

Research Article

Constructing and validating spouses' sexual health questionnaire based on the Islamic sexual health model

Authors

Amir Ekbia^{1*}, Mohammadreza Bonyani², Hasan Taghian³

1. Master of Arts in Islamic Psychology, The Institute of Higher Education of Ethics and Education, Qom, Iran. (Corresponding Author)
2. Associate Professor, Department of Counseling, The University of Islamic Studies, Qom, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, The Al-Mustafa International University, Qom, Iran.

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



Introduction: "Sexual health" is one of the main aspects of family, individual and social health, for this purpose, the purpose of the present study is to create and standardize the sexual health questionnaire of spouses based on the Islamic sexual health model.

Method: The method of the current research is descriptive, and the statistical population is all Iranian married people, through virtual networks, 581 people answered the sexual health questionnaire of the researcher's spouses and the sexual satisfaction questionnaire of Larson (1998) using the available method. In order to construct the questionnaire, first its items were designed based on the components of sexual health of spouses compiled by Baniyani (2019), and then its content validity was evaluated and confirmed by 15 expert experts. Finally, in order to validate the questionnaire, confirmatory factor analysis and concurrent validity were used. And also for reliability, Cronbach's alpha coefficient was used.

Result: The confirmatory factor analysis of the research was conducted in two stages, the result of which, after removing inappropriate questions, indicated the optimal fit of the questionnaire. Then, the correlation of the sexual health components of the spouses was done with each other and with the whole structure; The total correlation score of sexual health with the components was as follows: physical health 0.31, vision health 0.68, emotional health 0.86, behavioral health 0.92, which is a positive and significant correlation result. Then, for the simultaneous validity of the questionnaire, its relationship with Larson's sexual satisfaction questionnaire was praised as 0.85, which is also a positive and significant result. The reliability of the questionnaire using Cronbach's alpha coefficient for the whole questionnaire was 0.88. And the validity level was 0.57, 0.64, 0.77 emotional health, and 0.80 for the physical health component, which generally indicates that the validity of the scale based on internal consistency is favorable.

Discussion and conclusion: The findings show the construct validity and acceptable validity of the spouses' sexual health questionnaire, which with its prescriptive content and criteria-based approach, can be useful for researchers and couple therapists to understand better.

Keywords

"Sexual health of spouses' questionnaire' Reliability and Validity' Islamic sources"

Corresponding Author's E-mail

amir.ekbia@gmail.com

ساخت و رواسازی پرسشنامه سلامت جنسی همسران براساس الگوی سلامت جنسی اسلامی

نویسندگان

امیر اکبیا^{۱*}، محمدرضا بنیانی^۲، حسن تقیان^۳

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی اسلامی، موسسه آموزش عالی اخلاق و تربیت، قم، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه معارف اسلامی، قم، ایران. bonyani.1386@yahoo.com

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، جامعه المصطفی العالمیه، قم، ایران. taghian@ut.ac.ir

چکیده

مقدمه: «سلامت جنسی» یکی از جنبه‌های اصلی سلامت خانوادگی، فردی و اجتماعی است، به این منظور، هدف پژوهش حاضر ساخت و رواسازی پرسشنامه سلامت جنسی همسران براساس الگوی سلامت جنسی اسلامی می‌باشد.

روش: روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی است، و جامعه آماری کلیه افراد متأهل ایرانی می‌باشد، که از طریق شبکه‌های مجازی، تعداد ۵۸۱ نفر به روش در دسترس به پرسشنامه سلامت جنسی همسران محقق ساخته و پرسشنامه رضایت جنسی لارسون (۱۹۹۸) پاسخ دادند. به منظور ساخت پرسشنامه ابتدا گویه‌های آن براساس مولفه‌های سلامت جنسی همسران که توسط بنیانی (۱۳۹۸) تدوین شده بود، طراحی شدند، و سپس روایی محتوایی آن توسط ۱۵ کارشناس خبره، ارزیابی و مورد تأیید قرار گرفت. در نهایت به منظور روایی پرسشنامه، از تحلیل عاملی تاییدی و روائی هم‌زمان استفاده شد. و همچنین به منظور پایایی، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید.

نتایج: تحلیل عاملی تاییدی پژوهش در دو مرحله انجام شد که نتیجه آن پس از حذف سؤالات نامناسب، بیانگر برازش مطلوب پرسشنامه بود. سپس همبستگی مولفه‌های سلامت جنسی همسران با هم و با کل سازه انجام شد؛ نمره همبستگی کل سلامت جنسی با مولفه‌ها بدین ترتیب بود: سلامت جسمانی ۰/۳۱، سلامت بینشی ۰/۶۸، سلامت عاطفی ۰/۸۶، سلامت رفتاری ۰/۹۲، که نتیجه همبستگی، مثبت و معنی‌دار می‌باشد. سپس به منظور روایی هم‌زمان پرسشنامه، رابطه آن با پرسشنامه رضایت جنسی لارسون، عدد ۰/۸۵ را نشان داد، که نتیجه آن نیز مثبت و معنی‌دار است. اعتبار پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ بود. و میزان اعتبار به ترتیب برای مؤلفه سلامت جسمانی ۰/۵۷، سلامت بینشی ۰/۶۴، سلامت عاطفی ۰/۷۷، و سلامت رفتاری ۰/۸۰ بود، که بطور کلی اعتبار مقیاس براساس همسانی درونی، مطلوب می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌ها بیانگر روایی سازه‌ای و اعتبار قابل قبول پرسشنامه سلامت جنسی همسران است، که با محتوای تجویزی و رویکرد ملاک‌محور، می‌تواند به منظور فهم بهتر پژوهشگران و زوج‌درمان‌گران کارایی داشته‌باشد.

کلیدواژه‌ها

"سلامت جنسی همسران، پرسشنامه، روایی و پایایی، منابع اسلامی"

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

amir.ekbia@gmail.com

مقدمه

زندگی زناشویی می‌باشد [۱۰]. روابط جنسی صحیح به عنوان پیش‌زمینه‌ای برای تقویت عواطف و احساسات بین زوجین عمل نموده و می‌تواند موجبات تحکیم پیوندهای خانوادگی را فراهم آورد و از پیدایش و تشدید اختلالات روانی و ازهم‌گسیختگی بنیان خانواده و در پی آن جامعه جلوگیری کند [۱۱ و ۱۲ و ۱۳ و ۱۴].

در این میان، پدیدار شدن مشکلات و اختلالات جنسی همسران از یک سو، و بروز ناهنجاری‌ها و انحرافات جنسی خارج از چارچوب زناشویی از سوی دگر، دو تهدید جدی برای سلامت خانواده‌اند. همچنانی که واکاوی مشکلات زناشویی نشان داد، که فراوانی مشکلات جنسی در مردان و زنان کم نیست و این قسم مشکلات می‌تواند اثرات مخربی بر بهزیستی زوجین و کاهش کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشد [۱۵]. طبق تحقیقات مختلف، شیوع اختلالات جنسی در کشورهای مختلف آمارهای متفاوتی به خود اختصاص داده است، در ترکیه ۴۸ درصد، شیلی ۲۲ درصد و مراکش ۲۷ درصد گزارش شده است [۱۶]. اما پژوهش‌هایی که در حوزه سلامت جنسی در ایران انجام شده است، مشخص می‌کند که میزان اختلالات عملکرد جنسی در زنان و مردان ایرانی به نسبت بالا است. ۴۰ درصد از زوجین دچار اختلالاتی در روابط جنسی و نارضایتی نسبی از این‌گونه روابط هستند. به عبارت دیگر، حدود ۵۹ درصد زنان ازدواج کرده بالای ۳۵ سال هرگز ارگاسم را تجربه نکرده‌اند و نزدیک ۴۰ درصد از مردان مراجعه کنند به کلینیک‌های درمانی از انزال زودرسی رنج می‌برند [۱۷ و ۱۸]. نرخ طلاق نیز در سال‌های اخیر سیر صعودی داشته است و یکی از عوامل مؤثر در این طلاق‌ها، عدم ارضای غریزه جنسی و راضی نبودن از زندگی جنسی گزارش شده است [۱۹].

بر اساس برخی مطالعات انجام گرفته در ایران، دست کم پنجاه درصد طلاق‌هایی که در دادگاه خانواده به بهانه‌های گوناگون صورت می‌گیرد، ریشه در مسائل جنسی دارد [۲۰].

براین اساس، برای حفظ بنیان خانواده و جلوگیری از پیدایش معضلات و مشکلات بیشتر در حوزه سلامت جنسی همسران، ضروری است که محققان و پژوهشگران تلاش‌های بیشتری در این زمینه انجام دهند، تا براساس آن بتوان به سلامت بخشی و مصون‌سازی رفتار جنسی همسران پرداخت. در همین راستا، ابزارهایی برای سنجش کارکردهای جنسی

تشکل خانواده یکی از اساسی‌ترین و طبیعی‌ترین نیازهای انسان محسوب می‌شود، و اولین گام برای ارضای این نیاز اساسی و طبیعی، ازدواج است [۱]. انسان در بستر خانواده می‌تواند نیازهای مختلف عاطفی، عقلانی و جسمانی خود را ارضاء کند. از این‌رو، داشتن آگاهی از نیازهای زیستی و روانی، و شناخت چگونگی ارضاء آن‌ها در بستر خانواده ضرورتی انکارناپذیر می‌باشد [۲]. اسلام نیز اهمیت تشکل خانواده را بسیار بالا می‌داند و پیمان زناشویی را موجب روابط شدید و رحمت متقابل بین زن و شوهر معرفی می‌کند [۳]. روایات اسلامی، تشکیل زندگی زناشویی را از سنت‌های پیامبر^۱ [۴]، و از آن به عنوان کامل شدن نصف دین^۲ [۴]، تعبیر می‌کند. در دین اسلام ازدواج و خانواده محبوب‌ترین و عزیزترین نهاد بشری محسوب گردیده است^۳ [۴]. اسلام به خانواده و زندگی زناشویی به صورتی ژرف نگریسته و برای روابط آن، زیباترین آداب و اخلاق را توصیه کرده است [۵].

برخورداری از خانواده سالم، مشروط به برخورداری همسران از رابطه‌های مطلوب با یکدیگر است [۶]، و نحوه تعامل و برقراری ارتباط بین زن و شوهر، تعیین کننده سلامت یا اختلال در نظام خانواده است. بر همین اساس، پرداختن به همه ابعاد سلامت خانواده از جمله سلامت جنسی یکی از راه‌هایی است که به تحکیم بنیان خانواده منجر خواهد شد [۷]. چراکه بر کسی پوشیده نیست که رفتار جنسی و کنش‌های مرتبط با آن، یکی از مولفه‌های اساسی روابط همسران را تشکیل می‌دهد. به طور کلی سلامت جنسی یکی از جنبه‌های اصلی سلامت فردی به حساب می‌آید، و همه مردم را در همه مراحل زندگی، تحت تأثیر قرار می‌دهد [۸]. هدف از سلامت جنسی توانایی داشتن زندگی جنسی آگاهانه، لذت‌بخش، بی‌خطر و احترام متقابل در روابط جنسی است [۹]. 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

^۱ قَالَ صَ النَّكَاحِ سُنَّتِي فَمَنْ رَغِبَ عَنْ سُنَّتِي فَلَيْسَ مِنِّي.

^۲ قَالَ رَسُولُ اللَّهِ ص مَنْ تَزَوَّجَ فَقَدْ أَحْرَزَ نَفْسَهُ دِينَهُ فَلْيَتَّقِ اللَّهَ فِي النَّفْسِ الْبَاقِي.

^۳ قَالَ ع مَا بَنِي فِي الْإِسْلَامِ بِنَاءً أَحَبُّ إِلَيَّ اللَّهُ عَزَّ وَجَلَّ وَأَعَزُّ مِنَ التَّزْوِيجِ.

طراحی شده است، که برای هر کدام از این پرسشنامه‌ها، محدودیت‌ها و نواقصی را می‌توان اشاره کرد. از جمله محدودیت‌های ابزارهای موجود در زمینه سنجش مسائل جنسی می‌توان به عدم جامعیت این پرسشنامه‌ها و تکیه بریک بعد از مسائل جنسی، و همچنین نبود شواهد روان‌سنجی کافی در جامعه ایرانی اشاره کرد [۲۱]، اما شاید مهمترین نکته در پرسشنامه‌های موجود این باشد که این مقیاس‌ها بر اساس فرهنگی متفاوت از فرهنگ و باورهای مذهبی و دینی جامعه ایرانی طراحی شده است. به عنوان نمونه، رابطه زوجیت و همسری بر اساس باورهای دینی و مذهبی در چارچوب مشخصی تعریف می‌شود، در حالی که در براساس برخی از فرهنگ‌ها می‌توان رابطه همسری را بین دو مرد و یا دو زن متصور شد. همچنان که در سال ۱۹۷۳ انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA) همجنس‌گرایی را به عنوان یک طبقه تشخیصی از فهرست بیماری‌های روانی کنار گذاشت، و در سال ۱۹۸۰ آن را از فهرست بیماری‌های روانی حذف نمود [۲۲]، به شرط آنکه افراد با گرایش جنسی خود راحت باشند و از آن بابت احساس آزرده‌گی خاطر نداشته باشند [۲۳]. در حالی که این نوع روابط بر اساس نگاه دین خلاف شرع بوده و رابطه جنسی بین آنها نیز غیر سالم می‌باشد. دین مبین اسلام هرگونه کامیابی جنسی، اعم از آمیزش و لذت بردن سمعی یا لمسی را ویژه همسران می‌داند و غیر از آن را مایه گناه و آلودگی جامعه می‌داند [۲۴]. همچنین اساساً نسبت به سازه سلامت جنسی، مفهوم پردازی ناقص و ناصحیحی صورت گرفته است، که این خود ریشه در مبانی فلسفی رویکردها دارد [۲۵]، درحالی‌که نگاهی که دین به مسئله سلامت جنسی دارد، نگاهی تک بعدی و مادی نبوده، و یک نظام همه جانبه و یکپارچه از سلامت جنسی را ایجاد کرده است، به طوری که همه ابعاد وجودی انسان را تحت پوشش قرار می‌دهد. و ضمن ارتقای نیازهای دنیوی انسان، نیازهای معنوی وی را به بهترین وجه ممکن پوشش می‌دهد. به عنوان مثال، در متون دینی ضمن اینکه آمیزش با همسر را از جمله لذت‌بخش‌ترین امور در دنیا و آخرت بیان می‌کند [۲۶]، اثرات و نتایج معنوی فراوانی همچون صدقه [۲۷]، پاداش اخروی و آمرزش گناهان [۲۷] و حضور ملائکه [۲۶] را، از جمله نتایج آمیزش حلال با همسر برمی‌شمارد. لذا می‌توان از مجموعه این متون، یک نظام همه‌جانبه و

یک‌پارچه‌ای از سلامت جنسی را ایجاد کرد، که همه ابعاد وجودی انسان را تحت پوشش خود قرار دهد و ضمن ارضای نیازهای دنیوی انسان، نیازهای معنوی وی را نیز به بهترین وجه ممکن پوشش دهد. در این نظام فقط به حوزه التذاذ جنسی به لحاظ بُعد مادی و جسمانی پرداخته نشده است، بلکه به‌گونه‌ای است که علاوه بر آن، زمینه‌های رشد معنوی انسانی را نیز به دنبال خواهد داشت. نتیجه این نظام جامع جنسی، آرامش‌بری و آرامش‌بخشی همسران است [۲۸].

در نتیجه ضروری است بر اساس آنچه که گفته شد، پرسشنامه‌ای طراحی شود که با معیارهای دینی و فرهنگی ما همخوانی داشته باشد، چرا که پرسشنامه‌های موجود نمی‌تواند تصویر صحیحی از سلامت جنسی همسران را در اختیار ما بگذارد. با توجه به این‌که بنیانی (۱۳۹۸) در پژوهش رساله دکتری خود به شناسایی مولفه‌های سلامت جنسی و مفهوم پردازی این سازه بر اساس منابع دینی پرداخته است، محقق به دنبال این است که بر اساس این مولفه‌ها، پرسشنامه سلامت جنسی همسران را طراحی نموده و روایی محتوایی و عاملی آن را مورد بررسی قرار دهد. در پژوهش بنیانی، به منظور شناسایی مولفه‌های سلامت جنسی همسران، بر اساس رویکرد کیفی و به روش تحلیل محتوا، آیات و روایات مرتبط با سازه سلامت جنسی همسران، تحلیل و مبتنی بر الگوی کیفی نظریه داده بنیاد، کدگذاری و طبقه‌بندی شدند. براین اساس، چهار مؤلفه «سلامت بدنی»، «سلامت پینشی»، «سلامت عاطفی» و «سلامت رفتاری» و ۱۴ زیرمؤلفه «سلامت جهاز تناسلی»، «آگاهی به ارزش معنوی آمیزش حلال»، «آگاهی به احکام و حقوق جنسی»، «آگاهی به تفاوت‌های جنسی زن و مرد»، «عدم تفکر به غیر همسر»، «تمایل به همسر»، «عدم تمایل به هم‌جنس»، «تعاملات کریمانه»، «مهارت تحریک کنندگی»، «مهارت خویشتنداری»، «رفتار مطابق با جنسیت»، «درنظر گرفتن شرایط رابطه»، «عدم خودارضایی» و «عدم خودآزارگری و دیگرآزاری جنسی» استخراج شدند [۲۸]. بر این اساس، هدف این تحقیق ساخت و رواسازی آزمونی به منظور سنجش سلامت جنسی همسران بر اساس الگوی سلامت جنسی اسلامی است.

روش :

از آنجا که هدف این تحقیق، ساخت و رواسازی پرسشنامه سلامت جنسی همسران بر اساس الگوی سلامت جنسی اسلامی است، بنابراین تحقیق حاضر در زمره پژوهش‌های

غیرآزمایشی است که در چارچوب یک طرح تحقیق توصیفی-تحلیلی انجام گرفته است. بر این اساس بررسی روایی محتوایی گویه‌های پرسشنامه با مراجعه به متخصصین و با استفاده از روش دلفی انجام شد. همچنین بررسی روایی سازه با مراجعه به نمونه‌ای از جامعه هدف و گردآوری داده‌ها به روش پیمایشی انجام شد.

آزمودنی

جامعه آماری در این پژوهش کلیه زنان و مردان ایرانی بودند. از آنجا که یکی از اهداف این تحقیق بررسی روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی بود و انتخاب نمونه‌ای به بزرگی ۵۰۰ نفر برای انجام تحلیل عاملی «خیلی خوب» است [29] بنابراین با توجه به ماهیت سوالات (ورود به حریم شخصی افراد) و محدودیت‌های ناشی از فرهنگ ایرانی-اسلامی تعداد ۲۱۱۳ پرسشنامه بین افراد متأهل (اعم از مرد و زن) توزیع گردید. در نهایت ۵۸۱ نفر در محدوده سنی ۵۲-۱۷ سال، به پرسشنامه پاسخ دادند. متاهل بودن، داشتن حداقل دو سال سابقه زندگی مشترک، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم عدم استفاده از مشاوره‌های روان‌شناختی و عدم استفاده از داروهای روان‌درمانی در زمان پاسخ‌گویی به پرسشنامه به عنوان ملاک‌های ورود به این تحقیق مطرح بودند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه سلامت جنسی همسران

این پرسشنامه براساس سازه سلامت جنسی همسران، که شامل ۴ مؤلفه «سلامت بدنی»، «سلامت بینشی»، «سلامت عاطفی» و «سلامت رفتاری» و ۳۰ گویه بود. پاسخ سوالات، به صورت طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای کاملاً موافقم=۴، تاحدودی موافقم=۳، تاحدودی مخالفم=۲، کاملاً مخالفم=۱ طراحی گردید. به منظور ساخت پرسشنامه ابتدا براساس مولفه‌های معرفی شده در تحقیق بنیانی (۱۳۹۸)، ۱۳۷ گویه اولیه متناسب به منظور سنجش مولفه‌ها، طراحی گردید. در مرحله بعد به منظور بررسی روایی محتوایی پرسشنامه، فرم‌آزمایی را به پیوست مستندات اسلامی، در اختیار ۱۵ نفر از متخصصین روانشناسی که هم‌زمان در علوم اسلامی نیز تخصص داشتند قرار گرفت، در این مرحله روایی محتوایی، با استفاده از دو ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) بررسی شد. در محله بعد به

منظور بررسی روایی صوری، تعداد ۵ زوج متأهل از جامعه آماری که به صورت در دسترس انتخاب شده بودند، به پرسشنامه پاسخ دادند در این مرحله پاسخ‌گویان علاوه بر تکمیل پرسشنامه، در رابطه با «برداشت خود از گویه‌ها»، «مفهوم و نامفهوم بودن برخی گویه‌ها»، «حساسیت‌زا بودن برخی گویه‌ها» و «عدم تناسب برخی گزینه‌ها و سؤال‌ها» اظهار نظر کردند. بعد از گردآوری و جمع بندی دیدگاه پاسخ‌گویان در مورد گویه‌ها و اعمال اصلاحات نهایی تعداد ۵۳ گویه برای اجرا آماده گردید. در مراحل بعد روایی سازه پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی و اعتبار آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت. همچنین روایی همگرا با پرسشنامه رضایت جنسی لارسون مورد بررسی قرار گرفت. جزئیات نتایج این بخش مراحل و نحوه نمره‌گذاری در همین تحقیق ارائه شده است.

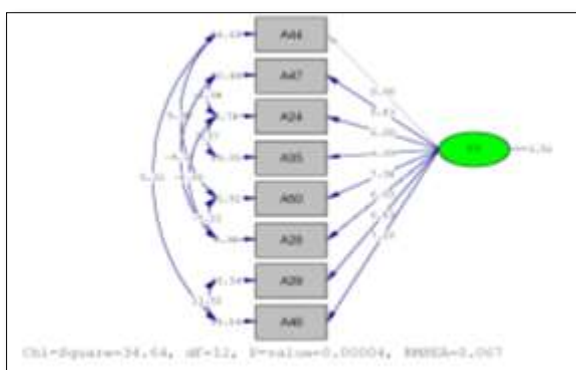
پرسشنامه رضایت جنسی لارسون

پرسشنامه رضایت جنسی، توسط لارسون، اندرسون، هولمن و نیمان^۴ طراحی شده است [۳۰]. این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال و ۴ مؤلفه تمایل به برقراری روابط جنسی، نگرش جنسی، کیفیت زندگی جنسی و سازگاری جنسی می‌باشد و بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت با سوالاتی مانند (من احساس می‌کنم که همسر من از روابط جنسیمان لذت می‌برد)، به سنجش رضایت جنسی می‌پردازد. براساس این پرسشنامه نمره‌ها به طور کلی بین ۲۵ تا ۱۲۵ قرار می‌گیرد و طبقه‌بندی رضایت جنسی به سطوح: «عدم رضایت جنسی» با نمره کمتر از ۵۰، «رضایت کم» با نمره بین ۵۱ تا ۷۵، «رضایت متوسط» با نمره بین ۷۶ تا ۱۰۰ و «رضایت زیاد» با نمره بالاتر از ۱۰۱، تقسیم می‌شود [۳۱]. همبستگی درونی این پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش شده است. هادسون^۵ و همکاران (۱۹۸۱) در بررسی اعتبار ابزار در ۱۸۹ زن پرتقالی، میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند [۳۲]. بهرامی و همکاران با اجرای پرسشنامه روی ۱۵۰ زوج ایرانی به این نتایج دست یافتند، ضرایب اعتبار به دست آمده با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای سؤالات مثبت ۰/۸۰۳، سؤالات منفی ۰/۷۷۸ و هم‌چنین شاخص همبستگی درونی ۰/۸۰۱ بود که نشان دهنده مناسب بودن

۴. Larson, Anderson, Holman, & Niemann. .. Hudson, W.W

نمودار زیر مدل اندازه گیری مؤلفه « سلامت بینشی » در حالت اعداد معنادار را نشان می‌دهد. با توجه به خروجی این نمودار، ضرایب بدست آمده برای همه گویه‌ها معنادارند.

شکل ۲- نمودار مقادیر t تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول مؤلفه «سلامت بینشی»

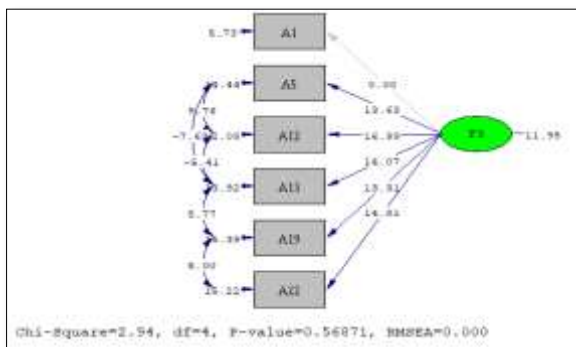


محاسبه شاخص‌های مناسبت مدل اندازه گیری مؤلفه سلامت بینشی (AGFI = ۰/۹۶, IFI = ۰/۹۹, CFI = ۰/۹۹, RMSEA = ۰/۰۶۷ و $\frac{\chi^2}{df} = ۲/۸۹$) نشان می‌دهد که تحلیل عاملی تأییدی، از برازش خوبی برخوردار است.

تحلیل عاملی مرتبه اول مؤلفه «سلامت عاطفی»

نمودار زیر مدل اندازه گیری مؤلفه « سلامت عاطفی » در حالت اعداد معنادار را نشان می‌دهد. با توجه به خروجی این نمودار، ضرایب بدست آمده برای همه گویه‌ها معنادارند.

شکل ۳- نمودار مقادیر t تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول مؤلفه «سلامت عاطفی»



محاسبه شاخص‌های مناسبت مدل اندازه گیری مؤلفه سلامت عاطفی (AGFI = ۰/۹۶, IFI = ۰/۹۶, CFI = ۰/۹۶)

اعتبار کل ابزار است [۳۳]. شمس‌مفرحه و همکاران و همچنین رحمانی و همکاران اعتبار پرسشنامه را با استفاده از روش آزمون باز آزمون به ترتیب ۰/۹۸ و ۰/۸۹ گزارش کردند [۳۴و۳۵]. بهرامی و همکاران نیز در مطالعه خود از این ابزار برای بررسی رضایت جنسی زنان استفاده کرده و اعتبار آن را از طریق ارزیابی آلفای کرونباخ ۰/۹۳ اعلام کردند [۳۳].

نتایج

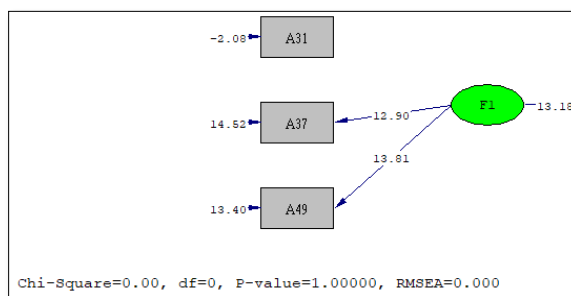
تحلیل عاملی پرسشنامه

در این بخش با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، روایی سازه پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته است. به این منظور، ابتدا تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول هر یک از عوامل، به صورت مجزا و در مرحله بعد تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم همه عوامل ارائه شده است. از آنجا که در هر یک از مولفه‌ها، برخی سؤالات از برازش مناسبی برخوردار نبودند، نتیجه تحلیل عاملی بعد از حذف سؤالات نامناسب ارائه شده است.

تحلیل عاملی مرتبه اول مؤلفه «سلامت جسمی»

نمودار زیر مدل اندازه گیری مؤلفه «سلامت جسمی» در حالت اعداد معنادار را نشان می‌دهد. با توجه به خروجی این نمودار، ضرایب بدست آمده برای همه گویه‌ها معنادارند.

شکل ۱- نمودار مقادیر t تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول مؤلفه «سلامت جسمی»

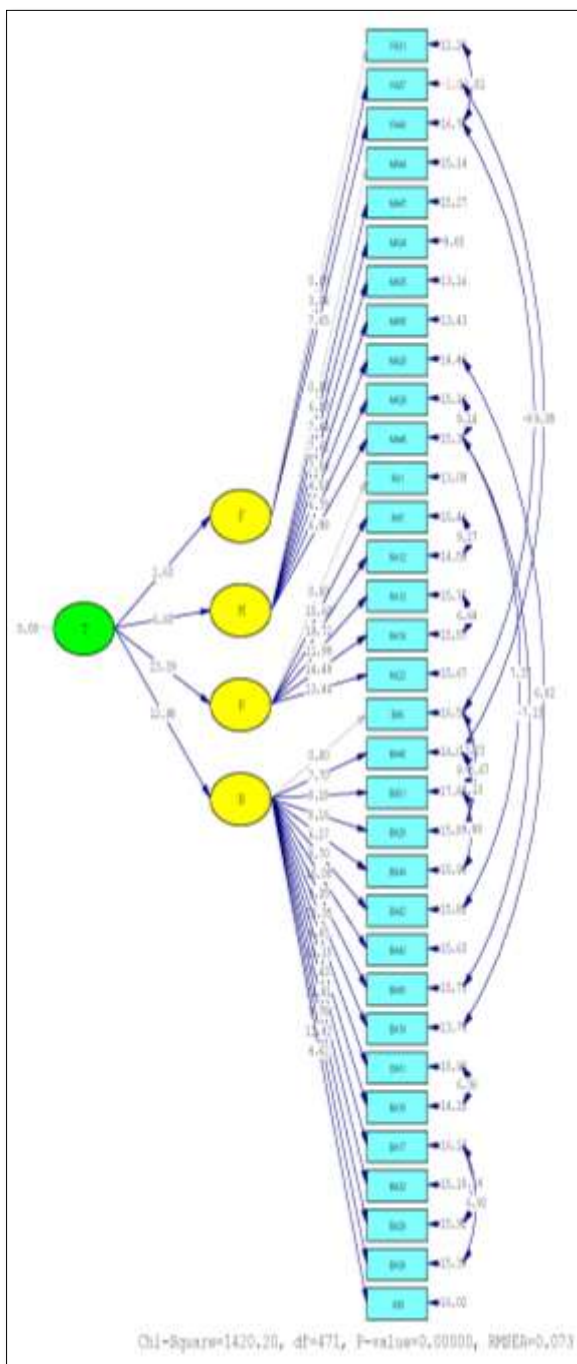


به دلیل اینکه سه متغیر مشاهده شده در تحقیق حضور دارد و مدل به حالت اشباع رسیده است، امکان ارائه شاخص‌های برازش مدل نیست اما ضرایب مسیر معنی‌دار است.

تحلیل عاملی مرتبه اول مؤلفه «سلامت بینشی»

سلامت جنسی همسران بر اساس الگوی سلامت جنسی اسلامی برای همه گویه‌ها و عوامل، معنی‌دار است.

شکل ۵- نمودار مقادیر t تحلیل عاملی تائیدی مرتبه اول کل سازه سلامت جنسی همسران بر اساس الگوی سلامت جنسی اسلامی



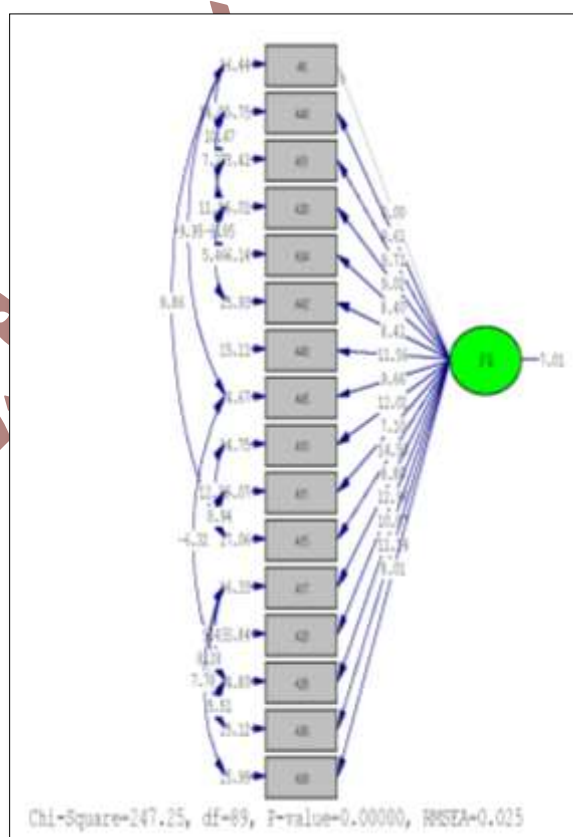
محاسبه شاخص‌های مناسب مدل اندازه‌گیری کل سازه سلامت جنسی همسران (AGFI = ۰/۸۹، IFI = ۰/۹۱، CFI = ۰/۹۰، RMSEA = ۰/۰۷ و $\frac{\chi^2}{df} = ۳/۰$) نشان

RMSEA = ۰/۰۴ و $\frac{\chi^2}{df} = ۰/۷۳$ نشان می‌دهد که تحلیل عاملی تائیدی، از برازش خوبی برخوردار است.

تحلیل عاملی مرتبه اول مؤلفه «سلامت رفتاری»

نمودار زیر مدل اندازه‌گیری مؤلفه «سلامت رفتاری» در حالت اعداد معنادار را نشان می‌دهد. با توجه به خروجی این نمودار، ضرایب بدست آمده برای همه گویه‌ها معنادارند.

شکل ۴- نمودار مقادیر t تحلیل عاملی تائیدی مرتبه اول مؤلفه «سلامت رفتاری»



محاسبه شاخص‌های مناسب مدل اندازه‌گیری مؤلفه سلامت رفتاری (AGFI = ۰/۹۳، IFI = ۰/۹۳، CFI = ۰/۹۵، RMSEA = ۰/۰۲ و $\frac{\chi^2}{df} = ۲/۷۸$) نشان می‌دهد که تحلیل عاملی تائیدی، از برازش خوبی برخوردار است.

تحلیل عاملی مرتبه دوم کل سازه سلامت جنسی همسران بر اساس الگوی سلامت جنسی اسلامی ضرایب مدل اندازه‌گیری تحلیل عاملی مرتبه دوم کل سازه

می‌دهد که تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم، از برازش خوبی برخوردار است.

همبستگی مولفه‌ها

به عنوان شاهدهی از برقراری روائی سازه، همبستگی مولفه‌های سلامت جنسی همسران بر اساس الگوی سلامت جنسی اسلامی باهم و همبستگی مولفه‌ها با کل سازه مورد بررسی قرار گرفته است که در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱- ماتریس همبستگی مولفه‌های سلامت جنسی همسران

نام عامل	تعداد سؤالات	ضریب آلفای کرونباخ
سلامت جسمانی	۳	۰/۵۷۳
سلامت بینشی	۸	۰/۶۳۷
سلامت عاطفی	۶	۰/۷۷۴
سلامت رفتاری	۱۶	۰/۸۰۱
کل پرسشنامه	۳۳	۰/۸۷۵

** معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

همان‌طور که مشاهده می‌شود، همسانی درونی مقیاس براساس آلفای کرونباخ کلی سازه ۰/۸۷۵ است که مطلوب است. و همچنین میزان اعتبار به ترتیب برای مؤلفه سلامت جسمانی، ۰/۵۷۳؛ سلامت بینشی، ۰/۶۳۷؛ سلامت عاطفی، ۰/۷۷۴؛ و رفتاری، ۰/۸۰۱ می‌باشد. بایستی توجه داشته که آلفای کرونباخ با تعداد گویه‌ها رابطه مستقیم دارد و هرچه تعداد گویه‌ها کمتر باشد، آلفای کرونباخ کمتر می‌شود [۳۶]. از این‌رو آلفای کرونباخ مؤلفه اول که سه گویه بیشتر ندارد، کمتر از بقیه مولفه‌ها است. بنابراین بطور کلی اعتبار مقیاس براساس همسانی درونی، مطلوب است.

شیوه نمره‌گذاری

نسخه نهایی پرسشنامه سلامت جنسی همسران بر اساس الگوی سلامت جنسی اسلامی، مجموعاً ۳۳ سؤال بوده، و به سؤالات «۲،۳،۶،۸،۹،۱۲،۱۳،۱۸،۱۹،۲۲،۲۳،۲۵،۲۷،۲۹،۳۰،۳۱،۳۳»

نمره معکوس تعلق می‌گیرد. همچنین از آنجایی که این پرسشنامه، بر اساس منابع اسلامی ساخته شده است، یک ساخت تجویزی دارد و در اجرا و استنباط توصیفی می‌باشد. لذا مدل آن برخلاف آزمون‌های روان‌شناختی است که کاملاً توصیفی بوده و برای این ساخته شده‌اند که در یک موضوع خاص، وضعیت موجود فرد یا گروه را توصیف کنند. اما این پرسشنامه از آن‌جا که معیار مرجع است، زیربنای تجویزی

همسران

سلامت جسمانی	سلامت بینشی	سلامت عاطفی	سلامت رفتاری	سلامت جنسی
۱				
۰/۱۳۶**	۱			
۰/۱۹۷**	۰/۴۵۶**	۱		
۰/۲۴۰**	۰/۴۴۷**	۰/۷۰۷**	۱	
۰/۳۱۰**	۰/۶۸۰**	۰/۸۶۱**	۰/۹۱۹**	۱

** معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

همبستگی بین همه مولفه‌های سازه سلامت جنسی همسران مثبت و معنی‌دار است. همچنین بین نمره کل سلامت جنسی و مولفه‌های آن رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد.

روایی همگرا

برای بررسی روائی همگرا، همبستگی بین سازه سلامت جنسی همسران و پرسشنامه رضایت جنسی لارسون بررسی شده است که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۲- ماتریس همبستگی سلامت جنسی همسران و رضایت جنسی لارسون

سلامت جسمانی	سلامت بینشی	سلامت عاطفی	سلامت رفتاری	سلامت جنسی
۰/۲۱۵**	۰/۳۸۷**	۰/۶۵۹**	۰/۷۱۹**	۰/۷۳۳**
۰/۱۴۷**	۰/۵۰۹**	۰/۶۲۸**	۰/۶۱۷**	۰/۶۹۳**
۰/۲۰۳**	۰/۴۹۴**	۰/۷۱۳**	۰/۷۴۴**	۰/۷۹۰**
۰/۱۲۶**	۰/۵۳۹**	۰/۷۲۳**	۰/۷۳۶**	۰/۸۱۱**
۰/۱۹۵**	۰/۵۳۹**	۰/۷۶۰**	۰/۷۹۰**	۰/۸۵۱**

** معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

همان‌طور که مشاهده می‌شود، رابطه سلامت جنسی

دارد؛ به این معنا که معیار مورد نظر، در هر سؤال یک پشتمانه توصیه‌ای و تجویزی داد که بدون آن معیار، اصولاً پرسشنامه معنا پیدا نمی‌کند [۳۷].

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش سعی شد که ابزاری براساس الگوی سلامت جنسی اسلامی برای اندازه‌گیری سلامت جنسی همسران تدارک دیده شود؛ بدین منظور ابتدا گویه‌ها براساس پژوهش صورت گرفته توسط بنیانی (۱۳۹۸) تحت عنوان «الگوی سلامت جنسی همسران بر اساس منابع اسلامی، ساخت بسته آموزشی و بررسی اثر آن بر رضایت جنسی و رضایت زناشویی» طراحی گردید. سپس به جهت بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه، ابتدا با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، با توجه به چهار مؤلفه «سلامت بدنی»، «سلامت بینشی»، «سلامت عاطفی» و «سلامت رفتاری» روایی سازه پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل عاملی تأییدی در دو مرحله انجام شد. در مرحله اول هر یک از عوامل، به صورت مجزا و در مرحله بعد تحلیل عاملی تأییدی همه عوامل انجام شد که در نتیجه، تحلیل عاملی این ساختار ۴ عاملی تأیید گردید. اما از آنجا که در هر یک از عامل‌ها، برخی سؤالات از برازش مناسبی برخوردار نبودند، نتیجه تحلیل عاملی بعد از حذف سؤالات نامناسب ارائه شد، که در نسخه نهایی و تأیید شده پرسشنامه، سؤالات مربوط به ریزمؤلفه‌های «عدم تفکر به غیر همسر»، «عدم تمایل به هم‌جنس»، «خودآزادگری و دیگر آزاری جنسی» و «در نظر گرفتن شرایط رابطه» حذف شدند. در مجموع نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که پرسشنامه سلامت جنسی همسران بر اساس الگوی سلامت جنسی از روایی سازه مطلوبی برخوردار است. اعتبار پرسشنامه با توجه به آلفای کرونباخ (۰/۸۷۵) مطلوب است و به لحاظ روایی هم‌زمان، یافته‌های پژوهش نشان داد سلامت جنسی با رضایت جنسی (۰/۸۵۱) رابطه مثبت و معنادار دارد؛ بنابراین روایی هم‌زمان پرسشنامه مطلوب می‌باشد.

مؤلفه اول «سلامت بدنی» می‌باشد. براساس متون دینی سلامت جسمانی و خصوصاً سلامت جهاز تناسلی به عنوان یکی از عوامل اصلی صحت عقد ازدواج و یا تداوم ازدواج شمرده شده است [۲۸]. در همین رابطه پژوهش‌ها نشان می‌دهند، یکی از عواملی که بُعد جنسی انسان، متأثر از آن

می‌باشد وضعیت آناتومی و فیزیولوژی است [۳۸]. لذا برای داشتن رابطه جنسی مطلوب و سالم با همسر، سلامت بدنی نقشی محوری را ایفا می‌کند، و همسرانی که به جهت نقصان در سلامت بدنی و بالخصوص نقصان در جهاز تناسلی، نتوانند به صورت معمول، رابطه جنسی برقرار کنند، سطح سلامت جنسی پایینی دارند. در این پرسشنامه تعداد ۳ سوال مربوط به بررسی سلامت جسمی زوجین می‌باشد، تا بر اساس آن سلامت جنسی آن‌ها مورد ارزیابی قرار بگیرد.

مؤلفه دوم «سلامت بینشی» می‌باشد. که منظور از آن سالم بودن شناخت‌ها، باورها و آگاهی‌های مرتبط با رابطه جنسی است [۲۸]. به طور کلی براساس رویکردهای شناختی، شناخت نقش اساسی و مهمی در چگونگی بروز رفتار آدمی ایفا می‌کند. در نظریه عقلانی-عاطفی-رفتاری انواع باورهای غیرمنطقی به عنوان عامل اصلی مشکلات انسان‌ها در نظر گرفته شده است [۳۹]. براساس دیدگاه مسترز و جانسون^۶، شناخت‌های شخص درباره عملکرد جنسی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است [۴۰]. بر همین اساس دانش و آگاهی جنسی یکی از مهم‌ترین مولفه‌های ارتباط جنسی موفق به شمار می‌رود [۴۱]، و با جنبه‌های مختلف عملکرد، رضایت و سلامت جنسی رابطه دارد [۴۲ و ۴۳]. در این پرسشنامه، سلامت بینشی زوجین در ۴ بُعد مورد بررسی قرار می‌گیرد. بعد اول مربوط به بررسی آگاهی و شناخت زوجین نسبت به ارزش معنوی آمیزش با همسر می‌باشد که تعداد ۲ گویه را به خود اختصاص داده است. همسرانی که تلقی آن‌ها از برقراری رابطه جنسی با همسر این باشد که به نوعی مشغول به عبادت هستند و از آمیزش با همسر احساس معنوی به آن‌ها دست می‌دهد، شناخت و آگاهی سالمی (بر اساس منابع اسلامی)، نسبت به رابطه جنسی با همسر دارند. اما بالعکس زوجینی که چنین دیدگاهی ندارند، رفتار جنسی با همسر را بی‌ارتباط با معنویت می‌دانند، سطح سلامت جنسی پایینی دارند؛ چرا که بر مبنای تعریف سلامت جنسی براساس منابع اسلامی، رابطه‌ی جنسی سالم علاوه بر ارضای نیاز جنسی متقابل زوجین، کارکردهای متعالی آن‌ها را نیز فراهم می‌کند. بعد دوم از سلامت بینشی زوجین عبارتست از آگاهی به احکام و حقوق جنسی زوجین که تعداد ۳ گویه را به خود اختصاص داده‌است. همسرانی

6. Masters & Johnson.

که احکام رابطه جنسی با همسر را می‌دانند و سعی در رعایت کردن آن‌ها دارند از سلامت جنسی بالاتری نسبت به زوجینی که این شناخت را نداشته و آن را رعایت نمی‌کنند دارند؛ این بعد در راستای تامین کاردهای متعالی زوجین می‌باشد. و بعد سوم از جنبه شناختی عبارت است از آگاهی و شناخت نسبت به تفاوت‌های جنسی زن و مرد که تعداد ۳ گویه را به خود اختصاص داده است. بر اساس این بعد، زوجینی که شناخت کافی نسبت به ویژگی‌های اندام‌های جنسی همسر داشته باشند، و راه‌های تحریک جنسی همسر را به خوبی بدانند از سطح سلامت جنسی مطلوبی برخوردار هستند، چرا که کنش جنسی مطلوب در گرو شناخت زوجین نسبت به فیزیولوژی اندام‌های جنسی همسر و تفاوت‌های جنسی آن‌ها می‌باشد.

مؤلفه سوم «سلامت عاطفی» می‌باشد، که دربرگیرنده، امیال و احساسات سالم مرتبط با نیاز جنسی است [۲۸]. در این پرسشنامه برای سنجش سلامت عاطفی همسران، میزان تمایل به همسر سنجیده شده است و تعداد ۶ گویه را به خود اختصاص داده است، چراکه از جمله عوامل مهم سلامت جنسی همسران، تمایل همسران به یکدیگر است، و در متون دینی توصیه به ازدواج با فرد دلخواه خود که میل و علاقه به سوی اوست، شده است و هم‌چنین بهترین همسر را کسی معرفی می‌کند که به او میل و علاقه باشد [۲۶]. لذا براساس گویه‌های طرحی شده اگر زوجین یا یکی از آنها تمایلی به لحاظ جنسی به دیگری نداشته باشد و به تعبیر دقیق‌تر، اندام همسرش برای او جذابیتی نداشته باشد و رابطه جنسی سردی مابین آن‌ها برقرار باشد، سلامت-جنسی آن‌ها به لحاظ عاطفی در سطح پایینی قرار دارد، ولی بالعکس اگر زوجین نسبت به رابطه جنسی با یکدیگر تمایل مطلوبی داشته باشند و احساس رضایت را تجربه کنند، سلامت جنسی آن‌ها در سطح سلامت عاطفی مطلوب می‌باشد، چرا که سلامت جنسی بدون وجود امیال و احساسات سالم محقق نمی‌گردد. هم‌چنانی که براساس پژوهش‌های روانشناختی، انگیزه و میل جنسی همانند سایر انگیزه‌های بنیادین آدمی بخش جدایی‌ناپذیر ماهیت زیستی، روانی و اجتماعی او را تشکیل می‌دهد و روشن است که کیفیت ارضای این انگیزه، نقش بسیار مهمی را در سلامت فرد و اجتماع و دستیابی به آرامش و آسایش ایفا می‌کند [۴۴].

مؤلفه چهارم «سلامت رفتاری» می‌باشد. این مؤلفه دربرگیرنده جنبه‌های بیرونی مرتبط با غریزه جنسی است، که از چندین ریزمؤلفه تشکیل شده است: «مهارت تحریک کنندگی»، «مهارت خوشتننداری»، «تعاملات کریمانه»، «رفتار مطابق باجنسیت» و «عدم خودارضایی». ازمنظر روانشناسی رفتار جنسی سالم مجموعه‌ای است که دربرگیرنده ابراز تمایل، انگیزش جنسی و رسیدن به ارگاسم می‌باشد، که به‌طور مداوم و منظم در یک زوج اتفاق می‌افتد [۴۵]. مهارت تحریک کنندگی یکی از ریزمؤلفه‌های سلامت رفتاری همسران می‌باشد. در متون دینی ضمن توجه دادن به تفاوت‌های زنان و مردان، مهارت‌های لازم جهت تحریک کنندگی و چگونگی ارضاء همسر مورد توجه بسیار قرار گرفته است [۲۸]. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آماده‌سازی شریک جنسی و به عبارتی برانگیختگی او، نیاز به مهارت و دانش کافی دارد و بسیاری از مشکلات زوجین ناشی از عدم توانایی در شناخت عوامل تسهیل کننده رابطه جنسی می‌باشد [۴۶]. به همین جهت در این پرسشنامه تعداد ۸ گویه به بررسی مهارت تحریک کنندگی زوجین پرداخته شده است؛ زوجینی که مهارت و توانایی تحریک و ارضاء همسر خود را نداشته باشند، از سلامت جنسی پایینی برخوردارند، چرا که سلامت جنسی براساس منابع اسلامی، خلاصه در ارضاء نیاز جنسی خود فرد نمی‌شود، بلکه رفتار جنسی، رابطه‌ای است دوطرفه و زوجین علاوه بر ارضاء نیاز جنسی خود باید توانایی و مهارت تحریک و ارضاء همسر خود را داشته باشند. مهارت خوشتننداری نیز یکی دیگر از ریزمؤلفه‌های سلامت رفتاری همسران به‌شمار می‌رود. در متون دینی تأکید بسیاری بر خوشتننداری جنسی همسران در همه ابعاد ارتباطی (فکر، نظر، تماس، ارتباط کلامی) حضوری یا مجازی با نامحرم شده و توصیه به حجب و حیا و عفت گردیده است [۲۸]. به‌اعتقاد روان‌شناسان، خودمهارگری (خوشتننداری) در سطوح مختلف کاربرد دارد و باعث بهبود عملکرد افراد می‌گردد [47]. امروزه تقریباً مشکلات شخصی و اجتماعی افراد، مستلزم نوعی شکست در خودمهارگری تلقی می‌شود [۴۸]. خودمهارگری در راستای سبک زندگی اسلامی، در زمینه‌های گوناگون مورد توجه اسلام می‌باشد، که یکی از این حوزه‌ها عبارتست از حوزه مسائل جنسی [۴۹]. بر همین اساس در این پرسشنامه تعداد ۲ گویه به بررسی مهارت

خویش‌تنداری زوجینی می‌پردازد، چراکه رویکرد اسلام برای تامین سلامت جنسی، رویکرد تنظیم میل و رفتار جنسی می‌باشد که این امر، با مهارت خویش‌تنداری محقق می‌گردد. تعاملات کریمانه نیز به عنوان ریزمولفه دیگر سلامت رفتاری در نظر گرفته شده‌است. در متون دینی تأکید بسیاری بر روابط عاطفی صمیمانه کلامی و غیر کلامی بین همسران شده است. از جمله بیان نیکو، رفتارهای محبت آمیز، توجه و احترام به همسر [۲۸]. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که، هنگامی که رابطه صمیمانه متوقف می‌شود، انرژی عشق به آزرده‌گی و خشم تبدیل می‌شود و در نتیجه، منازعات فروان، انتقادهای مکرر، پناه بردن به سکوت، عدم همراهی عاطفی و لاینحل ماندن مشکلات را پدید می‌آورد [۵۰]. رابطه جنسی یک فرایند ایجاد در خلأ نیست. رابطه جنسی متأثر است از روابط صمیمانه و عاطفی کلی زوجین [۵۱]. مهارت‌های روابط صمیمانه موجب افزایش رضایت جنسی و شادمانی زناشویی می‌شود. مطالعات متعددی این نظریه را تأیید می‌کند که رضامندی رابطه‌ای و رضامندی جنسی در هم تنیده‌اند [۵۲ و ۵۳]. بر همین اساس، در این پرسشنامه تعداد ۲ گویه به بررسی تعاملات کریمانه اختصاص یافته است. یکی دیگر از ریزمولفه‌های سلامت رفتاری، رفتار مطابق با جنسیت می‌باشد. در متون اسلامی ضمن تأکید بر یکتا بودن گوهر ذات انسانی، بر جنسیت بشر انگشت گذاشته و بر تفاوت و تمایز آنها در خلقت صحنه می‌گذارد. بر همین مبنا، به زنان و مردان توصیه شده که مطابق با جنسیت خود رفتار کنند، و به شدت نهی شده است که زنان و مردان حتی ظاهر خود را شبیه جنس مخالف خود بگردانند و یا مثل جنس مخالف خود رفتار نمایند [۲۸]. بر مبنای تعریف سلامت جنسی بر اساس منابع اسلامی، رابطه جنسی سالم تنها در رابطه زوجیت ما بین زن و مرد محقق می‌گردد، و هر گونه انحراف از این معیار و تعریف، به معنی فاصله گرفتن از سلامت جنسی است. لذا رفتار جنسی سالم نه تنها فقط مابین زوجین (مرد و زن) محقق می‌شود، بلکه هر کدام از دو جنس مرد و زن باید بر اساس ساختار و مطابق با جنسیت خود رفتار کنند تا این رابطه مستحکم‌تر گردد. چرا که اگر یکی از زوجین، خلاف اقتضات جنسیتی خود رفتار نماید، از میزان جذابیت و تمایل فرد مقابل کاسته و رابطه جنسی طرفین را سست می‌نماید. بر همین

اساس ضروری است که در پرسشنامه سلامت جنسی همسران، نسبت به رفتارهای مطابق با جنسیت زوجین سوال طراحی شود، که در این پرسشنامه یک گویه بدین منظور طراحی گردید. آخرین ریزمولفه سلامت رفتاری، عبارتست از عدم خودارضایی، که بر اساس ادبیات دینی به دو قسم استمناء و استشهائ تقسیم می‌شود. استمناء، دستمالی و رفتار مالشی مرد با خود است که به انگیزه لذت جنسی انجام می‌شود، و استشهائ، دستمالی و رفتار مالشی زن با خود است که با انگیزه لذت جنسی صورت می‌گیرد. روایات زیادی از ائمه معصومین (ع) بر حرام بودن خودارضایی دلالت دارد [۲۸]. بسیاری از فرهنگ‌های مدرن، این عمل جنسی را به‌عنوان بخشی طبیعی از تمایلات جنسی انسان قبول دارند [۵۴ و ۵۵ و ۵۶]. این در حالی است که، در بسیاری از فرهنگ‌ها، به‌واسطه آموزه‌های مذهبی، خودارضایی یک فعالیت شرم‌آور و مشکل‌ساز تلقی می‌شود [۵۶ و ۵۷]. برخی از پژوهشگران معتقدند که به ۵ دلیل خودارضایی، نوعی اختلال روان‌شناختی به‌شمار می‌آید، این دلایل عبارتند از: ۱. شیوع بالای خودارضایی دلیل بهنجار بودن آن نیست، زیرا وضعیت‌های مرضی دیگری نیز با شیوع بالا وجود دارد و از سوی دیگر مسئله شیوع آماری تنها در غیاب سایر شاخص‌ها مورد اعتنا خواهد بود؛ ۲. خودارضایی خاستگاه‌های روان‌رنجور (مانند: وسواس، ضعف عزت‌نفس، ضعف سلامت‌معنوی و تکانش‌گری) دارد؛ ۳. عادت به خودارضایی بر اساس مشاهدات گسترده، سبب کاهش لذت از فعالیت جنسی طبیعی و در نتیجه عدم رضایت زناشویی می‌گردد؛ ۴. خودارضایی با هنجارهای فرهنگی جوامع مسلمانان منطبق نیست و هنجارهای فرهنگی و اجتماعی شاخص‌های مهم سلامت روانی در نظر گرفته می‌شوند؛ ۵. بر اساس یافته‌های روان‌شناسی فیزیولوژیک توصیه به خودارضایی برای هر منظور درمانی می‌تواند به سهولت منجر به خودارضایی اعتیادگونه گردد و مشکلات مراجعه‌کننده را پیچیده‌تر نماید [۲۳]. بر همین اساس در این پرسشنامه در غالب سه گویه، از زوجین نسبت به ابتلای به خود ارضایی فرد و همسرش، سوال پرسیده تا از این منظر سلامت جنسی آنان سنجید شود. به‌طور کلی در این پژوهش سعی شد که ابزاری متناسب با فرهنگ جامعه ایرانی برای سنجش سلامت جنسی همسران

افراد ممکن است به دلایل مختلف، واقعیت‌ها را در مورد خود منعکس نکنند. همچنین با توجه به محدودیت زمانی در اجرای پژوهش، از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده شد، بنابراین برای تعمیم‌پذیری نتایج به‌دست آمده دارای محدودیت می‌باشد، البته سعی شد در حد امکان نمونه با حجم بالا انتخاب شود تا نتایج با اعتبار بیشتری همراه باشد. در انتها پیشنهاد می‌شود با توجه به این که این پرسشنامه با رویکرد ملاک‌محور طراحی گردیده، و فاصله نقطه موجود فرد تا نقطه مطلوب دین را نشان می‌دهد، در پژوهشی مجزا، این پرسشنامه به صورت هنجاری نیز انجام شود تا رتبه فرد در جامعه را نشان مشخص نماید.

منابع:

1. Barton AW, Beach SR, 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.
2. Péloquin K, Byers ES, Callaci M, Tremblay N. Sexual portrait of couples seeking relationship therapy. *J Marital Fam Ther.* 2019;45(1):120-33.
۳. قرآن کریم. سوره الروم آیه ۲۱.
۴. مجلسی م. بحارالانوار. بیروت: دارالاحیاء التراث العربی؛ ۱۴۰۳.
۵. آگاه ل، جان بزرگی م، غفاری ع. اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری گروهی، بر افزایش رضامندی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی (با مقیاس اسلامی). روان‌شناسی و دین. ۱۳۹۳؛ ۷(۲) (پیاپی ۲۶).
6. Kiecolt-Glaser JK, Wilson SJ. Lovesick: How couples' relationships influence health. *Annu Rev Clin Psychol.* 2017;13:421-43.
7. McKellar K, Silence E, Smith MA. Sexual health experiences, knowledge and understanding in low SES female teenagers: A diary approach. *J Adolesc.* 2019;73:122-30.
8. Stark L, Tan TM, Muldoon KA, King D, Lamin DF, Lilley S, & etal. Family structure and sexual and reproductive health outcomes among adolescents in rural Sierra Leone. *Glob Public Health.* 2016;11(3):309-21.

طراحی شود، لذا این پرسشنامه بر اساس منابع اسلامی ساخته شد. مضافاً بر این که اساساً کار پژوهشی براساس گزاره‌های اسلامی بسیار متفاوت با دیگر پژوهش‌هاست، چراکه ازجمله مسائلی که در هر پژوهشی اهمیت دارد، نوع معرفت‌شناسی، انسان‌شناسی و هستی‌شناسی پژوهش‌گر می‌باشد. براین اساس، نگاه دین به انسان و جهان، نگاهی دنیوی و مادی نبوده؛ در نگاه دنیوی، طبیعت و زندگی دنیا همه‌ی حقیقت است، اما در نگاه دینی طبیعت بخشی از حقیقت است و بخش دیگر آن فوق طبیعت می‌باشد. در هستی‌شناسی دینی، بخش طبیعی بی‌ارتباط با بخش غیرطبیعی و در عرض آن نیست، بلکه این دویبخش، از ارتباط طولی برخوردارند؛ به این معناکه طبیعت تحت احاطه فوق طبیعت است. براین اساس، پژوهش بر اساس منابع اسلامی از جامعیت بیشتری برخوردار است، چراکه معرفت و حیانی (منابع اسلامی) برخلاف معرفت اساطیری، اولاً عقل‌ستیز نیست و ثانیاً چشم بر معرفت حسی و تجربی فرو نمی‌بندد، بلکه حس‌گرایی و عقل‌گرایی را به‌لحاظ این که معرفت فراتر از خود را انکار کنند، یا این که معرفت را به افق یافته‌های خود تقلیل می‌دهند، ناقص و ناتوان می‌داند [۵۸]. هم‌چنین الگوهای سلامت جنسی مطرح شده در رویکردهای غیردینی، عمدتاً هنجار محور (با نگاه آماری) می‌باشد. بطوریکه با توجه به عدم ثبات هنجارها در طی دوره‌های گوناگون، الگوهای سلامت جنسی نیز متغیر می‌باشند. و به یک نسبی‌گرایی منجر شده است، که هیچ‌گونه قاعده و قانون واحد و مشخصی ندارد؛ و هر روزه در حال دگرگونی است. در حالیکه الگوی سلامت جنسی مبتنی بر دین، بر اساس هنجارهای اجتماعی شکل نگرفته است، که بخواهد با تغییرات آنها، گوناگون و متغیر شود. بلکه الگوی سلامت جنسی اسلامی ملاک محور است. ملاکی که بر مبنای دین و دستورات الهی است و به واسطه گذر زمان و تغییر هنجارهای اجتماعی تغییر و تبدلی در آن راه پیدا نمی‌کند. ملاک الگوی سلامت جنسی دینی، همخوانی و سازگاری با همه ابعاد دین از حیث اعتقادی، اخلاقی و احکامی دارد [۲۸].

محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش

ابزار این پژوهش پرسشنامه بود، که می‌توان گفت استفاده از پرسش‌نامه، محدودیت‌هایی را به‌دنبال دارد، از جمله این که

Marriage Based on the Health Belief

Model. J Educ Community Health.

2014;1(1).

18. Hosein Rashidi B, Kiyani K, Haghollahi F, Shahbazi Sighaldehy S and. Sexual health definition from the perspective of Iranian experts and description its components. Tehran Univ Med J. 2015;73(3).

19. Zahra Bostani Khalesi, Atefeh Ghanbari Khanghah. Perception and experience of married women of reproductive age about the importance of sexual health education: A content analysis study. Mashhad Univ Med Sci. 2015;18(172):7-17.

۲۰. تهرانی ن. سلامت جنسی. مجله سلامت.

۱۳۹۰؛۱۱۳(۱):۱۱.

۲۱. روشن چسلی رسول، میرزایی صدیقه، نیک‌آذین امیر.

اعتبار و اعتبار مقیاس چند بعدی رضایت جنسی زنان (SSSW) در نمونه ای از زنان ایرانی. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۳۹۳؛۱۰(۰):۱۲۷-۳۸.

۲۲. نورعلیزاده میانجی م. سلامت و اختلال جنسی

همسران: رویکرد اسلامی و روانشناختی. قم: موسسه

آموزشی و پژوهشی امام خمینی؛ ۱۳۹۷.

۲۳. مرعشی سیدعلی. نقد حذف خودارضایی و

همجنسگرایی از فهرست اختلالات جنسی در DSM

مطالعات تحول در علوم انسانی. ۱۳۹۵؛۷(۴):۸-۲۷.

۲۴. مروتی س، وحیدنیاف، صادقی ع، فتاحی ا. علل و عوامل انحرافات جنسی از دیدگاه قرآن و روایات. پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده. ۱۳۹۳؛۲(۲).

۲۵. شفیعی سروستانی ا. سلامت جنسی در جامعه اسلامی

با تاکید بر نقش رسانه ملی. تهران: مرکز پژوهش‌های اسلامی صدا و سیما؛ ۱۳۹۵.

۲۶. کلینی م. الکافی. تهران: انتشارات دارالکتب الاسلامیه؛

۱۴۰۷.

۲۷. حرعاملی مح. وسائل الشیعه. قم: موسسه آل‌البیت

علیهم السلام؛ ۱۴۰۹.

۲۸. بنیانی م. الگوی سلامت جنسی همسران بر اساس

منابع اسلامی، ساخت بسته آموزشی و بررسی اثر آن بر

رضایت جنسی و رضایت زناشویی [دکتری]. دانشگاه

موسسه آموزشی پژوهشی امام خمینی؛ ۱۳۹۸.

9. Wilson BD, 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):1495-508.

10. 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(1):1-8.

11. Levine EC, Herbenick D, Martinez O, Fu T-C, Dodge B. Open relationships, nonconsensual nonmonogamy, and monogamy among US adults: Findings from the 2012 National Survey of Sexual Health and Behavior. Arch Sex Behav. 2018;47(5):1439-50.

12. Tahan M, Saleem T, Moshtagh M, Fattahi P, Rahimi R. Psychoeducational Group Therapy for sexual function and marital satisfaction in Iranian couples with sexual dysfunction disorder. Heliyon. 2020;6(7):e04586.

13. Mahadeen AI, Hamdan-Mansour AM, Habashneh SA, Dardas LA. Sexual satisfaction among infertile couples: demographics and psychosocial health factors. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2020;58(9):40-7.

14. Mollaioli D, Ciocca G, Limoncin E, Di Sante S, Gravina GL, Carosa E, & etal. Lifestyles and sexuality in men and women: the gender perspective in sexual medicine. Reprod Biol Endocrinol. 2020;18(1):1-11.

۱۵. دلاورپور م، ابراهیمی م، زهره‌وند م. بررسی ویژگی‌های

روان‌سنجی مقیاس ملالت جنسی در زنان و مردان متأهل

ایرانی. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۲۰۲۰؛۱۸(۲):۱۵۹-

۷۲.

16. Samadifard H, Narimani M. Prediction of Sexual Addiction of Couples Based on Meta-Cognitive Belief and Cognitive Fusion. J Health Syst Res. 2018;14(2):183-8.

17. Barati M, Soltanian A, Emdadi S, Zahiri B, Barzeghar N and. Analyzing Sexual Health-Related Beliefs Among Couples in

۴۱. Zahedinia H. The share of sexual knowledge and attitude in predicting sexual intimacy and sexual satisfaction. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2020 Jul 1;22(4).
۴۲. Rakhshani T, Asadollahi A, Afzali Harsini P, Khoramdel H, Shiraly R, Khani Jeihooni A. Effect of Sexual Knowledge, Attitude and Quality of Life on Marital Satisfaction of Aged Couples in South Iran: APIM-SEM Analysis. *Journal of sex & marital therapy*. 2023 May 19;49(4):432-46.
۴۳. Khoei EM, Moeini B, Barati M, Soltanian AR, Shahpiri E, Ghaleiha A, et al. A qualitative inquiry of sexuality in Iranian couples using the Information-Motivation-Behavioral skills paradigm. *J Egypt Public Health Assoc*. 2019;94(1):1-11.
۴۴. آوادیس یانس ه، نیکخوم م. زندگی جنسی زنان: آشنایی با رفتارهای جنسی و روشهای شناخت و درمان اختلالهای جنسی زنان. تهران: سخن؛ ۱۳۸۳.
۴۵. Lindberg LD, Singh S. Sexual behavior of single adult American women. *Perspect Sex Reprod Health*. 2008;40(1):27-33.
۴۶. معنوی پور د، پیرخانی ع، روحانی ع، دیباجی ز. تاثیر آموزش سردکننده های جنسی در ارتقا سلامت جنسی. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی اندیشه و رفتار. ۱۳۸۸؛۳(۱۱).
۴۷. Maruyama BA, Abrams G, Kornblith E, Posecion LF, McQuaid JR, Neylan TC, Groberio J, Chen AJ, Novakovic-Agopian T. Improvement in executive functioning after Goal-Oriented Attentional Self-Regulation training is associated with reduction in PTSD hyperarousal symptoms among veterans with comorbid PTSD and mild TBI. *Applied Neuropsychology: Adult*. 2023 Sep 3;30(5):503-11.
۴۸. Baumeister RF, Schmeichel BJ, Vohs KD. Self-regulation and the executive function: The self as controlling agent. *Soc Psychol Handb Basic Princ*. 2007;2:516-39.
۴۹. رفیعی هنر حمید، جان بزرگی مسعود، پسندیده عباس، رسول زاده طباطبایی سید کاظم. تبیین سازه خودمهارگری بر اساس اندیشه اسلامی. روان شناسی و دین.
۲۹. ثرندایک را. روان سنجی کاربردی. تهران: موسسه چاپ و انتشارات دانشگاه تهران؛ ۱۳۹۵.
۳۰. Larson JH, Anderson SM, Holman TB, Niemann BK. A longitudinal study of the effects of premarital communication, relationship stability, and self-esteem on sexual satisfaction in the first year of marriage. *J Sex Marital Ther*. 1998;24(3):193-206.
۳۱. شاه سیاه م، بهرامی ف، اعتمادی ع، محبی س. تاثیر آموزش جنسی بر بهبود رضایت زناشویی زوجین شهر اصفهان. تحقیقات نظام سلامت. ۱۳۸۹؛۶(۴).
۳۲. Vieira RX, Pechorro P, Diniz A. T08-P-10 Validation of Index of Sexual Satisfaction (ISS) for use with Portuguese women. *Sexologies*. 2008;17:S115.
۳۳. بهرامی ن، یعقوب زاده آ، شریف نیا سح، سلیمانی* مع، حقدوست عا. ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی پرسشنامه رضایت جنسی لارسون در نمونه ای از زوجین نابارور ایرانی. اپیدمیولوژی ایران. ۱۳۹۵؛ سال دوازدهم؛ ۱۸-۳۱.
۳۴. شمس مفرحه ز، شاه سیاه م، محبی س، تیرایی ی. بررسی تاثیر مشاوره زناشویی بر رضایت جنسی زوجین شهر شیراز. تحقیقات نظام سلامت. ۱۳۸۹؛۶(۳).
۳۵. رحمانی ا، صادقی ن، اله قلی ل، مرقاتی خوبی عا. ارتباط رضایت جنسی با عوامل فردی در زوجین. نشریه پرستاری ایران. ۱۳۸۹؛۲۳(۶۶).
۳۶. گنجی ح. آزمون های روانی. تهران: ساولان؛ ۱۳۹۰.
۳۷. کاویانی م، کجباف م، غروی م، مولوی ح. روانشناسی ساخت یک مقیاس اسلامی (معیار مرجع) ویژگی ها و محدودیت ها. مطالعات اسلام و روان شناسی. ۱۳۸۹؛ سال چهارم(۶):۷-.
۳۸. بشارت مهر نداء، صلاحیان افشین. بررسی شیوع اختلالات جنسی و پارافیلیا در زنان متأهل. مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی. ۱۴۰۰؛۶۱(۷):۲۶۹-۹۰.
۳۹. Motamedin M, Badri R, Ebadi GH, Zamani N. Standardization of irrational beliefs test (4IBT-A) in Tabriz. 2012.
۴۰. کرینگ آ، جانسون ش، دیویسون ج، نیل ج. آسیب شناسی روانی؛ علم و درمان اختلال های روان شناختی. **th ed. Vol. 2۱۳**. تهران: نشر ارجمند؛ ۲۰۱۸.

۱۳۹۳؛ ۲۷(۷): ۵-۲۶.

۵۰. زارع‌باغبیدی محبوبه، اعتمادی‌فرد اعظم. تعیین نقش واسطه‌ای مهارت ارتباطی در رابطه بین ناگویی هیجانی و دلزدگی زناشویی زوجین متقاضی طلاق. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی. ۱۳۹۹؛ ۳۸(۱۰): ۱۳۵-۵۰.

۵۱. McCarthy B, Cohn D, Koman CA.

Sexual equity and the good enough sex model. *Sexual and Relationship Therapy*. 2020 Jul 2;35(3):291-303.

۵۲. Vowels LM, Mark KP. Relationship and sexual satisfaction: A longitudinal actor-partner interdependence model approach. *Sexual and Relationship Therapy*. 2020 Jan 2;35(1):46-59.

۵۳. Haavio-Mannila E, Kontula O.

Correlates of increased sexual satisfaction. *Arch Sex Behav*. 1997;26(4):399-419.

۵۴. Hogarth H, Ingham R. Masturbation among young women and associations with sexual health: An exploratory study. *J Sex Res*. 2009;46(6):558-67.

۵۵. Strachan E, Staples B. Masturbation. *Pediatr Rev*. 2012;33(4):190-1.

۵۶. Levesque RJ. *Encyclopedia of adolescence*. Springer Science & Business Media; 2011.

۵۷. Castellini G, Fanni E, Corona G, Maseroli E, Ricca V, Maggi M.

Psychological, relational, and biological correlates of ego-dystonic masturbation in a clinical setting. *Sex Med*. 2016;4(3):e156-65.

۵۸. پارسانیا ح. هستی و هبیط (انسان در اسلام). قم: دفتر

نشر معارف؛ ۱۳۸۹.

پایگاه نشر

پیوست: پرسشنامه نهایی سلامت جنسی همسران براساس الگوی سلامت جنسی اسلامی

ردیف	عبارات	كاملا موافقم	تاحدودی موافقم	تاحدودی مخالفم	كاملا مخالفم
۱	از رابطه جنسی با همسر احساس رضایت می‌کنم.				
۲	همسر هیچ تمایلی به رابطه جنسی با من ندارد.				
۳	همسر نمی‌تواند به لحاظ جنسی مرا ارضا کند؛ به همین دلیل خودارضایی می‌کنم.				
۴	همسر در رابطه جنسی، به خوبی مرا تحریک می‌کند.				
۵	فکر می‌کنم تجربه ارگاسم جنسی (اوج لذت جنسی) من، در حد معمول دیگران است.				
۶	همسر در رابطه جنسی با من، سرد رفتار می‌کند.				
۷	تمایل زیادی به رابطه جنسی با همسر دارم.				
۸	همسر نمی‌تواند مرا از نظر جنسی ارضا کند.				
۹	ارضای جنسی همسر برایم مشکل است.				
۱۰	اندام همسر برایم جذابیت دارد.				
۱۱	همسر به رابطه جنسی با من، پایبند و متعهد است.				
۱۲	با خودم میگویم، همسر همانی نیست که من می‌خواهم.				
۱۳	همسر بدون توجه به نیاز من، فقط به دنبال ارضای نیاز جنسی خودش است.				
۱۴	می‌دانم که در رابطه جنسی با همسر، چه چیزهایی حرام، مکروه، مباح، مستحب و واجب می‌باشد.				
۱۵	همسر از تحریک مناسب او در رابطه، احساس رضایت دارد.				
۱۶	همسر راه‌های تحریک جنسی من را، به خوبی می‌داند.				
۱۷	نسبت به چگونگی تحریک جنسی همسر، اطلاعات کافی دارم.				
۱۸	به خاطر مشکل جسمانی که در ناحیه آلت تناسلی دارم، امکان رابطه جنسی کامل بین من و همسر وجود ندارد.				
۱۹	اگر موقعیت رابطه جنسی با غیر از همسر برایم فراهم شود، وارد رابطه می‌شوم.				

				همسر، احکام شرعی رابطه جنسی را می‌داند.	۲۰
				در رابطه جنسی با همسر، علاوه بر من او نیز ارضا می‌شود.	۲۱
				به خاطر مشکل جسمانی که در ناحیه آلت تناسلی همسر وجود دارد، امکان رابطه جنسی کامل بین من و همسر وجود ندارد.	۲۲
				در رابطه جنسی با همسر، فقط به دنبال ارضای سریع نیاز جنسی خودم می‌باشم.	۲۳
				جمله «دوستت دارم» را بارها به همسر گفته‌ام.	۲۴
				همسر به خاطر کارهایی که برای زندگی انجام می‌دهد، منت می‌گذارد.	۲۵
				به نظرم رابطه جنسی با همسر، نوعی عبادت است.	۲۶
				همسر، تمایلی به رفتارهای مطابق با جنسیتش ندارد	۲۷
				اندام‌های تحریک پذیر همسر را می‌دانم.	۲۸
				رابطه جنسی با همسر، مانع از رشد معنوی من می‌شود.	۲۹
				همسر مبتلا به خودارضایی است.	۳۰
				در ناحیه دستگاه تناسلی ام مشکل جسمی دارم.	۳۱
				می‌دانم که در رابطه جنسی، باید حقوق شرعی همسر را رعایت کرد.	۳۲
				نیاز جنسی ام را با خودارضایی برطرف می‌کنم.	۳۳