

کامیابی و ناکامی در رابطه جنسی: تبیین تجربه زنان ایرانی

مریم نکولعل تک^۱، زهره کشاورز^۲، معصومه سیمبر^۳، علی محمد نظری^۴، احمد رضا باغستانی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: ارگاسم یک پدیده فردی است؛ که در هاله اغراق و ایده آل گرایی فیلم‌های جنسی بر مردم و درمانگران مشتبه شده است. این مطالعه به تبیین تجربه زنان ایرانی از رسیدن و نرسیدن به ارگاسم و پیامدهای آن بر رابطه جنسی پرداخته است.

روش: این مطالعه کیفی، به روش تحلیل محتوا انجام شد. مصاحبه‌های عمیق فردی با ۲۰ زن متأهل به اشباع داده‌ها منجر شد. نمونه‌گیری به شیوه هدفمند در محیط دو درمانگاه عمومی در شهر تهران انجام گرفت. از شیوه تحلیل محتوای متعارف جهت آنالیز داده‌ها استفاده شد. صحت و استحکام داده‌ها از طریق معیارهای لینکلن و گوبا حاصل گردید.

یافته‌ها: نتایج حاصل از داده‌ها در ۳ طبقه، ۸ زیر طبقه و ۴۶ کد تبیین شد. احساس کامیابی در دستیابی به ارگاسم، احساس ناکامی در عدم دستیابی به ارگاسم و همبازی همسر، ۳ طبقه اصلی در این مطالعه بودند. ارگاسم در افراد منجر به احساس کامیابی می‌شد؛ که با حالات خوشایند رهایی، هیجان یا عشق و پیامدهای مثبتی چون آرامش، صمیمیت، شادابی و سرزندگی همراه بود. فقدان ارگاسم، احساس ناکامی همراه با علائم جسمانی و روانی شامل درد، عصبی بودن، پرخاشگری و پیامدهای منفی چون حسادت به ارگاسم شوهر و پشیمانی از ازدواج را به دنبال داشت.

نتیجه‌گیری: برای پیشگیری و درمان اختلال ارگاسم در زنان، توجه شود که دستیابی زن به ارگاسم ممکن است عمدتاً با حالات خوشایند روانی همراه باشد و تغییرات جسمانی، واضح یا ملموس نباشند، درعین حال عدم دستیابی به ارگاسم می‌تواند سبب بروز علائم مبهم جسمی یا روانی شود. آموزش زوجها در جهت گفتگوی جنسی و تعامل و همبازی بیشتر زن و شوهر نقش مؤثری در دستیابی زن به ارگاسم دارد.

کلیدواژه‌ها: ارگاسم، زن، رضایت جنسی، ارتباط جنسی، مطالعه کیفی

ارجاع: نکولعل تک مریم، کشاورز زهره، سیمبر معصومه، نظری علی محمد، باغستانی احمد رضا. کامیابی و ناکامی در رابطه جنسی: تبیین

تجربه زنان ایرانی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۸؛ ۸(ویژه نامه): ۱۳-۱.

تاریخ چاپ: ۹۸/۶/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۶/۵/۹

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۲/۱

- ۱- استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۲- دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۳- استاد، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۴- دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران
- ۵- استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: keshavarzzohre@yahoo.com

نویسنده مسئول: زهره کشاورز

مقدمه

هنوز هم ارگاسم زن یکی از معماهای پزشکی است (۱). دیدگاه‌های مختلفی در مورد ارگاسم (اوج کامش) زن در جامعه انسانی وجود دارد. برخی مردم ارگاسم را پدیده‌ای رمزآلود و عرفانی می‌دانند که نباید در آن کنکاش کرد، دانشمندان بیولوژی در تلاش برای کشف منشأ ارگاسم در بدن زن هستند و صنایع داروسازی در جستجوی دارو برای تسهیل ارگاسم زن می‌باشند (۲).

ارگاسم یک احساس گذرا از اوج لذت جنسی است. ارگاسم در مرد اغلب همراه با انزال می‌باشد که باعث می‌شود این رویداد قابل تشخیص‌تر شود، اما در زنان رسیدن به ارگاسم به آسانی مردان نیست و شناخت این که ارگاسم رخ داده است برای برخی زنان دشوار می‌باشد (۳). ارگاسم هر زن با زن دیگر و ارگاسم زن در طول زندگی خودش، متنوع است (۴).

رویکردهای مختلفی در برخورد با مسائل جنسی وجود دارد. یکی از آن‌ها، رویکرد زیستی، روانی و اجتماعی است که توسط Rossi مطرح شد؛ مبنای این رویکرد، تعامل و اثرگذاری سه بعد زیستی، روانی و اجتماعی بر امور جنسی انسان بود (۵). در این چهارچوب می‌توان عوامل مؤثر بر ارگاسم را این گونه دسته‌بندی کرد:

ابعاد زیستی (عوامل جسمانی و داروها) که بر ارگاسم زن مؤثرند عبارت‌اند از: واریاسیون در فیزیولوژی و نورواناتومی کلیتوریس و دیواره قدامی واژن (۶)، ضخامت فضای یورتروواژینال (۷)، فاصله کلیتوریس تا مآتوس (۸) این عوامل جسمی ممکن است توجیه کننده این باشند که چرا برخی زنان راحت‌تر و برخی سخت‌تر به ارگاسم می‌رسند (۹)؛ همچنین داروها و در سرده‌ها SSRI ها با تأخیر در ارگاسم، هم در زنان و هم در مردان همراه بوده‌اند (۱۰).

ابعاد روان‌شناختی شامل عوامل فردی و ارتباطی، نیز ممکن است بر تجربه ارگاسم زن مؤثر باشد. عوامل فردی همچون درون‌گرایی، بی‌ثباتی عاطفی، باز نبودن نسبت به تجربه جدید (۱۱)، احساس گناه از لذت بردن (۱۲)، اضطراب و افسردگی (۱۳) و احساسات ضد مردانه (۱۴)، ممکن است در رسیدن به ارگاسم زن، اشکال ایجاد کند. همچنین افکار و

عواطف مثبت و منفی زن در حین رابطه جنسی در وقوع یا عدم وقوع ارگاسم وی مؤثر است (۱۵).

مشکلات ارتباطی بین زن و شوهر و ناتوانی در گفتگو با همسر در مورد فعالیت‌های جنسی، در زنانی که مشکل ارگاسم دارند دیده می‌شود (۱۶، ۱۷)، همچنین میزان سرزنش و کمبود پذیرش در روابط زوجی زنانی که مشکل ارگاسم دارند، بیشتر گزارش شده است (۱۸). در عوض زوج‌هایی که تعداد روابط جنسی بیشتری دارند و اعمال جنسی متنوع‌تری را باهم تجربه می‌کنند، ارگاسم و رضایت جنسی بیشتری دارند (۱۹).

ارگاسم با معانی فرهنگی اجتماعی نیز مرتبط است (۲۰). عوامل فرهنگی اجتماعی و اسطوره‌های جنسی موجود در فضای جامعه، ممکن است بر ارگاسم زن اثر بگذارد (۲۰، ۱۲). پیامدهای ارگاسم در زندگی مشترک قابل توجه است. ارگاسم یا عدم ارگاسم زن بر احساس سازگاری جنسی با همسر و رضایت جنسی اثرگذار می‌باشد (۲۱-۲۳)؛ و افزایش رضایت جنسی منجر به رضایت از رابطه زوجی و شادکامی در زندگی می‌گردد (۲۴).

مطالعات انجام شده در ایرانی در مورد ارگاسم زن پرشمار نیستند و مطالعات کیفی بسیار اندک‌اند. در پژوهشی سازه‌های ارگاسم از دیدگاه زنان ایرانی بررسی شد؛ و مفهوم عشق رمانتیک به‌عنوان اصلی‌ترین تعبیر زنان از لذت جنسی ذکر گردید (۲۵). سایر مقالات ایرانی در زمینه ارگاسم با شیوه کمی انجام شده بود. تدین نجف‌آبادی شیوع اختلال عملکرد ارگاسم زن را در ۱۲۰۰ زن مراجعه‌کننده به یک کلینیک در کرج، بیش از یک چهارم (۲۶/۳٪) گزارش کرد (۱۳). در تحقیق درویش مفرد کاشانی و همکاران، گیاه بادرنبویه برافزایش میل جنسی و ارگاسم زنان شرکت‌کننده اثرگذار بود (۲۵). تعاونی و همکاران، یک کار آزمایشی بالینی بر ۸۰ زن یائسه انجام دادند و آفرودیت را در درمان اختلال عملکرد ارگاسم مؤثر دانستند (۲۶). مطالعه مقایسه‌ای اکبرزاده و همکاران سیلد نافیل و عصاره سنجد را در کاهش اختلال ارگاسم زن مؤثر گزارش کرد (۲۷). مطالعه نعمتی و نظری، یک کار آزمایشی بالینی با حضور گروه کنترل بود؛ که بر مؤثر بودن درمان شناختی رفتاری در درمان اختلال ارگاسم زنان

این تحقیق بخشی از پایان نامه دکتری تخصصی بهداشت باروری بود؛ که با کسب مجوز و دریافت کد اخلاقی (SBMU2.REC.1394.73) از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی در سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۶ انجام شد. مطالعه حاضر با روش تحلیل محتوا انجام گرفت. رضایت آگاهانه کتبی یا شفاهی از کلیه مشارکت‌کنندگان اخذ گردید. پس از توضیح در مورد هدف و ضرورت مطالعه، پژوهشگر التزام خود را به رعایت کلیه اصول اخلاقی مانند رازداری، حفظ بی‌نامی و اجازه قطع یا ترک مطالعه و دسترسی به مطالبی که بیان کرده‌اند؛ به شرکت‌کنندگان یادآوری شد. محیط پژوهش شامل ۲ درمانگاه عمومی در شهر تهران بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند در بین زنان متأهل آغاز گردید و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. طول مدت مصاحبه با توجه به تمایل شرکت‌کننده، بین ۲۰ تا ۶۰ دقیقه متفاوت بود. مصاحبه‌های فردی به صورت بدون ساختار و با یک سؤال کلی (ارگاسم یا ارضا شدن را چگونه توصیف می‌کنید) آغاز شد و به تدریج به سمت سؤالات بیشتر و عمیق‌تر پیش رفت. شرکت‌کنندگان این تحقیق، ۲۰ خانم متأهل با تنوع در سن، شغل، تحصیلات، مدت ازدواج، تعداد فرزندان بودند. این افراد به دلایل طبی به درمانگاه و پزشک عمومی مراجعه کرده بودند و بعد از اتمام ویزیت، توسط منشی درمانگاه، جهت شرکت در این تحقیق دعوت و راهنمایی شدند. محیط مطالعه دو درمانگاه عمومی در شهر تهران بود؛ و یک اتاق ساکت و بدون رفت‌وآمد در درمانگاه به عنوان مکان انجام مصاحبه انتخاب شد.

معیارهای ورود به این تحقیق، خانم‌های متأهل، ساکن در تهران، مسلط به زبان فارسی و علاقه‌مند به شرکت در پژوهش؛ که توانایی برقراری ارتباط و بیان تجارب زندگی جنسی خود را داشتند و حداقل یک سال از زندگی مشترکشان می‌گذشت، بود. برای حداکثر سال‌های زندگی مشترک سقفی در نظر گرفته نشد. معیار خروج از مطالعه خود اظهاری فرد مبنی بر وجود بیماری جسمی یا روانی و یا مصرف داروی اثرگذار بر عملکرد جنسی بود.

تأکید داشت (۲۸). سلمانی و همکاران نیز پس از انجام یک مرور متون بر مطالعات مختلف از سال ۱۹۷۰ تا ۲۰۱۴ گزارش کردند، ۹۰ درصد درمان‌های اختلال ارگاسم غیر دارویی بوده‌اند؛ و توصیه کردند در درمان اختلال ارگاسم به عوامل فرهنگی توجه شود (۲۹).

تحقیق حاضر به مقوله ارگاسم زن در چهارچوب ازدواج رسمی می‌پردازد؛ زیرا در فرهنگ ایرانی اسلامی، ازدواج و تشکیل خانواده امری محبوب و سنتی پسندیده است (۳۰)؛ و ارگاسم بر رضایت از ازدواج اثرگذار می‌باشد (۳۱)؛ اما باوجودی که اختلال ارگاسم بیش از یک چهارم جمعیت زنان ایرانی را درگیر کرده است (۱۴، ۳۲) به دلیل حساسیت‌های فرهنگی، تاکنون مطالعات انگشت شماری در زمینه ارگاسم زن در ایران انجام شده است (۳۰-۲۸)؛ همچنین علیرغم این که مسائل فرهنگی و زمینه‌ای در ارگاسم زن مؤثرند و توصیه می‌شود در درمان اختلال ارگاسم به آن‌ها توجه شود (۳۳)، مطالعات کیفی منطبق بر فرهنگ بومی در زمینه ارگاسم محدودند، در حالی که ارگاسم زن یک پدیده مرتبط با دنیای درونی زن محسوب می‌شود؛ و به نظر می‌رسد روش‌های کیفی، بهتر از روش‌های کمی بتوانند این پدیده فردی را تبیین کنند. از طرفی ارگاسم زن پدیده‌ای است که در هاله اغراق و ایده آل‌گرایی فیلم‌های جنسی بر مردم و درمانگران مشتبه شده است (۳۴)؛ لذا تحقیق حاضر به تبیین تجربه زنان ایرانی از رسیدن و نرسیدن به ارگاسم و پیامدهای آن در رابطه جنسی می‌پردازد.

روش

در ده سال گذشته، محققان علاوه بر مطالعات کمی به مطالعات کیفی نیز پرداخته‌اند و با تأکید بر پیچیدگی مسائل، به جای تجزیه و تحلیل اعداد، بر توصیف غنی متمرکز شده‌اند. همچنین مطالعات ترکیبی در این حیطه رو به افزایش است (۳۵، ۳۶). این مقاله بخشی از نتایج یک مطالعه ترکیبی، در مورد سازگاری جنسی زوج بود. در بین عوامل مؤثر بر سازگاری جنسی زوج، دستیابی زن به ارگاسم توسط اکثریت شرکت‌کنندگان تأکید شد. لذا در قدم بعدی مطالعه، تبیین ارگاسم، مدنظر محققین قرار گرفت.

به منظور حفظ محرمانگی و گمنامی، در این تحقیق اسامی مستعار برای شرکت کنندگان انتخاب شد. استفاده از نام مستعار در دیگر مقالات کیفی نیز مرسوم بوده است (۴۰-۳۷).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا صوت مصاحبه‌ها پس از پیاده کردن و تایپ دقیق وارد نرم افزار مکس کیودا ۱۰ (MAXQDA 10) شد. روش تحلیل داده‌ها در این مطالعه، تحلیل محتوای متعارف بود. Hsieh و Shannon بیان می کنند که تحلیل محتوای متعارف معمولاً زمانی به کار می رود که هدف مطالعه توصیف یک پدیده باشد. در این رویکرد، محققان از طبقات از پیش تعیین شده استفاده نمی کنند و در عوض اجازه می دهند که طبقات و نام آن‌ها، از دل داده‌ها استخراج شوند (۴۱). بر این اساس، تحلیل داده‌ها با خواندن مکرر و دریافت یک حس کلی و برجسته کردن مفاهیم اساسی شروع شد، جملات شرکت کنندگان واحدهای معنایی را تشکیل می داد، عصاره مفهومی این جملات، تحت عنوان کدها نام گذاری شد. استخراج کدها منجر به روند کاهشی داده‌ها گردید. این روند با قرار دادن کدهای مشابه در زیر طبقات ادامه یافت. با مقایسه مداوم و رفت و آمد بین داده‌ها، زیر طبقاتی که مفهوم مشترکی را تبیین می کردند در یک طبقه اصلی قرار گرفتند.

جهت اطمینان از صحت و استحکام داده‌های کیفی از معیارهای لینکلن و گوبا (اعتبار و مقبولیت، انتقال پذیری و تناسب، قابلیت تصدیق و تأیید، اطمینان و ثبات) استفاده شد (۴۲-۴۵). برای اطمینان از اعتبار و مقبولیت (Credibility) داده‌های تحقیق از بازنگری توسط مشارکت کنندگان و بازنگری توسط همکاران استفاده شد. در طول مصاحبه سخنان مخاطب به خود او بازخورد داده شد و مورد تأیید وی قرار گرفت. از طرفی کدها و طبقات برگرفته از دو مصاحبه به شرکت کنندگان مربوطه نشان داده شد و با

نظر ایشان اصلاح گردید. در بازنگری توسط همکاران، روند کدگذاری و طبقه بندی توسط دیگر اعضای گروه بررسی شد و در مواردی که اختلاف وجود داشت، بحث و گفتگو تا حصول توافق صورت گرفت. همچنین از سایر روش‌ها مانند بررسی مداوم (Prolonged engagement)، تخصیص زمان کافی و حسن ارتباط با مشارکت کنندگان استفاده شد. برای حصول انتقال پذیری و تناسب (Transferability & Fittingness)؛ توصیف غنی با ذکر جزئیات در مورد محیط، شرکت کنندگان و رفتارهای غیر کلامی شان نوشته شد؛ همچنین مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان گزارش گردید و نمونه گیری با تنوع جهت افزایش انتقال پذیری انجام گرفت.

قابلیت تصدیق و تأیید (Confirmability) از طریق بازنگری ناظرین خارجی انجام شد؛ و روند کدگذاری و طبقه بندی مورد تأیید ۲ تن از افراد متخصص در زمینه تحقیق کیفی و سلامت جنسی قرار گرفت. برای ارزیابی ثبات (Dependability)، روند مطالعه با جزئیات ذکر گردید و یادداشت‌های تحقیق به دقت نوشته شد.

از مشکلات مطالعه این بود که به دلیل تابو بودن صحبت در مورد مسائل جنسی و خصوصاً ارگاسم در جامعه ما، جلب اعتماد مشارکت کنندگان و اطمینان بخشی به ایشان در مورد محرمانگی اطلاعات، فرایندی زمان بر بود.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک نشان داد، کمترین سن شرکت کنندگان ۱۹ و بیشترین آن‌ها ۵۰ سال بود؛ و مدت ازدواج از ۱ تا ۳۴ سال گزارش شد؛ و تعداد فرزندان از ۰ تا ۲ متغیر بود. کمترین حد تحصیلات، دیپلم و بیشترین آن، دکترا بود (جدول ۱).

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان

نام مستعار	سن	تحصیلات	شغل	مدت ازدواج (سال) *	تعداد فرزندان
۱. هدی	۱۹	طلبه دینی	خانه‌دار	۱	۰
۲. مهدیس	۲۷	فوق لیسانس	خانه‌دار	۴	۱
۳. فاطمه	۲۸	دیپلم	بہیار	۲	۰
۴. زیبا	۲۸	دیپلم	خانه‌دار	۵	۰
۵. هما	۲۸	فوق دیپلم	خانه‌دار	۵	۱
۶. ملیحه	۳۲	فوق لیسانس	کارمند	۵	۰
۷. عاطفه	۳۲	فوق دیپلم	خانه‌دار	۱۰	۲
۸. سیما	۳۴	دانشجوی دکترا	معلم	۱۳	۲
۹. یاسمن	۳۵	دانشجوی دکترا	هیئت علمی	۸	۱
۱۰. ریحانه	۳۸	لیسانس	کارمند	۱۹	۲
۱۱. بهار	۴۰	فوق لیسانس	خانه‌دار	۱۷	۱
۱۲. پری	۴۰	دانشجوی فوق لیسانس	مشاور	۱۸	۲
۱۳. فرح	۴۱	فوق لیسانس	کارمند	۱۶	۲
۱۴. سارا	۴۱	دانشجوی فوق لیسانس	خانه‌دار	۲۱	۲
۱۵. سیمین	۴۳	لیسانس	کارمند	۱۵	۲
۱۶. سمانه	۴۳	فوق لیسانس	معلم	۱۹	۰
۱۷. مهری	۴۳	دانشجوی فوق لیسانس	خانه‌دار - دانشجو	۲۶	۲
۱۸. مرجان	۴۴	لیسانس	معلم	۲۴	۲
۱۹. شہلا	۴۸	دیپلم	خانه‌دار	۳۰	۲
۲۰. منیژه	۵۰	دانشجوی دکترا	خانه‌دار	۳۴	۲

پس از تحلیل محتوا، داده‌ها در ۳ طبقه اصلی، ۸ زیر طبقه و ۴۶ کد دسته بندی شد (جدول ۲).

جدول ۲. طبقات و زیر طبقات حاصل از داده‌ها

طبقات اصلی	زیر طبقات	کدها
احساس کامیابی در دستیابی به ارگاسم	احساسات خوشایند	احساس آزادی، احساس سبکی، رهاشدگی لذت بی‌انتها، شادی بسیار، تخلیه هیجان، احساس سرحال شدن، تفریح خیلی مفرح، احساس پرواز در آسمان، رسیدن به بالاترین نقطه اوج عشق و علاقه بیشتر به شوهر، عشق شیرین، ادغام دو جسم، مانند لیلی و مجنون، مانند دو پرنده عشق روحیه بهتر، انرژی و شور و شوق بیشتر، خوش خلق تر، صبورتر، احساس زنانگی بیشتر، احساس جذاب بودن آرامش بیشتر، پرحوصله تر، استرس و اضطراب کمتر، پرخاشگری کمتر مهربان تر، احساس صمیمیت بیشتر، احساس علاقه بیشتر به همسر درد و آزردهی های جسمانی (سردرد، درد شکم)، احساس سنگینی، احساس عدم تخلیه
احساس ناکامی در عدم دستیابی به ارگاسم	احساسات ناخوشایند	احساس غمگینی و گریه، عصبی بودن و پرخاشگری، احساس تحمیلی بودن رابطه جنسی، احساس سرخوردگی و مغلوب بودن، احساس حسادت به ارگاسم شوهر، عدم تمایل زن به رابطه جنسی بعدی، پشیمانی از ازدواج
همبازی همسر	درک آگاهانه تعامل رفتاری تعامل روانی و عاطفی تعامل کلامی	آگاهی و شناخت مرد از روند ارگاسم زن انجام رفتارهای جنسی خوشایند توجه به آمادگی همسر، شروع توأم با ملایمت، پرهیز از اصرار بی جا، تلاش پیگیری و اشتیاق همسر گفتگوی دوجانبه، ارزشیابی صادقانه بعد از رابطه

سرحال شدن، مانند لیلی و مجنون، مانند دو پرنده عشق انگار دنیا را به من دادند».

پیامدهای مثبت

ارگاسم برای زنان شرکت کننده اثرات طولانی مدت (چندروزه) نیز داشت:

شهلا، پری و مرجان معتقد بودند با رسیدن به ارگاسم، روحیه بهتر، شادتر و سرحال تری پیدا می کنند و شور و انرژی شان بیشتر می شود. مرجان می گفت با ارگاسم خوش اخلاق تر می شود. بهار، ملیحه و سارا، آرامش، کاهش تنش و اضطراب و رفع استرس و کاهش پرخاشگری را از پیامدهای ارگاسم می دانستند. سیما پرحوصله تر می شد و احساسش نسبت به همسر رو به بهبودی می رفت؛ همچنین بهار احساس صمیمیت و علاقه بیشتری به همسرش پیدا می کرد. زیبا بیان می کند: «بعد از ارگاسم تا دو سه روز سرحالم و هیچ ناراحتی ای ندارم» ملیحه نیز می گفت: «رضا شدن یا ارضا نشدن من در رفتارهای روزانه تأثیر خیلی زیادی دارد. زمانی که یک رابطه خوب را تجربه می کنم، پرخاشگری ام کم می شود، احساسم نسبت به همسرم بهتر می شود و حتی احساس زنانگی و جذابیت بیشتری می کنم».

طبقه دوم: احساس ناکامی در عدم دستیابی به ارگاسم اکثریت مشارکت کنندگان در هنگام نرسیدن به ارگاسم احساس ناکامی می کردند؛ که با احساسات ناخوشایند و پیامدهای منفی همراه بود.

احساسات ناخوشایند

آزردگی های جسمانی در زن یکی از عوارض عدم ارگاسم زن بود. مهری گفت: «گاهی اوقات ممکن است به ارگاسم نرسیم، در این مواقع درد شکم پیدا می کنم». مهدیس بیان کرد: «در سال اول ازدواج درکی از ارگاسم نداشتم، علاقه ای به رابطه جنسی نداشتم و پس از رابطه سردرد شدید پیدا می کردم». زیبا به این موضوع اشاره داشت که: «موقعی که ارضا نمی شدم، احساس سنگینی داشتم».

پیامدهای منفی

احساس عصبی بودن، پرخاشگری، غمگینی و گریه در زن از پیامدهای منفی عدم ارگاسم زن بود.

همه زنان شرکت کننده در این تحقیق، تجربه ارگاسم در رابطه جنسی با شوهر داشتند، ولی ۷ نفر از ۲۰ شرکت کننده دارای سابقه اختلال ارگاسم بهبود یافته بودند. طبقات اصلی شامل احساس کامیابی در دستیابی به ارگاسم، احساس ناکامی در عدم دستیابی به ارگاسم و همیاری همسر بود. بر اساس برداشت کلی از فضای مصاحبه، دستیابی به ارگاسم با احساس موفقیت و کامیابی همراه بود و عدم دستیابی زن به ارگاسم، احساس شکست و ناکامی را در او القا می کرد و زنان این احساس را بسیار وابسته به همیاری همسر خود می دانستند؛ در نتیجه طبقات اصلی برآمده از مطالعه تحت عناوین احساس کامیابی در دستیابی به ارگاسم، احساس ناکامی در عدم دستیابی به ارگاسم و همیاری همسر نام گذاری شدند.

طبقه اول: احساس کامیابی در دستیابی به ارگاسم

برای اکثریت مشارکت کنندگان دستیابی به ارگاسم منجر به احساس کامیابی می شد؛ که با احساسات خوشایند و پیامدهای مثبت چند روزه همراه بود.

احساسات خوشایند

برای همه شرکت کنندگان، ارگاسم یک احساس خوشایند بود. سیما و فرح ارگاسم را یک تجربه خیلی خوب توصیف کردند؛ برای منیژه و سمانه ارگاسم یک تجربه آرام بخش بود. منیژه بیان کرد: «ارگاسم آرامشی است که به دنبال یک تفریح خیلی مفرح ایجاد می شود». سیما ارگاسم را لذت، رها شدگی و تخلیه هیجان توصیف کرد؛ و سارا ارگاسم را به لذت بی نهایت پرواز در آسمان تشبیه می کرد. ملیحه بیان کرد: «ارگاسم یک حس تخلیه، هیجان و احساسی توأم با عشق است که قابل مقایسه با هیچ احساس دیگری نیست». پری نیز عنوان کرد که: «ارگاسم برای من شادی زیاد و احساس عشق به همسر است، حسی است که مشابهی در دنیا ندارد». زیبا بعد از ۴ سال زندگی مشترک، وقتی در خلال درمان ناباروری، مشاوره جنسی دریافت کرده و مهارت رسیدن به ارگاسم را کسب کرده بود، متوجه لذت در رابطه جنسی شده و انبوهی از کلمات واژه های زیبا را برای توصیف ارگاسم استفاده می کرد؛ از جمله «به ارگاسم رسیدن یه حس خیلی خوبه، خیلی شیرین و لذت بخشه، احساس سبک شدن،

تعامل روانی و عاطفی

شروع رابطه توأم با آمادگی و ملایمت، یکی از راه‌هایی بود که توسط اکثریت مشارکت‌کنندگان به‌عنوان روش تأثیرگذار در دستیابی به ارگاسم در رابطه جنسی قلمداد شد. فاطمه در این باره گفت: «به‌مرور زمان توانستم بر درد و ترس غلبه کنم، البته همسر من نقش مهمی داشت. از این‌که گاهی اوقات به خاطر خستگی‌ام با درخواست همسر مخالفت می‌کردم و او اصرار بی‌جا نمی‌کرد، احساس آرامش خاطر می‌کردم».

از نظر اکثر زنان مشارکت‌کننده، تلاش پیگیر مرد در راستای ایجاد ارگاسم و رضایت دوطرفه در رابطه نقش مهمی در سازگاری جنسی زوج داشت. این مسئله مخصوصاً در اوایل ازدواج مهم است. مهدیس نقش شوهرش را در دستیابی به مهارت ارگاسم بسیار پررنگ می‌دانست و گفت: «به نظر من نقش شوهر خیلی پررنگ‌تر است با توجه به این‌که معمولاً آقایان زودتر ارضا می‌شوند، مشکل تکرار میشه و دیگه خانم دلش نمی‌خواهد رابطه داشته باشه».

تعامل کلامی

بیش از نیمی از مشارکت‌کنندگان به تعامل کلامی در رابطه جنسی اذعان داشتند. آن‌ها گفتگوی دوجانبه و ارزشیابی صادقانه را روشی مؤثر در دستیابی زن به ارگاسم بیان کردند. هدی بعد از گذشت ۶ ماه از ازدواج توانسته بوده مهارت ارگاسم را کسب کند. او یکی از دلایل موفقیتش را گفتگوی دوجانبه، ارزشیابی صادقانه بعد از رابطه جنسی و عدم تظاهر به ارگاسم می‌دانست و گفت: «من و همسر من بعد رابطه باهم حرف می‌زدیم و رابطه‌مان را ارزیابی می‌کردیم و باهم صادق بودیم، من اگر ارضا نمی‌شدم تظاهر به ارضا شدن نمی‌کردم».

بحث

این تحقیق به تبیین تجربه زنان ایرانی از ارگاسم (اوج کامش) و پیامدهای دستیابی و عدم دستیابی به آن پرداخت. ۳ طبقه اصلی برآمده در این تحقیق عبارت بودند از: احساس کامیابی در دستیابی به ارگاسم، احساس ناکامی در عدم دستیابی به ارگاسم و همیاری همسر.

زیبا می‌گفت: «در ۴ سال اول ازدواج، چون ارضا نمی‌شدم عصبی و پرخاشگر شده بودم، به هر بهانه‌ای دعوا و مرافعه راه می‌انداختم».

احساس تحمیلی بودن رابطه جنسی پیامدی بود که فاطمه به آن اشاره کرد: «در ماه‌های اول ازدواج، رابطه جنسی برایم تحمیلی بود و برای این‌که همسر من اذیت نشود این رابطه را می‌پذیرفتم، ولی به‌مرور زمان به لذت و رابطه عاشقانه‌ای که در این میان ایجاد می‌شود، پی بردم».

نتایج نشان داد، بعد از به ارگاسم نرسیدن‌های پیاپی در زن، احساس سرخوردگی و مغلوب بودن به وجود می‌آمد. ریحانه پس از ۱۹ سال زندگی هنوز هم در بسیاری از اوقات به ارگاسم نمی‌رسید. علت را عجله شوهرش می‌دانست او می‌گوید: «قطعاً نوع برقراری رابطه‌مان مشکل داشته که من این‌طور سرخورده شدم. دوست دارم مشکلم حل شود و از این رابطه لذت ببرم».

احساس حسادت به ارگاسم شوهر و پشیمانی در ازدواج در گفته‌های زیبا مشهود بود: «چون ارضا نمی‌شدم، همه‌اش با خودم درگیر بودم. حسودی‌ام می‌شد که چرا او راحت خوابیده ولی من نمیتونم بخوابم... اون سه چهار سال اول ازدواج که ارضا نمی‌شدم، اصلاً تمایل به رابطه جنسی نداشتم... چندین بار خواستم جداشم ولی مامان و خواهرم نگذاشتند و هی می‌گفتند درست میشه».

طبقه سوم: همیاری همسر

تقریباً همه زنان شرکت‌کننده در این مطالعه، به لزوم همیاری همسر و نقش پررنگ شوهر بر دستیابی به ارگاسم زن اذعان داشتند و آگاهی و تعامل مؤثر مرد را بسیار حیاتی می‌دانستند.

درک آگاهانه

آگاهی و شناخت مرد از نیازهای جنسی و روند ارگاسم زن، ضرورتی بود که عاطفه به آن اشاره کرد، وی گفت: «مردان باید شناخت بیشتری از نیازهای جنسی زنان و روند ارگاسم آن‌ها داشته باشند».

تعامل رفتاری

انجام رفتارهای خوشایند، توسط شوهر توسط اکثریت مشارکت‌کنندگان به‌عنوان عامل اصلی در آمادگی شروع و ادامه رابطه جنسی توأم با رضایت‌مندی قلمداد گردید.

ستون فقرات می‌شود (۴۹)؛ و درمان اختلال ارگاسم در زنان منجر به افزایش کلی در سطح شادی و آرامش و بهبود ارتباط زوجی می‌شود (۵۰). به نظر می‌رسد شادابی، آرامش و صمیمیتی که شرکت‌کنندگان این مطالعه بعد از یک رابطه جنسی ارگاسمیک توصیف کرده‌اند، از نظر بیولوژیک به ترشح هورمون‌های سروتونین، اندورفین و اکسی توسین بعد از رابطه نیز مرتبط باشد (۵۱، ۵۲).

تکرار در عدم دستیابی به ارگاسم منجر به احساس ناکامی و باعث ایجاد احساسات ناخوشایند جسمی و روانی در زن می‌شود؛ درد و آزرده‌گی‌های جسمانی (سردرد، درد شکم)، یکی از این موارد است. در مطالعه تدین نجف‌آبادی و همکاران در حصارک کرج نیز، شکایت درد در گروه زنان با اختلال ارگاسم شایع‌تر بود (۱۳). احساس سنگینی و عدم تخلیه، احساس غمگینی و گریه، عصبی بودن و پرخاشگری، احساس تحمیلی بودن رابطه جنسی، احساس سرخوردگی و مغلوب بودن، احساس حسادت به ارگاسم شوهر، عدم تمایل زن به رابطه جنسی بعدی، از دیگر احساسات ناخوشایندی و پیامدهای منفی بود که شرکت‌کنندگان این مطالعه، به عدم ارگاسم در زن نسبت دادند؛ این احساسات ناخوشایند به صورت شکایات مبهم و ناواضحی بیان شده. Hevesi و همکاران نیز معتقد بودند به دلیل شرم از رابطه جنسی و فقدان زبان مناسب برای بیان مسائل جنسی، زنان ممکن است بارها و بارها با شکایات و علائم مبهم واژه‌هایی نامفهوم به پزشک مراجعه کنند (۵۳).

به طور کلی، مسائل مربوط به شریک جنسی و رضایت از رابطه، نقش مهمی در توصیف ارگاسم ایفا می‌کنند (۵۴). همیاری همسر نقش مهمی در به ارگاسم رسیدن زن دارد؛ در واقع رابطه جنسی با همسر مثل لذت بردن از یک سفر مفرح دوفره است که مقصدش لذت و رضایت جنسی دوجانبه می‌باشد (۵۵)؛ در همین راستا در تحقیق بستانی خالصی، آموزش به زوجها در مورد عملکرد سیستم جنسی و شناخت ویژگی‌های روان‌شناختی زن و مرد؛ از آموزش‌های ضروری پیش از ازدواج برشمرده شد (۲۳)؛ این در حالی است که در مطالعه Leonhardt و همکاران بر روی ۱۶۸۳ زوج تازه ازدواج کرده، مشخص شد که ۴۳ درصد از مردان در مورد

از نظر زنان شرکت‌کننده در این تحقیق، ارگاسم (اوج کامش)، بسیار فردی و متفاوت و در طیف وسیعی از احساسات و تجربیات توصیف شد. توصیفاتی که زنان از تجربه ارگاسم خود داشتند، عمدتاً توصیفات روان‌شناختی با کلماتی انتزاعی بود، مانند تجربه‌ای آرامش‌بخش، احساس سبکی، لذت بی‌پایان، تفریحی مفرح و غیره. در مطالعه Uribe Arcila و همکاران نیز بیش از ۵۰ درصد شرکت‌کنندگان، ارگاسم را یک احساس خوشایند یا حداکثر لذت ممکن توصیف کرده بودند و فقط ۱۶ درصد افراد، آن را یک تغییر آناتومیکی می‌دانستند (۴۵). Mah و Binik نیز در پاسخ به این سؤال که ارگاسم در ذهن است یا در بدن، معتقد بودند که رضایت و لذت ارگاسم بیشتر به عوامل روان‌شناختی و روانی اجتماعی بستگی دارد تا به عوامل جسمانی (۴۶). همچنین در مطالعه Dunn بیان شد که مشکلات جنسی در مردان، بیشتر با گزارش‌های جسمانی و در زنان بیشتر با گزارش‌های روان‌شناختی و اجتماعی همراه است (۱۲)؛ این یافته از آن جهت اهمیت دارد که برخی اوقات زنان احساس می‌کنند ارگاسم باید با یک تغییر عظیم جسمانی و ناگهانی همراه باشد، در حالی که بر اساس یافته‌های این تحقیق لزوماً این طور نیست، صرف داشتن احساس خوشایند پس از رابطه جنسی و داشتن آرامش در روز بعد، می‌تواند نشان‌دهنده به ارگاسم رسیدن زن باشد. این مسئله، نکته مهمی است که باید در آموزش‌های جنسی و همچنین در هدف‌گذاری اولیه جهت درمان اختلال ارگاسم مدنظر باشد.

ارگاسم پیامدهای چندروزه‌ای مثل شادابی و سرزندگی، آرامش و صمیمیت دارد. بر طبق نتایج این مطالعه، زنانی که به ارگاسم می‌رسیدند در زندگی روزمره، شاداب‌تر و پرحوصله‌تر بودند، استرس و اضطراب کمتری داشتند، احساس صمیمیت بیشتری با همسر می‌کردند و از احساس جذابیت و زنانگی بیشتری برخوردار بودند. در دیگر مطالعات نیز فرکانس ارگاسم با میزان رضایت، صمیمیت، اعتماد و عشق در رابطه، ارتباط مثبت داشت (۴۷)؛ و فقدان ارگاسم باعث نفی پایین و احساس عدم جذابیت همراه بود (۴۸). دیگر مطالعات اشاره داشتند که ارگاسم واژینال باعث انرژی، سیالیت و بهبود عملکرد عضلانی از جمله عضلات لگن و

جسمانی، واضح یا ملموس نباشند.

نتیجه گیری

ارگاسم یک پدیده فردی است و با احساسات بسیار متفاوتی از دیدگاه زنان توصیف می‌گردد. دستیابی به ارگاسم در زن می‌تواند منجر به احساس کامیابی همراه با حالات خوشایند، رهایی، هیجان یا عشق و پیامدهای مثبتی چون آرامش، صمیمیت، شادابی و سرزندگی شود. عدم دستیابی مکرر به ارگاسم، احساس ناکامی همراه با علائم جسمانی و روانی شامل درد، عصبی بودن، پرخاشگری و پیامدهای منفی چون حسادت به ارگاسم شوهر، سرخوردگی و پشیمانی از ازدواج را به دنبال دارد. آگاهی و شناخت مرد از روند ارگاسم زن، تعامل روانی، عاطفی، رفتاری و ارتقای مهارت گفتگوی جنسی با همسر منجر به همیاری و تعامل مؤثر زوجین و بهبود ارگاسم زن می‌شود که لازم است در آموزش زوجها در هر مقطع زندگی موردتوجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله مراتب قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی اعلام می‌کنیم. همچنین از مشارکت کنندگان این تحقیق که به گروه تحقیق اعتماد کردند و با توضیحات خود این تحقیق کیفی را شکل دادند، سپاسگزاری می‌کنیم.

تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

وضعیت ارگاسم همسرشان دچار اشتباه در برداشت بوده‌اند؛ و نویسندگان این مقاله بر لزوم مشاوره و آموزش زن به همراه شوهر تأکید داشتند (۵۶). در تحقیق دیگری خستگی یا عجله شوهر یکی از موانع به ارگاسم رسیدن زن برشمرده شد (۵۷). تحقیق Hurlbert و همکاران نشان داد، آموزش زنان برای به ارگاسم رسیدن در گروه زوجها، مؤثرتر از گروه زنان به تنهایی بود (۲۲). Frith در مطالعه خود نشان داد؛ که به منظور موفقیت در ارگاسم، زن و شوهر باید یاد بگیرند که چگونه با همسر خود تعامل مؤثری داشته باشند (۱۹)؛ و مطالعاتی صداقت را به عنوان کلید حل مشکلات جنسی می‌دانستند (۵۸). گفتگوی صادقانه درباره رابطه جنسی می‌تواند سبب افزایش سازگاری جنسی شود به شرطی که این گفتگو، عاشقانه، ملایم، واضح، مداوم، با تحسین و بدون خجالت، بدون کنایه، بدون خشم، بدون مقایسه و بدون سرزنش باشد (۱۶). هرچقدر میزان گفتگو، تعامل و هماهنگی با همسر بیشتر باشد، رضایت جنسی بیشتر می‌شود (۵۹). مطالعات فوق همگی با نتایج مطالعه حاضر در مورد لزوم همیاری شوهر جهت دستیابی زن به ارگاسم همخوانی داشت. نتایج مطالعه حاضر نشان داد، اکثریت زنان رسیدن به ارگاسم را با عباراتی که نشان‌دهنده احساسات و حالات خوش روانی است معادل دانستند؛ و کمتر به احساسات جسمی و حس انقباض ریتیمیک اشاره داشتند؛ و تنها تعدادی از زنان در توصیف بعد جسمانی ارگاسم، به فلاشینگ و تندی ضربان قلب و تنفس اشاره کردند. برخی متون قدیمی ارگاسم زن را تنها با انقباضات ریتیمیک لگنی توصیف کرده‌اند (۵۴)، در حالی که بر طبق مطالعه ما دستیابی زن به ارگاسم ممکن است عمدتاً با حالات خوشایند روانی همراه باشد و تغییرات

References

1. Rabinerson D, From A, Gabbay-Ben-Ziv R. The riddle of female orgasm. Harefuah 2018; 157(8): 534-7. [In Hebrew].
2. Frith H. What Is an Orgasm and Why Does it Matter? In: Frith H. Orgasmic Bodies. London: Palgrave Macmillan; 2015. p. 1-21.
3. Balon R, Segraves RT. Handbook of Sexual Dysfunction. Boca Ratton: Taylor & Francis; 2005.
4. Gałeckı P, Depko A, Jedrzejewska S, Talarowska M. Human orgasm from the physiological perspective - part II. Pol Merkur Lekarski 2012; 33(194): 120-3. [In Polish].
5. Rossi AS. Eros and Caritas: A biopsychosocial approach to human sexuality and reproduction. In: Rossi AS, John D, Catherine T. MacArthur Foundation Series on Mental Health and Development: Studies on Successful Midlife Development. Sexuality across the Life Course. Chicago: University of Chicago Press; 1994. p. 3-36.

6. Emhardt E, Siegel J, Hoffman L. Anatomic variation and orgasm: Could variations in anatomy explain differences in orgasmic success? *Clin Anat* 2016; 26(5): 665-72.
7. Gravina GL, Brandetti F, Martini P, Carosa E, Di Stasi SM, Morano S, et al. Measurement of the thickness of the urethrovaginal space in women with or without vaginal orgasm. *J Sex Med* 2008; 5(3): 610-8.
8. Wallen K, Lloyd EA. Female sexual arousal: Genital anatomy and orgasm in intercourse. *Horm Behav* 2011; 59(5): 780-92.
9. Bradford A. Female orgasmic disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course ,assessment, and diagnosis. [cited. 2019 Jun 11] Available from: <https://www.uptodate.com/contents/female-orgasmic-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis>.
10. Harris JM, Cherkas LF, Kato BS, Heiman JR, Spector TD. Normal variations in personality are associated with coital orgasmic infrequency in heterosexual women: A population-based study. *J Sex Med* 2008; 5(5): 1177-83.
11. Kelly MP, Strassberg DS, Kircher JR. Attitudinal and experiential correlates of anorgasmia. *Arch Sex Behav* 1990; 19(2): 165-77.
12. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53(3): 144-8.
13. Tadayon Najafabady M, Salmani Z, Abedi P. Prevalence and related factors for anorgasmia among reproductive aged women in Hesarak, Iran. *Clinic Science* 2011; 66(1): 83-6.
14. Tavares IM, Laan ET, Nobre PJ. Cognitive-affective dimensions of female orgasm: The role of automatic thoughts and affect during sexual activity. *J Sex Med* 2017; 14(6): 818-28.
15. Kelly MP, Strassberg DS, Turner CM. Communication and associated relationship issues in female anorgasmia. *J Sex Marital Ther* 2004; 30(4): 263-76.
16. Nekoolaltak M, Keshavarz Z, Simbar M, Nazari AM. Sexual talk with the spouse: Sarcastic or Soothing? *International Journal of Humanities and Cultural Studies* 2016; 3(2): 1331-49.
17. Kelly MP, Strassberg DS, Turner CM. Behavioral assessment of couples' communication in female orgasmic disorder. *J Sex Marital Ther* 2006; 32(2): 81-95.
18. Frederick DA, Lever J, Gillespie BJ, Garcia JR. What keeps passion alive? Sexual satisfaction is associated with sexual communication, mood setting, sexual variety, oral sex, orgasm ,and sex frequency in a national U.S study. *J Sex Res* 2017; 54(2): 186-201.
19. Frith H. Sexercising to orgasm: Embodied pedagogy and sexual labour in women's magazines. *Sexualities* 2015; 18(3): 310-28.
20. Mark KP, Milhausen RR, Maitland SB. The impact of sexual compatibility on sexual and relationship satisfaction in a sample of young adult heterosexual couples. *Sex Relation Ther* 2013; 28(3): 201-14.
21. Klapilová K, Brody S, Krejčová L, Husárová B, Binter J. Sexual satisfaction, sexual compatibility, and relationship adjustment in couples: The role of sexual behaviors, orgasm, and men's discernment of women's intercourse orgasm. *J Sex Med* 2015; 12(3): 667-75.
22. Hurlbert DF, White LC, Powell RD, Apt C. Orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire: An outcome comparison of women-only groups and couples-only groups. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1993; 24(1): 3-13.
23. Rahmani A, Merghati Khoei E, Alah Gholi L. Sexual satisfaction and its relation to marital happiness in Iranians. *Iranian Journal of Public Health* 2009; 38(4): 77-82.
24. Merghati-Khoei E, Zargham-Boroujeni A, Salehi M, Killeen TK, Momeni G, Pasha Y, et al. Saturated love leading to sexual pleasure: Iranian women's narratives. *Caspian Journal of Applied Sciences Research* 2015; 4(10): 20-9.
25. Darvish Mofrad Kashani Z, Emaratkar E, Hashem-Dabaghian F, Emadi F, Raisi F, Aliasl J, et al. Effect of melissa officinalis (lemon balm) on sexual dysfunction in women: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Iran J Pharm Res* 2018; 17: 89-100.
26. Taaavoni S, Nazem Ekbatani N, Haghani H. The effect of aphrodite on orgasm and sexual desire in menopausal women: A randomized clinical trial. *Hayat* 2016; 22(1): 1-12. [In Persian].
27. Akbarzadeh M, Zeinalzadeh S, Zolghadri J, Mohagheghzadeh A, Faridi P, Sayadi M. Comparison of Elaeagnus angustifolia extract and sildenafil citrate on female orgasmic disorders: A randomized clinical trial. *J Reprod Infertil* 2014; 15(4): 190-8.
28. Nemat P, Nazariy A. Orgasmic disorders subset of sexual dysfunction in women and improve it. *Journal of Safety Promotion and Injury Prevention* 2014; 1(4): 228-35. [In Persian].

29. Salmani Z, Zargham-Boroujeni A, Salehi M, Killeen TK, Merghati-Khoei E. The existing therapeutic interventions for orgasmic disorders: Recommendations for culturally competent services, narrative review. *Iran J Reprod Med* 2015; 13(7): 403-12.
30. Samani I, Fattahi SM, Shakeri S. Comparative study of childbearing command in common and imamiyah jurisprudence based on objectives of shari'a. *Journal of Islamic Denominations* 2018; 5(9): 181-200. [In Persian].
31. Rahmani A, Merghati Khoei E, Sadeghi N, Allahgholi L. Relationship between sexual pleasure and marital satisfaction. *Iran Journal of Nursing* 2011; 24(70): 82-90. [In Persian].
32. Mazinani R, Akbari Mehr M, Kaskian A, Kashanian M. Evaluation of prevalence of sexual dysfunctions and its related factors in women. *Razi Journal of Medical Sciences* 2013; 19(105): 59-66. [In Persian].
33. Frith H. Visualising the 'real' and the 'fake': Emotion work and the representation of orgasm in pornography and everyday sexual interactions. *J Gend Stud* 2015; 24(4): 386-98.
34. Parker R. Sexuality, culture and society: Shifting paradigms in sexuality research. *Cult Health Sex* 2009; 11(3): 251-66.
35. Nekoolaltak M. Sexual compatibility with spouse: exploring the concept and constructing the questionnaire [dissertation]. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Science 2017.
36. Guarte JM, Barrios EB. Estimation under purposive sampling. *Commun Stat Simul Comput* 2006; 35(2): 277-84.
37. Wiles R, Crow G, Heath S, Charles V. Anonymity and Confidentiality. UK: ESRC National Centre for Research Methods; 2006.
38. Rashidian M, Hussain R, Minichiello V. 'My culture haunts me no matter where I go': Iranian-American women discussing sexual and acculturation experiences. *Cult Health Sex* 2013; 15(7): 866-77.
39. Darvill R, Skirton H, Farrand P. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery* 2010; 26(3): 357-66.
40. Allen KR, Goldberg AE. Sexual activity during menstruation: A qualitative study. *J Sex Res* 2009; 46(6): 535-45.
41. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
42. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
43. Guba EG. Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Communication and Technology* 1981; 29(2): 75-91.
44. Guba EG, Lincoln YS. Fourth Generation Evaluation. US: SAGE; 1989.
45. Uribe Arcila JF, Quintero Tobón MT, Gómez Gómez M. Orgasmo femenino: Definición y fingimiento. *Urologia Colombiana* 2015; 24(1): 19-27.
46. Mah K, Binik YM. Are orgasms in the mind or the body? Psychosocial versus physiological correlates of orgasmic pleasure and satisfaction. *J Sex Marital Ther* 2005; 31(3): 187-200.
47. Costa RM, Brody S. Women's relationship quality is associated with specifically penile-vaginal intercourse orgasm and frequency. *J Sex Marital Ther* 2007; 33(4): 319-27.
48. Gałeczki P, Depko A, Jędrzejewska S, Talarowska M. Human orgasm from the physiological perspective--part II. *Pol Merkuriusz Lekarski* 2012; 33(194): 120-3. [In Polish].
49. Nicholas A, Brody S, de Sutter P, de Carufel F. A woman's history of vaginal orgasm is discernible from her walk. *J Sex Med* 2008; 5(9): 2119-24.
50. Wallace DH, Barbach LG. Preorgasmic group treatment. *J Sex Marital Ther* 1974; 1(2): 146-54.
51. Magon N, Kalra S. The orgasmic history of oxytocin: Love, lust, and labor. *Indian J Endocrinol Metab* 2011; 15(Suppl 3): S156-61.
52. Zik JB, Roberts DL. The many faces of oxytocin: implications for psychiatry. *Psychiatry Res* 2015; 226(1): 31-7.
53. Hevesi K, Gergely Hevesi B, Kolba TN, Rowland DL. Self-reported reasons for having difficulty reaching orgasm during partnered sex: Relation to orgasmic pleasure. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2019; 29: 1-10.
54. Nekoolaltak M, Keshavarz Z, Simbar M, Nazari AM, Baghestani AR. Sexual compatibility among Iranian couples: A qualitative study. *Sexual and Relationship Therapy* 2019; 34(1): 23-39.
55. Bostani Kholesi Z, Simbar M, Azin SA. Explaining sexual health education needs of pre-marriage couples: A Qualitative Study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences* 2015; 4(3): 290-303. [In Persian].
56. Leonhardt ND, Willoughby BJ, Busby DM, Yorgason JB, Holmes EK. The significance of the female orgasm: A nationally representative, dyadic study of newlyweds' orgasm experience. *J Sex Med* 2018; 15(8): 1140-8.
57. Nekoolaltak M, Keshavarz Z, Simbar M, Nazari AM, Baghestani AR. Women's orgasm obstacles: A qualitative study. *Int J Reprod Biomed (Yazd)* 2017; 15(8): 479-90.

58. Frith H. Accounting for orgasmic absence: Exploring heterosex using the story completion method. *Psychology & Sexuality* 2013; 4(3): 310-22.
59. Lamyian M, Zarei F, Montazeri A, Hajizadeh E, Maasoumi R. Exploring the factors affecting Iranian women's quality of sexual life. *Hayat* 2016; 22(2): 185-200. [In Persian].

Achievement of and Failure to Achieve Orgasm in Sexual Relationship: Exploring Iranian Women's Experiences

Maryam Nekoolaltak¹ , Zohreh Keshavarz² , Masoumeh Simbar³, Ali Mohammad Nazari⁴, Ahmadreza Baghestani⁵

Abstract

Original Article

Introduction: Female orgasm is a subjective phenomenon that has been wrongly introduced to people and therapists in the halo of exaggeration and perfectionism made by sexual films. This study was conducted to explore the Iranian women's experience of achievement of or failure to achieve orgasm and its consequences in sexual relationship.

Method: This qualitative study was conducted using content analysis method. Individual in-depth interviews with 20 married women were continued until data saturation. Sampling was performed using purposive sampling in the environment of two public clinics in Tehran. Data were analyzed using conventional content analysis method. Trustworthiness of data was achieved through Lincoln and Guba criteria.

Results: The results of data analysis were categorized into 3 categories, 8 subcategories, and 46 codes. The main categories include feeling of success to achieve orgasm, feeling of failure to achieve orgasm, and husband companionship. Successful orgasm in Iranian women led to the feeling of successfulness with pleasant emotions such as relief, excitement, or love and positive outcomes such as relaxation, intimacy, freshness, and vitality. Women's descriptions of orgasm were mainly psychological and emotional. Failure to achieve orgasm led to the feeling of failure with physical and psychological symptoms such as pain, nervousness, aggressiveness, and negative consequences such as being jealous of husband's orgasm and regret for getting married.

Conclusion: To prevent and treat orgasm disorders in women, it should be noted that successful female orgasm can mainly be accompanied with pleasant emotional states and physical changes may be unclear or intangible, while failure to achieve orgasm in women can lead to vague physical or psychological symptoms. Couples training for sexual talk with spouse, as well as more interaction and companionship between wife and husband have effective roles in achieving female orgasm.

Keywords: Orgasm, Female, Sexual satisfaction, Sexual relationship, Qualitative study

Citation: Nekoolaltak M, Keshavarz Z, Simbar M, Nazari AM, Baghestani A. **Achievement of and Failure to Achieve Orgasm in Sexual Relationship: Exploring Iranian Women's Experiences.** J Qual Res Health Sci 2019; 8(Special Issue): 1-13. [In Persian]

Received date: 19.2.2017

Accept date: 31.07.2017

Published: 21.09.2019

1- Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Associate Professor, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Professor, School of Nursing and Midwifery, Reproductive Endocrinology Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Associate Professor, Department of Nursing and Midwifery, Shahrood University of Medical Sciences, Shahrood, Iran

5- Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Zohreh Keshavarz, Email: keshavarzzohre@yahoo.com