

April-May 2023, Volume 18, Issue 1

Comparing the Effect of Sexual Empowerment Program Based on Telenursing Care and face-to-face Training on Sexual self-efficacy of Women Referring to Selected Community Health Centers in Tehran 2020

Motahareh Morovvati Lafmajani¹, Shayesteh Salehi^{2*}, Mahsa Sadat Mousavi³

1- Msc student in Community Health Nursing, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2- Associated Professor of Nursing, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

3-Assistant Professor of Midwifery and Reproductive Health, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Shayesteh Salehi, Associated Professor of Nursing, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Received: 9 Sep 2022

Accepted: 5 Feb 2023

Abstract

Introduction: Telenursing is considered as a subset of telehealth care that focuses on the provision, management and coordination of care and services using telecommunication technology in the field of nursing and its goal is to improve the quality of care. One of the applications of telenursing is the education of women in the field of sexual empowerment based on sexual self-efficacy. Sexual ability and satisfaction resulting from it is considered as one of the most basic aspects of human life, and healthy sexual performance plays an important role in feeling healthy and improving the quality of life. The purpose of this research was to compare the sexual self-efficacy of women before and after the empowerment program, as well as to compare the effect of the distance and face-to-face sexual empowerment education in women who referred to the health and treatment center of the district 6 of Tehran in winter of 1400.

Methods: This quasi experimental study was conducted on 56 women who referred to the health and treatment center of district 6 of Tehran. The research units were randomly divided into two groups and the empowerment program was conducted face-to-face and remotely. The sexual self-efficacy of the two groups before and after the empowerment program was measured and compared with the sexual self-efficacy questionnaire. The reliability of the sexual self-efficacy questionnaire was confirmed using Cronbach's alpha measurement method of 0.86 and the content validity of the sexual self-efficacy questionnaire in Iran was approved.

Results: The results showed that in the face-to-face and telenursing groups, the mean score of sexual self-efficacy in the post-test was significantly higher than the pre-test. based on the results of the covariance test, the mean score of women's sexual self-efficacy in the two groups was no significant difference.

Conclusions: Based on the results, no significant difference was observed between the two groups in terms of the effectiveness of the two methods of face-to-face and telenursing programs. Therefore, considering the difficulties and cost of face-to-face education, telenursing, is recommended as an effective, cheap, simple and attractive method for the clients.

Key Words: Sexual empowerment, Telenursing, Sexual self-efficacy.

مقایسه تاثیر برنامه توانمندسازی جنسی مبتنی بر مراقبت پرستاری از راه دور و آموزش حضوری بر خودکارآمدی جنسی زنان مراجعه کننده به مراکز منتخب سلامت جامعه تهران در سال ۱۴۰۰

مطهره مروتی لقمجانی^۱، شایسته صالحی^{۲*}، مهسا السادات موسوی^۳

۱- مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوارسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲- مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوارسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۳- مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوارسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: شایسته صالحی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوارسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۶/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۱۶

چکیده

مقدمه: مراقب پرستاری از راه دور به عنوان زیر مجموعه ای از مراقبت های سلامت از راه دور در نظر گرفته می شود که بر ارائه، مدیریت و هماهنگی مراقبت ها و خدمات با استفاده از فناوری ارتباطات از راه دور در حوزه پرستاری تمرکز دارد و هدف آن، بهبود کیفیت مراقبت است. یکی از موارد کاربرد مراقبت پرستاری از راه دور، آموزش زنان در زمینه توانمندسازی جنسی بر پایه خودکارآمدی جنسی است. توانمندی جنسی و رضایت حاصل از آن، به عنوان یکی از اساسی ترین ابعاد زندگی انسان مطرح است و عملکرد جنسی سالم، نقش مهمی در احساس سلامتی و بالا بردن کیفیت زندگی دارد. هدف از این مطالعه، مقایسه خودکارآمدی جنسی زنان، پیش و پس از برنامه توانمندسازی جنسی و همچنین مقایسه تاثیر برنامه توانمندسازی جنسی از راه دور و حضوری در زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی و درمانی منطقه ۶ تهران در اسفند ماه سال ۱۴۰۰ بود.

روش کار: این مطالعه نیمه تجربی بر روی ۵۶ زن مراجعه کننده به مرکز بهداشتی و درمانی منطقه ۶ شهر تهران انجام گردید. واحد های پژوهش به طور تصادفی به دو گروه تقسیم و برنامه توانمندسازی به صورت حضوری و از راه دور انجام شد. خودکارآمدی جنسی دو گروه قبل و بعد از اجرای برنامه توانمندسازی، با پرسشنامه خودکارآمدی جنسی سنجیده و مقایسه گردید. پایایی پرسشنامه ی خودکارآمدی جنسی با استفاده از روش اندازه گیری آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و برآورد اعتبار پرسشنامه خودکارآمدی جنسی در ایران با استفاده از روش اعتبار وابسته به محتوا تایید قرار گرفت.

یافته ها: طبق نتایج آزمون تعقیبی به روش بونفرونی، در گروه آموزش حضوری میانگین امتیاز خودکارآمدی جنسی پس از جلسات توانمندسازی بطور معناداری بیشتر بود ($p=0.004$). همچنین در گروه آموزش از راه دور نیز میانگین امتیاز خودکارآمدی جنسی در پس آزمون بطور معناداری بیشتر از پیش آزمون بود ($p=0.014$). طبق آزمون آنالیز کوواریانس، میانگین امتیاز خودکارآمدی جنسی زنان دو گروه آموزش حضوری و آموزش از راه دور تفاوت معناداری نداشت ($p=0.504$).

نتیجه گیری: در بررسی نتایج بین دو گروه از نظر میزان اثربخشی دو روش برنامه آموزشی حضوری و از راه دور تفاوت چشم گیری مشاهده نشد. لذا با توجه به مشکلات و هزینه داربودن روش آموزش حضوری در مقایسه با آموزش از راه دور، روش از راه دور به عنوان یک روش موثر، ارزان قیمت، ساده و جذاب برای مراجعه کنندگان توصیه شود.

کلیدواژه ها: توانمندسازی جنسی، مراقبت پرستاری از راه دور، خودکارآمدی جنسی.

مقدمه

در مراقبت های پرستاری، جهت آموزش به بیماران شیوه های گوناگونی همچون جلسات سخنرانی، بحث و گفتگو و کارگاه ها وجود دارد که به اشکال فردی یا گروهی مورد استفاده قرار می گیرند (۱). آموزش حضوری به شکل فرد به فرد یا چهره به چهره یکی از معمول ترین روش های آموزشی در سیستم مراقبت بهداشتی است. اما این روش به دلیل اینکه نیاز به زمان بیشتری دارد، ساختاری از پیش تعیین شده ندارد و در مراکز پر از دحام میسر نیست، دارای اثرات مفید چندانی نمی باشد (۲). در کنار این شیوه ها، پیشرفت تکنولوژی ارتباطات و گسترش استفاده از روش ها و ابزارهای متنوع ارتباطی، امکان استفاده از شیوه دیگری از آموزش را به صورت مجازی یعنی از راه دور فراهم ساخته است.

امروزه مراقبت پرستاری از راه دور به یکی از مهمترین رویدادهای فناوری و دروازه ای برای پرستاری مدرن تبدیل شده است. پرستاری از راه دور با هدف بهبود کیفیت مراقبت، ایمنی بیمار، و دسترسی سریع به مراقبت های پرستاری با غلبه بر موانع جغرافیایی و با استفاده از فناوری ارتباطات ایجاد شده است. از یک سو، افزایش رشد فناوری و از سوی دیگر، افزایش نیاز به خدمات پرستاری، استفاده از پرستاری از راه دور در مراقبت از بیماران را تبدیل به یک ضرورت کرده است (۳، ۴).

مراقبت های بهداشتی و پزشکی از راه دور نحوه ارائه مراقبت های سلامت را به شکل قابل توجهی تغییر داده است و خدمات پرستاری نیز تحت تأثیر این تغییرات قرار گرفته است. تله نرسینگ یا مراقب پرستاری از راه دور به صورت های مختلف تعریف می شود (۵، ۶). تله نرسینگ به عنوان زیر مجموعه ای از مراقبت های سلامت از راه دور در نظر گرفته می شود که بر ارائه، مدیریت و هماهنگی مراقبت ها و خدمات با استفاده از فناوری ارتباطات از راه دور در حوزه پرستاری تمرکز دارد (۷، ۸). توانمندسازی یک مفهوم نسبتاً جدید است و تاریخ استفاده از آن به صد سال نمی رسد و برای اولین بار در آمریکای شمالی مورد استفاده قرار گرفته است.

ابتدا در ارتباط با حقوق زنان، سپس در مورد حقوق مدنی، و در نهایت در سراسر جهان برای حمایت و تضمین رهایی و تعیین سرنوشت هر گروه یا فردی که از حق رای محروم شده اند، استفاده می شود. توانمندسازی برای افراد ناتوان

از طریق توانمندسازی آنها برای کنترل بیشتر زندگی خود، اطلاع رسانی در مورد خط مشی ها و ارائه خدمات و کمک به ما در شناخت آنچه که باید آشکار باشد انجام می شود. یعنی افراد باید به خاطر داشته هایشان ارزش گذاری شوند و نه نداشته هایشان. سازمان جهانی بهداشت توانمندسازی را به عنوان یک اولویت برای بهبود نتایج سلامت می داند (۹).

توانمندسازی جنسی یکی از موضوعات بسیار مهم و ضروری در بحث توانمندسازی است که تأثیر بسزایی در سلامت جنسی افراد دارد. چهار موضوعی که زیربنای ادراک توانمندسازی جنسی برای تصمیم گیری های مرتبط با رابطه جنسی است، به شرح زیر است: جستجوی فعالانه دانش جنسی، بررسی مجدد روابط، حق «نه» گفتن و درگیر شدن در محافظت از خود و نیاز به تغییر نگرش ها و رفتارهای جنسی (۱۰). سلامت جنسی از اجزایی انتزاعی تشکیل شده است و بدون شکل گیری مناسب این اجزاء، امکان دستیابی به این سلامت به طور کامل فراهم نخواهد شد. به نظر می رسد یکی از مهمترین اجزاء تأمین کننده، افزایش میزان آگاهی های جنسی افراد باشد (۱۱).

یکی از موارد کاربرد مراقبت پرستاری از راه دور، آموزش زنان در زمینه توانمندسازی جنسی بر پایه خودکارآمدی جنسی است. فعالیت جنسی و رضایت حاصل از آن، به عنوان یکی از اساسی ترین ابعاد زندگی انسان مطرح است (۱۲) و عملکرد جنسی سالم، نقش مهمی در احساس سلامتی و بالا بردن کیفیت زندگی دارد (۱۳).

خودکارآمدی، یکی از مهمترین مولفه های کسب موفقیت و سازش یافتگی است (۱۴) و با سلامت بیشتر، یکپارچگی فکر و رفتار رابطه دارد (۱۵). نظریه خودکارآمدی بر این فرض مبتنی است که باور فرد در مورد توانایی مقابله در موقعیت های ویژه بر الگوهای فکری، رفتاری و هیجانی انسان در سطوح مختلف تجربه شخصی، تأثیرگذار بوده و تعیین کننده آن است که آیا رفتاری شروع خواهد شد یا خیر و اگر شروع شد، فرد تا چه اندازه برای آن تلاش کرده و چه مقدار از خود استقامت نشان خواهد داد (۱۶).

باورهای خودکارآمدی، از سه مولفه ی اندازه (سطح)، عمومیت و نیرومندی برخوردار است. سطح، اولین بعد باورهای خودکارآمدی است. کارآمدی یک فرد در یک قلمرو ممکن است در حد کارهای ساده، متوسط و یا شامل سطوح سخت باشد. اگر هیچ مانعی وجود نداشته

مطهره مروتی لقمجانی و همکاران

در سطح معناداری ۵ درصد ($\alpha=0,05$)، با توان آزمون ۸۰ درصد ($\beta=0,2$) و برای تشخیص تفاوتی حداقل به اندازه ۸۰ درصد مقدار انحراف معیار ($\sigma=0,8=\delta$)، طبق فرمول زیر برابر با ۲۵ نفر در هر گروه آزمایشی محاسبه شد. با در نظر گرفتن ۱۰ درصد نمونه مازاد در هر گروه به علت ریزش احتمالی نمونه ها و یا مخدوش بودن پرسشنامه ها تعداد ۲۸ نفر در هر گروه برای حضور در نمونه انتخاب شد. حجم نمونه در مقایسه میانگین امتیاز خودکارآمدی جنسی زنان بین دو گروه با آموزش حضوری و آموزش از راه دور، برای انجام آزمون دوطرفه در سطح معناداری ۵ درصد ($\alpha=0,05$)، با توان آزمون ۸۰ درصد ($\beta=0,2$) و برای تشخیص تفاوتی حداقل به اندازه ۸۰ درصد مقدار انحراف معیار ($\sigma=0,8=\delta$)، طبق فرمول زیر برابر با ۲۵ نفر در هر گروه آزمایشی محاسبه شد.

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{\delta^2}$$

که در آن:

n = حجم نمونه در هر گروه

Z = مقدار Z برابر تابع توزیع نرمال استاندارد

α = برابر مقدار خطای نوع اول و برابر ۰/۰۵

β = برابر مقدار خطای نوع دوم و برابر ۰/۲، (۱-بتا برابر توان آزمون و برابر ۸۰ درصد)

σ = انحراف معیار

δ = برابر حداقل تفاوت معنادار بین مقدار دو میانگین که به عنوان دقت در نظر گرفته میشود.

با در نظر گرفتن ۱۰ درصد نمونه ی مازاد در هر گروه به علت ریزش احتمالی نمونه ها و یا مخدوش بودن پرسشنامه ها تعداد ۲۸ نفر در هر گروه برای حضور در نمونه انتخاب شد. از آنجایی که در مطالعه حاضر محقق در مرکز بهداشتی و درمانی حاضر شده و داده های لازم را به وسیله پرسشنامه جمع آوری نمود، پس روش های جمع آوری داده های لازم روش میدانی بود. ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه دو پرسشنامه بود. پرسشنامه اول مربوط به مشخصات دموگرافیک شامل سن و مدت ازدواج و پرسشنامه دوم مربوط به خودکارآمدی جنسی بود که جهت بررسی توانمندی جنسی افراد به کاربرده شد. پرسشنامه خودکارآمدی جنسی براساس پرسشنامه ی خودکارآمدی عمومی شوارتزر توسط وزیری و لطفی کاشانی ساخته شده

باشد انجام آن کار ساده بوده و هرکس ممکن است احساس خودکارآمدی بالا در مورد انجام آن داشته باشد. عمومیت، دومین تفاوت باورهای خودکارآمدی در بعد تعمیم پذیری است. افراد ممکن است در یک قلمرو و یا بخش کوچکی از آن، خود را کارآمد بدانند. عمومیت، از شباهت فعالیت ها، حیطه بروز آن، کیفیت شرایط و خصوصیات اشخاصی که آن رفتار یا فعالیت به آنها مربوط است، تاثیر می پذیرد. بر اساس مولفه ی نیرومندی، باورهای خودکارآمدی ضعیف در اثر تجارب ناموفق به آسانی بی اعتبار می شوند اما کسانی که اعتقاد محکمی به قابلیت های خود دارند، در برابر موانع آن را حفظ می نمایند. باورهای خودکارآمدی، هر چه نیرومند تر باشد، دوام بیشتری می یابد و رابطه بیشتری با رفتار پیدا می کند (۱۷) و بر این اساس، فردی با خودکارآمدی جنسی قوی، باور های نیرومندتری نسبت به توانمندسازی جنسی خود داشته که این باور ها در رفتار وی نمود پیدا می کند.

اکثر افرادی که در رابطه با درمان مشکلات جنسی فعالیت می کنند، مشاهده کرده اند که در ارزیابی مشکل جنسی و مشخص کردن ماهیت آن، ارزیابی رشد و تکامل جنسی و یک متغیر مداخله گر به عنوان خودکارآمدی جنسی نقش تعیین کننده ای دارد. از نظر آنها، اگر چه بخش فیزیولوژیک پاسخ جنسی، خودمختار و احساسی است و با افزایش جریان خون در اندام های تناسلی تحت کنترل دستگاه عصبی خود مختار ایجاد می شود اما به راحتی تحت تاثیر هیجان ها تقویت یا تضعیف می شود (۱۸).

این پژوهش به منظور مقایسه خودکارآمدی جنسی زنان پیش و پس از برنامه توانمندسازی و همچنین مقایسه تاثیر توانمندسازی جنسی به روش از راه دور و حضوری بر خودکارآمدی جنسی زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی و درمانی منطقه ۶ تهران در اسفند سال ۱۴۰۰ انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی نیمه تجربی تصادفی سازی شده است. جامعه مورد پژوهش، شامل زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی و درمانی منطقه ۶ تهران بود و جلسات آموزش و توانمندسازی در مکانی مشخص و با اطلاع رسانی قبلی برگزار شد. حجم نمونه در مقایسه میانگین امتیاز خودکارآمدی جنسی زنان بین دو گروه با آموزش حضوری و آموزش از راه دور، برای انجام آزمون دوطرفه

دو گروه، قبل از ارائه آموزش‌ها، پرسشنامه خودکارآمدی جنسی به صورت از راه دور از طریق سایت پرس لاین و به صورت حضوری با شرکت در جلسه تعیین شده در مرکز بهداشتی و درمانی منطقه ۶ تهران تکمیل کردند. سپس شرکت کنندگان مورد مطالعه، در یک گروه به صورت حضوری در جلسات توانمندسازی جنسی در مکان مشخص و با اطلاع رسانی قبلی شرکت کردند و در گروه آموزش از راه دور، آموزش‌ها به صورت مجازی و از طریق پلتفرم اسکای روم ارائه شد. جلسات، به مدت ۶ هفته و هفته ای دو روز و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه برگزار شد. برنامه توانمندسازی در این پژوهش مبتنی بر برنامه ارائه شده توسط اندرسون انجام شد (۱۹). طبق این برنامه، توانمندسازی در این مطالعه در شش جلسه با مضامین زیر اجرا شد.

است (۱۴). پرسشنامه تهیه شده، ۱۰ سوال دارد که در یک پیوستار چهار گزینه ای، از صفر (اصلاً صحیح نیست) تا ۳ (کاملاً صحیح است) نمره گذاری می شود. در پژوهش های مقدماتی اولیه، پایایی پرسشنامه ی خودکارآمدی جنسی با استفاده از روش اندازه گیری آلفای کرونباخ ۰/۸۶، دو نیمه کردن اسپیرمن - براون ۰/۸۱ و روش گاتمن ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین، برآورد اعتبار پرسشنامه ی خودکارآمدی جنسی در ایران با استفاده از روش اعتبار وابسته به محتوا مورد تایید قرار گرفته است (۱۴).

در این پژوهش، نمونه ها بطور تصادفی بلوکی در دو گروه قرار گرفتند. بعد از آگاه کردن شرکت کنندگان از ماهیت پژوهش و تاکید بر داوطلبانه بودن مطالعه، رضایت شرکت کنندگان به صورت کتبی اخذ شد و شرکت کنندگان در

جلسه اول	معرفی پژوهشگر، بیان اهداف پژوهش، جلب رضایت و مشارکت افراد شرکت کننده، درخواست تکمیل ابزار پژوهش و سپس تعیین مشکل، بیان احساسات، عقاید و افکار بیماران در رابطه با خودکارآمدی جنسی.
جلسه دوم	شناخت ماهیت و عوارض ناکارآمدی جنسی مانند عدم شناخت نیاز های فردی و متقابل و نحوه برطرف کردن نیاز ها و به دنبال آن، مشکلات زناشویی و اختلافات.
جلسه سوم	آشنایی با مشکلات افرادی که درگیر مشکلات و ناکارآمدی جنسی هستند با استفاده از عکس و اسلایدهای مربوطه و عوارض آن و ایجاد انگیزه در بیماران جهت پیشگیری و یافتن راهکار ها
جلسه چهارم	آموزش سبک صحیح زندگی منطبق با نیاز جنسی با استفاده از بحث گروهی و پمفلت آموزشی.
جلسه پنجم	پرسش و پاسخ و ارزیابی در زمینه میزان تلاش و مفید بودن مراحل توانمندسازی.
جلسه ششم	برطرف کردن نقاط ضعف آموزش و تشویق شرکت کنندگان جهت ایجاد سبک صحیح زندگی در مواجهه با مسائل جنسی و دعوت از آنان جهت شرکت در جلسه دو ماه بعد. همچنین شماره تلفن همراه برای مواقع نیاز در اختیار آنان قرار داده شد.

دانشگاه آزاد اسلامی یزد تایید شده است (کد اخلاق IR.IAU.YAZD.REC.1401.004).

یافته ها

زنان در گروه آموزش حضوری در محدوده ی سنی ۲۱ تا ۴۰ سال با میانگین سن $29/43 \pm 5/52$ سال و در گروه آموزش از راه دور در محدوده ی سنی ۲۱ تا ۴۰ سال با میانگین سن $30/21 \pm 5/36$ سال بودند. نتیجه ی آزمون تی مستقل اختلاف معناداری در میانگین سن زنان دو گروه نشان نداد ($p=0.591$). مدت زمان ازدواج در زنان گروه آموزش حضوری در محدوده ی ۱ تا ۲۲ سال با میانگین $5/68 \pm 4/70$ سال و در گروه آموزش از راه دور در محدوده ۱ تا ۱۵ سال با میانگین $4/79 \pm 4/09$ سال بود. نتیجه آزمون تی مستقل اختلاف معناداری در میانگین مدت زمان ازدواج زنان دو گروه نشان نداد ($p=0.452$). در گروه آموزش حضوری،

دو ماه بعد از اجرای آخرین جلسه، پرسشنامه مجدداً توسط نمونه ها در دو گروه تکمیل شد و تجزیه و تحلیل در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی از شاخص های میانگین و انحراف معیار، جداول توزیع فراوانی و نمودارهای آماری و در سطح استنباطی از آزمون آنالیز واریانس آمیخته (بین گروهی - درون گروهی) برای بررسی اثر بین گروهی (کنترل و مداخله) و درون گروهی (پیش آزمون و پس آزمون) استفاده شد. پیشفرض لازم برای انجام این آنالیز بوسیله آزمون های شاپیروویلیک (بررسی نرمال بودن خطا)، لوین (بررسی همگنی واریانس خطا بین گروه ها) و آزمون باکس (فرض همگنی ماتریس واریانس کوواریانس) بررسی شد. میزان خطای قابل قبول در مطالعه معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. داده های بدست آمده از تحقیق با استفاده از نسخه ۲۴ نرم افزار SPSS تحلیل شد. پروپوزال این تحقیق توسط کمیته اخلاق

مطهره مروتی لقمجانی و همکاران

گروه*زمان (تفاوت در سطوح مختلف زمان بین دو گروه) $(p=0,719)$ ، معنادار مشاهده نشد. بنابراین اختلاف میانگین امتیاز خودکارآمدی جنسی طی دو مرتبه اندازه-گیری در دو گروه آزمون و کنترل (اثر متقابل) تفاوت معناداری نداشته است. این نتیجه در جداول (۲) و (۳) گزارش شده است. بر اساس نتایج جدول (۴) و بر اساس نتایج آزمون تعقیبی به روش بونفرونی، در گروه آموزش حضوری میانگین امتیاز خودکارآمدی جنسی در پس آزمون بطور معناداری بیشتر از پیش آزمون بود $(p=0,004)$. همچنین در گروه آموزش از راه دور نیز میانگین امتیاز خودکارآمدی جنسی در پس آزمون بطور معناداری بیشتر از پیش آزمون بود $(p=0,014)$. بمنظور مقایسه میزان تاثیر برنامه ی توانمندسازی جنسی مبتنی بر مراقبت پرستاری بین دو روش از راه دور و آموزش حضوری از آزمون آنالیز کوواریانس استفاده شد. در این آزمون نمرات پیش آزمون خودکارآمدی جنسی زنان، با میانگین امتیاز خودکارآمدی جنسی آنان در پس آزمون مقایسه شد. نتایج در جدول (۴) گزارش شده است. بر اساس نتایج آزمون آنالیز کوواریانس، با کنترل اثر خودکارآمدی اولیه ی زنان، میانگین امتیاز خودکارآمدی جنسی زنان دو گروه آموزش حضوری و آموزش از راه دور تفاوت معناداری نداشت $(p=0,504)$.

خودکارآمدی جنسی قبل از آموزش در ۷ نفر $(25/0\%)$ درصد پایین، در ۱۵ نفر $(53/6\%)$ متوسط و در ۶ نفر $(21/4\%)$ درصد بالا بوده است و بعد از آموزش خودکارآمدی جنسی زنان در ۲ نفر $(7/1\%)$ درصد پایین، در ۱۵ نفر $(53/6\%)$ درصد متوسط و در ۱۱ نفر $(39/3\%)$ درصد بالا بوده است. در گروه آموزش از راه دور، خودکارآمدی جنسی زنان قبل از آموزش در ۲ نفر $(7/1\%)$ درصد پایین، در ۱۹ نفر $(67/9\%)$ متوسط و در ۷ نفر $(25/0\%)$ درصد بالا بوده است و بعد از آموزش خودکارآمدی جنسی زنان در ۱ نفر $(3/6\%)$ درصد پایین، در ۱۲ نفر $(42/9\%)$ درصد متوسط و در ۱۵ نفر $(53/6\%)$ درصد بالا بوده است. براساس نتایج جدول (۳)، میانگین امتیاز خودکارآمدی جنسی در زنان گروه آموزش حضوری در پیش آزمون برابر $14/89 \pm 6/37$ و در پس آزمون برابر $19/36 \pm 6/15$ بوده است. در گروه آموزش از راه دور میانگین امتیاز خودکارآمدی جنسی در پیش آزمون برابر $17/00 \pm 5/95$ و در پس آزمون برابر $20/71 \pm 5/35$ مشاهده شد.

بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس با اندازه تکراری، اثر زمان اندازه گیری بر امتیاز خودکارآمدی جنسی زنان معنادار بوده است $(p < 0,001)$ و میانگین امتیاز خودکارآمدی جنسی پس از آزمون بطور معناداری بیشتر از پیش آزمون مشاهده شد. ولی اثر گروه آزمایشی $(p=0,159)$ و اثر متقابل

جدول ۱: توزیع فراوانی میزان خودکارآمدی جنسی زنان دو گروه پیش آزمون و پس آزمون

خودکارآمدی جنسی	گروه آموزش حضوری		گروه آموزش از راه دور	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پایین	۷	۲۵.۰	۲	۷.۱
متوسط	۱۵	۵۳.۶	۱۹	۶۷.۹
بالا	۶	۲۱.۴	۷	۲۵.۰
کل	۲۸	۱۰۰.۰	۲۸	۱۰۰.۰

جدول ۲: مقایسه میانگین امتیاز پیش آزمون و پس آزمون خودکارآمدی جنسی آزمودنی ها در گروه آموزش حضوری و از راه دور

گروه	میانگین امتیاز خودکارآمدی جنسی		مقدار p
	پیش آزمون	پس آزمون	
آموزش حضوری	۱۴.۸۹	۱۹.۳۶	۰.۰۰۴
آموزش از راه دور	۱۷.۰۰	۲۰.۷۱	۰.۰۱۴

جدول ۳: مقایسه میانگین امتیاز خودکارآمدی جنسی آزمودنی های دو گروه آزمون و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

زمان	میانگین امتیاز خودکارآمدی جنسی		اختلاف میانگین	p مقدار
	آموزش حضوری	آموزش از راه دور		
پیش آزمون	۱۴٫۸۹	۱۷٫۰۰	-۲٫۱۰۷	۰٫۲۰۶
پس آزمون	۱۹٫۳۶	۲۰٫۷۱	-۱٫۳۵۷	۰٫۳۸۲

جدول ۴: نتایج آزمون آنالیز کوواریانس در مقایسه ی میانگین امتیاز خودکارآمدی جنسی زنان در بعد از آموزش با کنترل اثر امتیاز خودکارآمدی جنسی اولیه

گروه	میانگین تعدیل شده ^a	خطای معیار	اثر پیش آزمون		اثر گروه
			آماره	p مقدار	
آموزش حضوری	۱۹٫۵۱۱	۱٫۰۹۴	۱٫۳۳۱	۰٫۲۵۴	۰٫۴۵۳
آموزش از راه دور	۲۰٫۵۶۰	۱٫۰۹۴			۰٫۵۰۴

a: با کنترل امتیاز خودکارآمدی اولیه

بحث

بر اساس نتایج حاصله، در گروه آموزش حضوری و همچنین گروه از راه دور، میانگین امتیاز خودکارآمدی جنسی در پس آزمون بطور معناداری بیشتر از پیش آزمون بود. در تحقیق شهرام وزیری و فرح لطفی کاشانی در سال ۲۰۱۳ با عنوان "بررسی ساختار عاملی، پایایی و اعتبار پرسشنامه خودکارآمدی جنسی" ۵۴۸ مراجعه کننده، شامل زنان ۲۰ تا ۴۰ سال شهر تهران مورد مطالعه قرار گرفتند و میانگین امتیاز خودکارآمدی جنسی بر اساس پرسشنامه مورد استفاده در پژوهش حاضر، برابر ۱۷/۲۸ بوده است که با نتایج این پژوهش همسو است (۲۰). داوود معنوی پور و همکارانش در سال ۱۳۸۸ در یک مطالعه با عنوان «تاثیر آموزش سردکننده های جنسی در ارتقا سلامت جنسی» به صورت از راه دور به آموزش چرخه رابطه جنسی و تفاوت ویژگی های جنسی مردان و زنان و پانزده باور غلط درباره رابطه جنسی به عنوان سردکننده پرداختند که با مقایسه نتایج آموزش ها، تفاوت معناداری در نتایج پس آزمون حاصل شد (۲۱) که با نتایج این مطالعه همسو بود. در پژوهشی که توسط حقیقی و همکارانش در سال ۱۳۸۰ انجام شد، مشاوره ی زناشویی توانست بر رضایت جنسی زوجین تاثیر مطلوب داشته و رسیدن به اوج لذت جنسی را در زوجین افزایش دهد (۲۲). حسن زاده و همکاران در سال ۱۳۸۴، تاثیر آموزش جنسی بر رفتار بهداشتی، رفتار جنسی سالم، بهداشت روانی و پیشگیری از اختلالات جنسی سلامت خانواده و هویت یابی جنسی را تایید کردند (۲۳). حیدری و ابراهیمیان نیز در سال ۱۳۸۴ در تحقیقی نشان دادند که ۸۶ درصد زنانی که خود را آغازگر فعالیت جنسی می دانستند مدعی بودند این اقدام سبب

افزایش تمایل همسرانشان می شود (۲۴). تبریزی در سال ۱۳۸۳ اثربخشی گروه درمانی تلفیقی زوجها، شناخت درمانی گروهی بک و کتاب درمانی را در کاهش ناراضی زناشویی نشان داده است (۲۵) که نتایج همه ی مطالعات ذکر شده با این مطالعه همسو و تایید کننده اثر مثبت توانمندسازی جنسی در افزایش خودکارآمدی جنسی بود.

در بررسی میزان تاثیر برنامه ی توانمندسازی جنسی مبتنی بر مراقبت پرستاری بین دو روش از راه دور و آموزش حضوری، میانگین امتیاز خودکارآمدی جنسی شرکت کنندگان پیش از توانمندسازی و پس از آن مقایسه شد و نتایج در جدول (۴) گزارش شده است. بر اساس نتایج به دست آمده، با کنترل اثر خودکارآمدی اولیه ی زنان، میانگین امتیاز خودکارآمدی جنسی زنان دو گروه آموزش حضوری و آموزش از راه دور تفاوت معناداری نداشت ($P=0.504$). در مطالعه شهرام برزاق و همکارانش در سال ۲۰۰۶ با عنوان "مقایسه تاثیر دو روش آموزش حضوری و از راه دور مراقبت از خود بر کیفیت زندگی و مشکلات جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز نگه دارنده"، آزمون های آماری اختلاف معنی داری را در تفاوت میانگین های قبل و بعد از مداخله بین دو گروه آموزش حضوری و مجازی نشان ندادند (۲۶) و نتایج آن با این پژوهش همسو بود.

فو و همکارانش در سال ۲۰۲۱ در پژوهشی با عنوان "مطالعه تطبیقی در مورد تفاوت یادگیری از راه دور و چهره به چهره در پاندمی کووید ۱۹"، در دو گروه ۶۲ نفره به آموزش دانش آموزان پرداختند و در پس از بررسی نتایج، به شکل قابل توجهی نمرات در گروه آموزش چهره به چهره بالاتر بود و در ارزیابی علل آن به حضور فعال دانش آموزان در محیط

در آمار پیداست، نتایج به طور مختصر در آموزش حضوری رشد بیشتری داشته که احتمالاً ناشی از مباحثه و حضور فعال و پرسش و پاسخ بیشتر و انتقال تجارب در جلسات حضوری است که این یافته، لزوم به کارگیری راه های جدیدتر با تعامل بیشتر در آموزش مجازی را نشان می دهد. از مواردی که در این مطالعه محدودیت ایجاد کرد، می توان به وضعیت روحی و روانی شرکت کنندگان اشاره کرد که در پاسخگویی افراد به سوالات تاثیر گذار بوده است. همچنین با توجه به اختلالات اینترنت، مشکلات قابل توجهی در ارائه ی آموزش از راه دور از طریق جلسات آنلاین وجود داشت.

بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه، پیشنهاد می گردد در مطالعات آینده، تفاوت آموزش حضوری و از راه دور در بحث توانمندسازی جنسی در زنان و مردان با سطح اقتصادی و اجتماعی یکسان بررسی شود. زیرا میزان آشنایی افراد با راه های ارتباطی آنلاین و توانایی آنان در استفاده از ابزارهای به روز، تاثیر بسیار زیادی در اشتیاق افراد در پیگیری جلسات آموزشی آنلاین دارد که این موارد از میزان تحصیلات و سطح اقتصادی و اجتماعی افراد تاثیر می پذیرد که فاکتوری موثر در نتیجه بخشی آموزش خواهد بود. همچنین پیشنهاد می شود اثربخشی برنامه توانمندسازی جنسی در خودکارآمدی جنسی زنان و مردانی با اختلالات و ناتوانی های جنسی از پیش شناخته شده انجام شود و تفاوت تاثیر درمان های مشاوره ای و درمان های دارویی و اورولوژی مقایسه شود.

سیاسگزاری

از کلیه افراد شرکت کننده در این پژوهش که انجام این مطالعه جز با همکاری و مساعدت آنان ممکن نبود؛ کمال تشکر را داریم.

References

1. Doak CC, Doak LC, Koot JH. Teaching patient with low literacy. 2nd edition. Philadelphia: JB Lippincott company;1996.p.287-294.
2. Shaban M, Salsali M, Kamali P, Poormirzakhori R. Assessment the effects of respiratory exercise education in acute respiratory complication and the length of patient hospitalization, for undergoing coronary artery by-pass surgery in Kermanshah Emam Ali hospital. Journal of Hayat. 2002; 8 (2) :12-20

آموزش چهره به چهره اشاره شد (۲۷) که مجموع نتایج پژوهش با نتایج این مطالعه همسو نبود. می توان نتیجه گرفت در محیط مدرسه، به تناسب ارتباط پیوسته دانش آموزان و تشکیل گروه های دوستی، زمینه برای انتقال اطلاعات بین دانش آموزان و یادگیری بین فردی و رفع اشکالات و ابهامات به شکل درون گروهی فراهم بوده و این الگوی آموزش، تاثیر آموخته ها را افزایش می دهد. از این الگوی آموزشی و با استفاده از ابزارهایی که سطح ارتباط مجازی را افزایش دهد، می توان برای افزایش بازده آموزش غیرحضوری استفاده نمود.

نتیجه گیری

در مطالعه حاضر و بر اساس نتایج، خودکارآمدی جنسی زنان پس از جلسات توانمندسازی به طور قابل توجهی افزایش یافته است و بر این اساس، برگزاری دوره هایی با این مضمون در تمامی مراکز بهداشتی و درمانی می تواند به صورت مداوم در دستور کار قرار بگیرد که بدون شک تاثیر قابل توجهی در سلامت جنسی جامعه و کاهش آمار طلاق خواهد داشت.

در بررسی نتایج بین دو گروه از نظر میزان اثربخشی دو روش برنامه آموزشی حضوری و از راه دور تفاوت چشم گیری مشاهده نشد. لذا با توجه به مشکلات و هزینه داربودن روش آموزش حضوری در مقایسه با آموزش از راه دور، روش از راه دور به عنوان یک روش موثر، ارزان قیمت، ساده و جذاب برای مراجعه کنندگان توصیه می شود. البته این روش مزایا و معایبی دارد که باید در نظر گرفته شود.

آموزش از راه دور امکان بهره بردن از اساتید و مشاوران خبره که به واسطه موقعیت مکانی قادر به مراجعه حضوری نیستیم را فراهم می کند. همچنین از اتلاف زمان و انرژی جهت نقل مکان جلوگیری می کند. از طرفی همانطور که

3. Cloyd B, Thompson J. Virtual care nursing: The wave of the future. Nurse Leader 2020;18:147-150. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2019.12.006>
4. Sevean P, Dampier S, Spadoni M, Strickland S, Pilatzke S. Bridging the distance: Educating nurses for telehealth practice. J Contin Educ Nurs. 2008;39:413-418. <https://doi.org/10.3928/00220124-20080901-10>
5. Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare

- Research and Quality (US); 2008 Apr.
6. Schlachta L. Sparks S. Definitions of telenursing, telemedicine. In: Fitzpatrick J, editor. Encyclopedia of nursing research. New York: Springer; 1998. pp. 558-559.
 7. Dunk NM. Chung YY. Compton DS. Callaghan JP. The reliability of quantifying upright standing postures as a baseline diagnostic clinical tool. *J Manipulative Physiol Ther.* 2004;27:91-96. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2003.12.003>
 8. Glinkowski W. Saracen A. Telenursing-First experiences with mobile phones for wound healing monitoring (role of nurses) *Global Telemed eHealth Updates Knowledge Resources.* 2010;3:597-600.
 9. Dan B. Disability and empowerment. *Dev Med Child Neurol.* 2020 May;62(5):536. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14511>
 10. Hsu HY, Lien YF, Lou JH, Chen SH, Wang RH. Exploring the effect of sexual empowerment on sexual decision making in female adolescents. *J Nurs Res.* 2010 Mar;18(1):44-52. <https://doi.org/10.1097/JNR.0b013e3181ce5152>
 11. Shafiei F, Rabbani N, Angursaz F, Khamseh Ashri Z. Examining the status of sexual health education among young married women, National Conference on the Promotion of Individual, Family and Community Health, Isfahan; 2018.
 12. Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *J Sex Marital Ther.* 2005 Oct-Dec;31(5):409-24. <https://doi.org/10.1080/00926230591006719>
 13. Segraves RT. Female sexual disorders: psychiatric aspects. *Can J Psychiatry.* 2002 Jun;47(5):419-25. <https://doi.org/10.1177/070674370204700502>
 14. Schwarzer, R., Boehmer, S., Luszczynska, A., Mohamed, N.E., Knoll, N. Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Personality and Individual Differences,* 2005;39: 807- 818. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.12.016>
 15. Schwarzer, R. and Fuchs, R. Self-Efficacy and Health Behaviours. In: Conner, M. and Norman, P., Eds., *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models,* Open University Press, Buckingham. 1995;163-196.
 16. Bandora, A. Adolescent development from and agnatic perspective. In F. Pajares and T. Urdan (Eds.). *Self- efficacy beliefs of Adolescent.* 2006; 5, 143-146.
 17. Bandora, A. *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: Freeman; 1997.
 18. Vaziri S. Lotfi Kashani F. Hosseiniyan S. Sara Bahram Ghafari. Sexual Efficacy and Marital Satisfaction, Thought and Behavior in Clinical Psychology. 2010; 4(16), 75.
 19. Cooper H, Booth K, Gill G. A trial of empowerment education in type 2 diabetes-Global rather than glycaemic benefits. *Diabetes clinical practice.* 2008; 82(2): 165-71. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2008.07.013>
 20. Vaziri S. Lotfi Kashani F. Study of factor structure, reliability and validity of the sexual self efficacy questionnaire. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology,* 2013; 8(29): 47-56.
 21. Manavipour, D., & Pirkhaefi, A., & Rouhani, A., & Dibaji, Z. Impact of sexual coolant training on promoting sexual health. *Journal of thought & behavior in clinical psychology.* 2009; 3(11), 77-86.
 22. Haghghi, S. Summary of articles of the second conference on family and sexual problems in Iran. *Iran University of Medical Sciences and Health Services;* 2018.
 23. Hasanzadeh, R and et al. The effect of sexual education on the prevention of sexual disorders. *The second family congress and sexual problems.* Iran University of Medical Sciences and Health Services; 2014.
 24. Heydari, H. Summary of articles of the second conference on family and sexual problems in Iran. *Iran University of Medical Sciences and Health Services;* 2004.
 25. Tabrizi, M. Summary of articles of the second conference on family and sexual problems in Iran. *Iran University of Medical Sciences and Health Services;* 2004.
 26. Baraz S, Mohammadi I, Boroumand B. A comparative study on the effect of two methods of self-care education (direct and indirect) on quality of life and physical problems of hemodialysis patients. *J Arak Uni Med Sci.* 2006; 9 (1) :71-22
 27. Foo, Cc., Cheung, B. & Chu, Km. A comparative study regarding distance learning and the conventional face-to-face approach conducted problem-based learning tutorial during the COVID-19 pandemic. 2021;*BMC Med Educ* 21, 141. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02575-1>