








Research Article

Investigating Factors Affecting Sexual Self-Efficacy of Pregnant Women in Arak City

Umm Kulsum Tabarte Farahani¹ , Naimeh Akbari Torkestani² , Leila Khazaei³ ,
Mehdi Ranjbaran⁴ , Masoume Davoodabadi Farahani^{2,*} 

¹ Department of Counseling in Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

² Department of Midwifery, Faculty of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

³ Department of Epidemiology, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

⁴ Department of Epidemiology, School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

* **Corresponding author:** Masoume Davoodabadi Farahani, Department of Midwifery, Faculty of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran. Email: davoodabadi@arakmu.ac.ir

DOI: [10.61186/jams.27.3.171](https://doi.org/10.61186/jams.27.3.171)

How to Cite this Article:

Tabarte Farahani U, Akbari Torkestani N, Khazaei L, Ranjbaran M, Davoodabadi Farahani M. Investigating Factors Affecting Sexual Self-Efficacy of Pregnant Women in Arak City. *J Arak Uni Med Sci.* 2024;27(3): 171-7. DOI: 10.61186/jams.27.3.171

Received: 23.04.2024

Accepted: 15.07.2024

Keywords:

Sexual self-efficacy;
Women;

Pregnancy

© 2024 Arak University of Medical Sciences

Abstract

Introduction: Sexual self-efficacy is a fundamental concept in behavior, health, and sexual performance that changes over time due to events such as pregnancy and childbirth. The present study was conducted to investigate factors affecting sexual self-efficacy in pregnant women in Arak City.

Methods: The current research is a cross-sectional, descriptive, and analytical study conducted with 234 pregnant women aged 18 to 40 who had minimal reading and writing literacy and lived with their husbands. Ten comprehensive urban health centers were selected using cluster sampling. Data were collected through a demographic information checklist and a sexual self-efficacy questionnaire. Data analysis was done using Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis and (LSD) tests.

Results: The mean score of sexual self-efficacy of pregnant women was 28.51 ± 6.45 and was at a high level. Kruskal-Wallis test showed that the sexual self-efficacy of pregnant women is unrelated to their education ($P = 0.2$). There is a significant relationship between education and the education of their spouses ($P = 0.04$). (LSD) test showed a significant difference between different levels of education of husbands and the sexual self-efficacy of pregnant women. Also, no significant relationship was observed between the mean score of sexual self-efficacy and other variables.

Conclusions: The sexual self-efficacy of pregnant women is related to the education of their husbands, so it is suggested to provide a suitable platform for increasing the knowledge and awareness of men.

بررسی عوامل مؤثر بر خودکارآمدی جنسی زنان باردار شهر اراک

ام کلثوم تبرته فراهانی^۱، نعیمه اکبری ترکستانی^۲، لیلا خزائی^۳، مهدی رنجبران^۴،
معصومه داودآبادی فراهانی^{۱*}

^۱ گروه مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

^۲ گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

^۳ گروه اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

^۴ گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

* نویسنده مسئول: معصومه داودآبادی فراهانی، گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

ایمیل: davoodabadi@arakmu.ac.ir

DOI: 10.61186/jams.27.3.171

چکیده	تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۴
<p>مقدمه: خودکارآمدی جنسی، یک مفهوم کلیدی در رفتار، سلامت و عملکرد جنسی است که در طول زمان به دلیل رویدادهایی مانند بارداری و زایمان تغییر می‌کند. مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل مؤثر بر خودکارآمدی جنسی در زنان باردار شهر اراک انجام شد.</p> <p>روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی است که با مشارکت (234) زن باردار 18 تا 40 ساله علاقه‌مند به مشارکت در پژوهش با حداقل سواد خواندن و نوشتن که با همسران خود زندگی می‌کردند انجام شد. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، 10 مرکز جامع سلامت شهری انتخاب و با استفاده از چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه خودکارآمدی جنسی، داده‌ها جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون Mann-Whitney U، Kruskal-Wallis و آزمون (LSD) انجام گردید.</p> <p>یافته‌ها: میانگین نمره خودکارآمدی جنسی زنان باردار $6/45 \pm 2/8/51$ و در سطح بالا قرار داشت. آزمون Kruskal-Wallis نشان داد که خودکارآمدی جنسی زنان باردار با تحصیلات خودشان بی‌ارتباط است ($P = 0/2$) در حالیکه با تحصیلات همسرانشان ارتباط معنادار دارد ($P = 0/04$). آزمون (LSD) بین سطوح مختلف تحصیلات همسران با خودکارآمدی جنسی زنان باردار تفاوت معنی‌دار نشان داد. همچنین بین میانگین نمره خودکارآمدی جنسی با سایر متغیرها، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.</p> <p>نتیجه‌گیری: خودکارآمدی جنسی زنان باردار با تحصیلات همسرانشان ارتباط داشت. بنابراین پیشنهاد می‌شود که بستر مناسب برای افزایش دانش و آگاهی مردان فراهم شود.</p>	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۴/۲۵
	واژگان کلیدی:
	خودکارآمدی جنسی؛ زنان؛ بارداری
	تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.

ارجاع: تبرته فراهانی ام کلثوم، اکبری ترکستانی نعیمه، خزائی لیلا، رنجبران مهدی، داودآبادی فراهانی معصومه. بررسی عوامل مؤثر بر خودکارآمدی جنسی زنان باردار شهر اراک. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک ۱۴۰۳؛ ۲۷ (۳): ۱۷۱-۱۷۷.

مقدمه

عوامل مؤثر بر SSE می‌تواند بهبود اختلالات عملکرد و رضایت جنسی و ثبات خانواده را به دنبال داشته باشد. در یک مطالعه مروری توسط Assarzadeh و همکاران، عواملی که به نظر می‌رسید با (SSE) مرتبط باشند در ۴ گروه کلی شامل عوامل اجتماعی-دموگرافیک، وضعیت تأهل، سابقه جنسی و اختلالات روانی خلاصه گردید. از بین این عوامل، مؤلفه‌های سن، رضایت زناشویی، رضایت از زندگی و وضعیت اقتصادی با (SSE) زنان متأهل در سنین باروری ارتباط داشتند. (۳). اما باید توجه داشت که زندگی جنسی زنان در طول زمان به دلیل رویدادهایی مانند بارداری و زایمان تغییر می‌کند و بر رفتارها و تعاملات جنسی آنان تأثیر می‌گذارد (۴، ۵).

خودکارآمدی جنسی (SSE) به باور هر فرد در مورد توانایی فعالیت جنسی مطلوب، تمایل به شریک جنسی و توانایی اجتناب از رفتارهای جنسی پر خطر اشاره دارد. در واقع SSE، یک مفهوم کلیدی در رفتار، سلامت و عملکرد جنسی است (۱) که بر جنبه‌های مختلف زندگی زوجین مانند باروری و ناباروری (۲)، رضایت زناشویی و با تأثیر مستقیم بر عملکرد اجتماعی و ذهنی منجر به رضایت جنسی می‌شود (۳). رضایت جنسی بدون شک عنصر مهمی است که نشان‌دهنده بهزیستی جنسی و همچنین کیفیت کلی زندگی است، بنابراین شناخت و کنترل هدفمند

مورد متغیرهای فردی و بین فردی مؤثر بر SSE در بسترهای متفاوت فرهنگی - اجتماعی انجام شده است (۱۶).

اراک، یکی از شهرهایی است که به لحاظ صنعتی بودن از بافت فرهنگی اجتماعی پیچیده‌ای برخوردار است و تاکنون خودکارآمدی جنسی و متغیرهای جمعیتی مؤثر بر آن در زنان باردار بررسی نشده است، به همین دلیل مطالعه حاضر به بررسی این موضوع پرداخت.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی است که با مشارکت (۲۳۴) زن باردار ۱۸ تا ۴۰ ساله علاقه‌مند به مشارکت در پژوهش با حداقل سواد خواندن و نوشتن که با همسران خود زندگی می‌کردند، انجام شد. نمونه‌های مورد بررسی با توجه به پرونده مراقبت پره‌ناتال، هیچ محدودیتی در مورد عادات جنسی خود در بارداری نداشتند و از داروهای روانپزشکی استفاده نمی‌کردند. جامعه پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. در ابتدا مراکز جامع شهری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اراک بر اساس مناطق جغرافیایی در ۵ گروه شمال، جنوب، شرق و غرب و مرکز طبقه‌بندی شدند. سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی، ۱۰ مرکز با اختصاص ۲ مرکز در هر منطقه انتخاب گردید. داده‌ها با استفاده از چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه استاندارد شده (SSEQ) (Sexual Self Efficacy Questionnaire) جمع‌آوری شد. سؤالات دموگرافیک شامل سن، تحصیلات، شغل، درآمد، بعد خانوار، خواسته و یا ناخواسته بودن بارداری، سن حاملگی، تعداد بارداری، روش پیشگیری از بارداری، قومیت، وضعیت اقتصادی خانواده بود. ابزار دیگر این پژوهش پرسشنامه خودکارآمدی جنسی (SSEQ) است که توسط وزیری و لطفی کاشانی (۱۷) بر اساس پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شوارتز ساخته شده است و ۱۰ سؤال دارد که از ۰ تا ۳ در یک طیف لیکرت چهار گزینه‌ای، از صفر (اصلاً صحیح نیست) تا ۳ (کاملاً صحیح است) نمره‌گذاری می‌شود. پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و اعتبار پرسشنامه با استفاده از روش اعتبار محتوا تأیید گردیده است.

مطالعه وزیری و همکاران، پایایی این پرسشنامه را تأیید نموده و اعتبار آن نیز در ایران با استفاده از روش اعتبار محتوا، نشان داده شده و یافته‌ها نشان دادند که پرسشنامه خودکارآمدی جنسی، در جامعه ایرانی از ویژگی‌های روانسنجی مطلوبی برخوردار است و می‌توان از آن در اقدامات مداخله‌ای و تشخیصی استفاده کرد. برای تعیین میانگین SSE بر اساس متغیرهای اجتماعی - جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان از آزمون Mann-Whitney U، Kruskal-Wallis و LSD استفاده شد.

این مطالعه پس از دریافت کد ۹۳-۱۷۶-۱۹ از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اراک و با توجه به بیانیه هلسینکی انجام شد.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که ۷۸ درصد (۱۸۴ نفر) زنان باردار ۱۸ تا ۳۳ ساله، ۴۸ درصد (۱۰۹ نفر) دیپلم، ۹۷ درصد (۲۲۷ نفر) خانه‌دار و بعد خانوار در ۹۶ درصد (۲۲۵ نفر) نمونه‌ها ۲ تا ۴ نفر بود. از نظر خواسته یا

در یک مطالعه، ۹۲ درصد زنان در سه ماهه سوم بارداری اختلال عملکرد جنسی داشتند (۶). از طرفی مسائل مربوط به «تصویر بدن» به ویژه در بارداری می‌تواند بر همه حوزه‌های عملکرد جنسی تأثیر بگذارد (۷) همانطور که نتایج مطالعه Assarzadeh و همکاران نشان داد که بیشترین میانگین نمره SSE مربوط به زنانی است که میانگین نمره پذیرش بدن در آنان بالاتر است (۳).

همچنین Radoš و همکاران نیز نشان دادند که رضایت از تصویر بدن و خودآگاهی تصویر بدن با رضایت جنسی مرتبط است. با این وجود، به نظر می‌رسد که ترس از آسیب به جنین، پیش‌بینی‌کننده‌ی بسیار مهم‌تری برای رضایت جنسی نسبت به متغیرهای تصویر بدن باشد (۸). نگرش‌های منفی رایج زنان باردار در مورد رابطه جنسی در دوران بارداری - مانند ترس از آسیب رساندن به جنین، زایمان زودرس، سقط و خونریزی واژینال از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر فعالیت جنسی در دوران بارداری و ناشی از فقدان دانش جنسی است (۹) که افزایش اختلال عملکرد جنسی را بدنبال دارد (۱۰). Alan Dikmen و همکاران نشان دادند که از هر ۱۰ زن باردار، ۴ نفر نگرش منفی نسبت به تمایلات جنسی در دوران بارداری دارد و با کاهش میانگین نمره نگرش آنان، میانگین نمره SSE هم کاهش می‌یابد زیرا میانگین نمره نگرش به رابطه جنسی در بارداری با میانگین نمره SSE همبستگی مثبت دارد (۱۱). علاوه بر این، SSE می‌تواند تحت تأثیر افراد دیگر، به ویژه شریک جنسی قرار گیرد.

Zimmer-Gembeck نشان داد که رابطه خوب با همسر و استقلال شخصی بالا در زنان با افزایش SSE همراه است (۱۲). از سوی دیگر افراد با سطح تحصیلات بالاتر، SSE بالاتری دارند که ممکن است با خودمختاری شناختی و مهارت‌های اجتماعی بهتر بخصوص برای مذاکره و گفتگو که بی‌ارتباط با سطح تحصیلات نیست، ارتباط داشته باشد. بنابراین زنانی که ظرفیت عمومی بیشتری برای برقراری ارتباط آشکار (Greater general capacity to communicate openly) با شریک زندگی خود گزارش می‌کنند و شریک‌هایی دارند که صمیمانه‌ترند و رفتارهای طردکننده کمتری از خود نشان می‌دهند، کارایی جنسی (Sexual efficacy) بالاتری دارند و زمانی که خودمختاری شناختی بیشتر و اجبار کمتر شریک جنسی را گزارش می‌کنند، از SSE بالاتری برخوردارند (۱۳).

نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهد که افزایش حمایت اجتماعی، بهبود SSE را پیش‌بینی می‌کند (۴) و این حمایت اجتماعی در قالب برخورداری از مراقبت‌های پریناتال جامع، ضروری است و باید شامل مشاوره آموزش مفاهیم جنسی برای زوجین در جهت افزایش خودآگاهی و نگرش نسبت به تمایلات و روابط جنسی در بارداری باشد تا SSE را ارتقا دهد، زیرا علیرغم اینکه تغییرات جسمی، روانی، جنسی در طول بارداری بسیار زیاد است اما نیازهای جنسی مادران به ندرت مورد بحث قرار می‌گیرد. به همین دلیل است که با وجود پیشرفت‌های زیاد در زمینه مراقبت‌های بهداشتی زنان باردار، کیفیت زندگی جنسی زنان در طول بارداری کاهش یافته است (۱۴، ۱۵). در ایران نیز علیرغم وجود سیستم مؤثر مراقبت‌های دوران بارداری، مشاوره حرفه‌ای در مورد موضوعات جنسی در بارداری مورد توجه قرار نگرفته است زیرا مطالعات محدودی در

بودن میانگین نمره SSE است که بالاتر از میانگین نمره متوسط SSE در نتایج مطالعه Alan Dikmen و همکاران (۱۱) و Atrian و همکاران (۱۸) و البته کمتر از میانگین نمره در نتایج مطالعه Rosen و همکاران بود. SSE با جنسیت به طور قابل توجهی مرتبط است به طوری که SSE در زنان قوی‌تر از مردان است. این امر ممکن است تحت تأثیر باورهای جنسی ریشه‌دار اجتماعی باشد که تمایلات جنسی مردان را به عنوان چیزی که نباید یا احتمالاً نمی‌توان سرکوب کرد به تصویر می‌کشد و در مقابل، زنان باید خودکارآمدی جنسی خود را افزایش دهند (۱۹).

ممکن است این اختلاف نتایج مربوط به تأثیر خودآگاهی جنسی بر SSE باشد که در مطالعات مذکور بررسی شده و میانگین متوسط داشته اما توسط ما بررسی نشد. خودآگاهی جنسی ممکن است یک عامل مؤثر برای ایجاد اختلال یا بهبود خودکارآمدی و عملکرد جنسی باشد. تمایل به خودآگاه شدن در موقعیت‌های جنسی به توجه متمرکز فرد بر خود (Self-focused) بستگی دارد. توجه متمرکز بر خود، احتمالاً به این دلیل که ظرفیت پاسخ جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بر پاسخگویی جنسی نیز تأثیرگذار است (۲۰).

ما سطح خودآگاهی جنسی و توجه متمرکز فرد بر خود را در زنان باردار بررسی نکردیم اما بر اساس یافته‌های Closson و همکاران، ممکن است بالا بودن میانگین SSE در نتایج مطالعه ما، با ابراز بهتر و مؤثرتر نیازها و تمایلات جنسی زنان همراه بوده باشد (۲۱). زیرا یکی از موانع برای ابراز تمایلات جنسی، کمرویی جنسی و نگرش زنان باردار نسبت به تمایلات جنسی می‌باشد. سطح تحصیلات همسر به طور قابل توجهی بر نگرش زنان باردار نسبت به تمایلات جنسی و خودکارآمدی جنسی آنها مؤثر است. شرکای دارای تحصیلات بالاتر احتمالاً دانش بهتری در مورد تغییرات مرتبط با بارداری دارند و می‌توانند حمایت آگاهانه‌تری ارائه دهند و اعتماد جنسی شریک باردار خود را افزایش دهند.

در این ارتباط Alan Dikmen و همکاران نشان دادند که سطح آموزش و تحصیلات شریک زندگی زنان بر نگرش مثبت نسبت به تمایلات جنسی در دوران بارداری آنها تأثیرگذار است (۱۱). این یافته بر اهمیت مشارکت حمایتی با در نظر گرفتن پیشینه تحصیلی همسر در افزایش خودکارآمدی جنسی زنان باردار تأکید می‌کند.

ناخواسته بودن بارداری فعلی، بیشترین فراوانی ۷۹ درصد (۱۸۴ نفر) حاملگی خواسته داشتند. ۵۸ درصد (۱۳۶ نفر) مردان ۲۲ تا ۳۶ ساله و ۶۱ درصد (۱۴۵ نفر) آنان شغل آزاد داشتند و هیچ یک بازنشسته یا بیکار نبودند. متغیر وضعیت اقتصادی خانواده با بیشترین فراوانی ۵۶ درصد (۱۳۲ نفر) در حد متوسط بود. از نظر قومیت بیشترین فراوانی ۸۴ درصد (۱۹۷ نفر) فارس بودند.

میانگین نمره خودکارآمدی جنسی زنان باردار در این مطالعه $28/51 \pm 6/45$ و در سطح بالا قرار داشت. متغیر خودکارآمدی جنسی زنان باردار با تحصیلات خودشان بی‌ارتباط بود در حالیکه با تحصیلات همسرانشان ارتباط معنی‌داری داشت. با استفاده از آزمون (LSD) تفاوت بین سطوح مختلف تحصیلات همسران معنادار شد (جدول ۴). همچنین میانگین نمره خودکارآمدی جنسی با سایر متغیرهای مورد بررسی ارتباط معنی‌داری نداشت.

جدول ۱. توزیع خودکارآمدی جنسی

Shapiro-Wilk		Kolmogorov-Smirnov	
P	آماره W	P	آماره D
۰/۰۰۲	۰/۹۷۹	۰/۰۱۹	۰/۰۶۵

خودکارآمدی جنسی با هر دو آزمون فوق و P کمتر از ۰/۰۵ نشان می‌دهد که توزیع غیر نرمال دارد.

با توجه به اختلاف میانگین‌ها و نسبت به P میانگین‌های سطح ابتدایی و دانشگاهی، راهنمایی و دانشگاهی باهم تفاوت دارند. از آزمون LSD برای تعیین تفاوت گروه‌های تحصیلات همسر مشارکت‌کنندگان استفاده شد و مشخص گردید که میانگین‌های سطح ابتدایی و دانشگاهی، راهنمایی و دانشگاهی باهم تفاوت معنی‌داری دارند.

بحث

خودکارآمدی جنسی، به عنوان یک مفهوم کلیدی در حوزه رفتار و سلامت جنسی با ماهیت چند وجهی خود، تأثیر گسترده و عمیقی بر رفاه جنسی دارد و نه تنها با عوامل مختلف اجتماعی- دموگرافیک و روانشناختی افراد پیوند خورده است بلکه بر جنبه‌های دیگر زندگی زنان فراتر از تمایلات جنسی تأثیر می‌گذارد (۱۷). ما برخی از این عوامل را در زنان باردار مورد بررسی قرار دادیم و به نتایج قابل توجهی دست یافتیم. اولین یافته، بالا

جدول ۲. خودکارآمدی جنسی بر حسب سن بارداری، تعداد بارداری و روش پیشگیری از بارداری

متغیر	رده	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	آماره W	P
سن بارداری	۳ ماهه اول	۵۰	۲۷/۷۲	۶/۴۵	۱۶	۴۰	۱/۲۸۵	۰/۵۲۶
	۳ ماهه دوم	۶۲	۲۹/۰۸	۵/۸۰	۱۵	۴۰		
	۳ ماهه سوم	۱۲۲	۲۸/۵۵	۶/۷۸	۱۰	۴۰		
تعداد بارداری	۱-۲	۱۷۶	۲۸/۳۰	۶/۶۰	۱۰	۴۰	۱/۴۱۹	۰/۴۹۲
	۳-۲	۴۵	۲۹/۵۸	۵/۹۳	۱۵	۴۰		
	۳-۴	۱۳	۲۷/۷۷	۶/۲۲	۱۹	۳۷		
	۴-۳	۱۳	۲۷/۷۷	۶/۲۲	۱۹	۳۷		
روش پیشگیری	کاندوم	۵۵	۲۹	۵/۷۹	۱۴	۴۰	۵/۴۹۵	۰/۴۸۲
	OCP	۱۹	۲۵/۶۸	۷/۱۳	۱۳	۳۵		
	IUD	۱۴	۲۹/۲۹	۵/۰۴	۲۳	۴۰		
	DMPA	۱	۲۱		۲۱	۲۱		
	Depofem	۱	۳۳		۳۳	۳۳		
	Withdrawal	۱۱۶	۲۸/۶۴	۶/۳۶	۱۰	۴۰		
	No	۲۸	۲۸/۶۸	۸/۰۳	۱۰	۳۹		

تحلیل آماری با آزمون Kruskal-Wallis نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی جنسی با سن بارداری و تعداد بارداری و روش‌های پیشگیری از بارداری ارتباط ندارد.

جدول ۳. خودکارآمدی جنسی بر حسب تحصیلات زنان باردار و تحصیلات همسران

متغیر	انواع	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حدافل	حداکثر	آماره W	P
تحصیلات زنان باردار	ابتدایی	۴۲	۲۹/۶۷	۵/۹۸	۱۶	۴۰	۵/۹۹	۰/۲
	راهنمایی	۵۴	۲۶/۶۳	۶/۷۹	۱۰	۳۹		
	دبیرستان و دیپلم	۱۱۲	۲۸/۸۷	۶/۱۸	۱۰	۴۰		
تحصیلات همسران زنان باردار	دانشگاهی	۲۶	۲۹/۴۲	۶/۶۳	۱۸	۳۹	۹/۸۲۴	۰/۰۴۴
	ابتدایی	۴۱	۲۷/۴۹	۶/۶۷	۱۳	۴۰		
	راهنمایی	۶۶	۲۷/۶۱	۶/۳۷	۱۳	۳۸		
	دبیرستان و دیپلم	۱۰۱	۲۸/۶۵	۶/۵۰	۱۰	۳۹		
	دانشگاهی	۲۶	۳۱/۰۴	۶/۰۱	۱۹	۴۰		

آزمون Kruskal-Wallis نشان داد که خودکارآمدی جنسی زنان باردار با تحصیلاتشان ارتباطی ندارد اما با تحصیلات همسرانشان ارتباط معنی دار دارد.

فرهنگی حاکم بر گروه همسالان را تقویت می کند زیرا مردانی که فقط تحصیلات ابتدایی دارند، احتمالاً فرهنگ جنسی سنتی مردانه را حفظ کرده اند. با توجه به تئوری های تغییر رفتار به ویژه در نوجوانی، نوجوانان از دوران کودکی به بزرگسالی می روند و شروع به گرفتن تصمیمات مهم در مورد سلامت جنسی می کنند که پیامدهایی در طول زندگی آینده آنها خواهد داشت. تعداد زیادی از تحقیقات جهانی، به تأثیر عوامل روانی-اجتماعی در شکل گیری مفاهیم جنسی در دوران نوجوانی تأکید می کنند که عملکرد جنسی در بزرگسالی را پیشگویی می کند و علاوه بر کسب دانش برای افزایش آگاهی، به مهارت های مذاکره مناسب، حمایت همسالان یا خانواده برای القای باورهای مثبت، نگرش ها و کنترل رفتار نیاز است (۲۱) و دستیابی به این سطح از نگرش و آگاهی، در سال های ابتدایی تحصیل امکان پذیر نیست. احتمالاً به همین دلیل نتایج مطالعه ما تفاوت میانگین بین تحصیلات ابتدایی و دانشگاهی در مردان را نشان داده است. از سوی دیگر زنان با تحصیلات پایین تر، نه تنها از باورهای جنسی سنتی عبور نکرده اند بلکه از استقلال جنسی کمتری برخوردارند (۲۳) و از ابزار تمایلات جنسی خود امتناع می کنند. به هر حال نتایج برخی از مطالعات نشان داد که زنان با سطح تحصیلات بالاتر از SSE بالاتری برخوردارند (۲۴).

دیگر یافته های مطالعه ما، حاکی از آن بود که SSE با سن و شغل هر یک از زوجین، وضعیت اقتصادی و بعد خانوار و قومیت ارتباط ندارد در حالی که نتایج مطالعه Assarzadeh و همکاران نشان داد که زنان با شوهرا جوان تر، تحصیلات عالی، اشتغال و درآمد بالاتر، میانگین نمره SSE بالاتری دارند و با افزایش سن، میزان SSE زنان کاهش می یابد (۲۵).

دیگر یافته قابل تعمق مطالعه ما نیز مؤید همین نکته است که میانگین SSE زنان باردار با تحصیلات همسرانشان ارتباط دارد. احتمالاً تحصیلات با هنجارهای فرهنگی جنسی ارتباط دارد. هنجارهای فرهنگی جنسی، نقش های جنسی هستند که در فرهنگ فرد تعبیه شده اند و از طریق نهادهای سیاسی-اجتماعی مانند رسانه ها تداوم می یابند. بنابراین رفتار جنسی انسان به صورت اجتماعی ساخته می شود، بطوری که می توان هنجارهای فرهنگی جنسی را به گونه ای جنسیت بندی کرد که برای زنان و مردان از نظر اجتماعی یکسان یا متفاوت باشد و بدین ترتیب با ارتقاء تحصیلات می توان از مرزهای فرهنگ جنسی سنتی مردانه حاکم بر جوامع عبور کرد و به تعادل بین فردی با احترام به حقوق جنسی زنان رسید که رضایت و خودکارآمدی زوجین را در پی داشته باشد (۲۲). البته برای اثبات این موضوع به تحقیقات بیشتری نیاز است.

علاوه بر این، نتایج مطالعه ما نشان داد که میانگین SSE زنان باردار با تحصیلات همسرانشان ارتباط دارد، اما نه الزاماً با هر سطحی از تحصیلات آنان، یعنی اهمیت این یافته در تفاوت میانگین بین سطوح مختلف تحصیلات همسران است بطوری که فقط بین میانگین سطح تحصیلات ابتدایی و دانشگاهی مردان تفاوت معنی داری مشاهده کردیم. نکته مهم تر در یافته های ما این است که SSE با تحصیلات زنان باردار ارتباط معنی داری نشان نداد. اما ممکن است بصورت غیرمستقیم تأثیرگذار بوده باشد زیرا بیشترین فراوانی زنان با تحصیلات ابتدایی، شوهرانی با تحصیلات ابتدایی و بیشترین فراوانی زنان با تحصیلات دانشگاهی، شوهرانی با تحصیلات دانشگاهی داشتند. این یافته، تئوری تأثیر هنجارهای اجتماعی

جدول ۴. تفاوت میانگین تحصیلات همسران

تحصیلات همسر (۱)	تحصیلات همسر (۲)	تفاوت میانگین ها	انحراف معیار	P	کران پایین	کران بالا
ابتدایی	راهنمایی	-۰/۱۱۸۲۶	۱/۲۶	۰/۹۲۶	-۲/۶۱	۲/۳۸
	دبیرستان و دیپلم	-۱/۱۱۳	۱/۱۹۲	۰/۳۴۳	-۳/۴۸	۱/۲۱
	دانشگاهی	*-۳/۵۵	۱/۵۹۹	۰/۰۲۷	-۶/۷۰	-۰/۳۹۸
راهنمایی	ابتدایی	۰/۱۱۸	۱/۲۶۹	۰/۹۲۶	-۲/۳۸	-۲/۶۱
	دبیرستان و دیپلم	-۱/۰۱۴	۱/۰۲۲	۰/۳۲۲	-۳/۰۲۹	۰/۹۹
	دانشگاهی	*-۳/۴۳۲	۱/۴۷۷	۰/۰۲۱	-۶/۳۴	-۰/۵۲
دبیرستان و دیپلم	ابتدایی	۱/۱۳۳	۱/۱۹۲	۰/۳۴۳	-۱/۲۱	۳/۴۸
	راهنمایی	۰/۰۱۴	۱/۰۲۲	۰/۳۲۲	-۰/۹۹	۳/۰۳
	دانشگاهی	-۲/۴۱۷	۱/۴۱۲	۰/۰۸۸	-۵/۲۰	۰/۳۶۵
دانشگاهی	ابتدایی	*۳/۵۵	۱/۵۹۹	۰/۰۲۷	۰/۳۹	۶/۷۰
	راهنمایی	*۳/۴۳۲	۱/۴۷۷	۰/۰۲۱	۰/۵۲	۶/۳۴
	دبیرستان و دیپلم	۲/۴۱۷	۱/۴۱۲	۰/۰۸۸	-۳/۳۶	۵/۲

*: میانگین سطح تحصیلات ابتدایی با سطح تحصیلات دانشگاهی تفاوت معنی دار دارد، همچنین میانگین سطح تحصیلات راهنمایی با سطح تحصیلات دانشگاهی با هم تفاوت معنی داری دارند.

زنان پیش‌بینی می‌کند (۱۹).

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه ما نشان داد که خودکارآمدی جنسی زنان در بارداری با تحصیلات همسرانشان ارتباط دارد اما نه الزاماً با هر سطحی از تحصیلات آنان، یعنی اهمیت این یافته در تفاوت میانگین بین سطوح مختلف تحصیلات همسران است بطوریکه فقط بین میانگین سطح تحصیلات ابتدایی و دانشگاهی مردان تفاوت معنی‌داری مشاهده کردیم. سایر عوامل مورد بررسی مانند تحصیلات زنان، سن و شغل هر یک از زوجین، وضعیت اقتصادی و بعد خانوار، قومیت، تعداد حاملگی، روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری، خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی فعلی و سن حاملگی (هر یک از سه ماه اول تا سوم) با خودکارآمدی جنسی زنان در بارداری ارتباط معنی‌داری نشان ندادند. از آنجایی که یافته‌های این مطالعه بر اساس مطالعه مقطعی و حجم نمونه محدود و فقط در جمعیت زنان باردار دست آمده است، برای شناخت بهتر عوامل مرتبط با SSE، پیشنهاد می‌شود که مطالعات کوهورت با تعداد نمونه بیشتر و یا مقایسه خودکارآمدی جنسی در جمعیت زنان باردار و غیر باردار با تأکید بر بهزیستی جنسی و پیشینه جنسی زنان انجام شود.

کاربرد نتایج: نتایج این مطالعه در برنامه‌های بهداشتی با استراتژی‌های عملی متمرکز در حوزه جنسی و برای افزایش آگاهی جنسی زوجین بویژه در دوران بارداری کاربرد دارد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه از طرح تحقیقاتی تأیید شده توسط کمیته اخلاق و حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اراک استخراج شده است. نویسندگان از تمامی زنان بارداری که در این تحقیق شرکت کردند تشکر می‌کنند.

سهم نویسندگان

نویسندگان مشارکت یکسانی در تمام مراحل تحقیق داشته‌اند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که تضاد منافع وجود ندارد.

همچنین ما بین متغیرهای دیگر مانند تعداد حاملگی، روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری، خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی فعلی با SSE ارتباطی پیدا نکردیم. مطالعات در ارتباط با استفاده از روش پیشگیری از بارداری به عنوان یک پیشگوی کننده خودکارآمدی جنسی زنان، حاکی از آن بود که SSE در زنانی که از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند بالاتر است (۲۶) و SSE را یک عامل میانجیگر بین اعتماد شریک زندگی و استفاده از کاندوم می‌دانند (۲۷).

Shahry و همکاران نیز نشان دادند که زنان با حاملگی ناخواسته، از حمایت اجتماعی و خودکارآمدی ادراک شده کمتری برخوردار هستند (۲۸). عدم ارتباط معنی‌دار بین این متغیرها با SSE در مطالعه ما، احتمالاً نشان‌دهنده وجود عوامل پیچیده‌ای است که عمیقاً بر خودکارآمدی جنسی در بارداری تأثیرگذارند مثل نگرش و خودآگاهی و کمرویی جنسی زنان باردار نسبت به تمایلات جنسی (۱۱) و برخی از خرده مقیاس‌های عملکرد جنسی (۵) که در مطالعه ما بررسی نشده‌اند. نتایج مطالعه Faridi و همکاران نشان داد که می‌توان دانش جنسی، نگرش و خودکارآمدی جنسی و ابراز وجود جنسی را از طریق مداخلات مبتنی بر مهارت و توانمندسازی بهبود بخشید (۲۹).

همچنین ما ارتباطی بین SSE با سن حاملگی (هر یک از سه ماه اول تا سوم) مشاهده نکردیم. ممکن است تغییرات ظاهری طی بارداری با نارضایتی از تصویر بدنی همراه باشد که منجر به تغییر در اعتماد به نفس و خودکارآمدی جنسی شود و بر روابط اجتماعی و زناشویی و عملکرد جنسی زنان تأثیر گذارد (۳۰، ۳۱).

Fuchs و همکاران، کاهش معنی‌داری در عملکرد جنسی زنان در سه ماهه سوم بارداری در مقایسه با سه ماهه اول و دوم، مشاهده کردند (۳۲). Erbi هم نشان داد که ۹۲ درصد زنان در سه ماهه سوم بارداری از اختلال عملکرد جنسی رنج می‌برند (۶).

ممکن است بالا بودن میانگین نمره SSE در مطالعه ما علیرغم عدم ارتباط معنی‌دار با عوامل اقتصادی-اجتماعی ذکر شده، تحت تأثیر عوامل بهزیستی جنسی (Sexual Well-being) باشد. بهزیستی جنسی زنان، علاوه بر جنبه‌های عاطفی و جسمی تجربه جنسی مختص هر فرد، بر نوع ارتباط با شریک زندگی و جنسی تأکید می‌کند و صمیمیت با شریک زندگی را نیز در بر می‌گیرد که نشان‌دهنده اهمیت ارتباط بین فردیست (۳۱). بدین ترتیب افزایش حمایت اجتماعی یا ارتباطات خانوادگی، SSE را در

References

- Kafaei Atrian M, Mohebbi Dehnavi Z, Kamali Z. The relationship between sexual self-efficacy and sexual function in married women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2019;7(2):1703-11. doi: 10.22038/jmrh.2018.30672.1333
- Somaye Alirezaee, Gity Ozgoli, Hamidreza Alavi Majd. Comparison of sexual self-efficacy and sexual function in fertile and infertile women referred to health centers in Mashhad in 2012 [in Persian]. *Pajoohande*. 2014;19(3):131-6.
- Assarzadeh R, Bostani Khalesi Z, Jafarzadeh-Kenarsari F. Sexual self-efficacy and associated factors: a review. *Shiraz E-Med J*. 2019;20(11):e87537. doi: 10.5812/semj.87537
- García-Duarte S, Nieves-Soriano BJ, Fischer-Suárez N, Castro-Luna G, Parrón-Carreño T, Aguilera-Manrique G. Quality of sexuality during pregnancy, we must do something—survey study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(2):965. PMID: 36673720 doi: 10.3390/ijerph20020965
- Nezamnia M, Iravani M, Bargard MS, Latify M. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on sexual function and sexual self-efficacy in pregnant women: An RCT. *Int J Reprod Biomed*. 2020;18(8):625-36 PMID: 32923929 doi: 10.18502/ijrm.v13i8.7504
- Erbil N. Sexual function of pregnant women in the third trimester. *Alexandria Journal of Medicine*. 2018;54(2):139-42. doi: 10.1016/j.ajme.2017.03.004
- Woertman L, Van den Brink F. Body image and female sexual functioning and behavior: A review. *J Sex Res*. 2012;49(2-3):184-211. PMID: 22380588 doi: 10.1080/00224499.2012.658586
- Radoš SN, Vraneš HS, Šunjić M. Limited role of body

- satisfaction and body image self-consciousness in sexual frequency and satisfaction in pregnant women. *J Sex Res.* 2014;51(5):532-41. **pmid:** 24826879 **doi:** 10.1080/00224499.2012.744954
9. Salimi M, Fatehizadeh M. Investigation of effectiveness of sexual education based on behavioral-cognitive method on sexual intimacy, knowledge and self-expression of married woman in Mobarakeh [in Persian]. *Journal of Modern Psychological Researches.* 2013;7(28):105-22.
 10. Kheiri M, Vakilian K. Misconceptions about sexual intercourse during pregnancy: cognitive-behavioral counseling in prenatal care. *Family Medicine & Primary Care Review.* 2019;21(2):112-6. **doi:** 10.5114/fmpcr.2019.84545
 11. Alan Dikmen H, Gönenç İM, Özaydın T. Sexuality during pregnancy: attitudes, self-efficacy and self-consciousness. *Women Health.* 2023;63(7):518-30. **pmid:** 37431666 **doi:** 10.1080/03630242.2023.2234503
 12. Zimmer-Gembeck MJ. Young females' sexual self-efficacy: Associations with personal autonomy and the couple relationship. *Sex Health.* 2013;10(3):204-10. **pmid:** 23591062 **doi:** 10.1071/SH12139
 13. Branecka-Woźniak D, Wójcik A, Błażejewska-Jaškowiak J, Kurzawa R. Sexual and Life Satisfaction of Pregnant Women. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(16):5894. **pmid:** 32823797 **doi:** 10.3390/ijerph17165894
 14. Babazadeh R, Mirzaei Najmabadi K, Masoumi Z, Raei M. Investigating effect of teaching on sexual-activity changes during pregnancy [in Persian]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility.* 2012;15(12):18-26.
 15. Norton MK, Smith MV, Magriples U, Kershaw TS. Masculine ideology, sexual communication, and sexual self-efficacy among parenting adolescent couples. *Am J Community Psychol.* 2016;58(1-2):27-35. **pmid:** 27539234 **doi:** 10.1002/ajcp.12078
 16. Jabbari M, Kashi Z, Mousavinasab S N, Hosseini-Tabaghdehi M, Shahhosseini Z. Sexual Self-efficacy and Related Factors in Reproductive-aged Diabetic Women [in Persian]. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2021;31(200):99-112
 17. Vaziri S, Lotfi Kashani F. Study of factor structure, reliability and validity of the sexual self efficacy questionnaire [in Persian]. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology.* 2013;8(29):47-56.
 18. Atrian MK, Dehnavi ZM, Kamali Z. The relationship between sexual self-efficacy and sexual function in married women. *Journal of Midwifery & Reproductive Health.* 2019;7(2):1703-11. **doi:**10.22038/jmrh.2018.30672.1333
 19. Rosen C, Brown J, Heiman S, Leiblum C, Meston R, Shabsigh D, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy.* 2000;26(2):191-208. **pmid:** 10782451 **doi:** 10.1080/009262300278597
 20. Redmond ML, Lewis RK. Are there gender differences in perceived sexual self-efficacy among African-American adolescents? *Journal of Health Disparities Research and Practice.* 2014;7(5):1.
 21. Van Lankveld J, Sykora H, Geijen W. Sexual self-consciousness scale. *Handbook of sexuality-related measures: Routledge;* 2013. p. 588-9.
 22. Closson K, Dietrich JJ, Lachowsky NJ, Nkala B, Palmer A, Cui Z, et al. Sexual self-efficacy and gender: A review of condom use and sexual negotiation among young men and women in Sub-Saharan Africa. *J Sex Res.* 2018;55(4-5):522-39. **pmid:** 29466024 **doi:** 10.1080/00224499.2017.1421607
 23. Yosefi AR, Salehi M, Latifnejad R, Merghati ES, Malaeejad M. The socio-sexual structures of unconsummated marriage based on Sexual Scripts theory [in Persian]. *J Res Behav Sci.* 2013;11(4):289-305.
 24. Willie TC, Callands T, Alexander KA, Kershaw T. Measuring women's sexual autonomy: Development and preliminary validation of the women's sexual autonomy scale. *Women's Health (Lond).* 2023;19:17455057231183837. **pmid:** 37377349 **doi:** 10.1177/17455057231183837
 25. Ogallar-Blanco AI, Lara-Moreno R, Godoy-Izquierdo D. From prevention to promotion in women's sexual self-perceptions of efficacy: the sexual self-efficacy questionnaire. *Sex Res Soc Policy.* 2023;20(3):1188-202. **doi:** 10.1007/s13178-022-00787-8
 26. Assarzadeh R, Khalesi ZB, Jafarzadeh-Kenarsari F. Sexual self-efficacy and its related factors among married women of reproductive age. *Afr Health Sci.* 2021;21(4):1817-22. **pmid:** 35283942 **doi:** 10.4314/ahs.v21i4.39
 27. Hamidi OP, Deimling T, Lehman E, Weisman C, Chuang C. High self-efficacy is associated with prescription contraceptive use. *Women's Health Issues.* 2018;28(6):509-13. **pmid:** 30131220 **doi:** 10.1016/j.whi.2018.04.006
 28. Goodman ML, Harrell MB, Keiser PH, Raimor-Goodman LA, Gitari S. Self-efficacy mediates the association between partner trust and condom usage among females but not males in a Kenyan cohort of orphan and vulnerable youth. *Afr J Reprod Health.* 2016;20(2):94-103. **pmid:** 29553168 **doi:** 10.29063/ajrh2016/v20i2.10
 29. Shahry P, Kalhori SRN, Esfandiary A, Zamani-Alavijeh F. A comparative study of perceived social support and self-efficacy among women with wanted and unwanted pregnancy. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2016;4(2):176-85 **PMID:** 27218115.
 30. Faridi N, Vakilian K, Yousefi AA. Effect of sexual empowerment counseling on self-efficacy, assertive sexual communication, self-awareness, and sexual attitude, awareness of sexually transmitted diseases, and HIV in addicted women-an interventional study. *Current Women's Health Reviews.* 2023;19(3):136-47. **doi:** 10.2174/1573404819666220901152502
 31. Musavi M, Rahimzadeh M, Tabaghdeh MH, Saeieh SE. The effect of sexual education on the postpartum women's sexual self-confidence and self-efficacy: a theory-based intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2024;24(1):64. **doi:** 10.1186/s12884-024-06255-y
 32. Chalme R, Abdolahi F. Psychometric adequacy of the Women's Sexual Well-Being Scale in married women: Validity, reliability, and factor structure [in Persian]. *Family and Sexual Health.* 2020;2(1):29-38.
 33. Fuchs A, Czech I, Sikora J, Fuchs P, Lorek M, Skrzypulec-Plinta V, et al. Sexual functioning in pregnant women. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(21):4216. **pmid:** 31671702 **doi:** 10.3390/ijerph16214216