



Developing a Structural Model of Sexual Health Based on Irrational Beliefs, Sexual self-concept and Perceived Social Support with the Mediating Role of Self-Efficacy in the Medical Staff

Marzbani F¹, Jadidi H^{2*}, Akbari M³

1- Ph.D Student of Psychology, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

2- Ph.D of Educational Psychology, Department of Educational Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

3. Ph.D of Exceptional Children Psychology, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

Corresponding Author: Jadidi H, Ph.D of Educational Psychology, Department of Educational Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

Email: hjadidi84@gmail.com

Received: 4 June 2023

Accepted: 3 April 2024

Abstract

Introduction: Sexual health, a critical component of public health and individual well-being, plays a pivotal role in the quality of life and comprehensive development of an individual, influencing interpersonal communication and self-perception. The present study aimed to develop a predictive model of sexual health for medical staff, focusing on the roles of irrational beliefs, sexual self-concept, and perceived social support, with an examination of self-efficacy as a potential mediating factor.

Methods: The study adopted a descriptive-correlational research design. The target population comprised medical staff working in Kermanshah hospitals from 2021 to 2022. Considering the total population of 6303 individuals, a sample of 500 participants was selected through stratified random sampling, ensuring a representative distribution across different hospital departments. The choice of sampling size was guided based on their sex, age range, and job ranking. Research instruments included ManaviPour's Sexual Health Questionnaire, the Questionnaire of Irrational Beliefs-Ahvaz, the Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, the General Self-Efficacy Scale(GSE), and a researcher-developed demographic profile questionnaire. Data analysis was conducted using the Partial Least Squares (PLS) approach to SEM, facilitated by SPSS24 and Smart PLS software.

Results: The evaluation of our conceptual model's fit indices demonstrated that the model adequately fits the data, indicating acceptable levels of fit. Analysis of the path coefficients revealed that the relationships from irrational beliefs, sexual self-concept, and perceived social support directly to sexual health were significant. Similarly, irrational beliefs and perceived social support had a significant indirect effect on sexual health through self-efficacy, underscoring the mediatory role of self-efficacy in these relationships. However, the path from sexual self-concept to sexual health, mediated by self-efficacy, did not show a significant effect.

Conclusions: This study demonstrates that the sexual health of medical staff can be significantly influenced by variables such as irrational beliefs, sexual self-concept, and perceived social support. These findings underscore the importance of addressing these psychological and social factors as part of comprehensive strategies to enhance the well-being of healthcare professionals. This research opens avenues for further studies to explore the mechanisms through which these variables interact and affect sexual health. By prioritizing the mental and social dimensions of sexual health, we can contribute to the holistic well-being of medical staff, ultimately impacting the quality of healthcare delivery.

Keywords: Sexual Health, Irrational Beliefs, Sexual self-concept, Perceived Social Support, Self-Efficacy, Medical Staff.



تدوین مدل ساختاری سلامت جنسی بر اساس باورهای غیرمنطقی، خودپنداره جنسی و حمایت اجتماعی ادراک شده با نقش میانجی خودکارآمدی در کارکنان کادر درمان

فریبا مرزبانی^۱، هوشنگ جدیدی^{۲*}، مریم اکبری^۳

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی، گروه روان شناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

۲- استادیار گروه روان شناسی تربیتی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

۳- استادیار گروه روان شناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

نویسنده مسئول: هوشنگ جدیدی، دکتری تخصصی روان شناسی تربیتی، استادیار گروه روان شناسی تربیتی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

ایمیل: hjadidi84@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۳/۱۵

چکیده

مقدمه: موضوع سلامت جنسی یکی از مولفه‌ها و اولویت‌های سلامت همگانی و بخش مهمی از کیفیت زندگی و شخصیت است که بر نحوه برقراری ارتباط فرد با خود و دیگران اثرگذار است. هدف پژوهش حاضر تدوین مدل پیش بینی سلامت جنسی بر اساس باورهای غیرمنطقی، خودپنداره جنسی و حمایت اجتماعی ادراک شده با نقش میانجی خودکارآمدی در کارکنان کادر درمان بود.

روش کار: روش این پژوهش توصیفی-همبستگی بود و جامعه آماری مورد مطالعه، شامل کلیه کارکنان کادر درمان شاغل در بیمارستان‌های شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که با توجه به حجم جامعه آماری (۶۳۰۳) نفر، تعداد ۵۰۰ نفر به عنوان نمونه آماری پژوهش و با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای بر اساس ملاک‌های جنسیت، دامنه سنی و مرتبه اجرایی در مرکز درمانی انتخاب گردید. ابزار پژوهش نیز شامل پرسشنامه سلامت جنسی معنوی پور، پرسشنامه باورهای غیرمنطقی اهواز، پرسشنامه چندوجهی خودپنداره جنسی ویلیام اسنل، مقیاس چند بُعدی حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت، پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر، پرسشنامه محقق ساخته مشخصات دموگرافیک بود. برای تحلیل داده‌های جمع آوری شده از روش حداقل مجذورات جزئی (PLS) و روش‌های الگویابی معادلات ساختاری (SEM) با استفاده از نرم افزار SPSS24 و Smart PLS استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد اثر مستقیم و معنادار باورهای غیرمنطقی، خودپنداره جنسی و حمایت اجتماعی ادراک شده بر سلامت جنسی و اثر غیرمستقیم و معنادار باورهای غیرمنطقی و حمایت اجتماعی ادراک شده بر سلامت جنسی به واسطه خودکارآمدی مورد تایید قرار گرفت، اما خودپنداره جنسی با میانجی‌گری خودکارآمدی اثر غیرمستقیم و معناداری بر سلامت جنسی نداشت. شاخص‌های برازش مدل پژوهش در وضعیت قابل قبولی قرار داشت و تمامی مسیرها به استثناء مسیرهای (از خودپنداره جنسی به خودکارآمدی) و (از خودپنداره جنسی به خودکارآمدی به سلامت جنسی) مورد تایید بود.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش به برنامه ریزان و سیاست گزاران سیستم سلامت جامعه پیشنهاد می‌گردد در برنامه‌های آموزشی و بازآموزی کادر درمان، از طریق برگزاری کارگاه‌ها، دوره‌های حضوری، مجازی و لحاظ نمودن نقش مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای باورهای غیرمنطقی، خودپنداره جنسی و حمایت اجتماعی ادراک شده، زمینه بهبود و ارتقای سلامت جنسی آنان، به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت را فراهم نمایند.

کلیدواژه‌ها: سلامت جنسی، باورهای غیرمنطقی، خودپنداره جنسی، حمایت اجتماعی ادراک شده، خودکارآمدی، کادر درمان.

مقدمه

امروزه ضروری است افراد متخصص، از لنزی تحلیلی در زمینه سلامت جامعه برخوردار باشند تا بدین وسیله بتوانند مسائل و مشکلات این حوزه را به خوبی رصد نمایند و برای حل آنها به چاره اندیشی کارآمد بپردازند. اگر بخواهیم سلامت کادر درمان را تضمین نماییم. باید علاوه بر سلامت جسمی، سلامت سایر ابعاد از جمله سلامت جنسی آنها نیز مد نظر قرار گیرد.

یکی از جنبه های اصلی و مرکزی سلامت فردی که زوجین را در همه سنین و همه مراحل زندگی، تحت تأثیر قرار می دهد، سلامت جنسی است (۱). برخی معتقدند با وجود اهمیت بسیار زیاد موضوع، حتی امروزه نیز در مورد مسائل مربوط به سلامت جنسی غفلت عمده ای صورت گرفته است (۲). سلامت جنسی شاخه ای از سلامت عمومی فرد و حالتی از بهزیستی جسمانی، روان شناختی و فرهنگی- اجتماعی مرتبط با موضوعات جنسی و مستلزم اتخاذ رویکردی مثبت و محترمانه است و تنها به نبود بیماری، اختلال یا ناتوانی در زمینه تجارب جنسی اطلاق نمی گردد. افراد باید قادر باشند در زندگی جنسی خود احساس رضایت و امنیت نمایند و این روابط، عاری از خشونت، تبعیض و یا هیجان های منفی باشد (۳). از دیدگاه مسترز و جانسون سلامت جنسی جزء مهمی از کیفیت زندگی و احساس بهزیستی عمومی، روانی، اجتماعی و ... است و بخش جدایی ناپذیری از هویت و شخصیت را تشکیل می دهد که بر نحوه برقراری ارتباط فرد با خود، همسر و هر انسان دیگری اثرگذار می باشد (۴،۵). دغدغه های سلامت جنسی فراتر از باروری و تولیدمثل، مواردی مانند ناتوانی و دیسفانکشن جنسی و خشونت جنسی را در بر می گیرد (۶). سلامت جنسی در زنان به تشخیص مشکلات و کمک برای افزایش عملکرد و رضایت جنسی آنها می پردازد (۷). زارعی و پورحسین و طرفداری و حبیبی عسکرآباد و باباخانی (۸) از نتایج یافته های پژوهش خود دریافتند، سلامت جنسی تحت تأثیر عوامل چندگانه زیستی، روانی، اجتماعی و فرهنگی است که قادرند از تأثیری مثبت و یا منفی بر سلامت جنسی برخوردار باشند و این عوامل زیستی و روان شناختی می توانند به صورت مستقیم و غیرمستقیم، سلامت جنسی را پیش بینی نمایند. یکی از عوامل روان شناختی موثر بر سلامت جنسی، باورهای غیرمنطقی است. باورهای فرد بر نحوه تعامل بین شخصی و روابط زناشویی تأثیر مستقیم دارد (۱) و می تواند

در سلامت روان شناختی او نقش داشته باشد (۹). باورهای غیرمنطقی علت اصلی اختلاف ها در روابط اجتماعی است و موجب ناراحتی، اضطراب، افسردگی، تکبر، عدم تحرک و بی علاقهگی در زندگی افراد می شود و به دلیل همراه داشتن نگرانی ها، انتظارات و نشخوار فکری موجب بروز اختلال های روانی می شوند (۱۰). نتایج پژوهش ها نشان داده اند که باورهای غیرمنطقی از عوامل موثر بر سلامت جنسی (۱)، روابط جنسی (۱۰-۱۱-۱۲) و کیفیت زناشویی (۱۳) است. هنگامی که باورهای غلط و غیرمنطقی در زوجین پایدار باشد آن ها به نقش و اثرگذاری خویش در ایجاد مسائل و مشکلات زناشویی واقف نخواهند بود. لذا این باورها موجب خواهند شد که دیدگاه افراد نسبت به خود، جهان هستی و روابط زناشویی تغییر نماید و سلامت آنان متأثر از شناخت و باورهای نادرست کاهش یابد و فروپاشی بیشتری را در روابط جنسی و زناشویی خود تجربه کنند و از رفتارهای سلامت محور کمتری برخوردار خواهند بود و کاهش سلامت جنسی را در آنان در پی خواهد داشت (۱).

از دیگر عوامل موثر بر سلامت جنسی، خودپنداره جنسی است (۱۴). خودپنداره، تصویر یا برداشت شخص است از آن چیزی که هست و یکی از عوامل روان شناختی حاصل از نظام ادراکی انسان است که به طور آگاهانه عمل می کند و تعیین کننده شیوه زندگی است و از زمینه هایی نظیر درک توانایی های مردمی، درک روابط فرد با خود، خانواده و دیگران، ارزش ها و هدف های زندگی تشکیل می گردد (۱۵). امروزه پژوهشگران حوزه سلامت و بهداشت، خودپنداره جنسی را یکی از اجزا مهم سلامت جنسی می دانند که براساس مطالعات موجود می تواند به رفتارهای جنسی افراد کمک نماید (۱۴-۱۶). خودپنداره جنسی ارائه شناخت از جنبه های جنسی فرد است که این شناخت سبب تغییر در فرایند روان شناختی افراد در روابط جنسی شده و بر رفتار و عملکرد جنسی آنان تأثیری مستقیم بر جای می گذارد (۱۷-۱۸-۱۹). توجه به جنبه های مثبت خودپنداره جنسی که می تواند سلامت افراد را در ابعاد مختلف آن در پی داشته باشد، حائز اهمیت است (۲۰).

حمایت اجتماعی ادراک شده از دیگر عوامل تأثیرگذار بر سلامت و دارای تأثیری همه جانبه است که وجود آن فرد را در مقابله با هر رویدادی تجهیز می کند (۲۱). حمایت اجتماعی بیانگر برداشت فرد از تبادلات بین فردی در میان

فربیا مرزبانی و همکاران

ترتیب که هر قدر خودکارآمدی در برخورد با مسایل جنسی بالاتر باشد توانایی رفع مشکلات به وجود آمده در روابط جنسی نیز در افراد بیشتر می گردد. خودکارآمدی جنسی برای داشتن یک عملکرد جنسی مناسب و مطلوب، ضروری است و این خودکارآمدی جنسی سبب عملکرد اجتماعی و روانی بهتری در زندگی افراد می شود. در واقع خودکارآمدی جنسی، پیشگویی کننده عملکرد جنسی است (۲۸).

با این که در برخی مطالعات، تاثیر عوامل روان شناختی و شخصیتی در سلامت جنسی در جوامع مختلف مورد بررسی قرار گرفته است، اما ترکیب متغیرهای مورد پژوهش (باورهای غیرمنطقی، خودپنداره جنسی، حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی) در هیچ مطالعه خارجی و داخلی به صورت مدل انجام نشده است. لذا این مطالعه اهمیت خاص خود را دارد. انتظار می رود که نتایج حاصل از بررسی برآزش مدل نقش واسطه ای خودکارآمدی در رابطه بین باورهای غیرمنطقی، خودپنداره جنسی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی سلامت جنسی، از لحاظ علمی حائز اهمیت باشد زیرا با کسب اطلاعات کافی در این زمینه می توان برنامه های آموزشی موثر برای کاهش اختلالات جنسی طراحی و زمینه بهبود سلامت جنسی گروه های مختلف جامعه و استحکام بنیان خانواده آنان، به ویژه شاغلین و از جمله کارکنان کادر درمان که در برابر مشکلات مربوط به سلامت آسیب پذیر هستند را فراهم نمود. برای کادر درمان اجرای دستورالعمل مربوط به بهداشت خواب به دلیل این که اصطلاحاً به صورت شیفت ورک هستند (کار خارج از ساعت نرمال ۹ صبح تا ۵ بعدازظهر)، غالباً دشوار است و موجب می گردد در معرض خطراتی در حوزه سلامت قرار گیرند و از جمله فعالیت هورمون های جنسی و باروری آنها را نیز تحت تاثیر قرار دهد. از سویی سلامت جنسی بخش مهمی از کیفیت زندگی و بخش جدایی ناپذیری از هویت و شخصیت انسان را تشکیل می دهد که می تواند بر نحوه برقراری ارتباط فرد با خود، همسر و تعاملات بین فردی او اثرگذار باشد (۴،۵). بنابراین توجه به سلامت جنسی به عنوان یکی از ابعاد سلامت در کارکنان کادر درمان که از جمله مشاغل یاری رسان محسوب می شود، از اهمیت مضاعفی برخوردار خواهد بود تا بدین وسیله بتوانند در وهله اول سلامت خود را حفظ و ارتقا دهند و سپس نسبت به تشخیص و درمان بیماری هموعان آسیب دیده و کاهش درد و آلام آنان، اقدامات لازم را جاری نمایند. پژوهش حاضر با عنایت به مطالب فوق بر آن بود که به تدوین مدل

اعضای شبکه اجتماعی است که برای فرد، مهم و با ارزش تلقی می گردد و بازگو کننده ادراک فرد از دسترس بودن حمایت دیگران از جمله همسر، در صورت نیاز به کمک می باشد. افرادی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند، از رضایت زناشویی و سلامت بالاتری نیز بهره خواهند برد (۲۲). سارافینو و اسمیت حمایت اجتماعی را به داشتن احساس اطمینان و راحتی، تعلق داشتن و مورد محبت قرار داشتن در هنگام تنش و فشار تعریف می نمایند. حمایت اجتماعی ادراک شده از سه عنصر عاطفه، تصدیق و یاری ترکیب شده است. عاطفه یعنی ابراز عشق و محبت، تصدیق یعنی آگاهی از رفتار و بازخوردهای مناسب و یاری یعنی مساعدت مستقیم مانند یاری رساندن در انجام کارها و کمک های مالی است (۲۳). نتایج پژوهش های انجام شده حاکی از آن است که خانواده، دوستان و همکاران مهم ترین شبکه های اجتماعی محسوب می شوند. تمامی شبکه های اجتماعی حمایت کننده نیستند، بلکه شبکه هایی حمایت کننده اند که بتوانند به تندرستی و سلامتی منجر شوند. به نظر می رسد حمایت اجتماعی با افزایش سلامت جسمانی و روانی فرد و کاهش آثار منفی عوامل استرس زا با سلامت رابطه مستقیم دارد (۱۲).

خودکارآمدی یکی از عوامل موثر بر سلامت است. از نظر بندورا، خودکارآمدی توانایی فرد در انجام یک عمل خاص یا کنار آمدن با یک موقعیت ویژه است. خودکارآمدی به باورهای افراد درباره توانایی هایشان در سامان دادن انگیزه ها، منابع شناختی و اعمال کنترل بر یک رخداد معین اشاره دارد (۲۴). احساس خودکارآمدی و عملکرد مؤثر، هم به داشتن مهارتها و هم به باور در توانایی انجام آن مهارتها نیازمند است. اداره کردن موقعیتهای دائم التغییر، مهمم، غیرقابل پیش بینی و استرس زا، مستلزم داشتن مهارت های چندگانه است (۲۵). بندورا (۲۰۰۶) معتقد است که خودکارآمدی در وهله اول یک باور است و سپس عمل. خودکارآمدی بالا، سلامت روان و توانایی انجام کارها را افزایش داده و افراد را در برابر مسائل زندگی مقاوم می کند (۲۶). نتایج پژوهش های ریسینگ و همکاران (۲۷) نشان داد که با افزایش خودکارآمدی جنسی می توان مشکلات جنسی اساسی و اصلی زنان را مرتفع نمود، بدین گونه که هر چه خودکارآمدی جنسی بالاتر باشد عملکرد جنسی نیز مطلوب تر می شود. همچنین مطالعه پواتانا و راماسوتا در سال ۲۰۰۸ نشان داد که رابطه معنی داری بین خودکارآمدی جنسی و ارتقای بهبود عملکرد جنسی وجود دارد، به این

ساختاری سلامت جنسی بر اساس باورهای غیرمنطقی، خودپنداره جنسی و حمایت اجتماعی ادراک شده با نقش میانجی خودکارآمدی در کارکنان کادر درمان پیردازد و در واقع مسئله پژوهش حاضر بررسی این سوال بود که آیا مدل ساختاری پیش بینی سلامت جنسی بر اساس باورهای غیرمنطقی، خودپنداره جنسی و حمایت اجتماعی ادراک شده با نقش واسطه ای خودکارآمدی در کارکنان کادر درمان از برآزش قابل قبولی برخوردار است؟

روش کار

تحقیق حاضر بر حسب هدف از جمله تحقیقات کاربردی و به لحاظ شیوه اجرای تحقیق در زمره تحقیقات همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه کارکنان کادر درمان شاغل در بیمارستان های شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. نرم افزار G*power یکی از نرم افزارهای مختلفی است که برای تعیین حجم نمونه در مطالعات علوم پزشکی موجود است و برای محاسبه حجم نمونه مطالعات پژوهشی، امکان ارجاع به این نرم افزار وجود دارد (۲۹). به همین منظور در این پژوهش برای برآورد حجم نمونه، از نرم افزار G*power استفاده شد. با توجه به نوع آزمون آماری برای تحلیل و عوامل دخیل، از حجم جامعه آماری پزشکی و جامعه پرستاری به تعداد (۶۳۰۳) نفر در نهایت ۵۰۰ نفر از افراد کادر درمان شاغل بیمارستان های شهر کرمانشاه در بخش دولتی و غیردولتی به عنوان نمونه آماری پژوهش انتخاب شدند. در این پژوهش به لحاظ وجود طبقات و گروه های مختلف در جامعه آماری مورد نظر که در عین این که ویژگی این طبقات با یکدیگر تفاوت اما در عین حال اعضای آنها با یکدیگر تجانس داشتند، از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای استفاده گردید و ملاک های جنسیت، دامنه سنی و مرتبه اجرایی در مرکز درمانی به عنوان طبقات معرفی شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل: متاهل بودن و داشتن مقاربت جنسی، برخورداری از حداقل یک سال سابقه کاری، نداشتن بیماری های مزمن جسمانی و روانی و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود و ملاک های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: عدم پاسخگویی به سوالات، عدم تمایل به ادامه پژوهش و تکمیل ناقص پرسشنامه ها.

روش اجرای پژوهش بدین ترتیب بود که پس از تصویب طرح در شورای پژوهشی و کسب مجوز لازم از دانشگاه محترم آزاد اسلامی واحد سنندج، نسبت به اخذ کد اخلاق

با شناسه IR.IAU.SDJ.REC.1401.084 از کمیته اخلاق در پژوهش اقدام گردید. سپس بیمارستان های دولتی و غیردولتی از مناطق مختلف جغرافیایی شهر کرمانشاه انتخاب و کادر درمان این بیمارستان ها با توجه به حضور طبقات متفاوت در نمونه آماری مد نظر قرار گرفت. سپس در مورد اهداف و مشارکت در پژوهش و رعایت اصول اخلاقی مانند رضایت آگاهانه، محرمانه بودن اطلاعات شخصی و رازداری، شیوه پاسخدهی به هر یک از ابزارهای پژوهش، عدم درج نام در پرسشنامه و این که پاسخ های آنان فقط به عنوان داده های پژوهشی و به صورت جمعی تحلیل و مورد استفاده قرار خواهد گرفت توضیحات لازم داده شد. سپس در صورت تمایل آنها به شرکت در پژوهش، از افراد تقاضا گردید تا پرسشنامه ها را تکمیل نمایند که این فرایند در طی شش ماه به سرانجام رسید. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شد:

پرسشنامه سلامت جنسی: برای سنجش سلامت جنسی در این پژوهش از پرسشنامه سلامت جنسی معنوی پور که در سال ۱۳۸۸ توسط معنوی پور و همکاران طراحی گردیده، استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۳ عبارت است که آزمودنی باید میزان توافق خود را با هر یک از عبارتها با انتخاب یک گزینه ۳ درجه ای از (موافقم) تا (مخالقم) انتخاب نماید. 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 دامنه نمره بین ۳۳ تا ۹۹ است که نمره بالا بیانگر میزان سلامت جنسی بیشتر است. در پژوهش معنوی پور و همکاران (۳۰) روایی صوری و محتوا به صورت روش کیفی ابزار توسط پنج فرد متخصص بررسی و تأیید شده ولی گزارشی از جزئیات کار ارائه نگردیده است. همچنین اندازه گیری روایی سازه به روش تحلیل عاملی روی ۱۵۰ تن از افراد نشان داد که پرسشنامه بیش از ۹۲ درصد از واریانس سلامت جنسی را تبیین می کند و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق ۰/۸۲٪ گزارش شد. در پژوهش حاضر پایایی ترکیبی و روایی همگرایی این پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۶۱ به دست آمد.

پرسشنامه باورهای غیرمنطقی: برای سنجش باورهای غیرمنطقی از آزمون چهار عاملی باورهای غیرمنطقی اهواز استفاده گردید که توسط معتمدین و عبادی در سال ۱۳۸۴ از روی آزمون باورهای غیرمنطقی ساخته شده و دارای ۴۰

فربیا مرزبانی و همکاران

شده است. دارای ۱۲ گویه بوده و سه منبع خانواده (آیتم های ۳، ۴، ۸، ۱۱)، دوستان (آیتم های ۶، ۷، ۹، ۱۲) و افراد مهم زندگی فرد (آیتم های ۱، ۲، ۵، ۱۰) را در بر می گیرد. این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس هفت درجه ای از کاملاً مخالف (یک) تا کاملاً موافق (هفت) ساخته شده است. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، نمره مجموع سوالات ۱ تا ۱۲ با هم جمع می شوند تا میزان حمایت اجتماعی ادراک شده مشخص شود. دامنه امتیازها از ۱۲ تا ۸۴ خواهد بود و هر چه این امتیازات بالاتر باشد نشان دهنده میزان بالای حمایت اجتماعی ادراک شده خواهد بود. روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) در حد مطلوب گزارش شده است. بروئر در سال ۲۰۰۸ پایایی درونی این ابزار را در یک نمونه ۱۰۰ نفری از نوجوانان با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه کرد. در پژوهش سامانی فر پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد (۳۴). در پژوهش حاضر پایایی ترکیبی و روایی همگرایی این مقیاس به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۵۸ به دست آمد. پرسشنامه خودکارآمدی: برای سنجش خودکارآمدی از پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (GSE) که توسط شرر و همکاران (۱۹۸۲) جهت سنجش باورهای خودکارآمدی عمومی ساخته شده است استفاده شد. این مقیاس دارای ۱۷ گویه است که سه جنبه از رفتار را اندازه گیری می کند. پرسشنامه خودکارآمدی عمومی بر اساس مقیاس ۵ لیکرتی از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم می شود. نمره گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ نمره تعلق می گیرد. سوال های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه سوال ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره گذاری می شوند. بنابراین حداکثر نمره ای که می توان از این مقیاس به دست آورد، ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. نمره بالا حاکی از احساس خودکارآمدی بیشتر است. شرر اعتبار پرسشنامه خودکارآمدی عمومی را به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ ذکر می کند. اولین بار در ایران این مقیاس توسط بختیاری براتی (۱۳۷۶) ترجمه و اعتباریابی شد. قابلیت اعتماد مقیاس خودکارآمدی در پژوهش بختیاری براتی (۱۳۷۶)، ۰/۷۹ و در پژوهش عبدی نیا (۱۳۷۷)، ۰/۸۵ و در پژوهش اعرابیان و همکاران (۱۳۸۳) ۰/۹۱ گزارش شده است (۳۵). در پژوهش حاضر پایایی ترکیبی و روایی همگرایی این پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۶۹ به دست آمد.

پرسشنامه محقق ساخته مشخصات دموگرافیک: این پرسشنامه توسط محقق بر اساس هدف پژوهش طراحی

عبارت و ۴ مولفه و یک نمره کلی است. درماندگی در برابر تغییر سوال های ۱-۱۵، تقاضای تأیید عبارت های ۱۶-۲۵، اجتناب از مشکل سوال های ۲۶-۳۰ و بی مسئولیتی عاطفی سوال های ۳۱-۴۰، مولفه های این آزمون هستند. این آزمون براساس لیکرت ۵ درجه ای (کاملاً مخالفم=۰ تا کاملاً موافقم=۴) نمره گذاری می شود. دامنه نمرات مقیاس بین ۴۰ تا ۲۰۰ است و نمره بالا نشان دهنده باورهای غیرمنطقی می باشد. نتایج مطالعه معتمدین و عبادی بر روی دانشجویان دختر و پسر شهر اهواز نشان داد که روایی همگرایی آزمون چهار عاملی باورهای غیرمنطقی اهواز با آزمون باورهای غیرمنطقی ۰/۸۷٪ بود. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در ۱۴۰۰ تن از دانشجویان برای مولفه های درماندگی در برابر تغییر ۰/۷۷، تقاضای تأیید ۰/۶۸، اجتناب از مشکل ۰/۵۹، بی مسئولیتی عاطفی ۰/۶۸ و نمره کل ۰/۸۶ به دست آمد (۳۱). در پژوهش حاضر پایایی ترکیبی و روایی همگرایی این پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۵۶ به دست آمد.

پرسشنامه چندوجهی خودپنداره جنسی: پرسشنامه چند وجهی خودپنداره جنسی که در سال ۱۹۹۵ توسط پروفیسور ویلیام اسنل طراحی شده است، یکی از کاربردی ترین ابزارهایی است که در حوزه روان شناختی برای اندازه گیری درک افراد از رابطه جنسی-شان به کار برده می شود (۳۲). نسخه فارسی این پرسشنامه ۷۸ سوال و ۱۸ حیطه دارد و توسط ضیایی در سال ۱۳۹۲ در ایران هنجاریابی شده است (۳۳). سئوالات مقیاس لیکرت که از صفر (عبارت به هیچ وجه در مورد من صدق نمی کند) تا چهار (کاملاً در مورد من صدق می کند) نمره گذاری می شود و حیطه ها به حیطه های بزرگتری از جمله خودپنداره جنسی منفی، خودپنداره جنسی مثبت و خودپنداره جنسی موقعیتی طبقه بندی می شوند. در این ابزار ۴ عبارت به شکل معکوس نمره گذاری می شوند. حداقل نمره در بعد خودپنداره مثبت و منفی صفر و حداکثر نمره در خودپنداره مثبت ۱۷۶ و خودپنداره منفی ۶۴ است. میزان پایایی این پرسشنامه در حیطه های مختلف با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (۳۳). در پژوهش حاضر پایایی ترکیبی و روایی همگرایی این پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۵۹ به دست آمد. مقیاس چند بُعدی حمایت اجتماعی ادراک شده: این مقیاس توسط زیمت و همکارانش در سال ۱۹۸۸ برای ارزیابی ادراک آزمودنی از کفایت منابع حمایت اجتماعی شامل خانواده، دوستان و فرد مهم در زندگی آزمودنی ساخته

آزمون فرضیه های پژوهش، از روش های الگویابی معادلات ساختاری (SEM) استفاده شد و به همین سبب نرم افزار SPSS24 و Smart PLS مورد استفاده واقع گردید.

گردید و شامل برخی اطلاعات مانند جنس، سن، مدت زمان تاهل و مقاربت جنسی، تعداد فرزندان و مرتبه اجرایی در مرکز درمانی بود. در پژوهش فوق، برای تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده از روش حداقل مجذورات جزئی (PLS) و به منظور

یافته ها

جدول ۱: اطلاعات توصیفی متغیرها

متغیرهای جمعیت شناختی	فراوانی	درصد
جنس		
زن	۲۳۳	۴۶/۶
مرد	۲۶۷	۵۳/۴
سن		
کمتر از ۲۴ سال	۳۸	۷/۶
۲۴ الی ۲۸	۸۴	۱۶/۸
۲۹ الی ۳۳	۱۳۹	۲۷/۸
۳۴ الی ۳۸	۷۳	۱۴/۶
۳۹ الی ۴۳	۶۶	۱۳/۲
۴۴ الی ۴۸	۶۳	۱۲/۶
۴۸ به بالا	۳۷	۷/۴
مدت زمان تاهل و مقاربت جنسی		
کمتر از ۱ سال	۹۴	۱۸/۸
۱ الی ۵ سال	۱۲۹	۲۵/۸
۶ الی ۱۰	۷۹	۱۵/۹
۱۱ الی ۱۵	۸۲	۱۶/۴
۱۶ الی ۲۰	۲۹	۵/۸
۲۱ الی ۲۵	۶۴	۱۲/۸
۲۶ الی ۳۰	۱۲	۲/۴
۳۰ به بالا	۱۱	۲/۲
تعداد فرزندان		
بدون فرزند	۱۵۷	۳۱/۴
۱ فرزند	۱۰۴	۲۰/۷
۲ فرزند	۹۴	۱۸/۹
۳ فرزند	۸۳	۱۶/۶
بیشتر از ۳ فرزند	۶۲	۱۲/۴

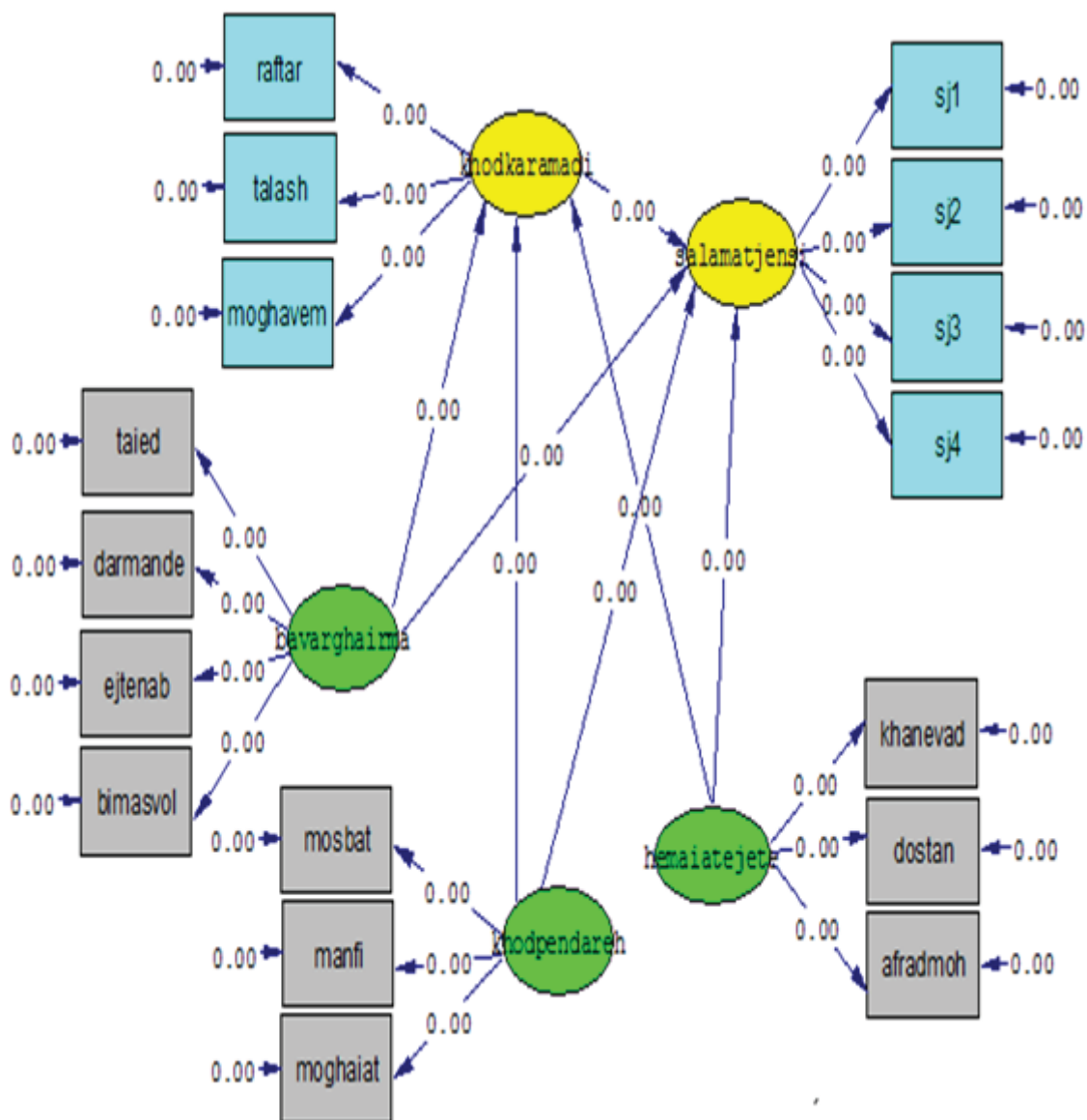
مرتبه اجرایی در مرکز درمانی		
۲/۴	۱۲	پزشک فوق تخصص
۶/۴	۳۲	پزشک متخصص
۱۰/۶	۵۳	دستیار تخصص
۱۱/۴	۵۷	پزشک عمومی
۱۵/۲	۷۶	کارورز
۱۹/۲	۹۶	پرستار
۷	۳۵	هوشبر
۷/۴	۳۷	اتاق عمل
۸/۲	۴۱	علوم آزمایشگاهی
۸/۲	۴۱	رادیولوژی
۴	۲۰	داروساز

جدول ۲: ماتریس فورنل و لارکر جهت بررسی روایی واگرا

مؤلفه	شماره	۱	۲	۳	۴	۵
باورهای غیرمنطقی	۱	.۵۹				
خودپنداره جنسی	۲	.۴۳	.۶۱			
سلامت جنسی	۳	.۲۶	.۵۲	.۴۷		
حمایت اجتماعی ادراک شده	۴	.۳۷	.۴۱	.۲۵	.۵۵	
خودکارآمدی	۵	.۴۱	.۴۸	.۳۴	.۴۲	.۴۳

(ساختاری) پژوهش بررسی گردید.

نتایج جدول ۲ نشان داد، همه متغیرهای مکنون دارای روایی واگرایی قابل قبولی بودند. لذا در ادامه مدل درونی



شکل ۱: مدل مفهومی اولیه پژوهش

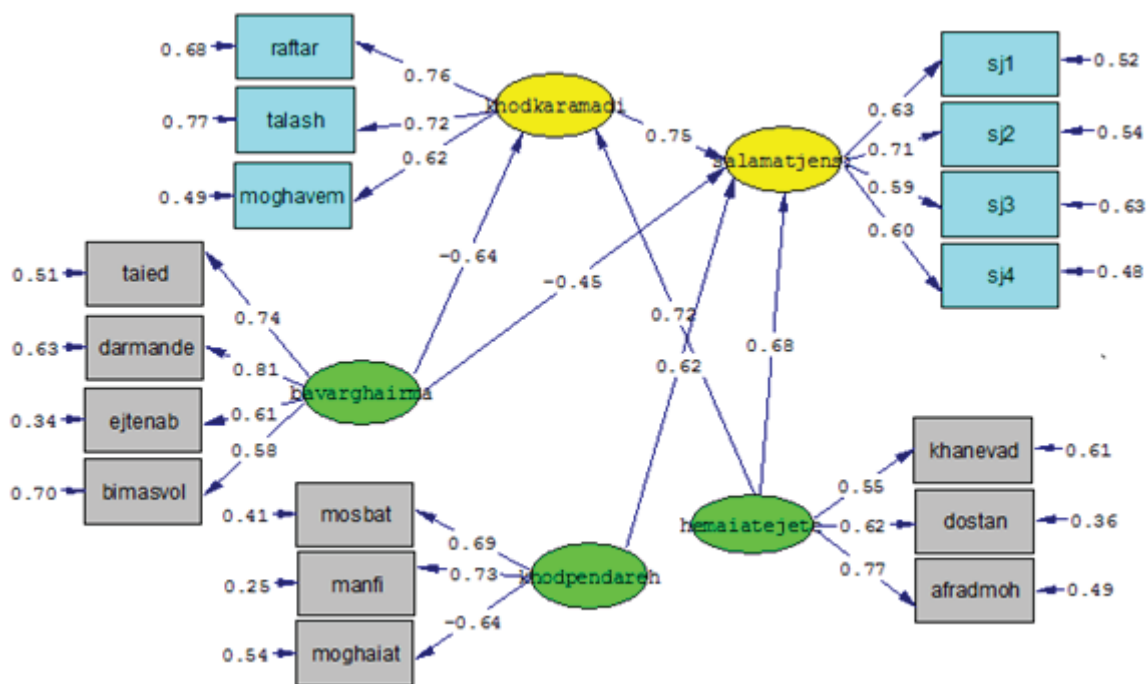
جدول ۳: شاخص های هم خطی، اثرات مستقیم و غیرمستقیم و اندازه اثر مدل درونی پژوهش

مسیر	هم خطی	اثرات مستقیم			اندازه اثر (۳)	
		Sig	T	β	فاصله اطمینان	% ۹۷/۵
باورهای غیرمنطقی ← سلامت جنسی	۱/۸۴۵	.۰۰۰	-۳/۳۷۳	-.۰۴۵	-.۰۵۲۷	-.۰۳۱۴
خودپنداره جنسی ← سلامت جنسی	۱/۶۷۱	.۰۰۱	۴/۵۹۸	.۰۶۲	.۰۷۳۶	.۰۵۴۷
حمایت اجتماعی ادراک شده ← سلامت جنسی	۱/۹۱۹	.۰۰۰	۵/۱۲۵	.۰۶۸	.۰۷۵۲	.۰۶۲۹
خودکارآمدی ← سلامت جنسی	۱/۷۴۵	.۰۱۴	۶/۱۳۴	.۰۷۵	.۰۸۲۵	.۰۶۹۶
باورهای غیرمنطقی ← خودکارآمدی	۱/۶۹۴	.۰۰۳	۴/۷۴۲	-.۰۶۴	-.۰۶۸۳	-.۰۵۹۸
خودپنداره جنسی ← خودکارآمدی	۱/۷۲۹	.۰۳۲۷	.۸۳۴	-.۰۱۸	-.۰۳۱۹	-.۰۲۳۳
حمایت اجتماعی ادراک شده ← خودکارآمدی	۱/۸۴۳	.۰۰۴	۵/۹۲۳	.۰۷۲	.۰۷۹۴	.۰۶۷۱
اثرات غیرمستقیم						
باورهای غیرمنطقی ← خودکارآمدی ← سلامت جنسی		.۰۰۰	-۲/۱۸۹	-.۰۸۴	-.۰۱۲۵	-.۰۱۴۴
خودپنداره جنسی ← خودکارآمدی ← سلامت جنسی		.۰۶۲۱	.۷۳۲	-.۰۴۱	-.۰۱۱۲	-.۰۱۹۱
حمایت اجتماعی ادراک شده ← خودکارآمدی ← سلامت جنسی		.۰۲۰۰	۴/۲۳۳	.۰۴۵	.۰۲۱۶	.۰۱۹۴

معناداری ندارد ($p > .05$ و $T = -.0834$ و $\beta = -.018$). حمایت اجتماعی ادراک شده بر خودکارآمدی اثر مثبت و معناداری دارد ($p < .05$ و $T = 5.923$ و $\beta = .072$). اثر غیرمستقیم باورهای غیرمنطقی بر سلامت جنسی و نقش واسطه ای خودکارآمدی منفی و معنادار می باشد ($p < .05$ و $T = -2.981$ و $\beta = -.048$). اثر غیرمستقیم خودپنداره جنسی بر سلامت جنسی و نقش واسطه ای خودکارآمدی معنادار نمی باشد ($p > .05$ و $T = 0.237$ و $\beta = -.014$). اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده بر سلامت جنسی و نقش واسطه ای خودکارآمدی مثبت و معنادار می باشد ($p < .05$ و $T = 4.232$ و $\beta = .054$). لذا بر اساس نتایج بدست آمده می توان نتیجه گرفت مدل نهایی شامل تمامی مسیرها به استثنا مسیرهای (از خودپنداره جنسی به خودکارآمدی) و (از خودپنداره جنسی به خودکارآمدی به سلامت جنسی) می باشد. در شکل ۲ نمودار مسیر به همراه ضرایب تاثیر در مدل نهایی پژوهش ارائه شده است.

اولین معیار برای بررسی مدل درونی، بررسی هم خطی بودن متغیرها می باشد، که به همین منظور از شاخص تحمل و عامل تورم واریانس (VIF) استفاده شد. همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می دهد، شرط عدم هم خطی بودن رعایت شده است. دومین معیار ارزیابی مدل درونی، ضرایب مسیر می باشند که این ضرایب به همراه مقادیر T سطح معنی داری و هم چنین فاصله اطمینان برای اثرات مستقیم و غیرمستقیم در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج به دست آمده در جدول ۳ حاکی از آن است که باورهای غیرمنطقی بر سلامت جنسی اثر منفی و معناداری دارد ($p < .05$ و $T = -3.373$ و $\beta = -.045$). خودپنداره جنسی بر سلامت جنسی اثر مثبت و معناداری دارد ($p < .05$ و $T = 4.598$ و $\beta = .062$). حمایت اجتماعی ادراک شده بر سلامت جنسی اثر مثبت و معناداری دارد ($p < .05$ و $T = 5.125$ و $\beta = .068$). خودکارآمدی بر سلامت جنسی اثر مثبت و معناداری دارد ($p < .05$ و $T = 6.134$ و $\beta = .075$). باورهای غیرمنطقی بر خودکارآمدی اثر منفی و معناداری دارد ($p < .05$ و $T = -4.742$ و $\beta = -.064$). خودپنداره جنسی بر خودکارآمدی اثر

فربیا مرزبانی و همکاران

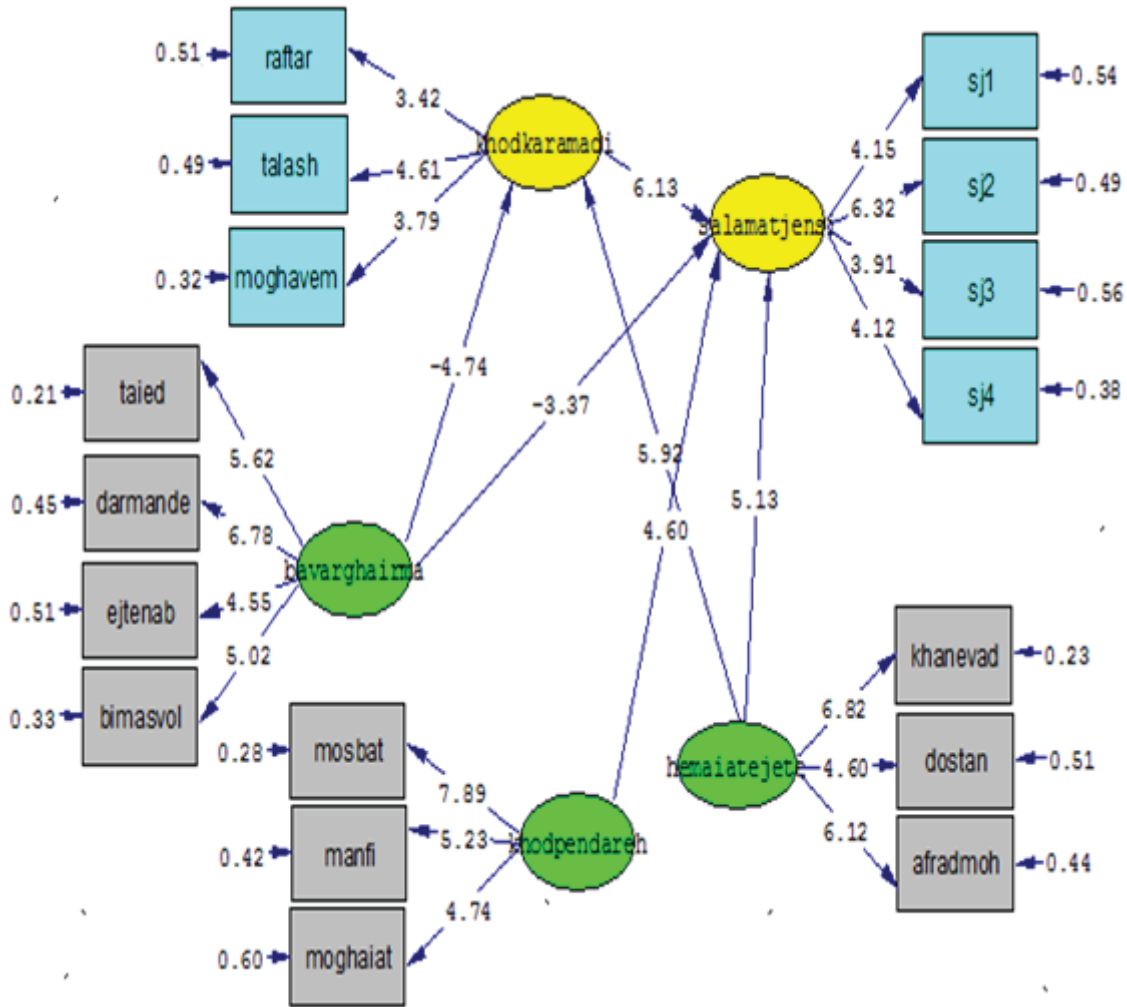


شکل ۲: نمودار مسیر به همراه ضرایب تاثیر در مدل نهایی پژوهش

خلاصه تحلیل معادلات ساختاری در جدول ۴ ارائه شده است.

نتیجه مسیر	مسیرهای مستقیم
تایید مسیر	از باورهای غیرمنطقی به سلامت جنسی
تایید مسیر	از خودپنداره جنسی به سلامت جنسی
تایید مسیر	از حمایت اجتماعی ادراک شده به سلامت جنسی
تایید مسیر	از خودکارآمدی به سلامت جنسی
تایید مسیر	از باورهای غیرمنطقی به خودکارآمدی
رد مسیر	از خودپنداره جنسی به خودکارآمدی
تایید مسیر	از حمایت اجتماعی ادراک شده به خودکارآمدی
مسیرهای غیرمستقیم	
تایید مسیر	از باورهای غیرمنطقی به خودکارآمدی به سلامت جنسی
رد مسیر	از خودپنداره جنسی به خودکارآمدی به سلامت جنسی
تایید مسیر	از حمایت اجتماعی ادراک شده به خودکارآمدی به سلامت جنسی

در شکل ۳ نمودار مسیر به همراه مقادیر معناداری T در مدل نهایی پژوهش ارائه شده است.



شکل ۳: نمودار مسیر به همراه مقادیر معناداری T در مدل نهایی پژوهش

مکنون برونزای معین از مدل می باشد. نتایج این معیار در جدول ۵ ارائه شده است.

سومین معیار ارزیابی مدل درونی، اندازه اثر (F^2) می باشد، که نشان دهنده تغییر در مقدار (R^2) پس از حذف یک متغیر

جدول ۵: شاخص های R^2 و Q^2 و ماتریس اهمیت - عملکرد مدل درونی پژوهش

متغیر	R^2	Q^2	ماتریس اهمیت عملکرد (IPMA) اثر کل (اهمیت)	عملکرد
باورهای غیرمنطقی	.۳۹۶	.۱۳۲	.۲۵۶	۲۹/۶۷
خودپنداره جنسی	.۴۲۷	.۱۴۱	.۴۱۹	۳۸/۵۲
حمایت اجتماعی ادراک شده	.۳۹۷	.۱۲۸	.۳۶۳	۳۱/۲۹
خودکارآمدی	.۵۲۱	.۱۴۹	.۵۱۰	۴۲/۱۷

بحث

هدف پژوهش حاضر تدوین مدل ساختاری سلامت جنسی بر اساس باورهای غیرمنطقی، خودپنداره جنسی و حمایت اجتماعی ادراک شده با نقش میانجی خودکارآمدی بود. نتایج حاصل از مدل معادلات ساختاری نشان داد که ضریب اثر مستقیم و معناداری بین باورهای غیرمنطقی

بر اساس نتایج جدول ۵، باورهای غیرمنطقی، خودپنداره جنسی، حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی دارای اندازه اثر بزرگ بودند و ضریب تعیین (R^2) که نشان دهنده دقت پیش بینی مدل است در همه متغیرها دارای مقدار متوسط می باشند.

فربیا مرزبانی و همکاران

و خودپنداره جنسی مثبت، رضایت و سازگاری زناشویی را نیز در پی خواهد داشت، به عبارت دیگر فرکانس بالاتر رابطه جنسی می تواند انعکاسی مثبت از بهنجاری رابطه زناشویی باشد، از این رو می توان بیان کرد که خودپنداره جنسی مثبت می تواند پیش بینی کننده سلامت جنسی باشد.

هم چنین نتایج حاصل از مدل معادلات ساختاری نشان داد که ضریب اثر مستقیم و معناداری بین حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت جنسی وجود داشت. این یافته با یافته های ظهیری و صمدی فرد (۲۲)، صابری و همکاران (۳۸) و اظهاری و همکاران (۳۹) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت عملکرد جنسی بهینه و سلامت جنسی افراد بخشی از سلامت آنان محسوب می شود و از اجزای اساسی زندگی است و پدیده ای است چند بعدی که تحت تاثیر بسیاری از عوامل زیستی روانی قرار می گیرد (۴۰). سلامت به تنهایی به معنای عاری بودن انسان از امراض نیست بلکه شامل رفاه احساسی، روانی و اجتماعی نیز می باشد و بر این اساس، عوامل اجتماعی چون حمایت اجتماعی نقشی غیر قابل انکار بر سلامت دارد. حمایت و روابط خوب اجتماعی سهم چشمگیر و حفاظتی قوی بر سلامت دارد. روابط حمایتی می تواند سبب برانگیختن رفتارهای سالم تری گردد. افرادی که حمایت اجتماعی کمتری دریافت می کنند بیشتر در معرض مشکلات روانی و جسمی هستند. از دیدگاه مسترز و جانسون سلامت جنسی بخش مهمی از احساس بهزیستی عمومی، روانی، اجتماعی و ... است و بخش جدایی ناپذیری از هویت و شخصیت یک انسان کامل را تشکیل می دهد که بر نحوه برقراری ارتباط فرد با خود، همسر و هر انسان دیگری اثرگذار می باشد (۴-۵). لذا می توان نتیجه گرفت که حمایت اجتماعی ادراک شده توانایی پیش بینی سلامت جنسی را دارد.

هم چنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ضریب غیرمستقیم بین متغیر باورهای غیرمنطقی با سلامت جنسی از طریق متغیر میانجی خودکارآمدی معنادار بود و متغیر خودکارآمدی می تواند رابطه بین باورهای غیرمنطقی با سلامت جنسی را میانجی گری نماید. بنابراین نتیجه گرفته می شود که متغیر باورهای غیرمنطقی هم اثر مستقیمی بر روی سلامت جنسی دارد و هم به واسطه خودکارآمدی می تواند رابطه غیرمستقیمی با سلامت جنسی داشته باشد. این یافته با یافته های ترناس، مسچی، شاه نظری، سوداگر و اصغرپور (۳۶) همسو می باشد. خودکارآمدی بر میزان

با سلامت جنسی وجود داشت. این یافته با یافته های میکائیلی و صمدی فرد (۱) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان بیان داشت که باورهای شخصی یکی از متغیرهایی است که به صورت گسترده در چارچوب روان شناسی سلامت مورد مطالعه قرار گرفته است. همان گونه که باورهای مثبت و خوش بینی می تواند سلامت را ارتقاء دهد، به همان اندازه باورهای ناسالم و غیرمنطقی نیز می تواند سلامت فرد را مختل نماید. سلامت جنسی یکی از ابعاد سلامت است لذا می توان بیان نمود که باورهای غیرمنطقی، سلامت جنسی افراد را تحت تاثیر قرار خواهند داد. داشتن باورهای غیرمنطقی به احساسات ناسالم، رفتارهای نامطلوب با دیگران و اختلالات روانی فرد منجر می شود، این باورها بر روان فرد سلطه داشته و عامل تعیین کننده نحوه تعبیر و تفسیر و معنی دادن به رویدادها و تنظیم کننده کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف می گردد (۲۸).

یکی دیگر از نتایج حاصل از مدل معادلات ساختاری پژوهش حاضر نشان داد که ضریب اثر مستقیم و معناداری بین خودپنداره جنسی با سلامت جنسی وجود داشت. این یافته با یافته های ترناس، مسچی، شاه نظری، سوداگر، و اصغرپور (۳۶)، جعفرپورقهنویه، معروفی و ملایی نژاد (۳۳) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت که خودپنداره جنسی، بیانگر احساسات، تصورات و باورهایی است که افراد در مورد روابط جنسی دارند و بر اساس این احساسات و باورها رفتارهای خود را تنظیم می کنند و خود جنسی شان شکل می گیرد. حال وقتی فرد احساسات، تصورات و باورهای مثبتی نسبت به رابطه جنسی داشته باشد، به نظر بدیهی می رسد که رابطه جنسی رضایت بخش تری را تجربه نماید و این رضایت تر بخش بودن رابطه، عملکرد جنسی و سلامت جنسی بیشتری را برای فرد توجیه پذیر می نماید. همسو با مطالعه حاضر گارسیا (۲۰۱۱) در پژوهش خود تحت عنوان اعتقاد به خودپنداره جنسی، نشان داد که مردان خودپنداره جنسی بالاتری نسبت به زنان دارند و مردانی که خودپنداره جنسی بالاتری دارند، میزان ارتباط جنسی با کیفیت تری را نیز تجربه می کنند (۳۳). سلامت جنسی شامل موضوع هایی مانند عملکرد جنسی و روابط جنسی است و عملکرد جنسی بخشی از زندگی و رفتار انسانی است (۳۷). مطابق پژوهش جعفرپورقهنویه، معروفی و ملایی نژاد (۳۳)، خودپنداره جنسی زنان می تواند به عنوان یک متغیر معنی دار، عملکرد جنسی آنان را پیش بینی کند

استرس، فشار روانی و افسردگی ناشی از موقعیت های تهدید کننده اثر می گذارد. افراد با خودکارآمدی بالا در موقعیت های فشارزا سطح فشار روانی خود را کاهش می دهند، اما افراد دارای خودکارآمدی پایین در کنترل تهدیدها، اضطراب بالینی را تجربه می کنند و سلامت خود را به خطر می اندازند. لذا خودکارآمدی بالا با سلامت بیشتر و خودکارآمدی پایین با سلامت کمتر همراه است. مطابق با نظریه عقلانی عاطفی آلبرت ایس (۱۹۹۹) می توان گفت که باورها و افکار فرد می تواند بر رفتار او تأثیر گذارد، باورهای غیرمنطقی مانند اضطراب بیش از حد و نگرانی و درماندگی نسبت به تغییرات می تواند سبب سطوح بالای برانگیختگی شود و این برانگیختگی به دنبال احساس شکست و ناکامی در فرد تجربه شده و سلامت فرد را تهدید می نماید. از سویی دیگر مطالعات نشان داده است در روابط زناشویی، باورهای غیرمنطقی، اضطراب بیش از حد، آمادگی برای سرزنش، ناامیدی برای تغییر در زوج ها بر عملکرد جنسی آنان تأثیر نامطلوب می گذارد (۴۱).

هم چنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ضریب غیرمستقیم بین متغیر خودپنداره جنسی با سلامت جنسی از طریق متغیر میانجی خودکارآمدی معنادار نبود و متغیر خودکارآمدی نمی تواند رابطه بین خودپنداره جنسی با سلامت جنسی را میانجی گری کند. البته می توان گفت که متغیر خودپنداره جنسی اثر مستقیمی بر روی سلامت جنسی داشت اما به واسطه خودکارآمدی رابطه غیرمستقیمی با سلامت جنسی نداشت. هر چند به دلیل عدم وجود پژوهش های پیشین که نقش خودکارآمدی را در ارتباط بین این دو متغیر بررسی نموده باشند، امکان مقایسه نتایج این فرضیه با نتایج قبلی وجود ندارد، اما می توان اشاره نمود که یکی از مولفه های اثرگذار خودپنداره جنسی، خودکارآمدی جنسی است که در مطالعات متعددی اثربخشی آن بر عملکرد جنسی و به نوبه آن افزایش و بهبود سلامت جنسی تأکید شده است. در مطالعه قنادیان، نایینیان و حیدری نسب (۴۲) نشان داده شد که برخی از مولفه های خودپنداره جنسی چون خودکارآمدی، آگاهی جنسی، عزت نفس جنسی و ... سهم موثری در تبیین عملکرد جنسی دارند و هر چه میزان این مولفه ها افزایش یابد، خودپنداره جنسی در فرد رشد یافته و عملکرد جنسی بهتر شده و به دنبال آن سلامت جنسی فرد تضمین می گردد. ریسینگ، لالیبرته و دیویس (۲۷) نیز در پژوهشی بیان کردند که با

افزایش خودکارآمدی می توان مشکلات جنسی اساسی و اصلی زنان را مرتفع نمود. حال آنکه نتیجه کسب شده از پژوهش حاضر ناهمسو با مطالعات فوق الذکر است. علت این تناقض را شاید بتوان زمان، مکان و یا جمعیت متفاوت نمونه آماری پژوهش حاضر دانست. در مطالعه حاضر کارکنان کادر درمان بیمارستان های شهر کرمانشاه فارغ از جنسیت و در رده سنی کمتر از ۲۴ سال تا بالای ۴۸ سال در نظر گرفته شدند حال آنکه در مطالعه ترناس و همکاران (۱۴۰۰) جمعیت آماری متشکل از ۵۰ زن ۲۴ تا ۴۰ ساله مراجعه کننده به مراکز سلامت شهر کرج بوده است. در مطالعه ی قنادیان و همکاران (۱۳۹۹) نیز، جمعیت نمونه را تنها زنان تشکیل داده اند. نکته دیگری که در برخی مطالعات به آن اشاره شده بود، تفاوت میزان خودکارآمدی و خودپنداره در زنان و مردان است. به عنوان مثال در مطالعه نجفیان پور، محرمی و تقی لو (۱۳۹۷) خودکارآمدی با جنسیت رابطه معناداری دارد (۴۳). این مولفه در زنان به ویژه زنان شاغل نسبت به مردان کمتر است. در ایران زنان شاغل غالباً به ایفای نقش متعدد در منزل و محیط شغلی می پردازند و این امر می تواند بر کیفیت سلامت روانی و نهایتاً چگونگی زندگی آنان تأثیر منفی در پی داشته باشد. هم چنین عدم حمایت اجتماعی کافی از زنان نیز در عدم احساس امنیت و به تبع آن در خودکارآمدی ایشان موثر است از این رو شاید افزایش خودکارآمدی در مطالعاتی که تنها جامعه هدف را زنان تشکیل می دهد بتواند نقش موثرتری را در سلامت ایفا نماید.

هم چنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ضریب غیرمستقیم بین متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت جنسی از طریق متغیر میانجی خودکارآمدی معنادار بود و متغیر خودکارآمدی می تواند رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت جنسی را میانجی گری کند. بنابراین نتیجه گرفته می شود که متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده هم اثر مستقیمی بر روی سلامت جنسی دارد و هم به واسطه خودکارآمدی می تواند رابطه غیرمستقیمی با سلامت جنسی داشته باشد. یافته حاضر با یافته های میرسمیعی و ابراهیمی قوام (۴۴)، بارلو (۴۵) و رایین و دسی (۴۶) که نشان داده اند بین خودکارآمدی، حمایت اجتماعی با سلامت رابطه مثبتی وجود دارد، هماهنگی و همخوانی دارد. هم چنین با یافته پژوهش بورلی و همکاران (۴۷) و مرادی و چراغی (۴۸) که بیان نموده اند حمایت های اجتماعی اثر مستقیمی بر

فریبا مرزبانی و همکاران

استفاده قرار گیرد و زمینه ای برای مطالعات گسترده تر و کاربردی فراهم نماید. این پژوهش مانند سایر پژوهش ها با محدودیت هایی روبرو بود از جمله این که نمونه مورد بررسی پژوهش حاضر، کارکنان کادر درمان بودند از این رو در تعمیم نتایج آن به سایر گروه ها بایستی جانب احتیاط رعایت گردد و با توجه به این که برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شد، بنابراین ممکن است نتایج آن به دلیل خودگزارشی بودن و تحت تاثیر سوگیری مطلوبیت اجتماعی و یا الگوی پاسخدهی از جانب آزمودنی ها در پاسخ دادن به سوالات قرار گرفته باشد. در این پژوهش روابط ساختاری متغیرها از طریق مدل سازی معادلات ساختاری که یک روش غیرآزمایشی است مورد استفاده قرار گرفت که روش های غیرآزمایشی دارای محدودیت هایی از جمله عدم کنترل برخی مداخله گرها می باشند که باید مورد توجه واقع شوند. پیشنهاد می گردد در پژوهش های آتی در شرایط کنترل شده به رابطه علت و معلولی متغیرهای این پژوهش در قالب طرح های آزمایشی پرداخته شود تا در صورت اثبات وجود رابطه علی بین آنها بتوان از دانش های کاربردی در زمینه بهبود سلامت جنسی کارکنان بهره برد.

سیاسگزاری

این مقاله مستخرج از رساله دکتری روان شناسی گروه روان شناسی دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج مصوب با کد اخلاق IR.IAU.SDJ.REC.1401.084 بوده و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده است. بدین وسیله از همکاری کلیه افرادی که در فرایند پژوهش مشارکت نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می گردد.

تعارض منافع

پژوهش حاضر هیچ گونه ارتباطی با منافع شخصی نویسندگان نداشته است و براینند پژوهش فاقد هرگونه سود اقتصادی برای نویسندگان می باشد.

بهبودی روانی دارد نیز، همخوانی دارد. به علاوه با نتایج ونگ، هال و رحیمی (۴۹) نیز که نشان دادند احساس خودکارآمدی بالا، سلامت را افزایش می دهد همخوانی دارد. خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در میان متغیرهای مختلف از عوامل تأثیرگذار بر سلامت افراد به شمار می آید. احساس خودکارآمدی بالا، توانایی انجام کارها را در فرد افزایش داده و افراد را در برابر استرس ها محافظت می نماید و به این ترتیب سلامت فرد را افزایش می دهد. علاوه بر این از آنجایی که خودکارآمدی بالا، احساس کارآیی جنسی را در فرد افزایش می دهد، این احساس به نوبه خود موجب تقویت اعتماد به نفس و کاهش اضطراب در انجام امور جنسی می شود.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش و آشکار شدن ضریب اثر مستقیم و غیرمستقیم برخی از متغیرها بر سلامت جنسی، به برنامه ریزان و سیاست گزاران سیستم سلامت جامعه پیشنهاد می گردد در برنامه های آموزشی و بازآموزی کادر درمان، سیاست های عملی طراحی نموده و راهکارهای بهبود و ارتقا سطح سلامت جنسی آنان به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت را مد نظر قرار دهند و از طریق برگزاری کارگاه ها و دوره های حضوری و مجازی و لحاظ نمودن نقش مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای باورهای غیر منطقی، خودپنداره جنسی، حمایت اجتماعی ادراک شده زمینه بهبود و ارتقای سلامت جنسی کارکنان را فراهم نمایند. دریافت اینکه چگونه کادر درمان مسائل جنسی و سلامت جنسی شان را می فهمند و هم چنین شناخت موانع ارتقای کیفیت حیات جنسی آنها می تواند متولیان امر را جهت درک درست مسائل و انجام دادن اقدامات لازم برای بهبود شرایط آنان، یاری رساند. هم چنین یافته های پژوهش حاضر می تواند در سطح عملی برای تدوین برنامه هایی در حوزه پیشگیری و افزایش سلامت جنسی مورد

References

- Mikaeili, N. Samadifard, HR. Correlation of Sexual Health with Irrational Beliefs, Mindfulness and Perfectionism in Couples. *Journal of Health Promotion Management. Journal of Health Promotion Management(JHPM)*. 2021; 10(2):1-11.
- Aghayari Hir, T. Abbaszadeh, M. Alizadeh Aghdam, MB. Katebi Aliabadi, M. Sexual Health as a Social Problem: Meaning Reconstruction of Sexual Health among Married Women of Tabriz City. *Woman in Development & Politics*. 2020;18(4):619-642.
- World Health Organization. Sexual Health. At https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1 [Retrieved at 3rd Agus. 2020].
- Masters, W., & Johnson, V. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown. (1970).
- Samadi, F. Dalir, M. The Role of psychological and social health on sexual health if elderly woman. *Quarterly social psychology Research*. 2020;(40):1-22.
- Damari B, Akrami F. Sexual Health Challenges in Iran and the Strategies for its Improvement. *IJPCP*. 2021; 27 (2) :216-233. URL: <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-3284-fa.html>. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.27.2.3502.1>
- Kingsberg, SA. Schaffir, J. Faught, BM. Pinkerton, JV. Parish, SJ. Iglesi, GB. Gudeme, J. Krop J, Simon, JA. Female Sexual Health: Barriers to optimal Outcomes and a Roadmap for Improved Patient-Clinician Communications. *J Womens Health(Larchmt)*. 2019; 28(4): 432-443. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7352>
- Zarei, J. Pourhosein, R. Tarafdari, A. Habibi askarabad, M. Babakhani, M. Development and Evaluation of a Bio-Psychological Model of Sexual Health for Menopausal Women: A mediating Role of Cultural Factors. *Journal of Research in Psychological Health*. 2016;10(1):1-11.
- Naeimi, E. Kazemi, Z. Dehghan, K. The relationship between the religious orientation and irrational beliefs in the elderly of kahrizak sanitarium. *clinical psychology Studies. Clinical Psychology Studies*. 2016;6(23):179-199.
- Chan, H. W. Q. Sun, C.F.R. Irrational beliefs, depression, Anxiety, and stress among university students in Hong Kong. *Journal of American College*. 2020: 1-15. <https://doi.org/10.1080/0748481.2019.1710516>
- Oltean, H.R. David, D.O. A meta-analysis of the relationship between rational beliefs and psychological distress. *Journal of Clinical Psychology*. 2018; 74(6): 883-95. <https://doi.org/10.1002/jclp.22562>
- Besharat, M A. Iashkari, M. Reza Zadeh, M R. explaining adjustment to infertility according to relationship quality, couples' beliefs and social support. *journal family psychology*. 2014;1(2):41-54.
- Kamalian, S. Soliemanian, A A. Nazifi, M. Marital Quality of Life: The Role of Irrational Beliefs and Emotion Regulation Skills. *QJCR*. 2016; 15 (58) :72-95.
- Ziaei, T. Farahmand Rad, H. Rezaei Aval, M. Roshandel, Gh. The Relationship between Sexual Self-Concept and Sexual Function in Women of Reproductive Age Referred to Health Centers in Gorgan, North East of Iran. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2017. 5(3): 969-977.
- Schultz, DP. Schultz, SE. *Theories of Personality*. Translated by Yahya Seyed Mohammadi. 2021. Virayesh Publication.
- Aubrey, JS. Does television exposure influence college-aged womens sexual self-concept. *Journal Media Psychology*. 2007. 10(2)25 :157-181. <https://doi.org/10.1080/15213260701375561>
- Hensel, D. Relationship Among Nurses Professional Self-Concept, Health, and Lifestyles. *Western Journal of Nursing Research*. 2011. <https://doi.org/10.1177/0193945910373754>
- Mohammadi Nik, M. Modares, M. Ziai, T. Shabani, F. The Relationship between sexual self-concept and contraception. 9th IRHRC Annual Meeting reproductive and Infertility Updates. November, 16-18, 2016. Shahid Beheshti University international Conference Center, Tehran.
- Bavi, A. Amanallahi, A. Attari, Y. Evaluate the effectiveness of sex education on sexual self in Ahvaz womens. *Jundishapur Journal*. 2014. 13(4).
- Anderson, RM. Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Academia. Edu*. 2013. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1607-z>
- Soltani Asl Heris, S. Babapour Kheiraldin, J. Poursharifi, H. Bakhshipour Roodsari, A. Ghasemi, A. The Mediating Role of Perceived Social Support and Locus of Control in the

- Relationship between Educational Level and Psychological Adjustment in Mothers of Pediatric Cancer Children. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2020;18(1):1-10. <https://doi.org/10.52547/rbs.18.1.1>
22. Zohri, N. Samadifard, H R. Predicting Sexual Health in Couples based on Locus of Control, Social Support and Meta-Emotions. *Nursing Psychiatric of Journal Iranian) IJPN*. (2021;8(6):1-10. URL: <http://ijpn.ir/article-1-1564-fa.html>.
 23. Marzbani, F. Boştan, N. The role of perceived social support in prediction of psychological wellbeing in female teachers. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2016; 18:569-575.
 24. Karimian, N. Hejazi, M. The Mediating Role of Self-efficacy in the Relationship between Quality of Life and Emotional Maturity with a Desire for Childbearing. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN)*. 2020;7(5):1-8.
 25. Soleimani, A. Hovida, R. Examining the concept of self-efficacy in Bandura's theory of social congition. *Journal of Social sciences* .2013;17(63):91-97. magiran.com/p1132857
 26. Sevari, K. The mediating role of academic, social and emotional self-efficacy in the relationship between cognitive flexibility and psychological well-being. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*.2020;9(5):1-12.
 27. Reissing, E.D., Laliberté, G.M., Davis, H.J. Young women's sexual adjustment: The role of sexual self- schema, sexual self-efficacy, and sexual aversion and body attitudes. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2005; 14(3/4):77-85.
 28. Corsini, R. (ed). *Current Psychotherapies*, Itasca, Illinois, F. E. Peacock publishers Inc. 2018.
 29. Abdillahi, M. Shaarbf Eidgahi, E. Sample size estimation in medical Studies Using G. Power & Pass Computer software. Mashhad. Sokhan Goştar Publication (2019). Torbat Heydariieh University of Medical Sciences.
 30. Manavi Pour, D. Pir Khaefi Othe, A. Rouhani, A. Dibaji, Z.S. Impact of Sexual Coolant Training on Promoting Sexual Health. *Thought and Behavior in Clinical psychology* 2009.3(11):77.
 31. Motamedin, M. The effect of teaching strategies to deal with irrational beliefs based on the (cognitive approach) in these beliefs and marital satisfaction of couples referring to ahvaz Welfare family counseling center (2014). Master's Thesis of family counseling, Shahid Chamran University, Ahvaz.
 32. La Rocque, C.L. Cioe, J. An evaluation of the relationship between body image and sexual avoidance. *Journal Sexual Research* Jul. 2011; 48 (4):397-408. <https://doi.org/10.1080/00224499.2010.499522>
 33. Jaafarpour, M. Maroufi, M. Molaeinezhad, M. Relationship between Sexual self-concept and Sexual Performance in Married Women Referring to Mobarakeh Health Centers, Iran. *Supplementary Mental Health, Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*.2016;12(3):1-8.
 34. Samanifar, E. bagherian, F. emadi chashmi, J. Prediction of Conduct Disorder Based on Perceived Social Support, Social Self-Efficacy and Emotional Intelligence: The Mediating Role of Resilience. *JOEC*. 2021;21(2):21-36. URL: <http://joec.ir/article-1-1330-fa.html>.
 35. Shojaei Kiyasari, Z.S. The effectiveness of healthy dependency treatment on self-efficacy and quality of life in couples with disturbed relationships referred to counseling centers in Tehran. *JNIP* 2021;8(12):1-15. URL:<http://jnip.ir/article-483-fa.html>.
 36. Tarnas, G. meshchi, F. Shahnazari, M. Sodagar, Sh. Asgharpour, M. The prediction of women's sexual function based on the role of self-concept, self-efficacy, and sexual awareness. *Journal of Applied Family Therapy*.2021; 2(3):149-165.
 37. Sadock. BJ, Sadock, VA, Ruiz P. *Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry* (11th ed). (2015) .New York: Wolters Kluwer.
 38. Saberi, N. Amir Ali Akbari, S. Mahmoodi, Z. Nasiri, M. Model for the relationship between sexual function and social determinants of health: Path Analysis. *Koomesh*.2018;20(2):391-402. URL: <http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-4096-fa.html>.
 39. Azhari, S. kamyabinia, Z. Mazloun, S.R. Asghari, N. The Relationship between social support and sexual performance of women of reproductive age referring to health centers in Mashhad.(2015). The 6th conference of graduate students and the 2nd conference of students of Mashhad University of Medical Sciences.

40. Liu, H.L. Hsu, P. Chen, K.H. Sexual activity during pregnancy in Taiwan: a qualitative study. *Sex Med.* 2013; 1: 54-61. <https://doi.org/10.1002/sm2.13>
41. Bilge, E. Irrational beliefs and adverse symptoms of sexual function, *Contemporary Family Therapy.* 2022; 3(12): 46-59.
42. Ghanadian, F. Naeinian, M. Heidari Nasab, L. The relationship between sexual self-concept and sexual function and self-esteem in women with vaginismus disorder. *Journal of Behdasht dar Arseh (i.e., Health in the Field).* 2021;8(4):59-68.
43. Najafianpour, BD. Moharrami, R. Tagheiloo, S. Comparison of self-efficacy, sense of security, sense of humor among female and male teachers. *Sbq.abhar.iau.ir.* 2017;10(35) :111-130.
44. Mirsamiei, M. Ebrahimi Ghavam, S. A study on the relationship between self-efficiency, social support and exam anxiety and the psychological health of the men and women students in allameh tabatabaei university. *Journal: Quarterly educational psychology.* 2007;2(7):73-91.
45. Barlow, J. H., Cullen, L. A., Rowe, I. F. Educational preferences, psychological well-being and self-efficacy among people with rheumatoid arthritis. *Patient education and counseling.* 2002; 46(1): 11 -19. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(01\)00146-X](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(01)00146-X)
46. Ryan, R. M., Deci, E. L. Self-regulation and the problem of human autonomy: does psychology need choice, self-determination, and will? *Journal of personality.* 2006 ;74(6): 1557 -1586. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00420.x>
47. Borrelli, I., Benevene, P., Fiorilli, C., Damelio, F., Pozzi, G. Working conditions and mental health in teachers: a preliminary study. *Occupational medicine.* 2014;64(7): 530 -532. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu108>
48. Moradi, M., Cheraghi, A. The relationship between social support and psychological well-being and depression: the mediating role of self-esteem and psychological basic needs. *Journal of Developmental Psychology.* 2015; 43, 297.
49. Wang, H., Hall, N. C., Rahimi, S. (2015). Self-efficacy and causal attributions in teachers: Effects on burnout, job satisfaction, illness, and quitting intentions. *Teaching and Teacher Education.* 2015; 47: 120 -130. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2014.12.005>