

February-March 2021, Volume 8, Issue6

Predicting Sexual Health in Couples based on Locus of Control, Social Support and Meta-Emotions

Negar Zohri^{1*}, Hamid Reza Samadifard²

1- MA of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

2- Ph. D Student of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Corresponding Author: Negar Zohri, MA of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

E-mail: negarzohri2020@yahoo.com

Received: 3 May 2020

Accepted: 15 Jan 2021

Abstract

Introduction: Sexual health is one main aspect of health, which can affect couples in different stages of life. This study aimed at exploring predicting sexual health in couples based on locus of control, social support and meta-emotions.

Methods: This study is a correlational one. The statistical population of this study consisted of all couples living in Ardebil City in 2019. Using convenient sampling method, 120 people (60 couples) were chosen as the sample. To collecting data, locus of control scale of Rotter (1966), social support of Zimet (1988), meta-emotion of Mitmansgruber et al (2009), sexual health scale of Manavi Pour (2010) were used. Data were analyzed by Pearson correlation coefficients and multiple regression in SPSS-18 software.

Results: The findings showed that there is a significant relationship between locus of control, social support, meta-emotion and sexual health of the couples ($p < 0.05$). According to the results, locus of control, social support and meta-emotion can explain 57 per cent of sexual health variance ($p < 0.05$).

Conclusions: Sexual health of couples can be predicted through variables such as locus of control, social support and meta-emotion. Thus, we suggest that psychologist and health professionals pay more attention to these variables to enhance the sexual health of couples. Given its importance, we think that researchers must carry out more research on sexual health issues.

Keywords: Locus of Control, Social Support, Meta-emotion, Sexual Health, Couples.

پیش‌بینی سلامت جنسی در بین زوجین بر اساس منبع کنترل، حمایت اجتماعی و فراهیجان

نگار ظهیری^{۱*}، حمیدرضا صمدی فرد^۲

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل ایران.

۲- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل ایران.

ایمیل: negarzohri2020@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۱۳

چکیده

مقدمه: سلامت جنسی یکی از جنبه های اصلی سلامت فردی است که همسران را در همه مراحل زندگی، تحت تأثیر قرار می دهد. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی سلامت جنسی در بین زوجین بر اساس منبع کنترل، حمایت اجتماعی و فراهیجان صورت پذیرفت.

روش کار: روش پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زوجین شهر اردبیل در سال ۱۳۹۸ بودند که به روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۱۲۰ نفر (۶۰ زن و شوهر) به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای گردآوری داده ها از ابزارهای منبع کنترل راتر (۱۹۶۶)، حمایت اجتماعی زیمت (۱۹۸۸)، فراهیجان میتمنسگرابر و همکاران (۲۰۰۹) و مقیاس سلامت جنسی معنوی پور (۱۳۸۸) استفاده شد. داده‌ها با روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه در نرم‌افزار SPSS18 تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین منبع کنترل، حمایت اجتماعی و فراهیجان با سلامت جنسی در بین همسران رابطه معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). همچنین نتایج نشان داد منبع کنترل، حمایت اجتماعی و فراهیجان در مجموع قادرند ۵۷ درصد از واریانس سلامت جنسی را در زوجین تبیین کنند ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: سلامت جنسی زوجین با متغیرهای منبع کنترل، حمایت اجتماعی و فراهیجان پیش‌بینی شدنی است، بنابراین پیشنهاد می‌شود که روان‌شناسان و متخصصان حوزه سلامت برای بهبود سلامت جنسی همسران به نقش این متغیرها توجه بیشتری کنند. همچنین پژوهشگران، انجام مطالعات بیشتر در زمینه‌ی سلامت جنسی همسران را توصیه می‌کنند.

کلیدواژه ها: منبع کنترل، حمایت اجتماعی، فراهیجان، سلامت جنسی، زوجین.

مقدمه

یکی از راه‌هایی است که به تحکیم بنیان خانواده منجر خواهد شد (۵). سلامت جنسی (Sexual Health) یکی از جنبه‌های اصلی سلامت فردی است که همه مردم را در همه مراحل زندگی، تحت تأثیر قرار می‌دهد (۶). هدف از سلامت جنسی توانایی داشتن زندگی جنسی آگاهانه، لذت‌بخش، بی‌خطر و احترام متقابل در روابط جنسی است (۷). سلامت جنسی موقعیتی است که همسران در آن از یک رابطه سالم، مناسب و بهنجار جنسی بهره‌مند هستند، به گونه‌ای که وضعیت جسمی، روحی و رفتاری آنها مطلوب و حاکی از نوعی هماهنگی، انس و محبت در زندگی زناشویی

تشکیل خانواده یکی از اساسی‌ترین و طبیعی‌ترین نیازهای انسان محسوب می‌شود. اولین گام برای ارضای این نیاز اساسی و طبیعی، ازدواج است (۱-۲). ازدواج به عنوان اساس یک زندگی سالم روانی و اجتماعی، نیازهای روانی، جسمانی و عاطفی همسران را برآورده می‌کند (۳). داشتن خانواده سالم مشروط به برخورداری همسران از داشتن رابطه‌های مطلوب با یکدیگر است (۴). از طرفی پرداختن به همه ابعاد سلامت خانواده از جمله سلامت جنسی

باشد (۸). عوامل متعددی وجود دارند که رفتار جنسی انسان را شکل می‌دهند و می‌توانند بر سلامت جنسی و رفتار مسئولانه جنسی تأثیرگذار باشند. این عوامل شامل عوامل بیولوژیکی، والدین و سایر اعضای خانواده، مدارس، دوستان، جامعه، رسانه‌ها، مذاهب، متخصصین مراقبت‌های بهداشتی، قانون و در دسترس بودن خدمات سلامت جنسی است (۹). ارتقای سلامت جنسی نیز مانند دیگر ابعاد سلامت، نیازمند دسترسی کامل و مداوم به اطلاعات، فرصت‌های آموزشی و نیز حمایت‌های پایه‌ای از طریق فعالیت اجتماعی به هم پیوسته و موثر در زمینه اولویت‌بندی‌ها، تصمیم‌گیری‌ها، راهبردهای برنامه‌ریزی و بکارگیری آن‌ها برای دستیابی به سلامت بهتر می‌باشد (۱۰). پژوهش‌هایی که در حوزه سلامت جنسی در ایران انجام شده است، نشان می‌دهد که میزان اختلالات عملکرد جنسی در زنان و مردان ایرانی به نسبت بالا است (۱۱).

یکی از عواملی که ممکن است در سلامت جنسی همسران تأثیرگذار باشد، منبع کنترل (Locus of Control) است (۱۲). به طور کلی افراد در سنین مختلف، تمایل به نوع خاصی از منبع کنترل دارند و موفقیت‌ها و شکست‌های زندگی خویش را به عوامل قابل کنترل یا غیرقابل کنترل نسبت می‌دهند (۱۳). برای مثال در مطالعاتی مشخص گردید که اغلب افراد در اواخر دوران کودکی خویش به منبع کنترل بیرونی (Locus of External Control) گرایش دارند و موفقیت و شکست خود را به شانس و دیگر عوامل خارج از کنترل فرد نسبت می‌دهند. منبع کنترل درونی (Locus of Internal Control) نیز اشاره به این مطلب دارد که فرد حوادث مثبت یا منفی را ناشی از نتایج تلاش و یا عدم تلاش خود می‌داند (۱۴-۱۵). می‌توان این‌طور بیان کرد که افراد درونی در تکالیف خود عملکرد بهتری دارند و کمتر تحت نفوذ دیگران قرار می‌گیرند، برای مهارت‌ها و پیشرفت‌های شخصی خود ارزش والاتری قابل‌اند و نسبت به قرینه‌های محیطی که می‌توانند برای هدایت رفتار خود از آن‌ها استفاده کنند، هوشیارانه‌تر عمل می‌کنند (۱۶).

داده اند که منبع کنترل در رفتار جنسی (۱۲)، کیفیت زندگی (۱۹) و بهزیستی روانی (۲۰) افراد نقش دارد. از عوامل دیگری که ممکن است در سلامت جنسی همسران موثر باشد حمایت اجتماعی ادراک شده است (۲۱). این مفهوم میزان دسترسی و ادراک فرد از در دسترس بودن حمایت دیگران، در صورت نیاز به کمک است. در واقع این مفهوم بازگوکننده برداشت فرد از تبادلات بین فردی در میان اعضای شبکه اجتماعی است که برای فرد، مفید و سودمند شناخته می‌شود (۲۲). افرادی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند، از رضایت زناشویی و سلامت بالاتری نیز برخوردارند و هر چه احساس کنترل و میزان پذیرش اجتماعی کمتر باشد، آنان اختلالات روانی بیشتری را تجربه خواهند کرد (۲۳-۲۴). نتایج مطالعات نشان داده اند که حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی (۲۵)، بهزیستی روانی (۲۶)، عملکرد جنسی (۲۷) و ناهنجاری‌های جنسی (۲۸) افراد نقش دارد.

متغیر دیگر پژوهش فراهیجان به عنوان سازماندهی مجموعه‌ای از افکار و احساسات درباره هیجان‌ات تعریف شده است (۲۹). فراهیجان‌ها (Meta-Emotions) احساساتی هستند که در پاسخ به هیجان‌ات دیگر (برای مثال تنفر) رخ می‌دهند (۳۰). فراهیجان ما را قادر می‌سازد که با انعطاف پذیری بیشتری به وقایع محیطی پاسخ دهیم (۳۱). به عبارت دیگر تجربه زندگی همراه با آشفتگی‌های هیجانی متنوع و گوناگون است. اینکه چگونه فرد به این آشفتگی‌ها واکنش نشان دهد نشانگر میزان توانایی فرد در پذیرش هیجان‌های مثبت و منفی زندگی است (۳۲). یک هیجان موقتی مانند اضطراب ممکن است به دنبال یک هیجان اصلی شبیه ترس بیاید. اما گاهی ممکن است خود هیجان اصلی باعث تجربه فراهیجان شود؛ مانند موقعی که یک هیجان اصلی (ترس) فراهیجان اضطرابی خود را ایجاد می‌کند (۳۳-۳۴). نتایج مطالعات نشان داده اند که فراهیجان در روابط زناشویی (۳۴)، بهزیستی روانی (۳۵) و عملکرد جنسی (۳۶) افراد نقش دارد.

با توجه به اینکه افزایش سلامت و رضایت جنسی باعث افزایش رضایتمندی و شادکامی کلی زناشویی می‌شود و نارضایتی از رابطه جنسی در بیش از ۵۰ درصد طلاق‌ها وجود دارد، بررسی عوامل موثر بر سلامت جنسی در مراقب‌های بهداشتی اولیه بسیار مهم است تا افراد با آگاهی هرچه بیشتر و تجهیز به دانش کافی در زمینه سلامت

جنسی، بتوانند بر سلامت خود کنترل داشته باشند (۸-۱۱). بنابراین پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی سلامت جنسی در بین زوجین بر اساس منبع کنترل، حمایت اجتماعی و فراهیجان صورت پذیرفت.

روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری مطالعه کلیه همسران شهر اردبیل در سال ۱۳۹۸ بودند که با توجه به محدودیت های پژوهشگر، از روش نمونه گیری در دسترس برای انتخاب نمونه استفاده شد. حجم نمونه تحقیق بر اساس تعداد متغیرها از طریق نرم افزار Gpower (۳۷)، با اندازه متوسط ۰/۱۰، ضریب آلفا ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۹۰، عدد ۱۲۰ به دست آمد. برای انتخاب نمونه آماری و اجرای پژوهش، به مکان های کلیدی شهر اردبیل (پارک ها، رستوران ها، فرهنگ سراها و سایر مکان های عمومی که امکان حضور همسران در آنجا وجود داشت) مراجعه و از زوجینی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، جلب رضایت شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ساکن شهر اردبیل بودن، طول مدت ازدواج حداقل ۹ ماه، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال و تمایل به شرکت در پژوهش. معیار خروج نیز شامل عدم ادامه همکاری با پژوهشگران بود. برای جمع آوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس منبع کنترل: این مقیاس توسط راتر (Rotter) (۱۹۶۶) ساخته شده است. وی این مقیاس را به منظور ارزیابی منبع کنترل تهیه کرد که به سنجش برداشت و ادراک فرد از منبع کنترل می پردازد (۳۸). این مقیاس یک مقیاس خود سنجی است که شامل ۲۹ سوال است. برای نمره گذاری مقیاس به گزینه الف: نمره ۱ و گزینه ب: نمره ۰ تعلق می گیرد. سوال های ۴، ۵، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۲ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. به این صورت که اگر آزمودنی قسمت الف سوال های ۲، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۲۹ را پاسخ داده باشد و قسمت ب سوال های ۴، ۵، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۲، ۲۶ را مشخص کرده باشد برای هر مورد یک نمره تعلق می گیرد. ۶ سوال (۱، ۸، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷) به صورت خنثی است که هدف ارزیابی را برای پاسخ دهنده پوشیده نگه می دارند. دامنه نمرات این مقیاس بین ۰ تا ۲۳ خواهد بود. نمره پایین نشان دهنده منبع کنترل درونی است. آلفای کرونباخ مقیاس

۰/۷۸ گزارش شده است (۳۸). در ایران ضریب پایایی ابزار ۰/۷۲ گزارش شد. همچنین روایی این مقیاس با استفاده از روایی ملاک همزمان با منبع کنترل نویکی استریکلندر ۰/۳۹ به دست آمد (۱۶). در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

مقیاس حمایت اجتماعی: این ابزار توسط زیمت (Zimet) در سال ۱۹۸۸ به منظور سنجش حمایت اجتماعی از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی فرد تهیه شده است (۳۹). این مقیاس ۱۲ گویه دارد و پاسخگو نظر خود را در یک مقیاس ۵ گزینه ای از نمره یک برای کاملاً مخالفم تا پنج برای کاملاً موافقم مشخص می کند. سوال های (۳-۴-۸-۱۱) برای سنجش حمایت اجتماعی خانواده، سوال های (۶-۷-۹-۱۲) حمایت دوستان و سوال های (۱-۲-۵-۱۰) حمایت اجتماعی دیگر افراد می باشد. پایایی درونی این مقیاس را در یک نمونه ۷۸ نفری با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ برای خرده مقیاس ها و ۰/۸۶ برای کل مقیاس گزارش کرده اند (۳۹). در ایران ضریب آلفای کرونباخ سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و دیگران را به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ به دست آمده است (۴۰). در این پژوهش ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل و زیرمقیاس ها بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۱ به دست آمد.

مقیاس فراهیجان (MES): این مقیاس توسط میتمنسرگرابر، بک، هافر و اسکوبلر (Mitmansgruber, Beck, Höfer, Schübler) (۲۰۰۹) ساخته شده و دارای ۲۸ گویه است (۲۹). این پرسشنامه در کل دو بعد فراهیجان مثبت و منفی را می سنجد و براساس لیکرت پنج درجه ای از کاملاً نادرست (۱) تا کاملاً درست (۵) نمره گذاری می شود. ضریب پایایی گزارش شده توسط سازندگان با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای بعد فراهیجان مثبت ۰/۹۱ و برای فراهیجان منفی ۰/۸۵ گزارش شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با ابزارهای شخصیت نئو و پرسشنامه افسردگی بک معنادار به دست آمده است (۲۹). این مقیاس برای استفاده در فرهنگ ایرانی، ترجمه، روا و پایا گردیده است. پژوهشگران ایرانی از ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی و از روش تحلیل عامل تأییدی و همبستگی مقیاس فراهیجان با هوش عاطفی برای بررسی روایی پرسشنامه استفاده کردند. نتایج پژوهش آنها نشان داد ضریب آلفای کرونباخ در خرده مقیاس فراهیجان مثبت ۰/۸۷ و در خرده مقیاس فراهیجان

نگار ظهیری و حمیدرضا صمدی فرد

دامنه نمرات این مقیاس بین ۳۳ تا ۹۹ است که نمره بالا بیانگر میزان سلامت جنسی بیشتر است. اعتبار صوری و محتوایی این ابزار توسط سازندگان تأیید شد و ضریب پایایی آن ۰/۸۲ به دست آمد (۴۱). در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده ها در بخش آمار توصیفی از گزارش فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده گردید. در مورد مسائل اخلاقی پژوهش نیز به همسران اطمینان داده شد که گمنامی در تکمیل مقیاس ها لحاظ شده و رازداری و محرمانه بودن اطلاعات حفظ می گردد.

یافته‌ها

تعداد ۱۲۰ نفر از زوجین شهر اردبیل در این مطالعه شرکت کردند. میانگین سنی شرکت کنندگان $36/4 \pm 3/5$ بود. جدول یک ویژگی های جمعیت شناختی افراد شرکت کننده در مطالعه را نشان می دهد.

منفی ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۹ می باشد. آنها به این نتیجه دست یافتند که این ابزار با دو عامل از برآزش عاملی قابل قبولی برخوردار است. همچنین آنها نشان دادند خرده مقیاس فراهیجان با خرده مقیاس هوش عاطفی همبستگی معناداری دارد (۳۰). در مطالعه حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای فراهیجان مثبت ۰/۸۴ و برای فراهیجان منفی ۰/۸۱ به دست آمد.

مقیاس سلامت جنسی: این مقیاس توسط معنوی پور (۱۳۸۸) برای سنجش سلامت جنسی ساخته شد. آن ها برای تهیه ی این پرسشنامه ابتدا مجموعه ی نکات مرتبط با سلامت جنسی را مطالعه و جمع آوری کردند و سپس با تعریف عملیاتی تمامی مفاهیم جمع آوری شده گویه های مناسب برای اندازه گیری مفاهیم را تنظیم کردند. این پرسشنامه دارای ۳۳ سوال است که آزمودنی باید میزان توافق خود را، با هر یک از گویه ها با انتخاب یک مقیاس سه درجه ای از «موافقم» تا «مخالقم» انتخاب کند. شیوه نمره گذاری این پرسشنامه به صورت لیکرت ۳ درجه ای از ۱ تا ۳ است که برای پاسخ «مخالقم» نمره ۱، «نمی دانم» نمره ۲ و «موافقم» نمره ۳، در نظر گرفته می شود. بنابراین

جدول ۱. ویژگیهای جمعیت شناختی افراد شرکت کننده در مطالعه

متغیر	شاخص	F	P
تحصیلات	سیکل	۳۱	۲۵/۸
	دیپلم	۴۱	۳۴/۲
	دانشگاهی	۴۸	۴۰
وضعیت اقتصادی	خوب	۲۸	۲۳/۳
	متوسط	۵۸	۴۸/۴
	ضعیف	۳۴	۲۸/۳
وضعیت فرزند	دارای فرزند	۶۴	۵۳/۳
	بدون فرزند	۵۶	۴۶/۷
طول مدت ازدواج	۱-۹	۴۴	۳۶/۷
	۱۰-۱۹	۴۸	۴۰
	۲۰سال و بالاتر	۲۸	۲۳/۳

را نشان می دهد.

جدول دو میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش (منبع کنترل، حمایت اجتماعی، فراهیجان و سلامت جنسی)

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
منبع کنترل	۱۰/۹	۳/۶
خانواده	۱۲/۷	۳/۹
حمایت اجتماعی	۱۱/۳	۳/۱
دیگران	۱۱/۷	۳/۶
مثبت	۳۰/۵	۹/۳
فراهیجان	۳۷/۴	۱۱/۸
منفی	۳۷/۴	۱۱/۸
سلامت جنسی	۶۵/۷	۱۳/۷

در گام بعدی، پس از تأیید مفروضه نرمال بودن داده ها از طریق آزمون کولموگروف اسمیرنف، برای تعیین رابطه بین متغیرهای پژوهش از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۳. ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش با سلامت جنسی

متغیر	سلامت جنسی	سطح معناداری
منبع کنترل	۰/۵۹	۰/۰۰۱
خانواده	۰/۶۲	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	۰/۵۶	۰/۰۰۱
دیگر افراد	۰/۵۷	۰/۰۰۱
مثبت	۰/۵۲	۰/۰۰۱
فراهیجان	-۰/۴۸	۰/۰۰۱
منفی	-۰/۴۸	۰/۰۰۱

در گام آخر برای تبیین سلامت جنسی در بین زوجین بر اساس متغیرهای پژوهش از آزمون رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد. همچنین بررسی مفروضه های تحلیل رگرسیون نشان داد که بین نمره های متغیرهای پژوهش حالت نرمال بودن چندگانه برقرار بود و هم خطی چندگانه وجود نداشت (جدول ۴).

طبق نتایج جدول فوق، بین منبع کنترل و حمایت اجتماعی با سلامت جنسی در بین زوجین رابطه مثبت و معناداری وجود داشت ($p < 0/05$). بین فراهیجان مثبت با سلامت جنسی رابطه مثبت معناداری مشاهده شد. همچنین فراهیجان منفی با سلامت جنسی رابطه منفی و معناداری داشت ($p < 0/05$).

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان جهت پیش بینی سلامت جنسی

متغیر	B	STE	β	T	Sig	R	R ²
منبع کنترل	۱/۲۴	۰/۵۲	۰/۲۰	۲/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۵۷
خانواده	۱/۳۰	۰/۵۱	۰/۲۳	۲/۵۳	۰/۰۰۱		
حمایت اجتماعی	۰/۷۳	۰/۳۳	۰/۱۶	۲/۱۹	۰/۰۰۱		
دیگران	۰/۹۵	۰/۴۱	۰/۱۸	۲/۳۲	۰/۰۰۱		
مثبت	۰/۶۵	۰/۳۷	۰/۱۲	۱/۷۴	۰/۰۰۱		
فراهیجان	-۰/۱۵	۰/۰۸	-۰/۱۰	-۱/۸۱	۰/۰۰۱		

متغیر ملاک: سلامت جنسی

۰/۲۰، حمایت اجتماعی خانواده ۰/۲۳ و دوستان ۰/۱۶، دیگران ۰/۱۸، فراهیجان مثبت ۰/۱۲ و فراهیجان منفی -۰/۱۰ به شکل معناداری سلامت جنسی را در زوجین تبیین می کنند ($p < 0/05$).

همانطور که نتایج جدول فوق نشان می دهد با استفاده از رگرسیون چندگانه ۰/۵۷ سلامت جنسی زوجین توسط متغیرهای منبع کنترل، حمایت اجتماعی و فراهیجان تبیین می شود. همچنین با توجه به ضرایب بتا، منبع کنترل

بحث

مطالعه حاضر با هدف پیش‌بینی سلامت جنسی در بین زوجین بر اساس منبع کنترل، حمایت اجتماعی و فراهیجان انجام شد. نتایج نشان داد که بین منبع کنترل با سلامت جنسی در بین زوجین رابطه آماری معناداری وجود داشت. بر همین اساس زوجین دارای منبع کنترل درونی از سلامت جنسی مطلوبی برخوردار بودند در مقابل همسران دارای منبع کنترل بیرونی از سلامت جنسی پایینی برخوردار بودند. این نتیجه با یافته‌های مطالعات دیگر مبنی بر اینکه منبع کنترل در رفتار جنسی (۱۲، ۱۸)، کیفیت زندگی (۱۹) و بهزیستی روانی (۲۰) نقش دارد، همسو بود. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که طبق نظریه راتر منبع کنترل یک ساختار شخصیت مهم است که در بسیاری از مولفه‌های سلامت نقش مهمی دارد. افراد دارای کنترل درونی احتمال بیشتری دارد که جنبه‌های مواظبت از سلامتی و تندرستی مانند مراقبت از وزن خود، ورزش کردن، سیگار نکشیدن و مراقبت‌های پیشگیرانه را رعایت کنند، زیرا افراد دارای منبع کنترل درونی با تلاش برای جستجوی اطلاعاتی که آنها را قادر می‌سازد کنترل بیشتری بر خود و محیط خود داشته باشند، مشخص می‌شوند (۱۵-۱۲). لذا همین امر خود زمینه ارتقاء سلامتی آنها را فراهم می‌کند. به عبارت دیگر افراد دارای منبع کنترل درونی از عزت‌نفس و خودکارآمدی بالاتری برخوردارند و این امر باعث می‌شود این افراد از خود تصور مثبت‌تری داشته باشند و از سوی دیگر این افراد احساس می‌کنند می‌توانند بر روی وقایع محیط پیرامونشان کنترل داشته باشند و لذا از سلامت و سازگاری بیشتری برخوردار خواهند بود. در مقابل افرادی که به کنترل بیرونی گرایش دارند، معتقدند که وقایع زندگی تحت کنترل آنها نیست، بلکه تحت کنترل عوامل و نیروهای خارجی و بیرونی است (۱۸-۱۶). به همین دلیل افراد دارای منبع کنترل درونی برخلاف افراد دارای منبع کنترل بیرونی از روابط خود با دیگران به ویژه روابط زناشویی احساس رضایت می‌کنند (۲۰-۱۹).

نتایج نشان داد که بین حمایت اجتماعی و سلامت جنسی در بین زوجین رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. به این معنا که با افزایش حمایت اجتماعی، سلامت جنسی نیز در زوجین بالا می‌رود. این یافته با نتایج مطالعات دیگر مبنی بر اینکه حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی (۲۵)، بهزیستی روانی (۲۶)، عملکرد جنسی (۲۷) و ناهنجاری-

نگار ظهیری و حمیدرضا صمدی‌فرد

های جنسی (۲۸) افراد نقش دارد، همخوانی داشت. در تبیین این نتیجه باید گفت که حمایت اجتماعی بر جنبه‌های مختلف روابط جنسی اثرات زیادی داشته و به عنوان یک عامل تعدیل‌کننده مؤثر در مقابله و سازگاری با شرایط استرس‌زای زندگی زناشویی شناخته شده و باعث بهبود روابط جنسی می‌شود (۲۳-۲۱). در واقع، حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زای زندگی و بروز ناهنجاری‌های جنسی باعث کاهش تنش، افزایش رضایت زناشویی و بهبود مراقبت‌های بهداشتی و کیفیت زندگی افراد می‌شود (۲۴-۲۵). به عبارت دیگر افزایش حمایت اجتماعی در بین زوجین، باعث می‌شود که زن و شوهر احساس مراقبت، دوست داشته شدن، عزت نفس و ارزشمند بودن کرده و احساس کنند که در بخشی از شبکه وسیع ارتباطی قرار دارند و می‌توانند در صورت بروز مشکل در روابط زناشویی به خوبی مقابله نمایند. بنابراین افزایش حمایت اجتماعی در بین زوجین باعث بهبود روابط زناشویی و جنسی در آنها شده و همین امر می‌تواند سلامت جنسی آنها را بهبود بخشد (۲۸-۲۶).

همچنین نتایج نشان داد که بین فراهیجان با سلامت جنسی زوجین رابطه آماری و معناداری وجود داشت. بر طبق نتایج پژوهش زوجین دارای فراهیجان مثبت از سلامت جنسی مطلوب برخوردار بودند در حالی که فراهیجان منفی بالا در زوجین باعث کاهش سلامت جنسی آنها می‌شود. نتایج تحقیقات دیگر نیز نشان داده‌اند که فراهیجان در روابط زناشویی (۳۴)، سلامت روانی (۳۵) و عملکرد جنسی (۳۶) افراد نقش دارد که نتایج پژوهش حاضر با آنها همسو بود. در تبیین نتیجه بدست آمده می‌توان گفت که فراهیجان منفی به عنوان مثال فراخشم، فرااضطراب و عدم قابلیت پذیرش را منعکس می‌کند. فراهیجان‌های مثبت مانند فرادلسوزی و فراعلاقه از قابلیت پذیرش هیجانات شخصی با اثرات مثبت از سلامت و تندرستی فرد حمایت می‌کند (۳۱-۲۹). زوجینی که از نظر هیجانی آشفته باشند در یک سری از الگوهای خشک و چرخه‌های تعاملی که توسط خود آنها تقویت می‌شود گیر می‌افتند و عدم توانایی آنها برای تحمل این هیجانات منفی منجر به ایجاد تنش و آشفتگی در آنها می‌شود (۳۲-۳۱). از آنجا که هیجانات نقش مهمی در زندگی ایفا کنند، این عدم تعدیل هیجانات می‌تواند در سلامت جنسی افراد تأثیرگذار باشد. افراد دارای فراهیجان منفی و مشکلات هیجانی، به احتمال زیاد بر

نمونه گیری تصادفی بهره گرفته شود، تا تعمیم نتایج با اطمینان بیشتری امکان پذیر باشد. استفاده از مقیاس های خودگزارشی از محدودیت های دیگر این پژوهش بود. از اینرو، پیشنهاد می شود در صورت امکان از روش های دیگر جمع آوری اطلاعات مانند مصاحبه و مشاهده استفاده شود تا اطلاعات کامل تر و دقیق تر به دست آید. همچنین توصیه می شود در مراکز مشاوره و کارگاه های ازدواج، با آموزش های افزایش منبع کنترل درونی، حمایت اجتماعی و فراهیجان مثبت، به زوجین در بهبود سلامت کمک کرد.

سیاسگزارى

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی دانشگاه محقق اردبیلی به شماره مجوز ۲۶۲۱۶-۱۳/۱۱/۹۸ می باشد. نویسندگان بر خود لازم می دانند از تمام افرادی که در این مطالعه همکاری های لازم را انجام دادند، تشکر و قدردانی کنند.

تضاد منافع

پژوهش حاضر هیچ گونه تضاد منافی برای نویسندگان نداشته است.

راهکارهای ناسازگارانه و تکانشی (از قبیل رفتارهای جنسی پرخطر و مصرف مواد) برای تنظیم هیجانات منفی خود تکیه می کنند که همین امر باعث کاهش سلامت جنسی آنها نیز می شود. در مقابل افراد دارای فراهیجان مثبت توانایی کنترل هیجانات خود را در موقعیت مختلف زناشویی دارند که همین امر می تواند باعث بهبود سلامت جنسی در آنها شود (۳۶-۳۳).

نتیجه گیری

از این مطالعه می توان نتیجه گرفت که منبع کنترل، حمایت اجتماعی و فراهیجان در زمره متغیرهای مرتبط با سلامت جنسی زوجین بوده و توانایی تبیین آن را دارند. مطالعه حاضر با محدودیت هایی روبه رو بود. این پژوهش روی زوجین شهر اردبیل انجام شد که تعمیم نتایج را به سایر زوجین با مشکل مواجه می کند. بنابراین پیشنهاد می شود پژوهشی مشابه این مطالعه روی زوجین در شهرهای دیگر انجام گیرد و نتایج آن با یافته های پژوهش حاضر مقایسه شود. از محدودیت های دیگر پژوهش حاضر می توان به استفاده از روش نمونه گیری در دسترس اشاره کرد. پیشنهاد می شود در پژوهش های دیگر از روش

References

- Barton AW, Beach SRH, Bryant CM, Lavner JA, Brody GH. Stress spillover, African Americans' couple and health outcomes, and the stress-buffering effect of family-centered prevention. *J Fam Psychol.* 2018; 32(2):186-96. <https://doi.org/10.1037/fam0000376>
- Mallory AB, Stanton AM, Handy AB. Couples' Sexual Communication and Dimensions of Sexual Function: A Meta-Analysis. *J Sex Res.* 2019:1-17. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1568375>
- Valipoursheikhi Z, Mirederikvand F. The Effectiveness of Emotion Regulation Instruction on Increasing of Marital Adjustment in Couples with Marital Conflict. *Iranian J Psychiatric Nurs.* 2019; 7(1) :75-81. (Persian)
- Kiecolt-Glaser JK, Wilson SJ. Lovesick: How Couples' Relationships Influence Health. *Annu Rev Clin Psychol.* 2017; 13: 421-43. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045111>
- McKellar K, Sillence E, Smith MA. Sexual health experiences, knowledge and understanding in low SES female teenagers: A diary approach. *J Adolesc.* 2019 ;73: 22-130. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.02.006>
- Stark L, Tan TM, Muldoon KA, King D, Lamin DFM. Family structure and sexual and reproductive health outcomes among adolescents in rural Sierra Leone. *Glob Public Health.* 2016 ;11(3): 309-21. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1031155>
- Wilson BDM, Neubauer LC, Park A, Abuor P, Harper GW. The sexual health needs of sexual minority women in Western Kenya: An exploratory community assessment and public policy analysis. *Glob Public Health.* 2019: 14(10): 1495-1508. <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1611895>
- Mapp F, Wellings K, Hickson F, Mercer CH. Understanding sexual healthcare seeking behaviour: why a broader research perspective is needed. *BMC Health Serv Res.* 2017; 17: 462. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2420-z>
- Holdsworth E, Trifonova V, Tanton C, Kuper H, Datta J, et al. Sexual behaviours and sexual health outcomes among young adults with limiting disabilities: findings from third British National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *BMJ Open.* 2018; 8(7): e019219. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019219>
- Golding JM, Wilsnack SC, Cooper

- ML. Sexual assault history and social support: six general population studies. *J Trauma Stress*. 2002; 15 (3): 187-97. <https://doi.org/10.1023/A:1015247110020>
11. Hosein Rashidi B, Kiyani K, Haghollahi F, Shahbazi Sighaldehy S. Sexual health definition from the perspective of Iranian experts and description its components. *Tehran Univ Med J*. 2015; 73(3) :210-20. (Persian).
 12. Pharr J, Enejoh V, Mavegam BO, Olutola A, Karick H, Ezeanolue EE.. Relationship between Health Locus of Control and Risky Sexual Behaviors among Nigerian Adolescents. *J AIDS Clin Res*. 2015; 6(6): 471. <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1120853>
 13. Schreitmüller J, Loerbroks A. The role of self-efficacy and locus of control in asthma-related needs and outcomes: a cross-sectional study. *J Asthma*. 2019; 11: 1-9.
 14. Champagne BR, Fox RS, Mills SD, Sadler GR, Malcarne VL. Multidimensional profiles of health locus of control in Hispanic Americans. *J Health Psychol*. 2016; 21(10): 2376-85 <https://doi.org/10.1177/1359105315577117>
 15. Rizza F, Gison A, Bonassi S, Dall'Armi V, Tonto F, Giaquinto S. Locus of control, health-related quality of life, emotional distress and disability in Parkinson's disease. *J Health Psychol*. 2017; 22(7): 844-52. <https://doi.org/10.1177/1359105315616471>
 16. Feizimanesh B, Yarahmadi Y. The Relationship between Locus of Control and Self-Efficacy with Marital Conflicts among University Student. *J Disabil Stud* 2017; 7: 9-9. (Persian).
 17. Anderson E, Cochrane A, Golding J, Nowicki S. Locus of control as a modifiable risk factor for cognitive function in midlife. *Aging (Albany NY)*. 2018; 10(7): 1542-55. <https://doi.org/10.18632/aging.101490>
 18. Neymotin F, Nemzer LR. Locus of Control and Obesity. *FrontEndocrinol(Lausanne)*. 2014;5:159. <https://doi.org/10.3389/fendo.2014.00159>
 19. Helvik AS, Bjørkløf GH, Corazzini K, Selbæk G, Laks J, Østbye T, et al. Are coping strategies and locus of control orientation associated with health-related quality of life in older adults with and without depression? *Arch Gerontol Geriatr*. 2016; 64: 130-7. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.01.014>
 20. Ryon HS, Gleason ME. The role of locus of control in daily life. *Pers Soc Psychol Bull*. 2014; 40(1): 121-31. <https://doi.org/10.1177/0146167213507087>
 21. Conover KJ, Israel T. Microaggressions and social support among sexual minorities with physical disabilities. *Rehabil Psychol*. 2019; 64(2): 167-78. <https://doi.org/10.1037/rep0000250>
 22. Williams AM, Cano A. Spousal Mindfulness and Social Support in Couples with Chronic Pain. *Clin J Pain*. 2014; 30(6): 528-35. <https://doi.org/10.1097/AJP.000000000000009>
 23. Li C, Jiang S, Zhang X. Intergenerational relationship, family social support, and depression among Chinese elderly: A struct equ modeling anal. *J Affect Disord*. 2019; 248: 73-80. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.032>
 24. Brailovskaia J, Rohmann E, Bierhoff HW, Schillack H, Margraf J. The relationship between daily stress, social support and Facebook Addiction Disorder. *Psychiatry Res*. 2019; 276: 167-74. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.014>
 25. Shishehgar S, Mahmoodi A, Dolatian M, Mahmoodi Z, Bakhtiary M, Alavi Majd H. The Relationship of Social Support and Quality of Life with the Level of Stress in Pregnant Women Using the PATH Model. *Iran Red Crescent Med J*. 2013; 15(7): 560-5. <https://doi.org/10.5812/ircmj.12174>
 26. Agnew-Brune CB, Balaji AB, Mustanski B, Newcomb ME, Prachand N, Braunstein SL, et al. Mental health, social support, and HIV-related sexual risk behaviors among HIV-negative adolescent sexual minority males: three U.S. cities, 2015. *AIDS Behav*. 2019. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02525-5>
 27. Fallah S, Dolatian M, Saberi SM, Alavi-Majd H, Jabbari A, Mahmoodi Z. The correlation of social support and sexual function of men with gender identity disorder after sex reassignment surgery. *J Health Promot Managem*. 2016; 5(4): 8-15. (Persian).
 28. Buttram ME, Kurtz SP, Surratt HL. Substance use and sexual risk mediated by social support among Black men. *J Community Health*. 2013; 38(1): 62-9. <https://doi.org/10.1007/s10900-012-9582-8>
 29. Mitmansgruber H, Beck TN, Höfer, S, Schüßler G. When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Pers Individ Dif*. 2009; 46(4): 448-453. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.11.013>
 30. Ahadi B Mehrinejad A, Moradi M. Cognitive failure in the elderly: the role of mindfulness and meta-emotion. *J Aging Psychol*. 2017; 3(2): 115-25. (Persian).
 31. Koven NS. Specificity of meta-emotion effects on moral decision-making. *Emotion*. 2011; 11(5): 1255-61. <https://doi.org/10.1037/a0025616>
 32. Norman E, Furnes B. The Concept of "Metaemotion": What is There to Learn From Research on Metacognition? *Emot Rev*. 2016; 8(2): 187-93. <https://doi.org/10.1177/1754073914552913>
 33. Couyoumdjian A, Ottaviani C, Petrocchi N, Trincas R, Tenore K, et al. Reducing

- the Meta-Emotional Problem Decreases Physiological Fear Response during Exposure in Phobics. *Front Psychol.* 2016; 7: 1105. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01105>
34. Rashmi R. Arun Kumar J. Role of Positive Metacognitions and Meta-Emotions in Marital Satisfaction. *Int J Sci Res Rev.* 2018; 7(3): 196-203.
35. Bailen NH, Wu H, Thompson RJ. Meta-emotions in daily life: Associations with emotional awareness and depression. *Emotion.* 2019; 19(5): 776-87. <https://doi.org/10.1037/emo0000488>
36. Rendina HJ, López-Matos J, Wang K, Pachankis JE, Parsons JT. The Role of Self-Conscious Emotions in the Sexual Health of Gay and Bisexual Men: Psychometric Properties and Theoretical Validation of the Sexual Shame and Pride Scale. *J Sex Res.* 2019; 56(4-5): 620-31. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1453042>
37. Cunningham JB, McCrum Gardner E. Power, effect and sample size using G Power. Practical issues for researchers and members of research ethics committees. *Evidence Based Midwifery.* 2007; 5(4): 132-36.
38. Rotter JB. Generalized expectancies of internal versus external control of Reinforcement. *Psychological Monographs.* 1966. <https://doi.org/10.1037/t01673-000>
39. Zimet G, Dahlem N, Zimet S, Farley G. The multidimensional scale of perceived social support. *J Person Asses.* 1988; 52(1): 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
40. Salimi A, Jokar B, Nikpoor R. Internet and communication: Perceived social support and Loneliness as antecedent variables. *Psychol Studies.* 2009; 5(3): 81-102. (Persian).
41. Manavi Pour D, Pir Khaefi Othe, Rouhani A, Sadat Dibaji Z. Impact of Sexual Coolant Training on Promoting Sexual Health. *Thought Behav Clin Psychol.* 2008; 3(11): 77-87.