AUMJ
Journal
Alborz University of Medical Sciences
نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز، زمستان ۱۴۰۰، سال ۱۱، شماره ۱، صفحه‌های ۳۵-۴۴
مقاله تحقیقی

مقایسه ی خودپنداره جنسی در زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز سلامت جامعه و ناباروری شهر کرج سال ۱۳۹۶

بیتا دژن[۱]، راضیه لطفی [۲*]، زهرا مهدی زاده[۳]، میترا رحیم زاده[۴]، مریم محمدزاده[۵]، منصوره کریم زاده[۶]

[۱] کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
[۲] دانشیار سلامت باروری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
[۳] مربی گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
[۴] دانشیار آمار حیاتی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
[۵] کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
[۶] استادیار روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم توان بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۲/۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۱

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه ای خودپنداره جنسی در زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز سلامت جامعه و ناباروری شهر کرج سال ۱۳۹۶ بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش، علی- مقایسه ای و از نوع مقطعی است. جامعه مورد مطالعه کلیه زنان متاهل بارور مراجعه کننده به مراکز سلامت جامعه و زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری رویش شهر کرج بودند. از روش نمونه‌گیری در دسترس با جدول مورگان برای انتخاب نمونه زنان نابارور و روش تصادفی خوشه ای دو مرحله ای برای گروه زنان بارور استفاده گردید که در مجموع ۲۵۰ نفر(۱۳۰بارور و ۱۲۰ نابارور) انتخاب شدند. گردآوری اطلاعات با پرسشنامه مشخصات فردی و اطلاعات مامایی و پرسش نامه چند وجهی خودپنداره جنسی (MSSCQ) برای هر دو گروه انجام شد. تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و با آزمون کای اسکوئر و تی مستقل انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد میزان خودپنداره جنسی مثبت در دو گروه از زنان بارور و نابارور یکسان نیست ($p< ۰/۰۵$) و تقریبا ۱۸ واحد در زنان نابارور کمتر می‌باشد. همچنین میزان خودپنداره جنسی منفی در دو گروه از زنان بارور و نابارور یکسان نیست ($p< ۰/۰۵$) و تقریبا ۲ واحد در زنان نابارور بیشتر می‌باشد .

نتیجه گیری: بایستی سعی گردد خودپنداره جنسی زنان نابارور را از طریق برگزاری کارگاه های آموزشی و ارائه آموزش توسط مشاوران متخصص و مجرب و غربالگری زوجین نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری در طول مدت درمانشان بهبود بخشید.

کلمات کلیدی: خودپنداره جنسی، زنان بارور، زنان نابارور

نویسنده مسئول:

دانشیار سلامت باروری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۰۲۶۳۴۳۰۴۴۳۳

Email: : raziehlotfi@abzums.ac.ir

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.35]

مقدمه

«باروری» همواره از گذشته های دور تا امروز مفهومی ارزشمند تلقی می‌شده و داشتن توانایی زادآوری نقطه مقابل ناباروری است که اختلال در روند تولید مثل محسوب می‌شود و می‌تواند با پیامدهای ناخواسته فراوانی برای زوجین همراه باشد [۱]. کاهش باروری در زنان در حال حاضر در حدود سنین ۲۵-۳۰ سال شروع می‌شود و متوسط سن در آخرین باروری طبیعی در بیشترین موارد مورد مطالعه ۴۰-۴۱ سال است [۲].

ناباروری به عدم ایجاد حاملگی با وجود داشتن رابطه جنسی منظم و محافظت نشده پس از ۱۲ ماه گفته می‌شود [۲]، تخمین زده می‌شود که ناباروری بین ۸ تا ۱۲ درصد از زوجین سنین باروری را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار دهد [۲]. در سراسر جهان بیش از ۱۸۶ میلیون نفر از ناباروری رنج می‌برند که اکثر آنها ساکنان کشورهای در حال توسعه هستند [۳]. مطالعات نشان میدهد زوجین نابارور از مشکلات جنسی و ارتباطی رنج می برند [۴]. زنان مبتلا به مشکلات باروری به طور گسترده ای از فشار روانی رنج می‌برند و ممکن است این وضعیت بالینی را بسیار استرس زا تجربه کنند [۵]. افرادی که ناباروری را تجربه می‌کنند تقریباً دو برابر بیشتر از مردم دیگر در معرض اضطراب و افسردگی قرار دارند و اضطراب و افسردگی به طور قابل توجهی بر کیفیت زندگی زوجین نابارور تأثیر می‌گذارد [۶]. درمان های ART ممکن است پریشانی ذهنی را در زنانی که تحت این گزینه های درمانی قرار دارند افزایش دهد. [۵] زنان نابارور بیشتر در معرض مشکلات روانی قرار دارند، ناباروری بر عزت نفس، فعالیت جنسی و عملکرد روانی آنها تأثیر منفی دارد و عملکرد جنسی و کیفیت زندگی جنسی آنها آن طور که باید در نظر گرفته نمی شود [۷،۸].

هر فرد در ذهن خود تصویری از خویشتن دارد؛ ارزشیابی کلی فرد از شخصیت خود را «خود پنداره» یا «خود انگاره» می‌نامند. این ارزشیابی ناشی از ارزشیابی های ذهنی است که معمولاً از ویژگی های رفتاری خود به عمل می‌آید [۹]. خودپنداره جنسی درک درستی از جنبه های جنسی یک فرد را فراهم می‌کند، بدین معنی که تفکر و احساس فرد در مورد مسائل جنسی چگونه است و به تصمیم گیری فرد در این مورد کمک می کند[۱۰، ۱۱] . بنابراین یکی از مهمترین عوامل پیش بینی کننده رفتار و عملکرد جنسی، خودپنداره جنسی است [۱۲]. خودپنداره جنسی مثبت که منجر به تمایلات و عملکرد جنسی رضایت بخش زوجین می‌گردد، یکی از عوامل موثر در سلامت روانی آنان در فرآیند زندگی زناشویی بوده که شامل: ابعاد فیزیولوژیکی، روانی- اجتماعی، تکاملی و پاسخ جنسی می‌باشد. عملکرد جنسی رضایت بخش علاوه بر تامین بهزیستی و روان شناختی زنان، موجب بقای نسل و تولید مثل می‌گردد و پژوهشگران آن را به عنوان زیربنای تشکیل خانواده پذیرفته و ارضای آن را بسیار مهم و ضروری می‌دانند [۱۳]. یافته های علمی حاکی از آن است که خودپنداره جنسی منفی، علاوه بر ایجاد مشکلات اجتماعی مانند جرایم، تجاوزهای جنسی، بیماری های روانی و طلاق و عوامل مختلف زندگی؛ نقش غیرقابل انکاری بر سلامت، شادابی، کیفیت، رضایتمندی و اعتماد به نفس در زندگی زناشویی زوجین دارد [۱۳].

ناباروری می‌تواند با تأثیر بر زندگی شخصی و جنسی افراد، بر خودپنداره افراد تأثیر بگذارد [۱۴]. طبق نتایج پژوهش های قبلی بین ابعاد مختلف سلامت و بهزیستی زوجین، با خودپنداره، عملکرد و رضایت جنسی رابطه معنی دار مستقیم وجود دارد، که این امر در زوجین نابارور با توجه به فشارهای روانی نقش بسزایی ایفا می‌کند [۱۱]. طبق نظر رولند (۲۰۱۵)، ابعاد خودپنداره جنسی، از جمله عزت نفس جنسی، رضایت جنسی و خودکارآمدی جنسی، ارتباط قوی با عملکرد جنسی دارد [۱۵] و اضطراب و افسردگی شدید با خودپنداره ضعیف زنان مرتبط است[۱۶]. انگیزش جنسی و رضایت جنسی ابعاد مهم خودپنداره جنسی در زنان نابارور است [۱۷]. افزایش ابعاد مثبت خودپنداره جنسی (یعنی عزت نفس و رضایت جنسی و کاهش ابعاد منفی آن (به عنوان مثال، اضطراب جنسی) می‌تواند عملکرد جنسی مثبت را در زنان سنین باروری تقویت کند [۱۲].

تاکنون پژوهش های چندانی در کشورمان به بررسی نقش و تاثیر خودپنداره جنسی در زنان بارور و نابارور نپرداخته اند؛ لذا با ملاحظه آمار شیوع ناباروری در کشور، انجام تحقیق در این زمینه، به منظور ارتقای سطح کیفیت بهداشت و تامین سلامت جسمانی و روانی زنان جامعه، پیشگیری و جلوگیری از آسیب های اجتماعی حوزه زنان، زوجین و خانواده ها، بویژه تدوین، برنامه ریزی و مدیریت درمان روان شناختی و اجتماعی موثرتر و مناسب تر زنان

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.35]

نابارور، از اهمیت و ضرورت خاصی برخوردار می‌باشد. بنابراین در تحقیق حاضر سعی بر آن است که به بررسی مقایسه ای خودپنداره جنسی در زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز سلامت جامعه و مرکز ناباروری شهر کرج پرداخته شود تا با بهره گیری مناسب از نتایج آن بتوان در اداره موثرتر زنان جامعه به ویژه زنان نابارور گام برداشت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، علی- مقایسه ای و از نوع مقطعی بود و به بررسی مقایسه ای خودپنداره جنسی در زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز سلامت جامعه و مرکز ناباروری رویش شهر کرج پرداخته شد. معیارهای ورود به مطالعه برای هر دو گروه شامل: متاهل بودن، زنان و همسران ایرانی مسلمان، زبان فارسی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، سنین باروری ۲۰ تا ٤٥ سال و تک همسری بوده است. معیار اختصاصی ورود برای زنان بارور این بود که حداقل دارای یک فرزند بوده و در حال حاضر شیرده یا باردار نیز نبوده باشد. هم چنین خود یا همسر سابقه ناباروری نداشته و بدون استفاده از روش های کمک باروری باردار شده باشند. معیار اختصاصی ورود برای زن نابارور، تشخیص قطعی ناباروری آنان بوده است. معیارهای خروج از مطالعه برای هر دو گروه شامل یائسگی، ابتلا به بیماری های شناخته شده جسمی و روانی موثر بر عملکرد جنسی، مصرف هر نوع داروی روان گردان، داروهای موثر بر عملکرد جنسی، مصرف الکل، مواد مخدر، ابتلا همسران آن‌ها به اختلالات جنسی، تجارب استرس شدید طی یک سال اخیر در هر یک از زوجین بوده است. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری در دسترس برای انتخاب نمونه زنان نابارور و روش تصادفی خوشه ای دو مرحله ای برای گروه زنان بارور استفاده گردید. انتخاب زنان نابارور بصورت در دسترس و از بین پرونده های موجود در مرکز ناباروری رویش شهر کرج انتخاب شدند. حجم نمونه زنان نابارور با توجه به تعداد پرونده ها(۱۰۰۰ پرونده) و جدول مورگان ۲۸۰ نفر در نظر گرفته شد. از بین پرونده هایی که به صورت تصادفی انتخاب می‌شدند، افرادی که مایل به پاسخگویی پرسشنامه نبودند را از این پژوهش حذف کرده و در نهایت ۱٤۰ نفر از زنان نابارور حاضر به همکاری شده و به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. همچنین جهت انتخاب زنان بارور مراجعه کننده به مراکز سلامت جامعه شهر کرج از روش تصادفی خوشه ای دو مرحله ای استفاده شد. لذا از تعداد ٤۳ مرکز سلامت جامعه در سطح شهرستان کرج به طور تصادفی ٤ مرکز (هر مرکز از یک منطقه جغرافیایی) به عنوان خوشه انتخاب شد. سپس از بین افراد تحت پوشش ٤ مرکز، زنان متاهل در دسترس دارای حداقل یک فرزند انتخاب شده که تعداد آنان ۱۹۷ نفر بود. بر اساس فرمول کوکران، حجم نمونه زنان بارور ۱٤۰ نفر تعیین شد و از بین زنان بارور مراجعه کننده به مراکز سلامت جامعه شهر کرج مورد نظر ۱٤۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند.

پژوهش حاضر، پس از کسب مجوز های لازم از معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه و اخذ معرفی نامه برای دسترسی به نمونه های پژوهش، انجام شد. ابتدا از افراد مورد مطالعه برای انجام پژوهش رضایت آگاهانه کتبی کسب و سپس تکمیل پرسش نامه‌ها صورت گرفت. پس از آن پرسش نامه های مشخصات فردی، اطلاعات مامایی و مشخصات ناباروری (برای گروه نابارور) توسط پژوهشگر و پرسش نامه های چند وجهی خودپنداره جنسی توسط مشارکت کنندگان تکمیل گردید. در جمع آوری اطلاعات از زنان سعی شد با برقراری ارتباط مناسب و اجازه صحبت کامل به مراجعه کنندگان جلب اعتماد کافی صورت گیرد و در خصوص محرمانه بودن اطلاعات نیز به واحدهای مورد پژوهش اطمینان داده شود.

ابزار گرد آوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه های مشخصات فردی و اطلاعات مامایی و مشخصات ناباروری (برای گروه نابارور)، و مشخصات فردی (برای گروه بارور) و پرسشنامه چند وجهی خودپنداره جنسی (MSSCQ) برای هر دو گروه می‌باشد. پرسشنامه های مشخصات فردی و اطلاعات مامایی/ ناباروری توسط پژوهشگر و پرسشنامه خودپنداره توسط مشارکت کنندگان تکمیل گردید. پرسشنامه مشخصات فردی و اطلاعات مامایی و فرم مشخصات ناباروری (برای گروه نابارور): شامل سوالاتی در زمینه سن، تحصیلات و شغل زن و شوهر، درآمد خانواده، طول مدت ازدواج (هر دو گروه)، تعداد فرزند (برای گروه بارور)، طول مدت ناباروری و نوع ناباروری (گروه نابارور) بود. پرسشنامه چند وجهی خودپنداره جنسی یک ابزار خود گزارشی

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.35]

عینی است که نسخه فارسی آن ۷۸ سئوال و ۱۸ حیطه دارد. سوالات طبق مقیاس لیکرت می‌باشند که از صفر (عبارت به هیچ وجه در مورد من صدق نمی کند تا ٤ کاملا در مورد من صدق می‌کند) نمره گذاری می‌شود و حیطه‌ها به حیطه های بزرگتری به نام های خودپنداره جنسی منفی و خودپنداره جنسی مثبت طبقه بندی می‌شوند، در این ابزار ٤ عبارت به شکل معکوس نمره گذاری می‌شوند. هر حیطه از ۳ تا ۵ گویه تشکیل شده است. گویه های متعلق به هر حیطه در سراسر پرسشنامه توزیع شده اند. بعد خودپنداره مثبت شامل: مولفه های خود کارآمدی جنسی، آگاهی جنسی، انگیزه برای اجتناب از روابط جنسی پرخطر، اشتیاق جنسی، نظارت و پایش جنسی، شهامت و جرات جنسی، خوش بینی جنسی، انگیزش جنسی، اعتبار و ارزشمندی جنسی، مدیریت مسائل جنسی، پیشگیری از مشکلات جنسی و رضایت جنسی است. بعد خودپنداره منفی شامل: اضطراب جنسی، خود سرزنشی در مشکلات جنسی، ترس از رابطه جنسی، افسردگی جنسی، کنترل درونی مسائل جنسی و الگوهای فردی جنسی است. حداقل نمره در بعد خودپنداره مثبت و منفی صفر و حداکثر نمره در خودپنداره مثبت ١٧٦ و خودپنداره منفی ٦٤ است. پرسش نامه خودپنداره جنسی که در سال ۱۹۹۵ توسط اسنل طراحی شد، یکی از کاربردی ترین ابزارهایی است که در حوزه روان شناختی برای اندازه گیری درک افراد از رابطه جنسی شان بکار برده می‌شود. ویژگی های روان سنجی این پرسش نامه توسط ضیایی و همکاران در سال ۱۳۹۲ در ایران انجام شده است [۱۸]. روایی ابزار با روش های ترجمه – بازترجمه، صوری و محتوی و پایایی آن با روش بررسی ثبات درونی از طریق محاسبه آلفای کرونباخ و میزان همبستگی از طریق ضریب همبستگی آماری پیرسون مورد بررسی و تایید قرار گرفت. میزان آلفای کرونباخ گزارش شده برای کل پرسش نامه ۰/۸۸ می‌باشد. برای هر زیر مقیاس آلفا از ۰/۸۷– ۰/٤۱ متفاوت می‌باشد [۱۱]. در مطالعه حاضر پایایی پرسش نامه به روش همسانی درونی با تکمیل ۲۰ پرسش نامه توسط نمونه های پژوهش (۱۰ نفر بارور و ۱۰ نفر نابارور) بررسی شد و میزان آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۵ محاسبه شد.

جهت توصیف متغیرهای تحقیق در قالب جدول و نمودار از آمار توصیفی با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۱۸ استفاده شده است. در قسمت آمار استنباطی نیز،برای تحلیل داده‌ها جهت قضاوت در مورد فرضیات پژوهش از آزمون کای اسکوئر و تی مستقل استفاده شده است.

یافته ها

بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی حاصل از اعضای نمونه (جدول ۱)، نتایج در رابطه با وضعیت شغلی زنان بارور و نابارور نشان می‌دهند که حداکثر آنان خانه دار و حداقل آنان دارای شغل دولتی بوده اند، بنابراین اکثریت هر دو گروه زنان بارور و نابارور خانه دار بوده اند. نتایج در رابطه با وضعیت تحصیلی زنان بارور و نابارور نشان می‌دهد که اکثریت هر دو گروه دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم بوده اند. نتایج در رابطه با وضعیت سنی زنان بارور و نابارور نشان می‌دهد که میانگین سنی زنان بارور و نابارور به ترتیب ۳۵/۰٤ و ۳۲/٤۲ بوده است بنابراین میانگین سنی زنان بارور بیشتر بوده است. همچنین طبق نتایج در رابطه با مدت ازدواج زنان بارور و نابارور؛ میانگین مدت ازدواج زنان بارور و نابارور به ترتیب ۱۱/۲۰ و ۸/۲٦ بوده است که نشان می‌دهد میانگین مدت ازدواج زنان بارور بیشتر بوده است. طبق نتایج جدول(۲) مقدار معناداری که نشان دهنده سطح معنی داری آزمون لون می‌باشد عدد ۰/۰۰۰ می‌باشد که نشان می‌دهد دو نمونه دارای واریانس یکسانی نیستند. مقدار تی ٦/٤۸ و مقدار معناداری۰/۰۰۰ را نشان می‌دهد که چون مقدار معناداری از ۰/۰۵ کوچکتر می‌باشد نتیجه گرفته می‌شود که میزان خودپنداره جنسی مثبت در دو گروه از زنان بارور و نابارور یکسان نیست و این میزان تقریبا ۱۸ واحد در زنان نابارور کمتر می‌باشد.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.35]

جدول ۱ : مشخصات اصلی زنان در دو گروه بارور و نابارور

متغیرها	بارور(N=۱٤۰)	نابارور(N=۱٤۰)	p-value *
سن (سال)	۸/۱۵ ± ۳۵/۰٤	۵/۹٦ ± ۳۲/٤۲	۰/۰۰٤
مدت زمان ازدواج(سال)	۸/۵۳ ± ۱۱/۲۰	۵/٤٦ ± ۸/۲٦	۰/۰۰۱
وضعیت شغلی			۰/۳۱۹
خانه دار	٦۸	۷۷	
آزاد	۲۹	۳۰	
بازنشسته	۳۲	۲۰	
دولتی	۱۱	۱۳	
تحصیلات			
زیر دیپلم	٤۷	۵۵	
دیپلم	۳۰	۳۳	۰/۸۰۲
کاردانی	۳۲	۲۳	
کارشناسی	۲۵	۲۳	
کارشناسی ارشد	۵	۵	
دکتری	۱	۱	

* آزمون کای اسکوئر.

جدول ۲: بررسی نتایج تی مستقل در رابطه با وضعیت خودپنداره جنسی مثبت در زنان بارور و نابارور

شاخص	جامعه	آماره های توصیفی		آزمون لون		آزمون تی برای برابری میانگین ها		
خودپنداره جنسی		میانگین	انحراف معیار	Fآماره	سطح معناداری	tآماره	درجه آزادی	سطح معناداری
مثبت	بارور	۱۱۹/۵	۱٦/۵	۳۲/۰۹	۰/۰۰۰	٦/٤۸	۱۹۸/٤	۰/۰۰۰
	نابارور	۱۰۱/٤	۲٦/۱					

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.35]

جدول ۳ : بررسی نتایج تی مستقل در رابطه با وضعیت خودپنداره جنسی منفی در زنان بارور و نابارور

شاخص	جامعه	آماره های توصیفی		آزمون لون		آزمون تی برای برابری میانگین ها		
		میانگین	انحراف معیار	Fآماره	سطح معناداری	tآماره	درجه آزادی	سطح معناداری
خودپنداره جنسی منفی	بارور	۲٤/۵۱	٦/۳۹	٦/۲۰	۰/۰۱۳	۲/۲۳	۱۹٦/٦٦	۰/۰۲٦
	نابارور	۲٦/۷۱	۸/۲۹					

طبق نتایج جدول(۳) مقدار معناداری که نشان دهنده سطح معنی داری آزمون لون می‌باشد عدد ۰/۰۱۳ می‌باشد که نشان می‌دهد دو نمونه دارای واریانس یکسانی نیستند. مقدار تی ۲/۲۳ و مقدار معناداری۰/۰۲٦ را نشان می‌دهد که چون مقدار معناداری از ۰/۰۵ کوچکتر می‌باشد نتیجه گرفته می‌شود که میزان خودپنداره جنسی منفی در دو گروه از زنان بارور و نابارور یکسان نیست و این میزان تقریبا ۲ واحد در زنان نابارور بیشتر می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد میزان خودپنداره جنسی مثبت در زنان بارور و نابارور یکسان نیست و این میزان تقریبا ۱۸ واحد در زنان نابارور کمتر است. در میان مولفه های خودپنداره جنسی مثبت : خودکارآمدی جنسی، هوشیاری جنسی، انگیزه برای اجتناب از روابط جنسی پرخطر، اشتیاق جنسی، انگیزه جنسی، مدیریت مسائل جنسی، عزت نفس جنسی، پیشگیری از مشکلات جنسی و رضایت جنسی در زنان بارور بیشتر بود (p< ۰/۰۵). در مطالعه لطف الهی (۲۰۲۱) در مقایسه خودپنداره جنسی زنان بارور و نابارور، رضایت جنسی به میزان قابل توجهی در زنان بارور بیشتر بود، همچنین کنترل درونی مسائل جنسی و ترس از رابطه جنسی در زنان نابارور کمتر بود و سایر مولفه‌ها تفاوت قابل توجهی در زنان بارور و نابارور نداشتند و یافته‌ها نشان داد که نیاز به بهبود خودپنداره جنسی در میان هر دو گروه زنان بارور و نابارور وجود دارد [۱۹]. با توجه به نتایج مطالعه ریاضی (۲۰۲۰) که نشان داد عملکرد جنسی زنان تحت تاثیر انگیزه جنسی و رضایت جنسی آنان است و انگیزه جنسی و رضایت جنسی را مهم ترین مولفه های خودپنداره جنسی که به عملکرد جنسی زنان نابارور کمک می‌کند معرفی کرد [۱۷]، پایین بودن این دو مولفه در زنان نابارور لازم است مورد توجه قرار گیرد. مطالعه عبدالفهامی (۲۰۱۸) نشان داد افکار منفی در هنگام فعالیت جنسی مانند نگرانی در مورد شکست در لقاح و عواقب ناگوار آن در زنان نابارور با نارضایتی جنسی همراه هستند [۲۰]، بنابراین از بین بردن چنین عوامل مداخله گری می‌تواند در افزایش رضایت جنسی زنان نابارور موثر باشد.

نتایج مطالعه شارع (۲۰۱۹) با مطالعه حاضر همسو بود و نشان داد بین عزت نفس جنسی و عملکرد جنسی زنان بارور و نابارور ارتباط معناداری وجود دارد و زنان بارور عزت نفس جنسی و عملکرد جنسی بالاتری نسبت به زنان نابارور دارند [۲۱]. نتایج مطالعه زاید (۲۰۲۰) با مطالعه حاضر همسو بود و زنان نابارور نسبت به زنان دارای فرزند رضایت جنسی، روابط جنسی و عزت نفس جنسی پایین تری را نشان دادند و از نظر آماری تفاوت معناداری وجود داشت [۸]. کاهش استرس، افزایش عزت نفس و دستیابی به هدف به عنوان مثال، داشتن فرزند می‌تواند یک عامل انگیزه جنسی در زنان نابارور باشد. شاید بهبود این فاکتورهای انگیزشی و هدایت آنها به سمت لذت و عشق در ارتقای عملکرد جنسی زنان نابارور موثر باشد [۱۷]. نتایج مطالعه علیرضایی (۲۰۱٤) با مطالعه حاضر همسو بود و نشان داد که خودکارآمدی جنسی در زنان بارور بیشتر از زنان نابارور است. همچنین اختلال عملکرد جنسی در زنان نابارور بیشتر از زنان بارور بوده است و ناباروری با عملکرد جنسی ضعیف و خودکارآمدی جنسی ارتباط دارد [۲۲].

در مطالعه حاضر میانگین سن و طول مدت ازدواج در زنان بارور بیشتر از زنان نابارور بود: به ترتیب (p < ۰/۰۰٤) و (۰/۰۰۱

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.35]

$p <$). با توجه به اینکه با افزایش سن و طول مدت ازدواج، تجربه رابطه جنسی افزایش می‌یابد و افراد راحتی و سازگاری جنسی بیشتری خواهند داشت. این مسئله می‌تواند در رضایت زناشویی زنان بارور تاثیر مثبت داشته باشد [۲۳].

در میان مولفه های خودپنداره جنسی مثبت : قاطعیت جنسی، خوش بینی جنسی و نظارت و پایش جنسی وضعیت دو گروه یکسان بود و تفاوت معناداری با هم نداشتند($p> ۰/۰۵$). شاید این امر به این علت باشد که دو گروه فاقد شناخت، آگاهی و واقع بینی نسبت به نقش این مولفه‌ها بوده اند و یا این نتیجه تحت تاثیر عوامل بیرونی همچون مشکلات زناشوئی و تعارض بین زوجین قرار گرفته باشد. طبق نتایج مطالعه حاضر خودپنداره منفی در زنان بارور و نابارور متفاوت بود و این میزان تقریبا ۲ واحد در زنان نابارور بیشتر بدست آمد. در میان مولفه های خودپنداره جنسی منفی، اضطراب جنسی در زنان نابارور بیشتر بود و کنترل درونی مسائل جنسی و الگوهای فردی جنسی در زنان نابارور کمتر از زنان بارور بود. مطالعه دست بس (۲۰۱۸) نشان داد بین اضطراب جنسی و عملکرد جنسی ارتباط معناداری وجود دارد [۲۴]. مطالعه لطف الهی با مطالعه حاضر همسو بود و نشان داد کنترل درونی مسائل جنسی در زنان نابارور کمتر است [۱۹]. مطالعه آگوستوس (۲۰۱۷) نشان داد نداشتن دانش جنسی کافی و تصویر ذهنی نامناسب از عوامل موثر در اختلالات جنسی زنان نابارور است. اکثریت زنان نابارور(٪۵۶) باورهای ناکارامد جنسی داشتند که بیشتر باورها در زمینه محافظه کاری جنسی بود، وجود باورهای محافظه کارانه در مورد رفتار جنسی، به عنوان مثال اینکه خودارضایی، سکس دهانی و رابطه جنسی مقعدی انحراف و گناه محسوب می‌شود. باور دیگر مربوط به کنترل نیازهای جنسی زنان بود که رابطه جنسی را یک فعالیت مردانه میدانستند و زنان باید نیازها و لذت های جنسی خود را کنترل می‌کردند تا دچار تجربه های گناه آلود نشوند. همچنین ۵۶٪ زنان از استرس های روانی رنج میبردند و این استرس‌ها در کنار مشکلات عملکرد جنسی منجر به کیفیت پایین زندگی این زنان شده بود [۲۵]. از طرف دیگر با گذشت زمان و عدم دستیابی به هدف اصلی رابطه جنسی که بارداری در یک زن نابارور است، نگرش او نسبت به مسائل جنسی تغییر می‌کند و ممکن است منجر به اختلالات جنسی شود [۱۷].

خودسرزنشی در مشکلات جنسی، میزان ترس از رابطه جنسی و افسردگی جنسی در دو گروه از زنان بارور و نابارور یکسان بوده و تفاوت معنادار با یکدیگر نداشتند. مقایسه نمره افسردگی جنسی دو گروه با مطالعه لطف الهی (۲۰۲۱) همسو بود. در مطالعه لطف الهی نیز نمره افسردگی جنسی در زنان بارور و نابارور تفاوت قابل توجهی نداشت و به نظر می‌رسید ناباروری به تنهایی نقشی در افزایش افسردگی جنسی ندارد [۱۹]. شاید دلیل افسردگی پاسخگویان در پژوهش حاضر دلیلی غیر از مسائل جنسی – زناشویی و ناباروری داشته است که بر نتایج پژوهش تاثیر گذاشته است. ترس از رابطه جنسی در مطالعه لطف الهی در زنان نابارورکمتر گزارش شد که با نتیجه مطالعه حاضر همسو نبود [۱۹]، شاید این امر به علت عدم دقت زنان بارور در پاسخگویی به سوالات بوده و یا فاکتورهای بیرونی همچون ترس از بارداری یا مشکلات جنسی مانند درد در آن تاثیرگذار بوده اند.

بنابراین با توجه به اینکه خودپنداره جنسی منفی در زنان بارور و نابارور تفاوت را نشان داد بایستی سعی گردد تا وضعیت زنان نابارور را از طریق برگزاری کارگاه های آموزشی و ارائه آموزش توسط مشاوران متخصص و مجرب در این حوزه‌ها بهبود داد همچنین پیشنهاد می‌گردد از طریق آموزش روش های صحیح ایجاد برقراری رابطه جنسی به زوجین در شرف ازدواج، ارائه کارگاه های آموزشی در زمینه شناخت و آگاهی مسائل جنسی بخصوص خودپنداره جنسی و مولفه های سلامت روان، ارائه خدمات مشاوره ای به دانشجویان به صورت تخصصی در زمینه مسائل جنسی در دانشگاه ها، خودپنداره جنسی منفی را بهبود و کاهش داد. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود پژوهش های بعدی را بر اساس نمونه های بزرگتر و در سایر مراکز انجام دهند. همچنین به بررسی عوامل موثر بر خودپنداره جنسی مثبت و منفی و موانع خودپنداره جنسی مثبت پرداخته شود. پیشنهاد می‌گردد که در تحقیقات آتی علاوه بر کار کمی از ابزارهایی همچون مصاحبه و مشاهده استفاده شود.همچنین انجام پژوهش های گسترده تر در مورد هر کدام از مولفه های خودپنداره جنسی مثبت و منفی با توجه به تنوع متغیرها به گونه ای که امکان مقایسه های متنوع را با پژوهش های دیگر داخل و خارج از کشور فراهم آورد. از محدودیت های پژوهش حاضر می‌توان به این موارد اشاره نمود که با توجه به جامعه مورد

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.35]

بررسی، لازم است تعمیم نتایج پژوهش به جوامع آماری دیگر با احتیاط صورت گیرد. همچنین محدودیت ذاتی پرسشنامه های کتبی در جمع آوری داده های پژوهش از دیگر محدودیت های اجتناب ناپذیر پژوهش می باشد. کمبود پژوهش های مشابه در زمینه مقایسه خودپنداره جنسی در زنان بارور و نابارور در کشور و حتی خارج از کشور از مهمترین محدودیت های این پژوهش می‌باشد که امکان مقایسه نتایج آن را با نتایج سایر تحقیقات مشابه امکان پذیر نکرد.

سپاسگزاری

از کلیه کارکنان و مراجعین زن متاهل مراکز سلامت جامعه و مرکز ناباروری رویش شهر کرج که کمال همکاری را در اجرای پژوهش داشتند، تشکر می‌شود. این مقاله منتج از پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی دانشگاه علوم پزشکی البرز می‌باشد.

References

1. L S, R C. Clincal Gynecologic endocrinology and infertility: Lippincott Williams & Wilkins; 2018.
2. Vander Borght M, Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. Clinical biochemistry 2018;62:2-10.
3. Inhorn MC, Patrizio P. Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. Human reproduction update 2015;21(4):411-26.
4. Luk BH, Loke AY. Sexual satisfaction, intimacy and relationship of couples undergoing infertility treatment. Journal of reproductive and infant psychology 2019;37(2):108-22.
5. Rooney KL, Domar AD. The relationship between stress and infertility. Dialogues in clinical neuroscience 2018;20(1):41.
6. Maroufizadeh S, Ghaheri A, Almasi-Hashiani A , Mohammadi M, Navid B, Ezabadi Z, et al. The prevalence of anxiety and depression among people with infertility referring to Royan Institute in Tehran, Iran: A cross-sectional questionnaire study. Middle East Fertility Society Journal 2018;23(2):103-6.
7. Shahraki Z, Tanha FD, Ghajarzadeh M. Depression, sexual dysfunction and sexual quality of life in women with infertility. BMC women's health 2018;18(1):1-4.
8. Zayed AA, El-Hadidy MA. Sexual satisfaction and self-esteem in women with primary infertility. Middle East Fertility Society Journal 2020;25(1):1-5.
9. Griffin BJ, Worthington Jr EL, Leach JD, Hook JN, Grubbs J, Exline JJ, et al. Sexual congruence moderates the associations of hypersexual behavior with spiritual struggle and sexual self-concept. Sexual Addiction & Compulsivity 2016;23(2-3):279-95.
10. Biney AAE. A Different Approach in Developing a Sexual Self-Concept Scale for Adolescents in Accra, Ghana. Sexuality & Culture 2016;20(2):403-24.
11. Keshet H, Gilboa-Schechtman E. Symptoms and beyond: Self-concept among sexually assaulted women. Psychological trauma: theory, research, practice, and policy 2017;9(5):545.
12. Ziaei T, Farahmand Rad H, Rezaei Aval M, Roshandel G. The relationship between Sexual self-concept and sexual function in women of reproductive age referred to health centers in Gorgan, North East of Iran. Journal of Midwifery and Reproductive Health 2017;5(3):969-77.
13. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. Cmaj. 2005;172(10):1327-33.
14. Ziaei T, Gordani N, Behnampour N, Naghinasab Ardehaei F, Gharajeh S. The Effect of mood regulation education on General and Sexual Self-Concept of Infertile Women. Journal of Research Development in Nursing & Midwifery 2020;17:0-.
15. Rowland DL, Adamski BA, Neal CJ, Myers AL, Burnett AL. Self-efficacy as a relevant construct in understanding sexual response and dysfunction. Journal of sex & marital therapy 2015;41(1):60-71.
16. Heidari M, Ghodusi M, Rafiei H. Sexual self-concept and its relationship to depression, stress and anxiety in postmenopausal women. Journal of menopausal medicine 2017;23(1):42.
17. Riazi H, Lotfollahi H, Omani-Samani R, Maroufizadeh S, Montazeri A. Evaluation of Sexual Function Among Infertile Women and Their Sexual Self-Concept. Journal of Reproduction & Infertility 2020;21(4):291.
18. Ziaei T, Khoei EM, Salehi M, Farajzadegan Z. Psychometric properties of the Farsi version of modified Multidimensional Sexual Self-concept Questionnaire. Iranian journal of nursing and midwifery research 2013;18(6):439.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.35]

19. Lotfollahi H, Riazi H, Omani Samani R, Maroufizadeh S, Montazeri A. Sexual self-concept in fertile and infertile women: a comparative study. International Journal of Fertility and Sterility 2021.

20. Abdolmanafi A, Nobre P, Winter S, Tilley PM, Jahromi RG. Culture and sexuality: cognitive–emotional determinants of sexual dissatisfaction among Iranian and New Zealand women. The journal of sexual medicine 2018;15(5):687-97.

21. Shareh H, Robati Z, Haghi E. Infertility, attachment, identity and sexual function of females: a correlational study. Journal of Research and Health 2019;9(7):606-14.

22. Alirezaee S, Ozgoli G, Majd HA. Comparison of sexual self-efficacy and sexual function in fertile and infertile women referred to health centers in Mashhad in 1392. Pajoohandeh Journal 2014;19(3):131-6.

23. Zaheri F, Dolatian M, Shariati M, Simbar M, Ebadi A, Azghadi SBH. Effective factors in marital satisfaction in perspective of Iranian women and men: A systematic review. Electronic physician 2016;8(12):3369.

24. Najarpourian S, Samavi SA. Female Sexual Functioning, Self-genital Image and Sexual Anxiety: Mediating Role of Awareness the Moment. 2018.

25. Agustus P, Munivenkatappa M, Prasad P. Sexual functioning, beliefs about sexual functioning and quality of life of women with infertility problems. Journal of human reproductive sciences 2017;10(3):213

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.35]

AUMJ Alborz University of Medical Sciences Journal

Alborz University of Medical Sciences Journal, January 2021, Vol. 11, No. 1: 35-44 *Original Article*

Bita Dejan[1], Razieh Lotfi[2] , Zahra Mehdizadeh Tourzani[3] , Mitra Rahimzadeh[4] , Maryam Mohammadzadeh[5] Mansoureh Karimzadeh[6]

[1]M.Sc. in Counseling in Midwifery, Student Research Committee, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
[2]Associate Professor in Reproductive Health, Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
[3]Lecturer in Midwifery, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
[4]Assistant Professor in Bio-statistics, Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
[5]M.Sc. in Counseling in Midwifery, Student Research Committee, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
[6]Assistant Professor in Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

***Corresponding Author:**

Associate Professor in Reproductive Health, Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Tell: 0263430433
E-mail:raziehlotfi@abzums.ac.ir

Comparing Sexual Self-Concept of Fertile and infertile women referred to Health Centers and Infertility center in Karaj, Iran, 1396

Received: 29 Apr 2021 ; Accepted: 23 Aug 2021

Abstract

Background and Objectives: Infertility is one of the most important crises in marital life that affects other aspects of personal life. The aim of the present study was to compare the sexual self-concept in fertile and infertile women referring to community health centers and infertility in Karaj, Iran.

Method: This study is a causal-comparative and cross-sectional study. The study population included all fertile women who were referred to community health centers and infertile women referred to the infertility center of Karaj. To select the sample group, a sampling method was used to select the sample of infertile women and a two-stage cluster randomized cluster sampling method was used for the fertile women. A total of 280 subjects were selected as the research sample. For data collection, a questionnaire was used for demographic characteristics, fertility and infertility characteristics and the multivariate sex-self-concept questionnaire (MSSCQ) for both groups.

Results: The results showed that fertile women in relation to the components of positive sex self-concept include prevention of sexual problems, sexual satisfaction, sexual self-esteem, sexual behavior management, sexual motivation, sexual desire, motive for avoiding high-risk sexual relationships, sexual alertness, sexual self-efficacy had a better situation compare to infertile women ($p < 0.05$). Fertile women were better than infertile women in terms of negative sex self-concept components, including sexual anxiety, sexual and sexual patterns, and internal control of sex (<0.05).

Conclusion: Infertile women referring to infertility centers should be assessed about positive and negative sexual self- concepts to receive proper training by highly qualified counselors.

Keywords: Sexual self-concept, Fertile women, Infertile women

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.35]