ORIGINAL ARTICLE

Sexual Self-efficacy and Related Factors in Reproductive-aged Diabetic Women

Masumeh Jabbari[1],
Zahra Kashi[2],
Seyed- Nouraddin Mousavinasab[3],
Monirolsadate Hosseini-Tabaghdehi[4],
Zohreh Shahhosseini[5]

[1] MSc Student in Counseling in Midwifery, Student Research Committee. Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Professor, Department of Internal Medicine, Diabetes Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] Associate Professor, Department of Biostatics, Health Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Assistant Professor, Department of Midwifery, Health Reproductive Research Center, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
[5] Professor, Department of Reproductive Health, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received April 20, 2021 ; Accepted July 18, 2021)

Abstract

Background and purpose: Sexual self-efficacy as one of the major issues of sexual health is influenced by various individual and interpersonal factors in different socio-cultural contexts. The aim of this study was to investigate sexual self-efficacy and related factors in reproductive-aged diabetic women.

Materials and methods: This cross-sectional study was conducted in 410 diabetic women attending endocrinology centers affiliated to Mazandaran University of Medical Sciences, 2019-2020. The participants were selected by simple random sampling. Data were collected using Vaziri sexual self-efficacy questionnaire, the Female Sexual Function Index (FSFI), ENRICH Marital Satisfaction Scale, and Goldberg Big Five personality traits. Data were analyzed applying Independent t-test, ANOA, Pearson correlation coefficient, and Backward Stepwise Regression.

Results: The mean score for sexual self-efficacy was 15.93±5.70 (95% CI: 15.37-16.48). Multiple linear regression showed that spouse's education (β= 1.27, P= 0.026), spouse's age (β= -0.09, P= 0.013), conscientiousness (β= 0.09, P= 0.014), occupation (β= -2.26, P= 0.022), satisfaction from socioeconomic class (β= 0.93, P= 0.024), sexual function (β= 0.23, P< 0.0001), marital satisfaction (β= 0.06, P< 0.0001), and taking antidepressants (β= -1.13, P= 0.051) explained 59% of the variance of sexual self-efficacy score.

Conclusion: Various sociodemographic and socioeconomic factors affect the sexual self-efficacy of diabetic women in reproductive age, so, it is necessary to use a multi-disciplinary approach in providing sexual health care services for these women.

Keywords: sexual self-efficacy, reproductive age, sexual health, diabetes

J Mazandaran Univ Med Sci 2021; 31 (200): 99-112(Persian).

*** Corresponding Author: Zohreh Shahhosseini -** Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: zshahhosseini@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و یکم شماره ۲۰۰ شهریور سال ۱۴۰۰ (۱۱۲-۹۹)

خودکارآمدی جنسی و عوامل مرتبط با آن در زنان دیابتی سنین باروری

معصومه جباری[۱]
زهرا کاشی[۲]
سید نورالدین موسوی نسب[۳]
منیر السادات حسینی طبقدهی[۴]
زهره شاه حسینی[۵]

چکیده

سابقه و هدف: خودکارآمدی جنسی به عنوان یکی از عناصر مهم سلامت جنسی، در بسترهای متفاوت فرهنگی- اجتماعی تحت تاثیر متغیرهای فردی و بین فردی گوناگونی می‌باشد. هدف از مطالعه حاضر بررسی خودکارآمدی جنسی و عوامل مرتبط با آن در زنان دیابتی سنین باروری می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ در شهر ساری در شمال ایران انجام شد. در این مطالعه، ۴۱۰ نفر به روش تصادفی ساده از بین زنان دیابتیک در سنین باروری مراجعه‌کننده به مراکز غدد دانشگاه علوم پزشکی مازندران انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها با پرسشنامه‌های خودکارآمدی جنسی وزیری، عملکرد جنسی زنان روزن، رضایت زناشویی انریچ و پنج عاملی شخصیت گلدبرگ انجام شد. تحلیل داده‌ها با آزمون‌های تی مستقل، ANOA، پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه پس رونده انجام شد.

یافته‌ها: در این مطالعه میانگین نمره خودکارآمدی جنسی واحدهای مورد پژوهش (۱۶/۴۸-۱۵/۳۷ : فاصله اطمینان ۹۵درصد) ۵/۷۰±۱۵/۹۳ بود. رگرسیون خطی چندگانه پس رونده نشان داد که متغیرهای تحصیلات همسر (β=۱/۲۷، P= ۰/۰۲۶)، سن همسر(β= -۰/۰۹ ، P= ۰/۰۱۳)، تیپ شخصیت- وظیفه مداری (β= ۰/۰۹، P= ۰/۰۱۴)، شغل (β= -۲/۲۶، P= ۰/۰۲۲)، رضایت از طبقه اجتماعی- اقتصادی (β= ۰/۹۳ ، P= ۰/۰۲۴)، عملکرد جنسی (β=۰/۲۳، P <۰/۰۰۰۱)، رضایت زناشویی (β= ۰/۰۶، P< ۰/۰۰۰۱) و مصرف داروی ضد افسردگی (β= -۱/۱۳، P= ۰/۰۵۱)، ۵۹ درصد از واریانس نمره خودکارآمدی جنسی را تبیین می‌نمایند.

استنتاج: باتوجه به این‌که عوامل متعدد جمعیتی- اجتماعی- طبی بر خود کارآمدی جنسی زنان دیابتی سنین باروری موثر می‌باشد، لازم است دربررسی سلامت جنسی این افراد و ارائه خدمات مرتبط ازرویکرد چندگانه با مشارکت بین بخشی کمک گرفت.

واژه های کلیدی: خودکارآمدی جنسی، سنین باروری، سلامت جنسی، دیابت

مقدمه

بار جهانی دیابت به سرعت در حال افزایش است و پیش‌بینی می‌شود بار جهانی دیابت نوع ۲ در افراد ۲۰ تا افراد در هر سنی را تحت تأثیر قرار می‌دهد به‌طوری که ۷۹ سال به ۶۲۹ میلیون نفردر سال ۲۰۴۵ در مقایسه با

مولف مسئول: زهره شاه حسینی ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری Email:zshahhosseini@yahoo.com
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. استاد، گروه داخلی، مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. دانشیار، گروه آمار حیاتی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. استادیار، گروه مامایی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۵. استاد، گروه سلامت باروری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۰/۱/۳۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۴۰۰/۲/۴ تاریخ تصویب : ۱۴۰۰/۴/۲۷

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

۴۲۵ میلیون نفر در سال ۲۰۱۷ افزایش یابد. در این میان شیوع دیابت نوع ۲ به صورت جهانی در دهه گذشته در جمعیت بزرگسال تقریباً دو برابر شده است و از ۴/۷ درصد در سال ۱۹۸۰ به ۸/۵ درصد در سال ۲۰۱۴ رسیده است .با افزایش شیوع و بار دیابت نوع ۲، کشورهای کم درآمد و متوسط بیش‌ترین آسیب را خواهند دید(۱). در ایران نیز بیش از ۳ میلیون نفر دچار دیابت آشکار می‌باشند که در صورت لحاظ نمودن نوع پنهان آن، ۲۰ درصد جمعیت ایرانی مبتلا یا مستعد ابتلا به دیابت می‌باشند و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰ تعداد بیماران دیابتی در ایران به بیش از ۹ میلیون نفر برسد(۲). یکی از عوارض دیابت اختلال عملکرد جنسی می‌باشد. اختلال عملکرد جنسی زنان، اختلال در تغییرات فیزیولوژیکی روانی است که در طول هر مرحله از چرخه‌ی پاسخ جنسی می‌تواند رخ دهد و باعث دیسترس و مشکلات بین زوجی گردد(۱). آسیب روانی ناشی از بیماری دیابت و عوارض همراه در کنار اختلالات عصبی- عروقی ناشی از دیابت با ایجاد تغییر در ساختار و عملکرد دستگاه ژنیتال، پاسخ جنسی زنان دیابتی را مختل می‌نماید(۳). مطالعات مختلف شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان دیابتی را بین ۸۰-۲۰ درصد گزارش کردند(۵،۴). در مطالعه‌ای در مازندران شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان دیابتی ۷۸/۷ درصد گزارش شده است(۶).

مروری بر مطالعات موجود نشان می‌دهد که اختلال عملکرد جنسی و عدم رضایت زناشویی ناشی از آن ممکن است بر زندگی جنسی افراد و از جمله بر خودکارآمدی جنسی آنان تاثیرگزار باشد(۱۱-۷). عدم قطعیت در خصوص ارتباط بین عملکرد جنسی و رضایت زناشویی با خودکارآمدی جنسی به سبب سایر عوامل فردی و بین فردی واسطه ای مانند سن، جنس، تحصیلات، نژاد، مذهب، تعاملات زناشویی و تیپ‌های شخصیتی می‌باشد که در بسترهای متفاوت فرهنگی- اجتماعی به‌صورت مختلفی تظاهر می‌یابند(۲۱-۱۲). خودکارآمدی جنسی شامل باور فرد به عملکرد جنسی موثر و مناسب برای شریک جنسی و توانایی به‌دست آوردن رضایت جنسی وی می‌باشد(۹). این عامل سبب کنترل فرد بر زندگی جنسی وتوانمندی در رفتارهای جنسی ایمن می‌گردد(۱۹).

نتایج مطالعه‌ای در استرالیا نشان داد که افراد جوان با خودکارآمدی جنسی بالاتر، فعالیت جنسی پرخطر کم‌تری دارند(۲۲). هم‌چنین خودکارآمدی جنسی می‌تواند رابطه جنسی لذت بخش، فعالیت‌های جنسی سالم و به دنبال آن ارتقای سلامت جنسی و سلامت کلی را سبب شود(۲۳). لذا بهبود خودکارآمدی جنسی با توجه به متغیرهای مرتبط با آن از مولفه‌های مهم برای ارتقاء رفتارهای سالم جنسی در نظر گرفته می‌شود(۲۶-۲۴). به منظور بهبود خودکارآمدی جنسی زنان ضروری است تا عوامل مرتبط در جوامع مختلف و در شرایط متفاوت از نظر سلامت و به ویژه در بیماری‌های مزمن که مدت‌های زیادی سلامت فرد و زندگی جنسی او را تحت تاثیر قرار می‌دهد، مورد بررسی قرار گیرد. از جمله بیماری‌هایی که تاثیرات منفی بر خودکارآمدی جنسی دارند می‌توان به سرطان پستان، مولتیپل اسکلروزیس، کم‌کاری تیروئید و آسیب‌های نخاعی اشاره نمود(۳۰-۲۷). دانسته‌های ما از خودکارآمدی جنسی زنان دیابتی به سبب کمبود مطالعات انجام شده، اندک است و مطالعات بیش‌تر در این زمینه می‌تواند به شناخت عوامل مرتبط و گسترش دانش موجود کمک نماید. مطالعه حاضر با هدف بررسی خودکارآمدی جنسی و عوامل مرتبط با آن در زنان دیابتی سنین باروری انجام پذیرفت.

مواد و روش ها

این مطالعه مقطعی- توصیفی- تحلیلی در زنان دیابتی سنین باروری مراجعه کننده به مراکز غدد شهر ساری از اسفند ۹۸ تا مهر ۱۳۹۹ انجام شد.

حجم نمونه

به منظور تفسیر مناسب از یافته های مطالعه، حجم نمونه در مطالعات رگرسیونی بازای هر متغیر مستقل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

حداقل ۱۰ نفر می‌باشد(۳۱) که با توجه به متغیرهای جمعیتی-اجتماعی- طبی و متغیرهای اصلی مطالعه، تعداد ۴۱۰ نفر برآورد گردید.

نمونه گیری

نمونه‌گیری در دو مرحله انجام پذیرفت. در ابتدا با توجه به ۴۱۰ نفر نمونه برآورد شده و با در نظر گرفتن جمعیت بیماران دیابتی دو مرکز کلینیک مصطفویان و مجتمع پزشکی باغبان دانشگاه علوم پزشکی مازندران در شهر ساری، سهم نمونه هر مرکز مشخص شد. بدین ترتیب ۲۶۰ نفر به کلینیک باغبان و ۱۵۰ نفر به کلینیک مصطفویان تخصیص داده شد. به منظور دستیابی به نمونه‌هایی با پراکندگی متناسب با ویژگی‌های جامعه آماری مقرر شد با توجه به تعداد تخمینی مراجعان روزانه حداکثر دو نمونه واجد شرایط در هر روز وارد مطالعه شوند. بنابراین در مرحله بعد با مراجعه روزانه به مراکز، افرادی که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند از روی لیست روزانه ویزیت پزشک مشخص شدند. به واجدین شرایط توضیحات لازم در مورد مطالعه و اهداف آن داده شد و اسامی زنانی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، در یک باکس گذاشته شد و نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده بر مبنای قرعه‌کشی (برای انتخاب ۲ نفر) انجام شد. مشارکت‌کنندگان پس از پر نمودن فرم رضایت‌نامه آگاهانه، پرسشنامه‌ها را به‌صورت خودایفایی تکمیل نمودند.

معیارهای ورود و خروج

معیار ورود شامل زنان متاهل ۱۵ تا ۴۹ سال با دیابت نوع دو، سواد خواندن و نوشتن، سابقه حداقل یکسال از تشخیص دیابت و رضایت به شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج شامل زنان باردار، یائسه، شیرده، زنان با عوارض پیشرفته دیابت (قطع اندام، مشکلات بینایی، کلیوی، قلبی)، زنان و یا همسرانشان با اختلالات روانی شدید و یا سابقه‌ای از این اختلالات (نیاز به مداخلات طبی و دارویی ویژه مثلا بستری شدن، مشاوره‌های متعدد، شوک درمانی) بود.

پرسشنامه ها

در این مطالعه علاوه بر متغیرهای جمعیتی- اجتماعی- طبی مرتبط با خودکارآمدی جنسی که در قالب فرم اطلاعاتی بررسی گردید، برای سنجش متغیرهای عملکرد جنسی، رضایت زناشویی و تیپ شخصیتی به عنوان سایر متغیرهای مرتبط با خودکارآمدی جنسی (مطابق با متون موجود) از پرسشنامه‌های اختصاصی مرتبط استفاده شد.

- فرم اطلاعات جمعیتی- اجتماعی- طبی شامل سوالاتی مانند سن، تحصیلات، شغل، سن ازدواج، تعداد فرزندان، روش پیشگیری از بارداری، تعداد ازدواج، طول مدت ازدواج، نمایه توده بدنی، رضایت از طبقه اقتصادی اجتماعی، طول مدت دیابت، بیماری‌های جسمی همراه در زن و همسرو داروهای مصرفی بود.

- پرسشنامه خودکارآمدی جنسی وزیری حاوی ۱۰ سوال در یک طیف ۴ گزینه‌ای از صفر (اصلا صحیح نیست) تا ۳ (کاملا صحیح است) بود. دامنه نمرات بین صفر تا ۳۰ است که نمره بیش‌تر نشان‌دهنده خودکارآمدی جنسی بالاتر است. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و نیمه کردن اسپیرمن- براون و روش گاتمن ۰/۸۱ مورد تایید می‌باشد(۳۲). این پرسشنامه در تعدادی از تحقیقات ایرانی استفاده شده است(۳۳،۱۶).

در مطالعه حاضر، روایی محتوای کیفی پرسشنامه توسط گروه متخصصان مورد بررسی قرار گرفت و تغییرات جزئی مطابق با فرهنگ ایرانی اعمال شد. در این راستا به ابتدای تمام سوالات پرسشنامه وزیری عبارت "در روابط جنسی با همسرم" اضافه گردید. پایایی در جمعیتی ۲۰ نفره از گروه هدف در فاصله زمانی ۲ هفته مورد سنجش قرار گرفت،که آلفای کرونباخ ۰/۷۷۲ و ضریب اسپیرمن ۰/۹۶۶ به‌دست آمد. در این مطالعه از

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

میانگین نمرات برای تفسیر نتایج استفاده شد که نمره بالا بیانگر خودکارآمدی جنسی بالاتر است(۳۴).

- پرسشنامه عملکرد جنسی روزن که عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی می‌سنجد(۳۵). نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت می‌باشد. بدین صورت که برای سوال‌های ۶ حوزه، نمرات ۵-۱ یا ۵-۰ در نظر گرفته شده است. با جمع کردن نمرات ۶ حوزه با هم، نمره کل مقیاس به‌دست خواهد آمد. بر اساس هم وزن نمودن حوزه‌ها، حداکثر نمره برای هر حوزه برابر ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ می‌باشد که نمره بیش‌تر نشان‌دهنده عملکرد جنسی بهتر است. جهت تعیین روایی محتوای کیفی، پرسشنامه ترجمه شده توسط گروه متخصصان مورد بررسی قرارگرفت وتغییرات اعمال شد. در مرحله بعد پرسشنامه جهت بررسی قابلیت خواندن و فهم بین ۲۰ نفر از مراجعین به کلنیک جنسی تکمیل شد و تغییرات جزئی اعمال شد. پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و شاخص تکراری پذیری ۰/۸۵ تایید شد(۳۶).

- پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ ۳۵ سوالی که نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت پنج درجه ای از کاملا موافقم (نمره ۱) تا کاملا مخالفم (نمره ۵) در تغییر می‌باشد. دامنه نمرات بین ۳۵ تا ۱۷۵ در تغییر می‌باشد که نمرات بالاتر نشاندهنده رضایت زناشویی بیش‌تر می‌باشد(۳۸،۳۷). پس از ترجمه این ابزار در فرهنگ ایرانی، روایی محتوای کیفی آن توسط چهار متخصص خانواده تصحیح و تایید شد. هم‌چنین پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۸و شاخص تکرارپذیری ۰/۹۰ مورد تایید می‌باشد(۳۹).

- پرسشنامه پنج عاملی شخصیت گلدبرگ شامل ۵۰ گویه برای بررسی و ارزیابی کردن ۵ تیپ شخصیتی در افراد به کار می‌رود. این پنج تیپ با عناوین ثبات هیجانی، برون گرایی، گشودگی به تجربه، توافق‌پذیری و وظیفه مداری معرفی می‌شود. گویه‌ها براساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از عمدتا نادرست (نمره ۱) تا عمدتا درست (نمره ۵) درجه‌بندی می‌شود و نمره بالاتر در بین ۵ مولفه، نشانگر غالب بودن آن شخصیت در فرد است(۴۰). این پرسشنامه توسط خرمایی در سال ۱۳۸۵ اعتباریابی شده است روایی این ابزار با استفاده از تحلیل عاملی به روش مولفه‌های اصلی همراه با چرخش واریماکس و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ (۰/۸۲ تا۰/۶۴)تایید شد(۴۱).

ملاحظات اخلاقی

اخذ رضایت کتبی آگاهانه، توضیح در مورد طرح و اهداف آن، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات جمع‌آوری شده، کسب کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی مازندران (IR.MAZUMS.REC.1398.6026) از جمله ملاحظات اخلاقی بود که در این مطالعه به آن‌ها توجه شد.

تجزیه و تحلیل

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SSSP نسخه ۲۰ مورد تجزیه تحلیل آماری قرار گرفت. در توصیف متغیرهای کمی از شاخص آماری میانگین و انحراف معیار و برای توصیف متغیرهای کیفی از شاخص‌های آماری تعداد و درصد استفاده شد. برای گزارش میانگین نمره خودکارآمدی جنسی بر حسب عوامل مرتبط دو حالتی از تی مستقل و برای عوامل مرتبط سه حالتی از آنالیز واریانس یکراهه استفاده شد. برای سنجش ارتباط بین دو متغیر کمی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همچنین برای بررسی ارتباط متغیرهای مستقل با متغیر اصلی (خود کارآمدی جنسی) در مرحله اول از رگرسیون خطی ساده و سپس از رگرسیون چندگانه multiple linear regression استفاده شد که با توجه به زیاد بودن تعداد متغیرهای مستقل، روش پس رونده (Backward) مورد استفاده قرار گرفت. سطح معنی‌داری در کلیه آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن زنان و همسرانشان به ترتیب ۶/۸۸±۴۱/۸۱ و ۹/۳۱± ۴۷/۱۴ سال بود. به علاوه این که میانگین و انحراف معیار طول مدت ابتلا به دیابت ۶/۴±۷/۹۲ سال گزارش شد که در دامنه ۲۷-۱ سال در تغییر بود. سایر ویژگی‌های جمعیتی، اجتماعی و طبی مشارکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ نشان داده شد. میانگین کلی نمره خودکارآمدی جنسی، رضایت زناشویی و عملکرد جنسی به‌ترتیب ۵/۷۰± ۱۵/۹۳، ۲۳/۱۶± ۱۱۸/۷۱ و ۹/۰۶±۲۲/۸۱ گزارش شد.

جدول شماره ۱: ویژگی های جمعیتی، اجتماعی و طبی در زنان دیابتی سنین باروری مراجعه کننده به مراکز غدد شهر ساری سال ۱۳۹۹- ۱۳۹۸ (۴۱۰= تعداد)

عوامل	متغیر	سطوح	تعداد(درصد)
جمعیتی	تحصیلات خانم	پایین تر از دیپلم	۱۹۱(۴۶/۶)
		دیپلم و فوق دیپلم	۱۲۸(۳۱/۲)
		لیسانس و بالاتر	۹۱(۲۲/۲)
	تحصیلات همسر	پایین تر از دیپلم	۱۵۹(۳۸/۸)
		دیپلم و فوق دیپلم	۱۴۴(۳۵/۱)
		لیسانس و بالاتر	۱۰۷(۲۶/۱)
	شاخص توده بدنی	بیشتر از ۳۰	۱۹۷(۴۸/۱)
		بین ۲۵ و ۳۰	۱۴۴(۳۵/۱)
		کمتر از ۲۵	۶۹(۱۶/۸)
اجتماعی	شغل خانم	کارمند	۶۳(۱۵/۴)
		خانه دار	۳۲۷(۷۹/۸)
		سایر	۲۰(۴/۸)
	رضایت از طبقه اجتماعی- اقتصادی	اصلا	۱۸۲(۴۴/۴)
		تا حدودی	۲۱۰(۵۱/۲)
		کاملا	۱۸(۴/۴)
طبی	بیماری شناخته شده همسر*	ندارد	۲۹۱(۷۱)
		دارد	۱۱۹(۲۹)
	مصرف داروهای ضد فشارخون	خیر	۳۰۲(۷۳/۷)
		بلی	۱۰۸(۲۶/۳)
	مصرف داروی ضد افسردگی	خیر	۳۶۰(۸۷/۸)
		بلی	۵۰(۱۲/۲)
	مصرف سایر داروها	خیر	۱۸۵(۴۵/۱)
		بلی	۲۲۵(۵۴/۹)

* دیابت، قلبی، تیروئید، فشارخون ، بدخیمی و ترکیبی از بیماری های ذکر شده

در این مطالعه به منظور تفسیر مناسب تر یافته‌های پژوهش و به منظور کنترل اثرات همپوشانی متغیرهای مورد بررسی ابتدا رگرسیون خطی ساده بر اساس عوامل جمعیتی، اجتماعی و طبی به صورت جداگانه انجام شد. نتایج نشان داد از عوامل جمعیتی: متغیرهای سن خانم، سن همسر، تحصیلات همسر، شاخص توده بدنی و تیپ‌های شخصیتی وظیفه مداری و ثبات هیجانی، از عوامل اجتماعی: متغیرهای شغل خانم، رضایت زناشویی و عملکرد جنسی و از عوامل طبی: متغیرهای بیماری شناخته شده همسر، مصرف داروی ضدافسردگی (فلوکسیتین)، مصرف داروهای ضد فشارخون و مصرف سایر داروها (مانند داروی پایین آورنده چربی خون و داروی قلبی پروپانولول) دارای ارتباط معنی داری با خودکارآمدی جنسی بودند (جدول شماره ۲).

سایر متغیرها مانند تعداد فرزندان، تعداد دفعات ازدواج زن و همسر، سابقه ناباروری، روش پیشگیری از بارداری، مصرف الکل و مواد مخدر توسط زن و همسر، تعدد زوجات همسر در زمان مطالعه، تحصیلات زن، شاخص توده بدنی، طول مدت بیماری دیابت، نوع درمان دیابت و سن ازدواج در این مرحله ارتباط معنی‌دار آماری با نمره خودکارآمدی جنسی نداشتند (P> ۰/۰۵).

در نهایت در این مطالعه با ورود تمامی متغیرها به مدل رگرسیون خطی چندگانه پس رونده متغیرهای باقی مانده در مدل شامل: تحصیلات همسر، سن همسر، شخصیت- وظیفه مداری، شغل خانم ، رضایت از طبقه اجتماعی- اقتصادی، عملکرد جنسی، رضایت زناشویی و مصرف داروی ضد افسردگی (فلوکسیتین) بودند که ۵۹ درصد از واریانس نمره خودکارآمدی جنسی را تبیین کرد (جدول شماره ۳).

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین خودکارآمدی جنسی زنان دیابتی سنین باروری و عوامل مرتبط با آن بر روی ۴۱۰ زن دیابتی سنین باروری مراجعه کننده به دو مرکز غدد شهرستان ساری انجام شد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

جدول شماره ۲: ارتباط عوامل جمعیتی، اجتماعی و طبی با خودکارآمدی جنسی زنان دیابتی مراجعه کننده به مراکز غدد شهر ساری، ۱۳۹۹- ۱۳۹۸ (۴۱۰= تعداد)

عوامل	متغیر		ضریب رگرسیونی	SE	سطح معنی داری	R^2
جمعیتی	سن خانم	-	-۰/۱۶	۰/۰۶	۰/۰۱۲	
	سن همسر	-لیو	-۰/۱۵	۰/۰۴	۰/۰۰۲	
	تحصیلات همسر	کمتر از دیپلم	رفرنس			
		دیپلم و فوق دیپلم	۰/۵۵	۰/۵۴	۰/۳۱۲	R^2= ۰/۳۹, adjusted R^2=۰/۳۸, R=۰/۶۲
		لیسانس و بالاتر	۱/۹۰	۰/۶۴	۰/۰۰۳	
	شاخص توده بدنی	بیشتر از ۳۰	رفرنس			
		بین ۲۵ تا ۳۰	۰/۹۳	۰/۵۰	۰/۰۶۵	
		کمتر از ۲۵	۱/۰۶	۰/۶۵	۰/۱۰۳	
	شخصیت- وظیفه مداری	-	۰/۱۵	۰/۰۵	۰/۰۰۲	
	شخصیت- ثبات هیجانی	-	۰/۱۱	۰/۰۳	<۰/۰۰۱	
اجتماعی	شغل خانم	کارمند	رفرنس			
		خانه دار	-۱/۶۵	۰/۶۵	۰/۰۰۳	R^2= ۰/۵۱, adjusted R^2=۰/۵۰, R=۰/۷۱
		سایر	-۳/۸۲	۱/۰۵	<۰/۰۰۱	
	رضایت زناشویی	-	۰/۰۷	۰/۰۱	<۰/۰۰۱	
	عملکرد جنسی	-	۰/۳۱	۰/۰۲	<۰/۰۰۱	
طبی	بیماری شناخته شده همسر*	ندارد	رفرنس		<۰/۰۰۱	
		دارد	-۲/۴۳	۰/۶۰		
	مصرف داروی ضد افسردگی	خیر	رفرنس		۰/۰۰۱	R^2= ۰/۱۹, adjusted R^2=۰/۱۸, R=۰/۴۴
		بلی	-۲/۸۵	۰/۸۲		
	مصرف داروی ضد فشارخون	خیر	رفرنس		۰/۰۱۰	
		بلی	-۱/۶۱	۰/۶۲		
	مصرف سایر داروها**	خیر	رفرنس		۰/۰۰۲	
		بلی	-۱/۷۱	۰/۵۵		

* : دیابت، قلبی، تیروئید، فشارخون، بدخیمی و ترکیبی از بیماری های ذکر شده

** : به غیر از داروهای ضد افسردگی وضد فشارخون(مانند داروی پایین آورنده چربی خون و داروی قلبی پروپانولول)

جدول شماره ۳: بررسی اثر همزمان ارتباط عوامل جمعیتی، اجتماعی و طبی با خودکارآمدی جنسی زنان دیابتی مراجعه کننده به مراکز غدد شهر ساری، ۱۳۹۹- ۱۳۹۸ (۴۱۰= تعداد)

عوامل	متغیر		ضریب رگرسیونی	SE	سطح معنی داری
جمعیتی	تحصیلات همسر	کمتر از دیپلم	رفرنس		
		دیپلم و فوق دیپلم	۰/۷۱	۰/۴۵	۰/۱۱۲
		لیسانس و بالاتر	۱/۲۷	۰/۵۷	۰/۰۲۶
	شاخص توده بدنی	بیشتر از ۳۰	رفرنس		
		بین ۲۵ تا ۳۰	۰/۷۸	۰/۴۱	۰/۰۶۱
		کمتر از ۲۵	۰/۸۰	۰/۵۳	۰/۱۳۰
	سن همسر	-	-۰/۰۹	۰/۰۳	۰/۰۱۳
	شخصیت-وظیفه مداری	-	۰/۰۹	۰/۰۴	۰/۰۱٤
	سن خانم	-	-۰/۰۸	۰/۰۵	۰/۱۲۱
اجتماعی	شغل	کارمند	رفرنس		
		خانه دار	-۰/۵۳	۰/۵۸	۰/۳۶۵
		سایر	-۲/۲۶	۰/۹۸	۰/۰۲۲
	رضایت از طبقه اجتماعی- اقتصادی	اصلا	رفرنس		
		تا حدودی	۰/۹۳	۰/۴۱	۰/۰۲٤
		کاملا	۱/۲۸	۰/۹۵	۰/۱۸۰
	عملکرد جنسی	-	۰/۲۳	۰/۰۲	<۰/۰۰۱
	رضایت زناشویی	-	۰/۰۶	۰/۰۱	<۰/۰۰۱
طبی	داروی ضد افسردگی	خیر	رفرنس		
		بله	-۱/۱۳	۰/۵۸	۰/۰۵۱

R^2= ۰/۵۹, adjusted R^2=۰/۵۸, R=۰/۷۷

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

با توجه به جستجو در منابع در دسترس و به سبب نبود مطالعه مشابهی در زمینه خودکارآمدی جنسی زنان دیابتی، مقایسه یافته‌های مطالعه حاضر با سایر مطالعات که موضوع خودکارآمدی جنسی زنان غیر دیابتی و سایر جنبه‌های سلامت جنسی زنان دیابتی را بررسی نموده‌اند، انجام پذیرفت. امید است نتایج مطالعه فعلی بستری را برای مقایسه مطالعات مختلف در آینده فراهم سازد. میانگین نمره خودکارآمدی جنسی زنان دیابتی، نشان‌دهنده کسب در حدود ۵۰ درصد از نمره کل پرسشنامه خودکارآمدی جنسی وزیری می‌باشد که در راستای مطالعاتی می‌باشد که نمره پایین‌تر شاخص‌های سلامت جنسی را در زنان دیابتی نسبت به سایر زنان نشان می‌دهد(۴-۴۸،۶). بر اساس آزمون رگرسیون خطی چندگانه پس رونده از عوامل مرتبط با نمره خودکارآمدی جنسی زنان دیابتی می‌توان به عوامل جمعیتی از جمله: سن و تحصیلات همسر و تیپ شخصیتی وظیفه‌مداری، عوامل اجتماعی مانند: شغل خانم، رضایت از طبقه اجتماعی- اقتصادی، عملکرد جنسی و رضایت زناشویی و عوامل طبی مانند مصرف داروی ضد افسردگی اشاره کرد.

در این مطالعه بین سن همسر با خودکارآمدی جنسی زنان دیابتی ارتباط معنی‌داری وجود داشت. به‌طوری که با افزایش سن همسران خودکارآمدی جنسی زنان کاهش یافته است. متفاوت با نتایج مطالعه اثرزاده و همکاران(۴۲) که حاکی از افزایش خودکارآمدی جنسی زنان همزمان با افزایش سن آنان می‌باشد، در این مطالعه، ارتباطی بین خودکارآمدی جنسی با سن بیماران یافت نشد. گرچه در مطالعه‌ای دیگر نشان داده شده است که خودکارآمدی جنسی زنان با افزایش سن ممکن است کاهش یابد، زیرا زنان پس از مواجهه با بسیاری از موقعیت‌ها، دچار کاهش اعتماد به نفس شده و به مرور زمان خودکارآمدی آن‌ها تحت تاثیر قرار خواهد گرفت(۵۰). عدم همخوانی نتایج می‌تواند به‌دلیل تفاوت‌های فرهنگی اجتماعی و گروه‌های سنی متفاوت مورد مطالعه باشد. چنان‌چه بنظر می‌رسد زنان در جوامع محافظه کار شرقی از بیان احساسات و تمایلات جنسی خود و ذکر خودکارآمدی در موضوعات جنسی امتناع می‌ورزند که این امتناع به‌دلیل قبح اجتماعی بیان این احساسات در افراد مسن‌تر، تشدید می‌گردد.

در مطاله حاضر نمره خودکارآمدی جنسی زنانی که همسران آن‌ها دارای مدرک لیسانس و یا بالاتر بودند بیش‌تر بوده است. به نظر می‌رسد افراد دارای تحصیلات بالاتر، درک بهتری نسبت به خودکارآمدی جنسی همسرانشان داشته و باعث ارتقای حمایت‌های اجتماعی، خانوادگی و عاطفی در دستیابی به سطح مطلوب خودکارآمدی همسرانشان می‌شود. برخی مطالعات همچنین نشان دادند که تحصیلات همسر باعث دخالت بیش‌تر آنان در تصمیم‌گیری موضوعات مرتبط با سلامت زنان و توانمندی آنان می‌شود. چرا که همسران تحصیل کرده دارای آگاهی، اعتماد به نفس و مشارکت بیش‌تری نسبت به سایرین در موضوعات مرتبط هستند و در نتیجه تلاش بیش‌تری جهت رفع نیازهای همسرانشان و توانمندی آن‌ها انجام می‌دهند(۴۴-۴۲).

در این مطالعه مشخص شد که تیپ شخصیتی وظیفه‌مداری نیز با خودکارآمدی ارتباط معنی‌دار مستقیم داشت. به‌دلیل فقدان مطالعه مشابه امکان مقایسه این نتیجه با سایر مطالعات وجود ندارد و نتایج مطالعات موجود در خصوص تیپ‌های شخصیتی و سلامت جنسی زنان با نتایج متفاوتی همراه می‌باشد که نیاز به تکرار مطالعات بیش‌تر را در آینده می‌رساند. اما در مجموع به نظر می‌رسد با توجه به این‌که افراد با خصوصیات شخصیتی مختلفی ازدواج می‌کنند، می‌توان گفت که رابطه زناشویی پیوندی بین دو شخصیت متفاوت است. از طرف دیگر، افراد تمایل دارند خصوصیات رفتاری و عملکردی خود را به شریک زندگی خود تحمیل کنند. بنابراین ، شخصیت آن‌ها می‌تواند یک فشار روانی در روابط زناشویی آن‌ها باشد(۴۵).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

در مطالعه‌ای که در زرند کرمان در رابطه با تاثیر ویژگی‌های شخصیتی بر عملکرد جنسی انجام شد رابطه‌ای بین عملکرد جنسی و تیپ‌های شخصیتی دیده نشده است(۴۶). نتایج یک مطالعه مروری در مورد رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و زندگی زناشویی نشان داد که زوجین دارای تیپ شخصیتی روان رنجوری از رضایت زناشویی پایینی برخوردارند، در حالی‌که زوجین با تیپ شخصیتی وظیفه مداری از رابطه زناشویی خود رضایت بیشتری دارند. از آن‌جاکه ویژگی‌های شخصیتی در طول زمان به نسبت پایدار هستند، می‌توان از آن‌ها برای پیش‌بینی رفتارهای فرد در موقعیت‌های مختلف زندگی، ازجمله روابط زناشویی استفاده کرد. بررسی ویژگی‌های شخصیتی زوجین می‌تواند باعث شناخت بیش‌تر در مورد ویژگی‌های شخصیتی مربوط به رضایت زناشویی ضعیف که خطر جدایی و طلاق را افزایش می‌دهد، شود و همچنین می‌توان ویژگی‌های شخصیتی که با یک رابطه زناشویی بهتر، سالم‌تر و با ثبات‌تر مرتبط هستند را ارتقاء داد(۴۷).

یافته‌های این مطالعه مبنی بر کم‌تر بودن خودکارآمدی جنسی در زنان تحت درمان با داروهای ضدافسردگی تاییدکننده مطالعه مروری در زمینه خودکارآمدی جنسی زنان می‌باشد(۴۸). این نتایج در کنار مطالعاتی که نشان می‌دهد افسردگی و اضطراب باعث خودپنداری جنسی پایین و اختلالات عملکرد جنسی می‌شود(۵۱)، می‌تواند تاییدی بر این موضوع باشد که در ارزیابی زنان دیابتی با خودکارآمدی جنسی نامطلوب بهتر است به سلامت روان و از جمله افسردگی در آنان توجه شود و از سوی دیگر در زنان با سطح سلامت روان نامناسب به اختلالات سلامت جنسی و از جمله خودکارآمدی جنسی آنان توجه نمود. در مطالعه حاضر زنان با عملکرد جنسی مطلوب دارای نمره خودکارآمدی جنسی بالاتری بودند. که در این راستا با مطالعه عطریان و همکاران همسو می‌باشد که خودکارآمدی جنسی زنان متاهل سنین باروری با عملکرد جنسی و برخی از خرده مقیاس‌های آن رابطه مثبت و معنی‌داری دارد(۵۲). هر چند در مطالعه‌ای توسط ضیایی و همکاران ارتباط معنی داری بین خودکارآمدی جنسی و عملکرد جنسی وجود نداشت(۵۳). ممکن است تفاوت یافته‌های بین این دو مطالعه به این علت باشد که در مطالعه فوق خودکارآمدی جنسی ۷۹ زن متاهل با چهار سوال ارزیابی شده است در حالی که در مطالعه کنونی از پرسشنامه ۱۰ سوالی وزیری و همکاران بر روی ۴۱۰ زن انجام شد(۵۳). بنابراین به‌نظر می‌رسد برای ارتقائ خودکارآمدی جنسی زنان، ارتقا، تقویت و حفظ عملکرد جنسی از جمله مواردی است که باید در مراکز بهداشتی از سوی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت جنسی مورد توجه قرار گیرد. گرچه به‌دلیل ماهیت توصیفی مطالعه حاضر، نباید از ارتباط دوسویه خودکارآمدی جنسی و عملکرد جنسی زنان غافل شد که به نوبه خود می‌تواند پیام‌آور این نکته باشد که اجزاء مختلف زندگی جنسی زنان باید در یک نگاه کل نگر و به‌صورت جامع مورد ارزیابی قرار گیرند و انجام هر گونه برنامه مداخله‌ای با هدف ارتقاء یک جزء از زندگی جنسی زنان بدون لحاظ نمودن اجزاء بهم پیوسته دیگر با موفقیت چندانی همراه نخواهد بود(۵۴).

یافته‌های این مطالعه نشان دهنده این است که خودکارآمدی جنسی در زنان دیابتی از تغییرات در رضایت زناشویی تاثیر می‌پذیرد. به نظر می‌رسد که رضایت زناشویی چه به صورت رضایت‌جنسی و چه به صورت رضایت عاطفی و هیجانی نشان دهنده درک خودکارآمدی جنسی افراد هست گرچه خودکارآمدی جنسی هم سهم قابل توجهی در رضایت زناشویی دارد(۵۶،۵۵،۴۸) با توجه به نتایج فوق رابطه بین خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی دو طرفه می‌باشد. لذا، استفاده از برخی روش‌ها برای افزایش خودکارآمدی جنسی زنان برای زندگی زناشویی بهتر و در نتیجه دوام زندگی خانوادگی در جامعه ضروری به نظر می‌رسد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

از سایر یافته‌های این مطالعه، ارتباط بین خودکارآمدی جنسی با متغیرهای شغل خانم و رضایت از طبقه اجتماعی-اقتصادی می‌باشد. زنان با شغل‌های کارگری و شغل‌های دیگر نسبت به شغل کارمندی نمره خودکارآمدی جنسی پایین‌تری داشتند. مطالعات موجود در زمینه خودکارآمدی جنسی زنان تاکنون گزارشی از ارتباط بین خودکارآمدی جنسی و متغیرهای شغل و وضعیت اقتصادی اجتماعی را منتشر ننموده‌اند اما به نظر می‌رسد که زنان کارگر دارای توان مالی کم‌تر و طبقه اجتماعی و اقتصادی پایین بوده و ممکن است این زنان دارای اطمینان و باور کم‌تر نسبت به مشکلات جنسی و توانمندی‌های جنسی خود باشند. گرچه باید یادآور شد که تنها شاغل بودن زنان در سلامت اجتماعی و سلامت عمومی موثر نمی‌باشد بلکه نوع شغل، شرایط شغلی و پیامدهای شغلی بر سلامت اجتماعی تاثیر به‌سزایی دارد. شغل هایی با رده و منزلت اجتماعی پایین و دارای دستمزد نامناسب انتظارات زنان را برآورده نکرده و دارای امنیت شغلی پایینی نسبت به شغل‌های کارمندی می‌باشد(۵۷). لذا از هر گونه اقدامی باید برای بهبود شرایط شغلی زنان و به تبع آنان ارتقاء خودکارآمدی جنسی زنان بهره جست.

از نقاط قوت این مطالعه این است که مطالعه حاضر بر اساس جستجو در منابع در دسترس، تنها مطالعه در خصوص خودکارآمدی جنسی زنان دیابتی سنین باروری بود که می‌تواند بر دانسته‌های ما در موضوع سلامت جنسی این زنان بیفزاید. هم چنین از رگرسیون لجستیک و چند متغیره در تحلیل آماری استفاده شد و با توجه به ارتباط اختلال عملکرد جنسی با خودکارآمدی جنسی اطلاع از خودکارآمدی جنسی زنان دیابتی این امکان را فراهم می‌نماید تا با رفع عوامل مرتبط بتوان موجب ارتقای خودکارآمدی جنسی و بهبود عملکرد جنسی زنان دیابتی سنین باروری شد.

از محدودیت‌های این مطالعه این که اولا به دلیل مقطعی بودن این مطالعه، تعیین روابط علت و معلولی بین خودکارآمدی جنسی با عوامل جمعیتی،اجتماعی و طبی به‌دلیل تورش علیتی (Temporality Bias) غیرممکن است. دوم این که تورش اطلاعات (Information Bias) به دلیل حساس بودن ماهیت سوالات در حوزه سلامت جنسی به ویژه در متن جوامع محافظه کار کشورهای در حال توسعه که در آن محدودیت فرهنگی ممکن است مانع از افشای واقعیت روابط بین زوجین شود، امکان‌پذیر است. برای کاهش این تورش، اگرچه به مشارکت‌کنندگان در خصوص محرمانه بودن داده‌ها اطمینان داده شد، با این وجود، نتایج ممکن است مستعد تورش مطلوبیت اجتماعی (Social desirability Bias) باشند. سوم این که نتایج این مطالعه قابل تعمیم به زنانی که تحت پوشش مراکز غدد دانشگاه علوم پزشکی مازندران نبوده‌اند و نیز زنان با عوارض پیشرفته دیابت، نمی‌باشد.

نتایج این بررسی نشان می‌دهد که عوامل مرتبط با خودکارآمدی جنسی در زنان دیابتی سنین باروری شامل: عوامل جمعیتی، اجتماعی و طبی است که نقش برخی از آنان مانند رضایت زناشویی و عملکرد جنسی در سایر زنان نیز نشان داده شده است و برخی از عوامل مانند تیپ‌های شخصیتی در مطالعه حاضر بررسی شده است که نیاز به مطالعات بیش‌تر درآینده را نشان می‌دهد. گرچه دانسته‌های ما از موضوع خودکارآمدی جنسی زنان دیابتی به سبب تعداد محدود مطالعات بسیار اندک می‌باشد ولیکن با توجه به نقش مهم خودکارآمدی جنسی درسلامت جنسی، افزایش خودکارآمدی جنسی می‌تواند یک استراتژی برای جلوگیری از اختلال در زندگی جنسی زنان دیابتی سنین باروری باشد و این افزایش خودکارآمدی ممکن است مهارت‌های مقابله با مشکلات و حتی رفتارهای خودمراقبتی زنان دیابتی را افزایش دهد. لذا ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌توانند با کمک استراتژی‌های مبتنی برروی‌کرد چندگانه و با مشارکت بین بخشی جهت ارتقاء سطح خودکارآمدی جنسی زنان دیابتی گامی موثر بردارند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

سپاسگزاری

ایـن مقالـه بـر گرفتـه از پایـان‌نامـه کارشناسـی ارشـد مشـاوره در مامـایی بـا کـد اخـلاق IR.MAZUMS.REC.1398.6026 می‌باشد. بدین‌وسیله مراتـب قـدردانی خـود را از دانشـگاه علـوم پزشـکی مازندران به واسطه حمایت مالی از این طرح (بـه شـماره طـرح ۶۰۲۶) و کلیـه شـرکت‌کننـدگانی کـه در انجـام مطالعه ما را یاری نمودند ابراز می داریم.

References

1. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, Et Al. Global And Regional Diabetes Prevalence Estimates For 2019 And Projections For 2030 And 2045: Results From The International Diabetes Federation Diabetes Atlas. Diabetes Res Clin Pract 2019; 157: 107843.
2. Javanbakht M, Mashayekhi A, Baradaran HR, Haghdoost A, Afshin A. Projection Of Diabetes Population Size And Associated Economic Burden Through 2030 In Iran: Evidence From Micro-Simulation Markov Model And Bayesian Meta-Analysis. Plos One 2015; 10(7): E0132505.
3. Shirinzadeh M, Shakerhosseini R. Nutritional Value Assessment And Adequacy Of Dietary Intake In Type 2 Diabetic Patients. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2009; 11(1): 25-32 (Persian).
4. Bargiota A, Dimitropoulos K, Tzortzis V, Koukoulis GN. Sexual Dysfunction In Diabetic Women. Hormones 2011; 10(3): 196-206.
5. Ziaei-Rad M, Vahdaninia M, Montazeri A. Sexual Dysfunctions In Patients With Diabetes: A Study From Iran. Reprod Biol Endocrinol 2010;8: 50.
6. Tehrani FR, Farahmand M, Simbar M, Afzali HM. Factors Associated With Sexual Dysfunction; A Population Based Study In Iranian Reproductive Age Women. Arch Iran Med 2014; 17(10): 679-684.
7. Bitzer J, Alder J. Diabetes And Female Sexual Health. Women's Health 2009; 5(6): 629-636.
8. Geary N, Moran T, Sadock B, Sadock V, Ruiz P Kaplan and Sadock'. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: LWW; 2009.
9. 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): 323-333.
10. Amsel R, Creti L, Fichten CS, Libman E, Brender W, Amsel R .Sexual Self-Efficacy Scale For Female Functioning. In: Fisher TD, Davis CM, Yarber WL, Davis SL, (eds). Handbook of sexuality-related measures. New York: Routledge; 2010. p. 551-554.
11. Viseskul N, Fongkaew W, Settheekul S, Grimes RM. Factors Related To Sexual Self-Efficacy Among Thai Youth Living With HIV/AIDS. J Int Assoc Provid AIDS Care 2015; 14(5): 423-427.
12. Redmond ML, Lewis RK. Are There Gender Differences In Perceived Sexual Self-Efficacy Among African-American Adolescents? J Health Dispar Res Pract P 2014; 7(5): 1-12.
13. Closson K, Dietrich J, Lachowsky NJ, Nkala B, Cui Z, Chia J, Et Al. Gender Differences In Prevalence And Correlates Of High Sexual Self-Efficacy Among Adolescents In Soweto, South Africa: Implications For Gender-

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

Sensitive Research And Programming. AIDS Care 2018; 30(4): 435-443.

14. Holden RR. The Holden Psychological Screening Inventory And Sexual Efficacy In Urological Patients With Erectile Dysfunction. Psychol Rep 1999; 84(1): 255-258.
15. Hajinia A, Khalatbari J. The Effectiveness Of Sex Therapy On Sexual Self-Efficacy And Marital Satisfaction Of Diabetic Women. Educ Stud 2017; 2(1): 33-42.
16. 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. Pajoohande 2014; 19(3): 131-136 (Persian).
17. Hsu H, Yu H, Lou J, Eng C. Relationships Among Sexual Self Concept And Sexual Risk Cognition Toward Sexual Self Efficacy In Adolescents: CauseAnd Effect Model Testing. Jpn J Nurs Sci 2015; 12(2): 124-134.
18. osson 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): 522-539.
19. Rowland DL, Adamski BA, Neal CJ, Myers AL, Burnett AL. Self-Efficacy As A Relevant Construct In Understanding Sexual Response And Dysfunction. J Sex Marital Ther 2015; 41(1): 60-71.
20. Slonim-Nevo V, Mukuka L. Child Abuse And AIDS-Related Knowledge, Attitudes And Behavior Among Adolescents In Zambia. Child Abuse Negl 2007; 31(2): 143-159.
21. Rosenthal D, Moore S, Flynn I. Adolescent Self Efficacy, Self Esteem And Sexual Risk Taking. J Community Appl Soc Psychol 1991; 1(2): 77-88.
22. Khalesi ZB, Bokaie M. The Association Between Pregnancy-Specific Anxiety And Preterm Birth: A Cohort Study. Afr Health Sci 2018; 18(3): 569-575.
23. Lou JH, Chen SH, Li RH, Yu HY. Relationships Among Sexual Self Concept, Sexual Risk Cognition And Sexual Communication In Adolescents: A Structural Equation Model. J Clin Nurs 2011; 20(11-12): 1696-1704.
24. Reissing ED, Laliberté GM, Davis HJ. Young Women's Sexual Adjustment: The Role Of Sexual Self-Schema, Sexual Self-Efficacy, Sexual Aversion And Body Attitudes. Can J Hum Sex 2005; 14(3/4): 77.
25. 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): 542-550.
26. Dehghan-Nayeri N, Khakbazan Z, Ghafoori F, Nabavi SM. Sexual Dysfunction Levels In Iranian Women Suffering From Multiple Sclerosis. Mult Scler Relat Disord 2017; 12: 49-53.
27. Mikula P, Nagyova I, Vitkova M, Szilasiova J. Management Of Multiple Sclerosis: The Role Of Coping Self-Efficacy And Self-Esteem. Psychol Health Med 2018; 23(8): 964-969.
28. Kreuter M, Taft C, Siösteen A, Biering-Sørensen F. Women's Sexual Functioning And Sex Life After Spinal Cord Injury. Spinal Cord 2011; 49(1): 154-160.
29. Garg A, Vanderpump M. Subclinical Thyroid Disease. Br Med Bull 2013;107(1):101-116.
30. Vanvoorhis CW, Morgan BL. Understanding Power And Rules Of Thumb For Determining Sample Sizes. Tutorials Quantitative Methods for in Psychology 2007; 3(2): 43-50.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

31. Vaziri S, Lotfi Kashani F. Study Of Factor Structure, Reliability And Validity Of The Sexual Self Efficacy Questionnaire. Thought & Behavior in Clinical Psychology 2013; 8(29): 47-56 (Persian).
32. Jamali M, Feiz Abadi S, Jamali M. The Effect Of Cognitive Behavioral Intervention On Women's Sexual Self-Efficacy And Marital Satisfaction. Journal of Fundamentals of Mental Health 2017; 19(Special Issue): 29-38 (Persian).
33. Maasoumi R, Dastaran F. Development And Psychometric Properties Of A Questionnaire To Assess The Iranian Women's Sexual Self-Efficacy. Nursing Practice Today 2019; 6(4): 176-189.
34. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument For The Assessment Of Female Sexual Function. J Sex Marital Ther 2000; 26(2): 191-208.
35. Heidari M, Mohammadi-Mighanaki K, Faghihzadeh S. The Female Function Index (FSFI) Validation Of The Iranian Version. Payesh 2008;7(3): 269-278 (Persian).
36. Asoodeh MH, Khalili S, Daneshpour M, Lavasani MG. Factors Of Successful Marriage: Accounts From Self Described Happy Couples. Procedia Soc Behave Sci 2010; 5: 2042-2046.
37. Rostami AM, Gol HC. Prediction Of Marital Satisfaction Based On Spiritual Intelligence. Procedia Soc Behave Sci 2014; 116: 2573-2577.
38. Daneshpour M, Asoodeh MH, Khalili S, Lavasani MG, Dadras I. Self Described Happy Couples And Factors Of Successful Marriage In Iran. Journal of Systemic Therapies 2011; 30(2): 43-64.
39. Goldberg LR. A Broad-Bandwidth, Public Domain, Personality Inventory Measuring The Lower-Level Facets Of Several Five-Factor Models.In: Mervielde I, Deary I, De Fruyt F, Ostendorf F, (Eds). Personality Psychology In Europe. The Netherlands: Tilburg University Press; 1999. p. 7-28.
40. Khormaie F. The Casual Model Of Personality Traits, Motivational Orientation And Cognitive Learning Styles (Phd Thesis). Shiraz, Shiraz Univ. 2006 (Persian).
41. Alishah A, Ganji J, Mohammadpour R, Kiani Z, Shahhosseini Z. Relationship Between Childbearing Motivations And Women Reproductive Empowerment: A Correlational Study. J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 28(168): 96-107 (Persian).
42. Rahman M, Abedin S, Zaman K, Islam N. Women's Empowerment And Reproductive Health: Experience From Chapai Nawabganj District In Bangladesh. Pakistan J Soc Sci 2008; 5(9): 883-888.
43. Mainuddin A, Begum HA, Rawal LB, Islam A, Islam SS. Women Empowerment And Its Relation With Health Seeking Behavior In Bangladesh. J Family Reprod Health 2015; 9(2):65-73.
44. Sadeghi MA, Mousavi J, Mootabi F, Dehghani M. Couple's Personality Similarity And Marital Satisfaction. Contemporary Psychology 2016;10(2): 67-82 (Persian).
45. Alikamali M, Khodabandeh S, Motesaddi M. The Effect of Personality Traits on Sexual Function In Women With Type II Diabetes In Zarand, Iran, In 2016. J Diabetes Nurs 2017; 5(2); 167-178.
46. Sayehmiri K, Kareem KI, Abdi K, Dalvand S, Gheshlagh RG. The relationship between personality traits and marital satisfaction: a

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

systematic review and meta-analysis. BMC Psychol 2020; 8(1): 15.

47. Mehdipour-Rabori R, Alinejad Dehsheakhi M, Nouhi E, Nematollahi1 M. Sexual Function, Marital Adjustment, and Life Satisfaction in Diabetic and Non-Diabetic Women. Int J Community Based Nurs Midwifery 2020; 8(4): 324-332.
48. Assarzadeh R, Bostani Khalesi Z, Jafarzadeh-Kenarsari F. Sexual self-efficacy and associated factors: a review. Shiraz E-Medical Journal 2019; 20(11): e87537.
49. Van Campen KS, Romero AJ. How Are Self Efficacy and Family Involvement Associated With Less Sexual Risk Taking Among Ethnic Minority Adolescents? Fam Relat 2012; 61(4): 548-558.
50. Esfahani SB, Pal S. Obesity, mental health, and sexual dysfunction: A critical review. Health Psychol Open 2018; 5(2): 1-13.
51. Kafaei Atrian M, Mohebbi Dehnavi Z, Kamali Z. The relationship between sexual self-efficacy and sexual function in married women. JMRH 2019; 7(2): 1683-1690.
52. 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. JMRH 2017; 5(3): 969-977.
53. 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): 625-636.
54. Shokrani S, Moeini Mehr M, Shayan Manesh M. The Effect of Education Based on Sexual Self-Efficacy on Marital Satisfac-tion in Women. Arch Pharm Pract 2020; 11(1): 138-142.
55. Vaziri S, Lotfi KF, Hosseinian S, Bahram GS. Sexual efficacy and marital satisfaction. J Thought Behav Clin Psychol 2010; 4(16): 75-81 (Persian).
56. Ghazinejad M, SangarySoleymani H. The relationship between jobs and social health of women. Women in Development and Politics 2016; 14(3): 273-288.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]