پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال نوزدهم، شماره ۳، پی در پی ۹۹، صفحات ۱۳۱ تا ۱۳۶
مرداد و شهریور ۱۳۹۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۴/۲۳

مقایسه خودکارآمدی جنسی و عملکرد جنسی در زنان بارور و نابارور مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی دولتی شهر مشهد سال ۹۲

*سمیه علیرضایی[۱]، گیتی ازگلی[*۲]، دکتر حمید علوی مجد[۳]*

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، شعبه بین‌الملل، تهران
۲. مربی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران
۳. دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

چکیده

سابقه و هدف: خودکارآمدی جنسی، شامل باور هر فرد در مورد توانایی خود در عملکرد جنسی مؤثر، می‌باشد. در واقع، خودکارآمدی جنسی، پیش‌گوکننده‌ی عملکرد جنسی است. اختلال در عملکرد جنسی، شریک خاموش ناباروری است و از طرفی، ناباروری بر جنبه‌های مختلف زندگی زوجین، اثر دارد. در این راستا، مطالعه‌ای با هدف مقایسه‌ی خودکارآمدی جنسی و عملکرد جنسی در زنان بارور و نابارور در سال ۱۳۹۲ در مشهد انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع کوهورت تاریخی بوده و روی ۱۷۰ زن بارور مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی و ۸۵ زن نابارور مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقاتی و درمانی ناباروری منتصریه مشهد صورت گرفت. نمونه‌گیری، به ترتیب به صورت تصادفی چندمرحله‌ای و در دسترس، انجام گرفت. ابزار مورد استفاده شامل فرم مشخصات فردی و اطلاعات مامایی/ ناباروری پرسشنامه‌ی خودکارآمدی جنسی بر اساس پرسشنامه‌ی خودکارآمدی عمومی شوارزر، عملکرد جنسی زنان و پرسشنامه‌ی رضایت زناشویی Enrich بود. در تحلیل داده‌ها، از آزمون‌های آماری من ویتنی و کای- اسکویر استفاده شد. خطای نوع اول، ۵٪ در نظر گرفته شد و مقادیر احتمالی کمتر، از نظر آماری معنی‌دار تلقی شد.

یافته‌ها: دو گروه زنان بارور و نابارور از نظر شاخص‌های دموگرافیک مثل سن، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی و میزان درآمد، همسان بودند. خودکارآمدی جنسی بالا در زنان بارور ۵۹/۴٪ و در زنان نابارور ۵۳/۳٪ بود که در زنان بارور نسبت به زنان نابارور بیشتر بود (P<۰/۰۰). همچنین، عملکرد جنسی نامطلوب در زنان بارور، ۵۸/۸٪ و در زنان نابارور ۷۱/۸۵٪ بود که نشان داد عملکرد جنسی نامطلوب در بین زنان نابارور، بیشتر می‌باشد (P<۰/۰۴).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که ناباروری، با عملکرد جنسی و خودکارآمدی جنسی نامطلوب همراه است. در کنار برنامه‌های درمانی ناباروری، برنامه‌هایی برای ارتقای عملکرد جنسی و خودکارآمدی جنسی، توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: خودکارآمدی جنسی، عملکرد جنسی، زنان بارور، زنان نابارور

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Alirezaee S, Ozgoli G, Alavi Majd H. Comparison of sexual self-efficacy and sexual function in fertile and infertile women referred to health centers in Mashhad public in 1392. Pejouhandeh 2014;19(3):131–136.

مقدمه

خودکارآمدی جنسی (sexual self-efficacy)، یک ساختار چند بعدی بوده و شامل باور هر فرد در مورد توانایی خود در عملکرد جنسی مؤثر، مطلوب بودن برای شریک جنسی، ارزیابی از توانایی و خودکارآمدی در رفتار جنسی است (۱). خودکارآمدی جنسی برای داشتن یک عملکرد جنسی مناسب و مطلوب، ضروری است (۲ و ۳). همچنین، عملکرد جنسی با درک بالاتری از خودکارآمدی جنسی همراه است و این خودکارآمدی جنسی سبب عملکرد اجتماعی و روانی بهتری در زندگی افراد می‌شود (۴). در واقع، خودکارآمدی جنسی، پیش‌گوکننده‌ی عملکرد جنسی است و ارتباط کلی بین اضطراب در فعالیت جنسی و اختلال عملکرد جنسی (sexual dysfunction) وجود دارد (۵). اختلال عملکرد جنسی، یک تجربه‌ی سخت فردی یا زوجی است که در طول هر مرحله از

*نویسنده مسؤول مکاتبات: گیتی ازگلی؛ خیابان ولیعصر، تقاطع نیایش، روبه‌روی بیمارستان قلب شهید رجایی، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، گروه مامایی؛ تلفن: ۷۱-۸۸۶۵۵۳۶۶ (۰۲۱)؛ پست الکترونیک: gozgoli@yahoo.com

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

چرخه‌ی پاسخ جنسی (sexual response cycle) می‌تواند رخ دهد (۶). اگرچه پاسخ جنسی، خود مختار است اما به راحتی تحت تأثیر هیجان‌های ناشی از خودکارآمدی و ناخودکارآمدی و عزت نفس در افراد، تقویت یا بازداری شده و سبب اختلال عملکرد جنسی می‌گردد (۷).

اختلال عملکرد جنسی در زنان به معنی اختلال دایمی و عود کننده در ۴ حیطه‌ی تمایل جنسی (desire)، تحریک جنسی (excitement)، درد حین نزدیکی (dyspareunia) یا عدم توانایی در رسیدن به اوج لذت جنسی (unorgasm) می‌باشد. به نظر می‌رسد شیوع این اختلالات در زنان بالا بوده و تأثیر زیادی بر اعتماد به نفس و روابط زناشویی می‌گذارد (۸). مهمترین دلایل اختلال عملکرد جنسی در مردان شامل اختلال نعوظ (erection dysfunction)، اختلال در انزال (ejaculation dysfunction) و در زنان شامل میل کم، اختلال در تحریک، عدم ارگاسم، درد هنگام نزدیکی و واژینیسم (vginism) می‌باشد (۹). شیوع اختلال عملکرد جنسی در کشورهای مختلف مانند ایالات متحده و سوئد، ۴۰ درصد و مالزی ۲۹/۶ درصد می‌باشد (۱۰). از طرفی اختلال در عملکرد جنسی، شریک خاموش ناباروری و مانع روند درمان آن است (۱۱). ناباروری، مشکل شایعی است و طبق آمار سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization)، در ۱۶ ژانویه ۲۰۱۳، از هر چهار زوج، یک زوج در کشورهای پیشرفته، مبتلا به ناباروری هستند (۱۲). ناباروری در ۱۰ تا ۱۵ درصد از زوج‌های آمریکایی دیده می‌شود (۱۳). در ایران به عنوان یک کشور در حال توسعه، مطالعات کمی در بین زوج‌های نابارور انجام شده است. در یک بررسی اپیدمیولوژیک در سال ۲۰۰۴، شیوع ناباروری در بین زنان ایرانی با محدوده‌ی سنی ۱۹ تا ۴۹ سال، ۲۴/۹ درصد گزارش گردید (۱۴). بر اساس آمار ارایه شده از سوی وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۸، میزان شیوع ناباروری در ایران، ۲۰/۲ درصد برآورد شده است (۱۵).

از آن‌جایی که یک ارتباط جنسی فعال و مؤثر می‌تواند احتمال باروری را افزایش دهد، تصور می‌شود که اختلال عملکرد جنسی در زنان نابارور، بیشتر از زنان بارور است (۱۶). بسیاری از زنان نابارور، از یکی از اختلالات جنسی رنج می‌برند (۱۷). شیوع اختلالات جنسی در زوج‌های نابارور، بیشتر از زوج‌های بارور است (۱۸). زوج‌های نابارور، سطوح کمتری از رضایت در عملکرد جنسی را نشان می‌دهند (۱۹). همچنین، استرس ناشی از ناباروری، سبب کاهش اعتماد به نفس جنسی شده و بر عملکرد جنسی و تعداد دفعات نزدیکی، اثر منفی می‌گذارد (۲۰). از طرفی، ناباروری با احساس فقدان خودکارآمدی جنسی، کاهش اعتماد به نفس و اطمینان به خود در عملکرد جنسی همراه است (۲۱). بسیاری از زوج‌ها تصور می‌کنند که بارداری، ثمره‌ی رابطه‌ی جنسی است؛ بنابراین اگر بارداری صورت نگیرد، رابطه‌ی جنسی به صورت یک رابطه‌ی بی‌حاصل در ذهن افراد نقش می‌بندد (۲۲). از این رو، ناباروری زنان، شایستگی‌های فردی و اجتماعی آنان یعنی احساس ارزش "مادری" و "همسری" را زیر سؤال می‌برد و زنان مسؤولیت ناباروری را متوجه خود می‌دانند. این احساس سرزنش می‌تواند سبب تشدید مشکلاتی همچون کاهش خودکارآمدی جنسی و اعتماد به نفس و اختلال عملکرد جنسی شود (۲۳). در فرهنگ و باور ایرانی، باروری یک ارزش محسوب شده و ناباروری، کل رابطه‌ی زناشویی از جمله رابطه‌ی جنسی و خودکارآمدی جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با این حال، تاکنون مطالعه‌ای در ایران به منظور بررسی خودکارآمدی جنسی و عملکرد جنسی در زنان نابارور انجام نشده است. به همین دلیل، محقق بر آن شد تا پژوهشی با هدف مقایسه‌ی خودکارآمدی جنسی و عملکرد جنسی در زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی دولتی شهر مشهد در سال ۱۳۹۲ انجام دهد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه‌ی کوهورت تاریخی بوده است. تعداد افراد نمونه، با در نظر گرفتن احتمال خطای نوع اول (Z_α=۱/۹۶)، توان آزمون (Z_β=۱/۲۸) و اندازه‌ی اثر در برآورد تفاوت خودکارآمدی جنسی در دو گروه ($\mu_1-\mu_2$=۰/۵)، ۸۵ زن نابارور "مورد" و ۱۷۰ زن بارور "شاهد" محاسبه شد. زنان نابارور، از مراجعین مرکز تحقیقاتی و درمانی ناباروری منتصریه بر اساس نمونه‌گیری آسان و زنان بارور، از مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی منتخب شهر مشهد در سال ۱۳۹۲ بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، انتخاب شدند. به این ترتیب که با روش نمونه‌گیری منطقه‌ای، شهر مشهد به پنج ناحیه‌ی جغرافیایی، اجتماعی، اقتصادی، مرکزی، شمال غربی، جنوب غربی، شمال شرقی و جنوب شرقی تقسیم شده و سپس از هر منطقه به صورت تصادفی با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، یک خوشه (مرکز بهداشتی درمانی) انتخاب و در نهایت با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، از زنان واجد شرایط دعوت به همکاری شد. نمونه‌های مطالعه، در محدوده‌ی سنی ۲۰ تا ۴۵ سال قرار داشته و فاقد هر گونه

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

بیماری جسمی، جنسی، روانی و طبی و اعتیاد به مواد مخدر و الکل بودند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل فرم ثبت اطلاعات جمعیت‌شناسی واحدهای پژوهش، پرسشنامه‌ی عملکرد جنسی زنان یا FSFI (Female Sexual Function Index)، پرسشنامه‌ی خودکار آمدی جنسی وزیری (طراحی شده بر اساس پرسشنامه‌ی خودکارآمدی شوارزر) و پرسشنامه‌ی رضایت زناشویی Enrich بود. اعتبار صوری و محتوایی پرسشنامه‌های خودکارآمدی جنسی و عملکرد جنسی، با نظر متخصصین زنان و زایمان، روانپزشکی، مامایی و آموزش بهداشت، ارزیابی و با استفاده از آزمون مجدد، پایایی آن تعیین گردید که ضریب پایایی پرسشنامه‌ی خودکارآمدی جنسی، ۰/۸۰ و پرسشنامه‌ی عملکرد جنسی زنان ۰/۹۰ بدست آمد. اطلاعات، توسط پژوهشگر و به صورت انفرادی از افراد به دست آمد.

پرسشنامه‌ی خودکارآمدی جنسی شامل ۱۰ سؤال است که کمترین نمره، صفر و بیشترین نمره، ۳۰ می‌باشد و در تفسیر، به ۳ دسته‌ی خودکارآمدی جنسی پایین، متوسط و بالا تقسیم می‌شود. پرسشنامه‌ی استاندارد سنجش عملکرد جنسی زنان، شامل ۱۹ سؤال در ۴ حیطه‌ی تمایل جنسی، تحریک جنسی، درد حین نزدیکی یا عدم توانایی به اوج لذت جنسی است. هر سؤال، دارای ۵ گزینه بوده و نمره‌گذاری به گونه‌ای است که نمره‌ی زیر ۲۸، نشان‌دهنده‌ی عملکرد جنسی نامطلوب و نمره‌ی بین ۲۸ تا ۳۶، نشان‌دهنده‌ی عملکرد جنسی مطلوب می‌باشد. پرسشنامه‌ی رضایت زناشویی انریچ، به صورت ۵ گزینه‌ای است که در اصل، یک نگرش‌سنج از نوع لیکرت می‌باشد. در محاسبه، نمره‌ی کمتر از ۳۰ بیانگر نارضایتی شدید، ۳۰ تا ۴۰ عدم رضایت، ۴۰ تا ۶۰ رضایت متوسط، ۶۰ تا ۷۰ رضایت زیاد و ۷۰ و بالاتر، نشان‌دهنده‌ی رضایت خیلی زیاد می‌باشد.

در تجزیه و تحلیل نتایج، از آزمون‌های آماری من- ویتنی و کای- اسکوئر استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری، P<۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

دو گروه زنان بارور و نابارور از نظر شاخص‌های دموگرافیک، همسان‌سازی شدند. رضایت زناشویی خیلی زیاد در زنان بارور ۴۵/۹٪ و در زنان نابارور ۵۴/۱٪ بود. نتایج نشان داد که اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه از نظر رضایت زناشویی وجود ندارد (P=۰/۱۷).

جدول ۱. توزیع فراوانی برخی متغیرهای دموگرافیک در زنان بارور و نابارور.

متغیر		زنان بارور		زنان نابارور	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
تحصیلات	خواندن و نوشتن	۲	۱/۲	۷	۸/۲
	پنجم ابتدایی	۸	۴/۷	۱۰	۱۱/۸
	راهنمایی	۹	۵/۳	۱۲	۱۴/۱
	متوسطه	۷۴	۴۳/۵	۲۵	۲۹/۴
	عالی	۷۷	۴۵/۳۵	۳۱	۳۶/۷
تحصیلات همسر	بی‌سواد	۰	۰	۲	۲/۴
	خواندن و نوشتن	۳	۱/۸	۸	۹/۴
	پنجم ابتدایی	۹	۵/۳	۶	۷/۱
	راهنمایی	۲۱	۱۲/۴	۱۵	۱۷/۶۵
	متوسطه	۵۷	۳۳/۵	۲۶	۳۰/۶
	عالی	۸۰	۴۷/۱	۲۸	۳۲/۹
وضعیت شغل	خانه‌دار	۱۰۴	۶۱/۲	۶۰	۷۰/۶
	شاغل	۶۶	۳۸/۸	۲۵	۲۹/۴
وضعیت درآمد	کمتر از کفاف	۱۹	۱۱/۲	۲۲	۲۵/۹
	در حد کفاف	۱۳۱	۷۷/۱	۶۲	۷۲/۹
	بیشتر از کفاف	۲۰	۱۱/۸	۱	۱/۲

آزمون آماری: Mann-whitney.

نتایج مقایسه‌ی خودکارآمدی جنسی نشان داد زنان بارور، نمرات بیشتری از خودکارآمدی جنسی را نسبت به زنان نابارور کسب کردند و این دو گروه از نظر سطوح خودکارآمدی جنسی با یکدیگر اختلاف آماری معنی داری داشتند (P=۰/۰۰). سطوح مختلف خودکارآمدی جنسی در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. مقایسه‌ی سطوح "تعداد و درصد" خودکارآمدی جنسی در زنان بارور و نابارور.

	پایین	متوسط	بالا	کل
زنان بارور "شاهد"	(۵/۳)۹	(۳۵/۳)۶۰	(۵۹/۴)۱۰۱	(۱۰۰)۱۷۰
زنان نابارور "مورد"	(۴/۷)۴	(۴۲)۵۱	(۵۳/۳)۳۰	(۱۰۰)۸۵
P			۰/۰۰	

آزمون آماری: Mann-whitney.

در رابطه با مقایسه‌ی عملکرد جنسی، نتایج نشان داد که که عملکرد جنسی در زنان بارور، مطلوب‌تر از زنان نابارور بوده و از این نظر، اختلاف آماری معنی‌داری بین زنان بارور و نابارور وجود دارد (P=۰/۰۰). در خصوص بررسی خرده مقیاس‌های عملکرد جنسی، به جز خرده مقیاس "خیس و نرم شدن واژن" و "درد هنگام نزدیکی"، بین سایر خرده مقیاس‌ها در دو گروه، اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت (P_1=۰/۱۷، P_2=۰/۸۶). سطوح عملکرد جنسی در جدول ۳ نشان داده شده است.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۳. مقایسه‌ی سطوح "تعداد و درصد" عملکرد جنسی در زنان بارور و نابارور.

	مطلوب	نامطلوب	کل
زنان بارور "شاهد"	(۵۸/۸)۱۰۰	(۴۱/۲)۷۰	(۱۰۰)۱۷۰
زنان نابارور "مورد"	(۲۸/۲)۲۴	(۷۱/۸)۶۱	(۱۰۰)۸۵
P		۰/۰۴	

آزمون آماری: Chi-square.

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که خودکارآمدی جنسی زنان بارور بیشتر از زنان نابارور است. همین امر نشان می‌دهد زنانی که توانایی باروری دارند، اعتقاد بیشتری در رسیدن به اهداف جنسی خود در قیاس با زنان نابارور داشته و بین سطوح بالاتر خودکارآمدی جنسی و توانایی رفع مشکلات جنسی، ارتباط وجود دارد. Causineau و همکاران بیان کردند که افراد با خودکارآمدی بالاتر، خودکارآمدی جنسی بیشتری دارند (۲۲). ناباروری باعث از دست دادن حس خودکارآمدی جنسی می‌شود (۲۴). از آنجایی که در منابع مختلف، ارتباط بین خودکارآمدی و اعتماد به نفس جنسی بیان شده بود، از تحقیقات مشابه در این زمینه برای بحث بیشتر استفاده گردید.

یافته‌های Abbey و همکاران نشان داد که استرس ناباروری به طور معکوس و معنی‌داری، با کنترل درونی ادراک شده مرتبط است (۲۵). ارتباط استرس درونی ادراک شده و عزت نفس و اعتماد به نفس، ثابت شده و طبق نظر Nene و همکاران در سال ۲۰۰۵، استرس و خودکارآمدی پایین، نتایج روانی ناباروری هستند (۲۶). ناباروری با اعتماد به نفس و عزت نفس رابطه‌ی معنی‌دار و معکوسی داشته و می‌تواند باعث مختل شدن روابط زناشویی، عملکرد جنسی و ایجاد شرایط بحرانی گردد (۲۷).

Galhardo و همکاران در سال ۲۰۱۳ نشان دادند که توانایی برخورد با مشکلات مرتبط با ناباروری، با داشتن حس خودکارآمدی و سلامت روانی بالاتر در افراد نابارور، مرتبط است (۲۸) که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد. در پژوهشی ۱۰ ساله که Whichman و همکاران روی ۵۶۴ زوج نابارور تحت درمان انجام دادند، مشخص گردید که والدین بارور بعد از درمان، به طور معنی‌داری خودکارآمدی بیشتری نسبت به زوج‌هایی که نابارور مانده‌اند، نشان می‌دهند (P<۰/۰۰). این در حالی است که هیچ تفاوتی در رضایت از عملکرد جنسی و رضایت زناشویی در دو گروه نابارور با زوج‌های بارور دیده نشد (۲۹). در مورد خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی، نتایج پژوهش حاضر، با مطالعه‌ی Whichman و همکاران یکسان بود، اما در مطالعه‌ی حاضر، تفاوتی بین عملکرد جنسی در زنان بارور و نابارور مشاهده شد به گونه‌ای که عملکرد جنسی در زنان بارور، مطلوب‌تر از زنان نابارور بود. علت تفاوت در این نتایج، می‌تواند به تفاوت در واحدهای پژوهش مربوط باشد زیرا در مطالعه‌ی Whichman، گروه باروران در واقع نابارورانِ درمان شده بودند اما در این مطالعه، افراد بارور هیچ سابقه‌ای از ناباروری نداشتند. همچنین، مطالعه‌ی Whichman به صورت طولی در ۱۰ سال انجام گرفته است و شرایط مختلف می‌توانسته بر نتایج آن اثر گذار باشد.

در راستای نتایج این پژوهش، می‌توان به مطالعه‌ی بشارت و حسین‌زاده در سال ۲۰۱۳ اشاره کرد که نشان دادند اصل ناباروری، صرف نظر از طول مدت و عامل ناباروری، تعیین‌کننده‌ی وضعیت سلامت روانی و مشکلات جنسی خواهد بود، چرا که زنان نابارور بیشتر از زنان بارور از مشکلات جنسی رنج می‌برند. در واقع از یک سو، فعالیت‌های جنسی با شروع ناباروری از هدف‌های تولید مثل و باروری جدا شده و کسب لذت می‌سازد و از سوی دیگر به دلیل تمرکز بر تولید مثل و پیامدهای روان‌شناختی نامطلوب آن، به تقویت فزاینده‌ی رابطه‌ی زناشویی می‌انجامد و به صورت غیرمستقیم، مشکلات جنسی را افزایش می‌دهد (۳۰). همچنین، Kawad و همکاران در مطالعه‌ای مروری بیان داشتند که اختلاف آماری معنی‌داری از نظر اختلال عملکرد جنسی در زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور، وجود دارد (۳۱) که مشابه با نتایج این مطالعه می‌باشد.

Reissuing و همکاران در سال ۲۰۰۵، در پژوهشی بیان کردند که با افزایش خودکارآمدی جنسی می‌توان مشکلات جنسی اساسی و اصلی زنان را مرتفع کرد (۳۲). بدین گونه که هرچه خودکارآمدی جنسی بالاتر باشد، عملکرد جنسی نیز مطلوب‌تر می‌شود. Rostosky و همکاران در سال ۲۰۰۸ در تأیید این ارتباط، بیان داشته‌اند که اعتماد به نفس در روابط جنسی، پیشگوکننده‌ی خودکارآمدی جنسی بالاتر بوده و بر همین اساس، برای بهبود عملکرد جنسی سالم‌تر، نیاز به افزایش خودکارآمدی جنسی و اعتماد به نفس جنسی است (۳۳). همچنین، رمضانی و همکاران در سال ۲۰۱۲ و Shakelford در سال ۲۰۰۱ بیان داشته‌اند که بیشتر افراد با اعتماد به نفس پایین، در رضایتمندی جنسی، دچار اختلال هستند (۳۴ و ۳۵). نتایج مطالعه‌ی آنها، مشابه با نتایج این

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

پژوهش بوده است، زیرا بیان شد که بین اعتماد به نفس و خودکارآمدی، ارتباط وجود دارد .از سوی دیگر، استرس ناشی از ناباروری، تأثیر مستقیم بر مشکلات زناشویی داشته و سبب کاهش خودکارآمدی در زوج‌ها، اختلال در عملکرد جنسی و کاهش تعداد دفعات نزدیکی می‌شود (۳۶). مطالعه‌ی Powwattana و Ramasoota در سال ۲۰۰۸ نشان داد که رابطه‌ی معنی‌داری بین خودکارآمدی جنسی و ارتقای بهبود عملکرد جنسی وجود دارد. به این ترتیب که هر قدر خودکارآمدی در برخورد با مسایل جنسی بالاتر باشد، توانایی رفع مشکلات بوجود آمده در روابط جنسی نیز در افراد بیشتر می‌گردد (۳۷).

ناباروری و سرزنش شدن توسط دیگران و دشواری‌های جنسی همراه با آن می‌توانند سبب اختلال در عملکرد جنسی و نارضایتی جنسی شود که این نارضایتی، خود سبب کاهش خودکارآمدی جنسی می‌گردد. به همین دلیل است که زنان نابارور، دچار اختلال در عملکرد جنسی بوده و خودکارآمدی جنسی پایین‌تری نسبت به زنان بارور دارند.

از نقاط ضعف این پژوهش، می‌توان به عدم شرکت زنان با ناباروری ثانویه، محدودیت یک مکان برای انتخاب زنان نابارور و مذهبی بودن شهر نمونه‌گیری، اشاره کرد. از نقاط قوت مطالعه می‌توان تعداد زیاد واحدهای پژوهش، عدم ریزش نمونه‌ها و تکمیل پرسشنامه‌ها توسط خود پژوهشگر را بیان داشت.

نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر نشان داد که خودکارآمدی جنسی و عملکرد جنسی در زنان بارور به طور معنی‌داری از زنان نابارور بیشتر و مطلوب‌تر می‌باشد. نتایج این مطالعه، می‌تواند در برنامه‌های ارتقای عملکرد جنسی و خودکارآمدی جنسی در زنان نابارور استفاده شود. در همین راستا، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، به بررسی تأثیر مداخلات آموزشی و مشاوره‌ای بر خودکارآمدی جنسی و ارتباط آن با عملکرد جنسی در زنان بارور و نابارور پرداخته شود.

تشکر و قدردانی

این طرح با حمایت شعبه‌ی بین‌الملل دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی انجام شده است. بدین‌وسیله، نویسندگان مقاله، مراتب تشکر و قدردانی خود را از اساتید بزرگوار و پرسنل محترم دانشگاه اعلام می‌دارند.

REFERENCES

1. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan and Sadock comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009. p. 287–94.

2. Brezsnyak M, Whisman MA. Sexual desire and relationship function: the effect of marital satisfaction and power. J Sex Marital Ther 2004;30(3):199–217.

3. Steinke EE, Wright DW, Chung ML, Moser DK. Sexual self-concept, anxiety, and self-efficacy predict sexual activity in heart failure and healthy elders. Heart Lung 2008;37(5):323–33.

4. Schick VR, Zucker AN, Bay-Cheng LY. Safer, better sex through feminism: the role of feminist ideology in women's sexual well-being. Psychol Women Q J 2008;32:225–32.

5. Bailes SC, Fichten CS, Libman E, Brender W, Amsel R. Sexual self-efficacy scale for female functioning. Handbook of Sexuality-Related Measures. 3rd ed. New York: Syracuse; 2013.

6. Rosenthal D, Moore S, Flynn I. Adolescent self-efficacy, self-esteem and sexual risk-taking. J Community Appl Soc Psychol 2006;1(2):77–88.

7. Abarbanel J, Rabinerson D. Sexual dusfunction in women. Israel Medical Association: Harefuah 2004;143:426–31.

8. Rosenhan DL, Seligman M, Walker EF. Abnormal psychology. 4th ed. New York: Norton; 2000.

9. Goshtasbi A, Vahdaninia M, Rahimi forooshani A. Prevalence and potential risk factors of female sexual difficulties: an urban Iranian population-based study. J Sex Med 2009;6(11):2988–96. (Full Text in Persian)

10. Novak E, Berek SJ. Berek and Novak's Gynecology. 15th ed. London: Lippincott Williams and Wilkins; 2012. p. 170–82.

11. Read J. ABC of sexual health: sexual problem associated with infertility, pregnancy and ageing. Br Med J 2004;329 (7465):559–61.

12. World Health Organization. Available at: http://www.who.com.htm. Accessed: 15 Sep 2012.

13. Roger RH .Human Sexuality. 3rd ed. Mandocino College; 2010. p. 696.

14. Safarinejad M. Infertility among couples in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. Int J Androl 2008;31(3):303–14.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

15. Jonaidy E, Noorani Sadodin SH, Mokhber N, Shakeri MT. Comparing the marital satisfaction in infertile and fertile women referred to the public clinic in Mashhad. J Obstet Gynecol Infertil 2009;12(1):7–16. (Full Text in Persian)

16. Gibson DM, Myers JE. Gender and infertility: a relational approach to counseling. Women J Couns 2000; 78(4): 11–40 .

17. Khademi A, Alleyasin A, Amini M, Ghaemi M. Evaluation of sexual dysfunction prevalence in infertile couples. J Sex Med 2007;5(6):1402–10. (Full Text in Persian)

18. Lee TU, Sun GH, Chao SC. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. Hum Reprod J 2001;16(8):1762–7.

19. Horne S, Zimmer-Gembeck MJ. The female sexual subjectivity inventory: development and validation of an instrument for late adolescents and emerging adults. Psychol Women Q J 2005;30:125–38.

20. Hirsch AM, Hirsch SN. The long term psychosocial effects of infertility. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005; 25(6):517–22.

21. Besharat MA .The contribution of couple's attachment style to the adjustment to infertility. Reprod Infertil J 2000; 2(1):17–25. (Full Text in Persian)

22. Cousineau TM, Green TC, Corsini EA, Barnard T, Seibring AR, Domar AD. Development and validation of the infertility self-efficacy scale. Fertil Steril J 2006;85:1684–96.

23. Khodakarami N, Hashemi S, Seddigh S, Hamdiyeh M, Taheripanah R. Life experience with infertility: a phenomenological study. Med J Reprod Infertil 2009;10(4):229–87.

24. Newton CR, Sherrard MA, Glavac I. The fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress. Fertil Steril J 1999;72:54–62.

25. Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. Provision and receipt of social support and disregard: What is their couples? J Pers Soc Psychol 1991;68:455–69.

26. Nene UA, Coyaji K, Apte H. Infertility: a label of choice in the case of sexually dysfunctional couples. Patient Educ Couns J 2009;59(3):234–8.

27. Andrews FM, Abbey A, Halman J. Stress from infertility, marriage factors and subjective well-being of wives and husbands. J Health Soc Behav 1991;32:238–53.

28. Galhardo A, Cunha M, Pinto-Gouveia J. Measuring self-efficacy to deal with infertility: psychometric properties and confirmatory factor analysis of the Portuguese version of the infertility self-efficacy scale. Res Nurs Health J 2013; 36:65–74.

29. Whichmann TH. Sexual dysfunction in infertile couple. J Sex Med 2010;7(5):1868–76.

30. Besharat MA, Hoseinzadeh Bazargani R. A comparative study of fertile and infertile women's mental health and sexual problems. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2006;12(2):146–53. (Full Text in Persian)

31. Kawad K, Patel A, Saini V. Female sexual dysfunction and infertility. Soc Range Manage J 2013;35(5):1–30.

32. Reissuing ED, Genevieve M, Hannah J. Young women's sexual adjustment: the role of sexual self-scheme, sexual self-efficacy, sexual aversion and body attitude. Can J Hum Sex 2005;14:52–96.

33. Rostosky SS, Dekhtyar O, Cupp PK, Anderman EM. Sexual self-concept and sexual self-efficacy in adolescents: a possible clue to promoting sexual health. J Sex Res 2008;45(4):402–8.

34. Ramezani M, Dolatian M, Shams J, Alavi H. The relationship between self-esteem and sexual dysfunction and satisfaction in women. Arak Med Univ J 2012;14(59):57–65. (Full Text in Persian)

35. Shackelford TK. Self-esteem in marriage. Pers Individ Differ J 2001;30(3):371–90.

36. Alizadeh T, Farahani MN, Shahraray M, Alizadegan S. The relationship between self esteem and locus of control with infertility related stress of no related infertile men and women. J Reprod Infertil 2005;6(2):194–204. (Full Text in Persian)

37. Powwattana A, Ramasoota P. Differences of sexual behavior predictors between sexually active and nonactive female adolescents in congested communities, Bangkok metropolis. J Med Assoc Thai 2008;91(4):542–50.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]