42-8.
18. Mark H, Beers T, Berkwits M. sexual dysfunction in women. *The Merck Manual of Griiatrics*. 3st ed. Merc &co Inc 2000-2005: Sec.14,ch116.
19. Stulhofer A, Gregurovic M, Pikic A, Galic I. Sexual problems of urban women in Croatia: Prevalence and correlates in a community sample. *Croat Med J* 2005; 46(1): 45-51.
20. Kaplan H, Sadock B. Abstract of clinical psychiatric and behavior psychiatric. Rafee H. (Persian translator). 1st ed. Thehran; Arjmand Company 2005: 49-51.
21. Lesley AY, Sundquist KJ. Older woman's sexuality. *MJA* 2003; 178(12):640-3.
22. Bancroft J. Biological factors in human sexuality. *J Sex Res* 2002; 39(1):15-21.
23. Litwin MS, Nied RJ, Dhanani N. Health related quality of life in men with erectile dysfunction. *J Gen Intern Med* 1998; 13(3): 159-66.
24. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wang T. Sexual problems among women and aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and

- behaviors. *Int J Impot Res* 2003; 17(1):39-57.
25. Greenstein A, Abramov L, Matzkin H, Chen J. Sexual dysfunction in women partners of men with erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2006; 18(1):44-6.
26. Maroozi P. [evaluation marital satisfaction in workpeople and housewife women in Gonabad city.(Persian)]. The 2nd congress on family and sexual health. Tehran 2005.
27. Philips NA. female sexual dysfunction: evaluation and treatment. *Am fam Physician* 2000;62(1):127-36/141-2.
28. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*1999; 281(6):537-44.
29. Ancheta R, Hynes C, Shriller L. Reproductive health education and sexual risks among high risk female adolescent and young adults. *Journal of pediatric and Adolescent Gynecology* 2005; 18(2):105-10.
30. Forcoroy JL. Female sexual dysfunction: potential for pharmacotherapy. *Drugs* 2003; 63(14):1445-57.
31. Kwan KS, Roberts LJ, Swalm DM. Sexual dysfunction and chronic pain: The role of psychological variables and impact on quality of life. *Eur J Pain* 2005; 9(6):643-52.
32. Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men & women. *Curr Psychiatry Rep* 2000; 2: 189-95.
33. Dadfar M. [evaluation effect of psychological factor on sexual dysfunction.(Persian)]. The 2nd congress on family and sexual health. Tehran 2005.
34. Santelli J, Kaiser J, Hirsch L, Radosh A, Simkin L, Middlestadt S. Initiation of sexual intercourse among middle school adolescents: the influence of psychosocial factors. *J Adolesc Health* 2004; 34(3): 200-8.
35. Huebner A J, Howell LW. Examining the relationship between adolescent sexual risk-taking and perception of monitoring communication and violent television exposure and adolescent risk parenting style. *Journal of Adolescent Health* 2003; 33(2):71.
36. Young M, Denny G. Sexual satisfaction among married women. *American Journal of Health Studies* 2000; 16: 73-84.
37. Guo B, Huang J. Marital and sexual satisfaction in Chinese families: exploring the moderating effects. *J sex Marital Ther* 2005; 31(1):101-6.
38. Mazur A, Muller U, Krause W, Booth A. Cause of sexual decline in aging married men Germany and American. *Int. J import Res* 2002;14(2):101-6.