

Effect of Sex Education on Infertile Females' Genital Self-image

Nahid Marvi¹,
Nahid Golmakani²,
Habibollah Esmaeli³,
Hossein Shareh⁴

¹ MSc Consultation in Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Assistant Professor, Evidence Based Caring Research Center, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ PhD in Biostatistics, Professor, Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Associate Professor of Clinical Psychology, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran

(Received March 13, 2017 Accepted September 26, 2017)

Abstract

Background and purpose: When couples understand about their fertility problems their mental image might change or experience problems in sexual activities. This research aimed at investigating the effect of sex education on genital self-image in infertile women.

Materials and methods: In this clinical trial, convenient sampling was done and random allocation was conducted according to odd and even days in 108 women in Mashhad Milad Infertility Center, 2016. Fifty four infertile women were randomly placed in experimental groups (n= 5- 8 per group) and 54 women were in control group. Three 90-minute educational sessions were held within three weeks. After a month, post-test was taken by both groups. Data was collected using a demographic questionnaire, Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), and Female Genital Self-Image Scale (FGSIS). Data analysis was done in SPSS V16 applying Kolmogorov-Smirnov Test, Mann-Whitney, Wilcoxon, covariance analysis, Chi-square, and Fisher test.

Results: The scores for sexual self-image was not significantly different between the intervention and control groups before the intervention (P=0.715). But, a month after sex education, the score showed significant differences between the two groups (P=0.001).

Conclusion: Sex education was found to have positive effects on genital self-image in infertile women, therefore, infertility centers are suggested to use such interventions to improve female genital self-image.

Keywords: sex education, genital self-image, infertile women

بررسی تاثیر آموزش جنسی بر خودانگاره تناسلی زنان نابارور

ناهیدمروی^۱

ناهید گلماکانی^۲

حبيب الله اسماعیلی^۳

حسین شاره^۴

چکیده

سابقه و هدف: هنگامی که زوجین متوجه ناباروری خود می‌شوند، ممکن است تصویر ذهنی آن‌ها از خود خراب شده و در فعالیت‌های جنسی دچار آسیب گردند. مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش جنسی بر خودانگاره تناسلی زنان نابارور انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی بود. نمونه‌گیری به صورت آسان و تخصیص تصادفی بر اساس روزهای زوج و فرد، بر روی ۱۰۸ زن نابارور در مرکز ناباروری میلاد مشهد در سال ۱۳۹۵ انجام شد. ۵۴ زن با تخصیص تصادفی در گروه‌های ۸-۵ نفره در گروه مداخله و ۵۴ زن در گروه کنترل قرار گرفتند. در گروه مداخله، ۳ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای به فاصله یک هفته برگزار گردید. پس از یک ماه، پس از آزمون از هر دو گروه گرفته شد. داده‌ها با پرسشنامه‌ی مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه استرس، اضطراب و افسردگی (DASS21) و پرسشنامه‌ی خودانگاره تناسلی جمع‌آوری شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های کولموگروف اسمیرنوف، من ویتنی، ویلکاکسون، آنالیز کوواریانس، کای اسکوتر و فیشر استفاده شد و p کم‌تر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: قبل از مداخله، بین نمره خودانگاره تناسلی در گروه مداخله و گروه کنترل در سطح ۵ درصد تفاوت آماری معنی‌داری نبود ($p=0/715$). اما یک ماه بعد از آموزش جنسی، نمره خودانگاره تناسلی بین دو گروه مداخله و کنترل دارای تفاوت آماری معناداری بود ($p=0/001$).

استنتاج: با توجه به تاثیر مطلوب آموزش جنسی بر خودانگاره تناسلی زنان نابارور، به نظر می‌رسد کاربرد رویکردهایی در راستای آموزش جنسی به منظور ارتقاء خودانگاره تناسلی در مراکز ناباروری ضرورت داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: آموزش جنسی، خودانگاره تناسلی، زنان نابارور

مقدمه

عاطفی و سوء استفاده‌های جنسی اشاره کرد (۷). از طرفی صولتی و همکاران (۲۰۰۵) گزارش کردند نمره عزت نفس در زوجین نابارور کم‌تر از زوجین بارور است (۸). هم‌چنین یونسی و همکاران (۲۰۰۰) بیان کردند زنان نابارور در جاتی از اختلال تصویر ذهنی را بروز داده‌اند (۹). ناباروری یا ناتوانی در بچه‌دار شدن پس از یک سال فعالیت جنسی مداوم

خودانگاره تناسلی به معنای نگرش، احساسات و باور زنان در مورد اندام تناسلی شان است که از عوامل موثر در رابطه جنسی است (۱، ۲). خودانگاره تناسلی مثبت با رضایت از تصور بدنی و عزت نفس جنسی همراه است (۳). از جمله عواملی که سبب نگرانی زنان از ظاهر اندام تناسلی شان می‌شود می‌توان به اعتماد به نفس پایین، نارضایتی از ظاهر فیزیکی بدن، عوامل جسمی و

Email: GolmakaniN@mums.ac.ir

مؤلف مسئول: ناهید گلماکانی - مشهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۱. کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲. استادیار، گروه مامایی، مرکز تحقیقات مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳. استاد، گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات مدیریت و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۲۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۶/۴/۱۰ تاریخ تصویب: ۱۳۹۶/۷/۴

عزت نفس جنسی پایین تر و رضایت جنسی پایین تری می گردد (۱۷). با توجه به این که تقریباً ۸۹ درصد زنان ابراز نارضایتی از اندام تناسلی شان دارند و آن را غیر طبیعی قلمداد می کنند (۲۱، ۱۷)، ناباروری در زنان موجب کاهش اعتماد به نفس آن‌ها شده و زندگی جنسی شان را تحت تاثیر قرار می دهد. در این شرایط رابطه جنسی شان ناامید کننده و از لحاظ روحی زجر آور است و احساس بدی نسبت به بدن خود داشته و اعتماد به نفس خود را از دست داده و اغلب افسرده و ناامیدند و در خود تمایل جنسی کمی احساس می کنند (۲۲).

یکی از مشکلاتی که امروزه جامعه ایران با آن مواجه است، عدم وجود اطلاعات کافی در زمینه مسائل جنسی و وجود نگرش‌ها و اعتقادات نادرست نسبت به این موضوع است. یکی از عوامل مؤثر بر افزایش رضایت در روابط جنسی زوجین، آشنایی آنان با مسائل جنسی است. تاکنون مداخلات اندکی در زمینه آموزش و مشاوره جنسی زنان نابارور انجام شده است. خراشادیزاده و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند در گروه زنان نابارور، با بهتر شدن تصویر ذهنی از بدن در این زنان، عملکرد جنسی و سلامت عمومی آنان نیز بهتر شده است (۲۳) که با نتایج مطالعه Da Silva (۲۰۰۷) و Meltzer (۲۰۱۰) مشابه است (۲۴، ۲۵). امینی و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند آموزش جنسی به شیوه شناختی- رفتاری بر ابعاد مثبت و منفی خودپنداره جنسی زوجین مؤثر است (۲۶). Bavi و همکاران (۲۰۱۴) بیان کردند آموزش جنسی بر خودپنداره جنسی مؤثر است (۲۷). هم چنین علاوه بر نبود مستندات در زمینه آموزش جنسی بر خودانگاره تناسلی در ایران، پژوهش‌گر بر آن شد تا در مطالعه حاضر، به تعیین تاثیر آموزش جنسی بر خودانگاره تناسلی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری میلاد مشهد پردازد، به امید آن که گامی در ارتقاء بهداشت و سلامت جنسی زنان و سلامت خانواده صورت پذیرد.

بدون استفاده از روش‌های جلوگیری تعریف می شود (۱۰). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۳، ناباروری در ۱۵-۱۰ درصد زوج‌های آمریکایی گزارش شد (۱۲). میانگین کلی ناباروری در ایران ۱۰/۲ درصد گزارش شده است (۱۳). ناباروری در اغلب موارد تاثیر عمیقی بر روابط جنسی می گذارد (۱۴). از طرفی تصویر ذهنی از بدن می تواند رفتارهای جنسی افراد را پیشگویی کند (۱۶).

زنان به صورت جزئی به بدنشان می نگرند نه کلی. برای مثال تعداد افرادی که از صورت خود اظهار نارضایتی می کنند (۲۰-۱۱ درصد)، کم تر از افرادی است که از میان تنه (۵۷-۵۰ درصد) و پایین تنه (۴۷-۵۰ درصد) خود ناراضی هستند (۱۷). از طرفی زنان ناباروری که تصویر ذهنی ضعیفی دارند، مشکلات روانی بیش تری در آن‌ها دیده شده است که می تواند کلیه جنبه‌های زندگی آنان را تحت الشعاع خود قرار دهد. به طور مثال باعث نگرانی در مورد جذابیت‌های جنسی، جسمی، احساس کلی عزت نفس و سلامت عمومی شود. ولی بسیاری از زنان که بارداری را تجربه می کنند، این احساس را دارند که بدن آن‌ها به طور مناسب کار می کند. بنابراین تصور ذهنی از بدن آن‌ها بهتر می شود، حتی اگر آن‌ها هرگز استانداردهای بدنی زنانگی را اندازه نگرفته باشند. دیده شده است که زنان نابارور دارای اختلالات تصویر ذهنی بیش تری از بدن خود نسبت به زنان بارور دارند (۹). Morrison و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که درک مطلوب از اندام تناسلی، ارتباطی مثبت با عزت نفس جنسی و ارتباطی معکوس با درک از تصویر بدن و اضطراب جنسی دارد (۱۹). پاکپور و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند نمره خودانگاره تناسلی، ارتباط آماری معناداری با تمام ابعاد عملکرد جنسی به خصوص رضایت جنسی داشت (۲۰). هم چنین طبق مطالعه Schick و همکاران (۲۰۱۰)، نارضایتی از اندام تناسلی با خودآگاهی بیش تر نسبت به این اندام سبب

مواد و روش ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده یک سو کور در سال ۱۳۹۵ بر روی ۱۰۸ زن نابارور مراجعه کننده به مرکز درمانی ناباروری میلاد مشهد انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه میانگین ها و با اطمینان ۹۵ درصد، توان ۸۰ درصد و با پیش بینی ۳۰ درصد ریزش، در هر گروه ۵۴ نفر در نظر گرفته شد. شایان ذکر است که تعداد ۶ پرسشنامه به دلیل دقتی نبودن یا نقص در پاسخگویی، تحلیل نشد؛ لذا در تحلیل نهایی، حجم نمونه به ۱۰۲ نفر تقلیل یافت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل ایرانی و مسلمان بودن، داشتن سواد خواندن و نوشتن، تکلم داشتن به زبان فارسی، داشتن سن بین ۱۸-۴۰ سال، زندگی با همسر، عدم بارداری پس از یک سال نزدیکی منظم و محافظت نشده، ناباروری اولیه و تأیید ناباروری توسط یک پزشک متخصص زنان و نازایی، داشتن ازدواج رسمی و داشتن رضایت نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل اعتیاد زوجین به مواد مخدر و مشروبات الکلی، رخداد حادثه استرس زا طی شش ماه گذشته، افسردگی، استرس و اضطراب شدید و خیلی شدید^۱، وجود بیماری طبی خاص و مشکل روحی روانی در زوجین، وجود داروهای موثر بر عملکرد جنسی یا داشتن معلولیت موثر بر عملکرد جنسی، سابقه اعمال جراحی لگن یا پرتوتابی به دستگاه تناسلی، بارداری زن در حال حاضر و داشتن فرزند خوانده بود. معیارهای خروج حین پژوهش شامل عدم تمایل به ادامه همکاری، شرکت در کلاس یا دوره آموزشی مدون جنسی یا روانی در طی مطالعه، به وجود آمدن حادثه استرس زا در طی مطالعه و عدم شرکت در تمامی جلسات آموزشی.

پس از کسب موافقت از کمیته اخلاق دانشگاه و با ارائه معرفی نامه کتبی از دانشکده پرستاری مامایی مشهد به مسئولین مرکز ناباروری میلاد مشهد و کسب موافقت آنها، پژوهشگر اقدام به نمونه گیری کرد. به این نحو که زنان ناباروری که به مرکز ناباروری مراجعه می کردند، شناسایی و به علت جامعیت مرکز ناباروری میلاد (همه قشرها اعم از کم درآمد، درآمد متوسط و پردرآمد و فرهنگ های متنوع) نمونه گیری به صورت آسان، انجام و بعد از انتخاب افراد واجد شرایط و اخذ رضایت نامه کتبی، تخصیص تصادفی افراد به گروه کنترل و مداخله (گروه های ۵-۸ نفره) به صورت تصادفی انجام گرفت. داخل ظرفی، کاغذهای تا شده و هم شکل با عناوین مداخله و کنترل به تعداد ۵۴ نفر در هر گروه ریخته شد و از افراد واجد شرایط خواستیم تا یکی از این کاغذها را بردارند. عنوان نوشته شده بر این کاغذ، گروه نمونه را نشان می داد. تا کامل شدن حجم نمونه، این روش تکرار شد. سپس واحد پژوهش به اتاق آرام و خالی (اتاقی که به منظور برگزاری جلسات در نظر گرفته شده بود) در مرکز، هدایت شدند. ابتدا چک لیست انتخاب واحد پژوهشی به روش مصاحبه تکمیل و در صورت داشتن معیارهای ورود به مطالعه به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و پس از دادن اطلاعات لازم در نحوه ی پاسخگویی به پرسشنامه ها، پرسشنامه استرس، اضطراب و افسردگی (DASS-21) و پرسشنامه خودانگاره تناسلی تکمیل می شد. سپس ۳ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه ای به فاصله یک هفته برگزار گردید. پرسشنامه DASS-21 جهت همگن بودن گروه مداخله و کنترل از نظر این متغیرها انجام می شد. در ابتدای هر جلسه، ۱۰ دقیقه اول بیان سوالاتی در مورد مسائل جنسی و توضیح اهداف مطالعه و سپس ۶۰ دقیقه آموزش به شیوه سخنرانی و با نمایش اسلاید و در انتها، ۲۰ دقیقه آخر پرسش و پاسخ و رفع ابهامات احتمالی توسط پژوهشگر در مرکز ناباروری میلاد برگزار گردید. ضمناً صلاحیت پژوهشگر در آموزش

^۱ (DASS21) کسب نمره شدید و خیلی شدید از پرسشنامه

صفر تا ۳ درجه بندی گردیده است. بدین ترتیب که در صورتی که گزینه‌ی مورد نظر برای فرد صدق نکند، امتیاز صفر و در صورتی که در اکثر مواقع در مورد فرد صدق کند، حداکثر امتیاز یعنی ۳ و در مواقعی که گاهی اوقات یا زمان‌های نسبتاً زیادی در مورد فرد صدق کند به ترتیب امتیاز ۱ یا ۲ تعلق خواهد گرفت. بالاترین نمره در هر کدام از زیر گروه‌ها ۲۱ است. روایی این ابزار توسط صاحبی و همکاران (۱۳۷۶) با روایی تحلیل عاملی و پایایی این ابزار توسط آن‌ها در مشهد با $r=0/9$ مورد تایید قرار گرفت (۳۴). پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر با ضریب آلفای کرونباخ $\alpha=0/87$ تایید شد.

داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون من ویتنی، کروسکالوالیس، کای اسکور، فیشر و آنالیز کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در آزمون‌های انجام شده، ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد مدنظر بود. این مطالعه به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد IR.MUMS.REC.1395.116 رسید. P کم‌تر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

واحدهای پژوهش در ابتدای مطالعه از نظر سطح تحصیلات، تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر، میانگین مدت ازدواج، مدت ناباروری، مدت درمان ناباروری، وضعیت سکونت، درآمد، اتاق خواب مجزا و افسردگی-استرس-اضطراب همگن بودند، اما از نظر تعداد دفعات IVF همگن نبودند. جدول شماره ۱ به دلیل همگن نبودن تعداد دفعات IVF بررسی تاثیر آموزش با استفاده از آنالیز کوواریانس مجدد ارزیابی گردید، با وجود همگن نبودن IVF، آموزش موثر واقع شد. جدول شماره ۴

جنسی پس از گذراندن دوره‌های آموزش جنسی و تایید مهارت پژوهش‌گر در ارائه پژوهش‌ها توسط استاد مشاور تخصصی انجام شد. در گروه کنترل نیز مداخله‌ای صورت نگرفته و به روش روتین بیمارستان عمل شد و تنها طی تماس تلفنی زمان مراجعه آن‌ها تاکید شد.

پس از یک ماه توسط کمک پژوهشگری که از نحوه‌ی تخصیص واحدهای پژوهش در گروه‌ها اطلاعات نداشت، پس آزمون از هر دو گروه گرفته و در نهایت داده‌ها مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. ضمناً آموزش‌ها به صورت پمفلت در آخر و پایان مطالعه به گروه کنترل هم داده شد.

ابزارهای پژوهش شامل الف) پرسشنامه خودانگاره تناسلی برمن و همکاران بود که حاوی ۳۰ سوال و دو زیر مقیاس است. زیر مقیاس اول شامل ۱۸ سوال پیرامون آگاهی زنان در مورد دستگاه تناسلی به صورت لیکرت ۴ نقطه‌ای (۰=همیشه) تا (۳=هرگز)، زیر مقیاس دوم شامل ۱۲ سوال که یکسری صفات در مورد دستگاه تناسلی است که به صورت: در مورد من صدق نمی‌کند (۰) و در مورد من صدق می‌کند (۱)، می‌باشد. نمره کسب شده در این پرسشنامه از ۰-۶۶ می‌باشد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی خودانگاره تناسلی بالاتر می‌باشد. در ایران روایی و پایایی این پرسشنامه توسط جعفرنژاد و همکاران در سال ۱۳۹۴ مورد تایید قرار گرفت (۳۲). در این مطالعه نیز مجدداً روایی توسط روایی محتوا تعیین شد و پایایی با ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۷ تایید شد. ب) مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (۲۱). DASS- در سال ۱۹۹۵ توسط Lovibond & Lovibond تهیه شد (۳۳). این مقیاس دارای دو فرم بلند و کوتاه است. در این مطالعه از فرم کوتاه که شامل ۲۱ سوال می‌باشد استفاده می‌شود که ۷ سوال آن استرس، ۷ سوال اضطراب و ۷ سوال دیگر افسردگی را می‌سنجد. مقیاس سنجش، لیکرت ۴ نقطه‌ای است که از

میانگین نمره‌ی خودانگاره تناسلی در زنان نابارور میانگین نمره‌ی خودانگاره تناسلی در زنان نابارور ۴۷/۴۰۲±۹/۸۱ بود. نتایج آزمون من-ویتنی حاکی از این بود که قبل از مداخله بین نمره خودانگاره تناسلی در گروه مداخله (۴۷/۲۳۵±۶/۱۵) و گروه کنترل (۴۷/۵۶۸±۵/۶۹) تفاوت آماری معنی داری نبود ($p=0/715$). اما یک ماه بعد از آموزش، نمره خودانگاره تناسلی بین دو گروه مداخله (۴۷/۶۲۷±۵/۹۶) و کنترل (۵۱/۱۳۷±۵/۳۴) تفاوت آماری معناداری بود ($p=0/001$). نتایج آزمون ویلکاکسون نشان می‌دهد که در گروه مداخله نمره خودانگاره تناسلی یک ماه پس از آموزش دارای تفاوت آماری معنی داری بود ($p<0/001$). اما در گروه کنترل، نمره خودانگاره تناسلی یک ماه پس از مداخله دارای تفاوت آماری معنی داری نبود ($p=0/648$). هم‌چنین تغییرات میانگین نمرات خودانگاره تناسلی قبل و بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل دارای تفاوت آماری معنی داری بود ($p=0/001$).

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره خودانگاره تناسلی قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

مرحله	انحراف معیار میانگین	گروه مداخله	گروه کنترل	نتیجه آزمون من ویتنی
قبل از مداخله	۴۷/۵۶۸±۵/۶۹	۴۷/۲۳۵±۶/۱۵		$Z=-0/366$ $p=0/715$
یک ماه بعد از مداخله	۵۱/۱۳۷±۵/۳۴	۴۷/۶۲۷±۵/۹۶		$Z=0/3291$ $p=0/001$
تغییرات میانگین نمرات قبل و بعد از مداخله	۳/۵۶۸±۴/۶۷	۰/۳۹۲±۳/۶۰		$Z=0/3277$ $p=0/001$
ویلکاکسون نتیجه آزمون	$Z=0/447$ $p<0/001$	$Z=0/756$ $p=0/448$		

توجه به جدول شماره ۳ تغییرات نمره خودانگاره تناسلی در دو گروه تفاوت آماری معناداری داشته است. برای حذف اثر متغیرهای مخدوش کننده شامل IVF که بین دو گروه همگن نبوده و متغیرهایی که دارای $P<0/20$ بودند شامل UI و میزان تحصیلات زنان نابارور در مدل خطی عمومی وارد شدند تا پس از حذف اثر آن‌ها، اثر گروه مشخص شود. به روش پسرو (Backward)، متغیرهای غیر معنی دار به ترتیب از

در این مطالعه، میانگین سن زنان نابارور ۳۰/۶۳±۵/۴۸۵ سال و میانگین سن همسران آن‌ها ۳۴/۴۸±۵/۷۹۱ سال بود. میانگین طول مدت ازدواج در آن‌ها ۸/۶۵±۴/۶۸۸ سال بود.

در این مطالعه، ۳۵/۳ درصد از زنان نابارور دارای تحصیلات دانشگاهی، ۴۹ درصد دارای تحصیلات متوسطه و ۱۵/۷ درصد سواد خواندن و نوشتن داشتند. همسران آن‌ها ۳۹/۲ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی، ۵۴/۹ درصد دارای تحصیلات متوسطه و ۵/۹ سواد خواندن و نوشتن داشتند.

میانگین مدت ازدواج زوجین نابارور ۸/۶۵±۴/۶۸۸ سال بود. میانگین مدت ناباروری ۶/۵۶±۴/۲۴۸ سال و میانگین مدت درمان ناباروری ۵/۰۷±۳/۲۴۱ سال بود. میانگین شاخص توده بدنی در این افراد $24/5 \pm 7/25 \text{ kg/m}$ بود

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی برخی از مشخصات فردی

متغیر	گروه مداخله (درصد)	گروه کنترل (درصد)	کل	نتیجه آزمون
شغل	۹(۱۷/۶)	۸(۱۵/۷)	۱۷(۱۶/۷)	Exact $\chi^2=0/087$ $p=0/690$
حالت داری	۳۸(۷۴/۵)	۴۱(۸۰/۴)	۷۹(۷۷/۵)	
محل	۴(۷/۸)	۲(۳/۹)	۶(۵/۹)	
شغل همسر	۱۰(۱۹/۶)	۱۱(۲۱/۶)	۲۱(۲۰/۶)	Exact $\chi^2=1/866$ $p=0/911$
کارمند	۱۸(۳۵/۳)	۳(۵/۹)	۲۱(۲۰/۶)	
کارگر	۲۱(۴۱/۲)	۲۵(۴۹)	۴۶(۴۵/۱)	
آزاد	۲(۳/۹)	۳(۵/۹)	۵(۴/۹)	
سایر	۲(۳/۹)	۳(۵/۹)	۵(۴/۹)	
سکونت شخصی	۲۹(۵۶/۹)	۲۷(۵۲/۹)	۵۶(۵۴/۹)	Exact $\chi^2=0/116$ $p=0/911$
رهن یا استیجاری	۲۱(۴۱/۲)	۳۳(۶۵/۱)	۵۴(۵۲/۹)	
سایر	۱(۲)	۱(۲)	۲(۲)	
درآمد کم تر از حد کفاف	۱۴(۲۷/۵)	۹(۱۷/۶)	۲۳(۲۲/۵)	$Z=0/707$ $p=0/478$
در حد کفاف	۳۱(۶۸/۸)	۳۷(۷۲/۵)	۶۸(۶۶/۷)	
بیش تر از حد کفاف	۶(۱۱/۸)	۵(۹/۸)	۱۱(۱۰/۸)	
اتاق خواب مجزا	۳۹(۷۴/۵)	۴۴(۸۶/۳)	۸۳(۸۱/۴)	Exact $\chi^2=1/617$ $p=0/424$
بلی	۱۲(۲۳/۵)	۷(۱۳/۵)	۱۹(۱۸/۶)	
خیر				

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار متغیر افسردگی -

متغیر	انحراف معیار میانگین	گروه مداخله	گروه کنترل	نتیجه آزمون
افسردگی - استرس - اضطراب (DASS21)	۱۸/۶۶±۵/۷۱۶	۱۸/۹۶±۶/۷۶۱		$F=0/173$ $p=0/813$

ناباروری بیش تر از زوج‌های دیگر باشد. درمان ناباروری که ضرورتاً روابط جنسی زوجها را تحت نظر می‌گیرد، می‌تواند احساس اجبار و التزام در روابط جنسی را ایجاد کند و تأثیر منفی آن بر زندگی جنسی فرد در طول و حتی پس از توقف درمان ادامه یابد.

در مطالعه امینی و همکاران (۲۰۱۵) و Bavi و همکاران (۲۰۱۴)، آموزش جنسی سبب بهبود خود پنداره جنسی گردیده بود که با نتایج مطالعه حاضر بر بهبود خودانگاره تناسلی پس از آموزش جنسی همخوانی داشت. نتایج مطالعه حاضر و سایر مطالعات نشان می‌دهد که نیاز به آموزش جنسی در جامعه ما احساس می‌شود.

از طرفی صوتلی و همکاران (۲۰۰۵) گزارش کردند نمره عزت نفس در زوجین نابارور کم‌تر از زوجین بارور است (۸). هم‌چنین یونسی و همکاران (۲۰۰۰) بیان کردند زنان نابارور در جاتی از اختلال تصویر ذهنی را بروز داده‌اند. این مطالعات در راستای مطالعه ما هستند و بیان گر نیاز به تقویت عزت نفس و بهبود تصور بدنی و در نتیجه بهبود خودانگاره تناسلی در زنان نابارور است.

Reinholtz و همکاران (۱۹۹۵) در مطالعه خود نشان داد خودانگاره تناسلی با رضایت جنسی ارتباط دارد و زنان نسبت به مردان نسبت به اندام تناسلی شان نگرش منفی تری دارند و احساس نگرانی بیش تری نسبت به عکس العمل شریک جنسی خود در ارتباط با اندام تناسلی خود دارند (۲۸) که با مطالعه حاضر مبنی بر افزایش نیاز بهبود خودانگاره تناسلی زنان نابارور نسبت به همسرانشان هم‌خوانی دارد.

Swart و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند زنان با مشکلات جنسی نسبت به زنان بدون مشکلات جنسی از خودانگاره تناسلی و رضایت جنسی پایین تری برخوردارند، هم‌چنین نمره خودانگاره تناسلی با عملکرد جنسی در گروه کنترل ارتباط معناداری دارد (۲۹)، اما در گروه مداخله، ارتباطی بین خودانگاره تناسلی و عملکرد

بیش ترین از مدل کنار گذاشته شدند. متغیر میانگین نمره خودانگاره تناسلی قبل از مداخله به عنوان متغیر مداخله گر شناخته شد که با حذف اثر آن، میانگین نمره خودانگاره تناسلی بعد از آموزش در گروه مداخله اختلاف معناداری با گروه کنترل داشت (جدول ۳-۱).

جدول شماره ۴: نتایج آنالیز کواریانس تاثیر مداخله آموزش جنسی بر میانگین نمره خودانگاره تناسلی با کنترل متغیر میانگین نمره خودانگاره تناسلی قبل از مداخله

متغیر	P	T	B
گروه مداخله	۰/۰۲۹	۲/۲۱۴	۳/۰۲
گروه کنترل			
میانگین نمره خودانگاره تناسلی قبل از مداخله	$P < ۰/۰۰۱$	۱۰/۱۱۶	۰/۶۹۱

بحث

پژوهش حاضر با هدف کلی تعیین تاثیر آموزش جنسی بر خودانگاره تناسلی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری میلاد مشهد انجام شد. بدین منظور تعداد ۱۰۲ زن نابارور مورد پژوهش قرار گرفتند.

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که آموزش جنسی در افزایش خودانگاره تناسلی موثر است، به طوری که بعد از مطالعه، میزان نمره خودانگاره تناسلی در گروه مداخله به طور معنی داری افزایش یافت.

دو گروه قبل از مطالعه از نظر نمره خودانگاره تناسلی تفاوت معناداری نداشتند و همسان بودند. نتایج نشان داد که در گروه مداخله، افزایش نمره خودانگاره تناسلی نسبت به گروه کنترل ایجاد شده است و تفاوت آماری معناداری بین دو گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله مشاهده شد.

از نکات اساسی در ارزیابی یک زوج نابارور، مسایل جنسی و اختلالات آن می‌باشد. ممکن است عوامل هیجانی ناشی از اختلالات جنسی موجب ناباروری گردد. یک ارتباط جنسی مطلوب می‌تواند احتمال باروری را بالا ببرد. از سوی دیگر ناباروری نیز می‌تواند روابط جنسی زوجها را تحت تأثیر قرار دهد. تصور می‌شود اختلالات روانی جنسی در زوج‌های

تناسلی و در نتیجه بهبود روابط جنسی همخوانی دارد. در نتیجه لازم است توجه دست اندرکاران بهداشتی و درمانی به جنبه‌های جنسی ناباروری افزایش یابد و برنامه‌های آموزشی جنسی توسط گروه‌های حمایت‌گر در مراکز ناباروری ایجاد شود.

از ویژگی‌های این مطالعه انجام آن در مرکز ناباروری میلاد مشهد بود که افراد در سطوح اجتماعی اقتصادی مختلف را در بر می‌گیرد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به استرس‌ها و نگرانی‌هایی مربوط به مشاوره، درمان و تشخیص ناباروری در کلینیک ناباروری میلاد اشاره کرد، که ممکن بود بر نحوه پاسخگویی زنان نابارور تأثیر بگذارد و تلاش شد با تکمیل پرسشنامه‌ها در زمانی که واحدهای پژوهش آمادگی ذهنی و روانی لازم را داشتند، این محدودیت به طور نسبی کنترل شود. هم‌چنین از جمله محدودیت‌های دیگر مطالعه، آموزش در گروه‌های کوچک بود.

با توجه به تأثیر مطلوب آموزش جنسی بر خودانگاره تناسلی، به نظر می‌رسد کاربرد رویکردهایی به منظور شناسایی و درمان مشکلات جنسی زنان نابارور جهت ارتقا خودانگاره تناسلی و در نتیجه بقای بیش‌تر خانواده‌ها، در مراکز بهداشتی و مراکز ناباروری ضرورت داشته باشد.

سپاسگزاری

این مطالعه با کد کارآزمایی بسالینی IRCT2016102724469N2 حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی با کد ۹۴۱۵۷۶ دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد. بدین وسیله از حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه، شورای محترم پژوهش، اساتید محترم و از تمام پرسنل مرکز ناباروری میلاد به دلیل همکاری صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

جنسی وجود ندارد. این مطالعه با مطالعه بشارت و همکاران مبنی بر افزایش مشکلات جنسی در زنان نابارور و نتایج مطالعه حاضر مبنی بر نیاز به بهبود روابط جنسی و خودانگاره تناسلی در زوجین نابارور، هم‌خوانی دارد (۳۶).

هم‌چنین مطالعه Schick و همکاران (۲۰۱۰) بر روی ۲۱۷ دانشجوی زن بیان‌گر این است نارضایتی از اندام تناسلی با خودآگاهی بیش‌تر نسبت به این اندام سبب عزت نفس جنسی پایین‌تر و رضایت جنسی پایین‌تری می‌گردد (۱۷). Morrison و همکاران (۲۰۰۵) طی مطالعه‌ای بر روی دانشجویان زن در کانادا نشان دادند درک مناسب از اندام تناسلی ارتباط معناداری با عزت نفس جنسی دارد. اما با آگاهی از تصور بدنی و اضطراب جنسی، ارتباط معکوسی دارد (۱۹). طبق مطالعه Herbenik و Berman (2008) عملکرد جنسی و تمام ابعاد آن با خودانگاره تناسلی ارتباط معناداری دارد (۳۰، ۱). محمد و همکاران (۲۰۱۴) در روانسنجی نسخه عربی خودانگاره تناسلی بر روی ۲۴۴ زن، نشان دادند خودانگاره تناسلی با نمره کلی عملکرد جنسی و ابعاد آن ارتباط آماری معناداری دارد (۴).

مطالعه Herbenik نشان داد خودانگاره تناسلی با تمام ابعاد عملکرد جنسی به جز میل جنسی ارتباط معناداری دارد (۳۱). مطالعه پاکپور و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد نمره خودانگاره تناسلی ارتباط آماری معناداری با رضایت از بدن و عزت نفس داشت. هم‌چنین خودانگاره تناسلی با تمام ابعاد عملکرد جنسی به خصوص رضایت جنسی ارتباط داشت (۲۰). از طرفی Berman (2003) نشان داد عملکرد جنسی فقط در بعد میل جنسی با خودانگاره تناسلی ارتباط معناداری دارد (۵).

با توجه به نتایج مطالعات ذکر شده، خودانگاره تناسلی بالاتر با رضایت جنسی و عملکرد جنسی و هم‌چنین عزت نفس جنسی بالاتری همراه است که این مطالعات با مطالعه حاضر مبنی بر افزایش خودانگاره

References

- Herbenick D, Schick V, Reece M, Sanders S, Dodge B, Fortenberry JD. The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): Results from a nationally representative probability sample of women in the United States. *J Sex Med.* 2011;8(1) : 158-66
- Pazmany E, Bergeron S, Van Oudenhove L, Verhaeghe J, Enzlin P. Body image and genital self-image in pre-menopausal women with dyspareunia. *Arch Sex Behav.* 2013;42(6):999 -1010
- Schooler D, Ward LM, Merriwether A, Caruthers AS. Cycles of shame: Menstrual shame, body shame, and sexual decision-making. *J Sex Res.* 2005;42(4) :324 -334
- Mohammed GF, Hassan H. Validity and Reliability of the Arabic Version of the Female Genital Self-Image Scale. *J Sex Med.* 2014;11(5):1193-1200
- Berman LA, Berman J, MILES M, Pollets D, Powell JA. Genital self-image as a component of sexual health: Relationship between genital self-image, female sexual function, and quality of life measures. *J Sex Marital Ther.* 2003;29(sup1):11-21
- Zielinski RE. Private places--private shame: Women's genital body image and sexual health. Dissertation. Michigan ; University of Michigan 2009.
- Veale D, Eshkevari E, Ellison N, Costa A, Robinson D, Kavouni A, et al. A comparison of risk factors for women seeking labiaplasty compared to those not seeking labiaplasty. *Body Image.* 2014;11(1): 57-62.
- Solati SK, Danesh A, Ganji F, Abedi A. Comparison of self-esteem and coping responses in infertile and fertile couples during 2003-2004. *J Shahrekord Univ Med Sci .* 2005;7(4): 16-22 (Persian)
- Younesi S SA. Body image in Fertile and Woman. *J Reprod Infertil.* 2001;2(8):14 -21 (Persian).
- Novaks SB. *Berek and Novak's Gynecology.* 15th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
- Kalkhoran LF, Bahrami H, Farrokhi NA, Zeraati H, Tarahomi M. Comparing anxiety, depression and sexual life satisfaction in two groups of fertile and infertile women in Tehran. *J Reprod Infertil.* 2011;12(2):157-162.
- Masoumi SZ, Garousian M, Khani S, Oliaei SR, Shayan A. Comparison of quality of life, sexual satisfaction and marital satisfaction between fertile and infertile couples. *Int J Fertil Steril.* 2016 ; 10(3): 290–296
- Parsanezhad M, Jahromi B, Zare N, Keramati P, Khalili A. Epidemiology and etiology of infertility in Iran, systematic review and meta-analysis. *J Womens Health.* 2013;6:2
- Golmakani N ZZ, Amirian M, Mzlum R, Ahangar M. Compare marital satisfaction in fertile and infertile couples and Its relationship with sexual problems. *Iranian Journal of Obstetrics*

- and Gynecology. 2014;18(43):1-10 (persian)
15. Alirezaie S, Ozgoli G, Alavi H. Compare the efficacy and sexual function in fertile and infertile women. Public Health Centers in Mashhad. 2013;3(99): 131-136 (persian)
 16. Khorashadizade F, Karamidehkordi A, Rahsepar A, Hashemi M, Salari M, Esmaily H, et al. Determination of the association between body image with sexual function and marital adjustment in fertile and infertile women by path analysis modeling. J North Khorasan Univ Med Sci. 2011;3:23-31.(persian)
 17. Schick VR, Calabrese SK, Rima BN, Zucker AN. Genital appearance dissatisfaction: Implications for women's genital image self-consciousness, sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual risk. Psychol Women Q. 2010;34(3): 394-404.
 18. Laan E, Martoredjo DK, Hesselink S, Snijders N, van Lunsen RH. Young women's genital self-image and effects of exposure to pictures of natural vulvas. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2017 Oct 2;38(4):249-55.
 19. Morrison TG, Bearden A, Ellis SR, Harriman R. Correlates of genital perceptions among Canadian post-secondary students. Electronic Journal of Human Sexuality. 2005;8:1-22.
 20. Pakpour AH, Zeidi IM, Ziaeiha M, Burri A. Cross-cultural adaptation of the Female Genital Self-Image Scale (FGSIS) in Iranian female college students. J Sex Res. 2014;51(6):646-653.
 21. Madewell AN. Relation Between Body Image, Sexual Functioning, Women's Genital Self Image, and Feminist Identity. Oklahoma , ProQuest.2010
 22. Bakae M, Simbar M, Yasini Ardakani M, Majd H. How infertility affects sexual function in infertile couples ? Facul Nurs Midwifery Quart. 2015;25(91) :47-56 (Persian).
 23. Khorashadizade F, Karamidehkordi A, Rahsepar A, Latifnejad Rodsari R, Salari M, Esmaily H et al . Determination of the association between body image with sexual function and marital adjustment in fertile and infertile Women by path analysis modeling. JNKUMS 2012, 3(5 & S5): 23-31(persian)
 24. Da Silva GM, Hull T, Roberts PL, Ruiz DE, Wexner SD, Weiss EG, et al. The effect of colorectal surgery in female sexual function, body image, self-esteem and general health : a prospective study. Ann Surg. 2008;248(2):266-272.
 25. Meltzer AL, McNuty KJ. Body image and marital satisfaction: Evidence for the mediating role of sexual frequency and sexual satisfaction. J Fam Psychol. 2010;24(2):156-164
 26. Amini M, Moradi A, Momeni KH, Pour rashidi M. The Effectiveness of Sexual Education in Cognitive Behavioral Methods on Couples Sexual Self-Conception. Int Congress of Psychology. 2016 Feb 17; Iran ,Tehran2015. (persian)

27. Bavi A AA, Attari y. The Effectiveness of Sexual Education on the Sexual Self-Conception of Women on the Eve of the Marriage of Tehran. *Jundishapur Sci Med J*. 2014;13(4). (persian)
28. Reinholtz RK, Muehlenhard CL. Genital perceptions and sexual activity in a college population. *Journal of Sex Research*. 1995;32(2):155-165
29. Swart M. The effect of genital self-image and body esteem on female sexual functioning. Doctoral dissertation, Canada, University of Calgary 2004.
30. Berman L, Windecker MA. The relationship between women's genital self-image and female sexual function: A national survey. *Curr sex health rep*. 2008;5(4) :199 -207
31. Herbenick D, Reece M. Development and Validation of the Female Genital Self-Image Scale. *J Sex Med*. 2010;7(5): 1822-1830
32. Al sheikh A, jafarnezhad F. The relationship between genital self-image with sexual function and mode of delivery in women who referred to health centers in Mashhad in .(Persian Thesis). Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran .2014
33. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995 Mar 1;33(3):335-43.
34. Sahebi A, Asghari M, Salari R. Validation Of Anxiety, Depression and Estress(DASS21) for the Iranian population. *Iranian Psycho J* 2006;1(4):299-312
35. Besharat MA, Hoseinzadeh Bazargani R. A comparative study of fertile and infertile women's mental health and sexual problems. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2006;12(2):146-53.