

# طرحواره‌های جنسی و بهزیستی روان‌شناختی در زنان متأهل: بررسی نقش واسطه‌ای کارکرد جنسی

رضا چالمه<sup>۱\*</sup>، فاطمه عبدالهی<sup>۲</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه شیراز (نویسنده‌ی مسئول)

reza\_chalmeh@yahoo.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی فاطمیه شیراز

abdolahi.fatemeh@yahoo.com

تاریخ پذیرش: [۹۸/۹/۲۳]

تاریخ دریافت: [۹۸/۱/۲۴]

## چکیده

پژوهش حاضر باهدف بررسی نقش واسطه‌ای کارکرد جنسی در رابطه بین طرحواره‌های جنسی با بهزیستی روان‌شناختی در زنان متأهل انجام شد. روش پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی بود که با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری شامل زنان متأهل شهر شیراز بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۱۵۰ نفر انتخاب گردید. ابزارهای سنجش شامل پرسش‌نامه‌های شاخص عملکرد جنسی زنان (روزن و همکاران، ۲۰۰۰)، طرحواره جنسی (آندرسون و سیروانوسکی، ۱۹۹۴) و بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۹۵) بود. داده‌های جمع‌آوری شده در دو سطح توصیفی (با استفاده از میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (با استفاده از ضریب همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری با نرم‌افزار amos-21) مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که طرحواره‌های پرشور-عاشقانه و صریح-راحت رابطه مثبت و معنی‌دار و طرحواره خجالتی-محتاط رابطه منفی و معنی‌دار با بهزیستی روان‌شناختی در زنان متأهل داشتند. همچنین کارکرد جنسی نیز پیش‌بین مثبت و معنی‌دار بهزیستی روان‌شناختی بود. علاوه بر این نتایج بیانگر این بود که کارکرد جنسی توانست بین طرحواره پرشور-عاشقانه با بهزیستی روان‌شناختی نقش واسطه‌ای ایفا کند. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که طرحواره‌های جنسی هم به‌طور مستقیم و هم با واسطه عملکرد جنسی می‌توانند بر بهزیستی روان‌شناختی زنان متأهل تأثیرگذار باشند.

**واژگان کلیدی:** طرحواره‌های جنسی، بهزیستی روان‌شناختی، کارکرد جنسی، زنان متأهل.

## مقدمه

زنان رکن اصلی خانواده را در جامعه تشکیل می‌دهند و سلامت جسم و روان آنها بر سلامت جسم و روان خانواده و تربیت فرزندان اثر مستقیم و مهمی دارد. سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، سلامت زنان را از شاخص‌های رشد یافتگی کشورها معرفی کرده است (سازمان

1. World Health Organization

بهداشت جهانی، ۲۰۱۴). بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۴)، سلامت دارای ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی است و تغییر در هر یک از این ابعاد موجب تاثیر بر سایر جنبه‌های زندگی می‌شود. یکی از جنبه‌های مهم مفهوم سلامت، بهزیستی روان-شناختی<sup>۱</sup> است. احساس بهزیستی به‌عنوان احساسی مثبت و توأم با رضایت‌مندی عمومی اشاره دارد (چاو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). بر این اساس، سلامت روانی معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی است. در این دیدگاه داشتن بیماری برای احساس سلامت کافی نیست، بلکه داشتن احساس رضایت از زندگی، کارآمدی، پیشرفت، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان و رابطه مطلوب با اجتماع از ویژگی‌های انسان سالم است (سین و لیوبومیرسکی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). الگوهای متعددی برای مفهوم‌پردازی بهزیستی روان‌شناختی تدوین شده است که در این میان الگوی ریف و کیز<sup>۴</sup> (۱۹۹۵) بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. ریف و کیز (۱۹۹۵) بهزیستی روان‌شناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی خود می‌دانند. این مدل از طریق ادغام نظریه‌های مختلف رشد فردی و عملکرد سازگارانه شکل گرفته و گسترش یافته است. بهزیستی روان‌شناختی در مدل ریف از شش مؤلفه پذیرش خود، خودمختاری، داشتن ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی، تسلط بر محیط، رشد شخصی و تشکیل شده است (باکستر و هویت<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). وجود ازدواج کارآمد و رضایت بخش می-تواند بهزیستی روان‌شناختی را افزایش و بهبود بخشد. در یک ازدواج سالم وجود رابطه جنسی مطلوب به نحوی که بتواند موجب تأمین رضایت طرفین شود، نقش بسیار به‌سزایی در موفقیت و پایداری کانون خانواده دارد (موسوی، مهدی‌زادگان و آقایی، ۱۳۹۳). روابط جنسی شکل‌دهنده بخشی از ادراکات مهم زوجین از یکدیگر است که در تداوم ازدواج نقش به‌سزایی دارد.

اختلال در فعالیت جنسی در زنان شایع است و در هر سن، فرهنگ و وضعیت اجتماعی و اقتصادی بروز می‌کند و به‌طور گسترده بر کیفیت زندگی، اعتماد به نفس و خلق و خو و ارتباط با همسر اثرگذار است (ویتال، پادوالا و گایلنو<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵). مطالعات مختلفی در ارتباط با شیوع و نوع اختلالات جنسی زنان انجام گرفته است (بوکک، پاچنر و لامر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶؛ مولر، رحمان و فالیس<sup>۸</sup>، ۲۰۱۶).

عملکرد جنسی<sup>۹</sup> مناسب از عوامل مؤثر موفقیت در ازدواج می‌باشد. انگیزه و میل جنسی همانند سایر انگیزه‌های بنیادین آدمی بخش جدایی‌ناپذیر ماهیت زیستی روانی اجتماعی را تشکیل می‌دهد و کیفیت ارضای این انگیزه نقش بسیار مهمی در سلامت افراد دست‌یابی به آرامش ایفا می‌کند (کاروبلس، گامزگادیکس و آلمندروز<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۱). بنابراین عملکرد جنسی موثر می‌تواند بهزیستی روان-شناختی را ارتقا دهد. ویتال و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که بین عملکرد جنسی رضایت‌بخش و بهزیستی روان‌شناختی در زنان رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. حاج نصیری، اصلان بیگی، معافی غفاری، مافی و باجلان (۱۳۹۷) نیز نشان دادند که عملکرد جنسی رضایت‌بخش با افزایش سلامت روانی زنان باردار در ارتباط است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

- 1 .psychological well being
- 2 . Chow
- 3 . Sin & Lyubomirsky
- 4 . Ryff & Keyes
- 5 . Baxter & Hewitt
- 6 . Vitale, Padula & Gulino
- 7 . Bucek, Puchner & Lammer
- 8 . Mueller, Rehman & Fallis
- 9 . sexual function
- 00 . Carrobles, Gámez Guadix & Almendros

عوامل فیزیولوژیکی، روان‌شناختی و بین فردی در عملکرد بهینه جنسی و بالتبع آن سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی زنان نقش به‌سزایی دارند. طرحواره‌های جنسی<sup>۱</sup> یکی از عوامل روان‌شناختی است که می‌تواند در نگرش‌های جنسی فرد مؤثر باشند (کارپنتر، آندرسون، فاولر و ماکسول<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). براین اساس، طرحواره‌های جنسی به‌عنوان باورهای اساسی و هسته‌ای ابعاد جنسی فرد تعریف شده است که از تجارب گذشته مشتق شده‌اند و در تجربه‌های حال نمود پیدا می‌کنند و در پردازش اطلاعات جنسی افراد تاثیر می‌گذارند و رفتار جنسی را هدایت می‌کنند (میل، فرگاس و کالن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). طرحواره‌های جنسی شامل دو بعد می‌باشند: (۱) بعد مثبت شامل طرحواره‌های پر شور عاشقانه و طرحواره سریع و راحت (۲) بعد منفی طرحواره خجالتی- محتاط (بابایی، ۱۳۹۷).

افراد با طرحواره‌های مثبت، تمایل دارند که در نگرش‌های جنسی راحت باشند و به‌طور کلی از بازداری‌های اجتماعی مانند خودآگاهی یا خجالت رها هستند. این افراد طیف گسترده‌تری از فعالیت جنسی را در طول زندگی جنسی خود گزارش می‌کنند. برای زنان دارای طرحواره جنسی مثبت روابط عاشقانه مرکزیت دارد (بابایی، ۱۳۹۷). زنان دارای طرحواره صریح- راحت، تمایلات و رفتارهای جنسی‌شان را مانند زنان دارای طرحواره پرشور-عاشقانه گزارش می‌کنند، اما این افراد تعهد ضعیف‌تر و پیوندهای کمتر پایایی دارند و ممکن است در روابط جنسی تعهد کمتری داشته باشند (بابایی، ۱۳۹۷).

بر عکس زانی که طرحواره‌های منفی از تمایلات جنسی دارند خودشان را از نظر عاطفی سرد و غیر عاشقانه می‌پندارند و اذعان دارند که در رفتار جنسی و روابط عاشقانه به شیوه‌ای بازدارنده و محافظه‌کارانه عمل می‌کنند. نگرش‌ها و ارزش‌های منفی در این خصوص دارند و ممکن است خود را به‌عنوان افراد خودآگاه خجالتی یا غیر مطمئن در انواع بافت‌های جنسی و اجتماعی توصیف کنند (رادلاو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹).

نتایج مطالعه‌ای که لیندگرن، اسکات، مولینز و بلینی<sup>۵</sup> (۲۰۱۱) انجام دادند نشان داد زانی که تجربه اولین آمیزش را پشت سر گذاشته‌اند، طرحواره‌های جنسی پرشور عاشقانه و صریح-راحت دارند و زانی که هیچ‌گاه آمیزش جنسی نداشته‌اند، دارای طرحواره خجالتی - محتاط هستند. مجتبابی، صابری و علیزاده (۱۳۹۳) بیان داشتند که طرحواره‌های جنسی با کارکرد جنسی زنان رابطه معنی داری دارند. همچنین ریسینگ و همکاران (۲۰۰۵) به این نتیجه رسیدند که طرحواره مثبت کمتر دارند و دیدگاه‌های منفی نسبت به رفتارهای جنسی دارند در شاخص عملکرد جنسی علائم درد را بیشتر گزارش می‌دهند. علاوه بر این معتمدی (۱۳۹۳)، دیوید و همکاران (۲۰۰۷) و اکبری و دهکردی (۱۳۸۹) نیز در پژوهش‌های خود نشان دادند که طرحواره‌های مثبت جنسی با عملکرد رضایت-بخش جنسی در زنان رابطه معنی داری دارند.

در خصوص ارتباط بین طرحواره‌های جنسی و بهزیستی روان‌شناختی پژوهشی‌ها بسیار محدود بوده‌اند. در این راستا دوناگو<sup>۶</sup> (۲۰۰۹) با بررسی رضایت بدنی، طرحواره جنسی و بهزیستی روانی در زنان بالای ۱۸ سال نشان داد که طرحواره‌های جنسی مثبت به‌طور معنی داری با رضایت بدنی و عناصر بهزیستی روانی در ارتباط هستند. اندرسون و اسیران سکی (۲۰۰۹) نیز بیان داشته‌اند که دیدگاه زنان دارای طرحواره‌های منفی، دیگران را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد و روابط جنسی آنها را به‌طور بالقوه آسیب‌پذیر می‌کند. بنابراین

1 . sexual schemas

2 . Carpenter, Andersen, Fowler & Maxwell

3 . Male, Fergus & Cullen

4 . Radlove

5 . Lindgren, Schact, Mullins & Blayney

6 . Donaghue

دیدگاه جنسی ضعیف و منفی می‌تواند یک عامل حساس برای رشد کژکاری‌ها و مشکلات جنسی باشد و در برابر فشارزاهای مربوط آسیب‌پذیرتر باشند.

بهزیستی روان‌شناختی مستلزم درک چالش‌های وجودی زندگی می‌باشد. رویکرد بهزیستی روان‌شناختی رشد و تحول مشاهده شده در برابر چالش‌های وجودی زندگی را بررسی می‌کند و به شدت بر توسعه انسانی تأکید دارد. لذا بدیهی است که شناسایی عوامل تاثیرگذار بر آن سهم به‌سزایی در بهبود وضعیت روانی و اجتماعی زنان در جامعه دارد. علاوه بر این روابط جنسی و نگرش‌های مرتبط با این روابط می‌تواند در سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مؤثر باشد. لذا در پژوهش حاضر عوامل جنسی و پیشایندی بهزیستی روان‌شناختی در قالب مدلی علی مورد بررسی قرار گرفته است. منطبق با مدل مفهومی پژوهش (شکل شماره ۱)، طرحواره‌های جنسی زنان هم به‌طور مستقیم و هم با واسطه کارکرد جنسی بر بهزیستی روان‌شناختی تاثیرگذار است.



شکل ۱- مدل مفهومی پژوهش

## روش

طرح پژوهش حاضر توصیفی، از نوع همبستگی بود که در چارچوب آن، روابط مفروض میان متغیرهای پژوهش، با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بررسی شد. بر این اساس، طرحواره‌های جنسی به‌عنوان متغیر برون‌زاد، کارکرد جنسی به‌عنوان متغیر واسطه‌ای و بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان متغیر درون‌زاد مورد بررسی قرار گرفتند. مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ آمده است. جامعه آماری پژوهش حاضر را همه زنان متأهل شهر شیراز شامل می‌شوند. به‌منظور انتخاب شرکت‌کنندگان، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به‌منظور تعیین حجم نمونه، تعداد مسیرها به‌عنوان ملاک در نظر گرفته شد و به ازای هر مسیر، ۱۵ نفر انتخاب شد. در نهایت تعداد ۱۵۰ زن متأهل شرکت‌کنندگان پژوهش را تشکیل دادند. در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های شاخص عملکرد جنسی زنان (روزن و همکاران، ۲۰۰۰)، طرحواره جنسی (آندرسون و سیروانوسکی، ۱۹۹۴) و بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۹۵) استفاده شد.

## پرسش‌نامه شاخص عملکرد جنسی زنان<sup>۱</sup>

این پرسش‌نامه که توسط روزن و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شده است یک ابزار شش بعدی است که عملکرد جنسی زنان را توسط ۱۹ سؤال در ابعاد تمایلات جنسی یا برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و درد مورد بررسی قرار می‌دهد. نمرات در نظر گرفته شده برای هر سؤال بعد میل جنسی ۱ تا ۵ امتیاز و برای ایجاد تحریک یا برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و درد صفر تا ۵ امتیاز می‌باشد. کسب نمره بیشتر، مبین کارکرد بهتر جنسی افراد است. در ایران محمدی نیک (۱۳۸۷) پایایی زیرمقیاس‌های تمایلات جنسی، برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی، درد و کل مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۰، ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۷۶، ۰/۸۸ و ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند.

1 . Female Sexual Function Index-FSFI

### مقیاس طرحواره جنسی

این پرسش‌نامه به وسیله آندرسون و سیروانوسکی (۱۹۹۴) تهیه شده است. این مقیاس دارای دو فرم جداگانه زنان و مردان است. فرم زنان شامل ۵۰ صفت است که در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای از اصلاً تا خیلی زیاد نمره‌گذاری می‌شود. از آنجا که افراد به‌طور آزادانه در مورد مسایل جنسی خود صحبت نمی‌کنند، ۲۴ صفت به‌عنوان ماده‌های پرکننده در این آزمون به‌کار رفته‌اند تا ماهیت اصلی مورد ارزیابی از دید آزمودنی پنهان بماند. این آزمون دارای ۲۶ ماده اصلی و ۳ خرده مقیاس پرشور-عاشقانه، صریح-راحت و خجالتی-محتاط می‌باشد. گویه‌های پوشاننده در نمره‌گذاری محاسبه نمی‌شوند. آندرسون و سیروانوسکی (۱۹۹۴) ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های پرشور-عاشقانه، صریح-راحت، خجالتی-محتاط و کل مقیاس را به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۷، ۰/۶۶ و ۰/۸۲ محاسبه کردند.

### مقیاس بهزیستی روان‌شناختی

برای ارزیابی بهزیستی روان‌شناختی از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (فرم کوتاه) که توسط ریف (۱۹۹۵) ساخته شده است، استفاده شد. این مقیاس ۱۸ گویه دارد و براساس یک درجه‌بندی ۷ نمره‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق پاسخ داده می‌شود. ریف و کیزی (۱۹۹۵) مقدار آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۵۲ گزارش کرد. جوشن لو، رستمی و نصرت‌آبادی (۱۳۸۶) روایی، پایایی و ساختار عاملی این ابزار را برای جامعه ایرانی مورد سنجش قرار دادند. همچنین مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۶۰ محاسبه شد. چالمه (۱۳۹۰) نیز پایایی کل مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به‌دست آورد.

از جمله اصول اخلاقی که در اجرای پژوهش مدنظر قرار گرفت این بود که شرکت در پژوهش آزادانه و به اختیار آزمودنی‌ها بود و هیچ‌گونه اجباری از جانب محقق صورت نگرفت. علاوه‌بر این در خصوص محرمانه بودن اطلاعاتی که آزمودنی‌ها تکمیل کرده بودند اطمینان کافی داده شد.

داده‌های جمع‌آوری شده در دو سطح توصیفی (با استفاده از میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (ضریب همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری) با استفاده از نرم افزارهای spss-21 و amos-21 مورد تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی‌داری برای تمام آزمون‌های آماری مقدار  $p < 0/05$  بود. قبل از تحلیل مدل ساختاری نرمال بودن توزیع چندمتغیره داده‌ها تحت بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که داده‌ها به‌صورت چندمتغیره دارای توزیع نرمال است. برازندگی الگوی پیشنهادی براساس شاخص مجذور خی، شاخص برازندگی تطبیقی CFI، شاخص نیکویی برازش GFI، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده AGFI و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب RMSEA بررسی شد.

### یافته‌ها

پیش از آزمون مدل پژوهش، میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش محاسبه شد (جدول ۱). روابط معنادار بین متغیرهای پژوهش امکان انجام تحلیل مدل را فراهم نمود.

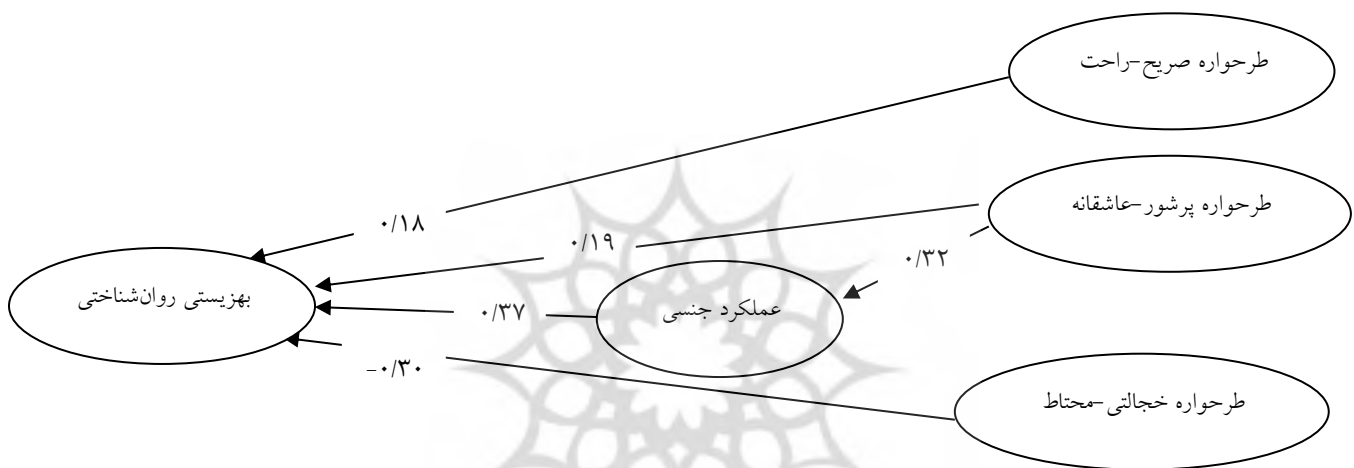
جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵
۱. طرحواره پرشور-عاشقانه	۴۴/۵	۱۰/۱۷	—				
۲. طرحواره صریح-راحت	۳۱/۳۸	۱۰/۰۶	۰/۶۶**	—			
۳. طرحواره خجالتی-محتاط	۲۱/۳۱	۶/۴۹	-۰/۶۳**	-۰/۸۷**	—		
۴. عملکرد جنسی زنان	۷۶/۵۸	۲۲/۷۳	۰/۳۷**	۰/۱۱	-۰/۱۹**	—	
۵. بهزیستی روان‌شناختی	۹۳/۴۱	۹/۸۷	۰/۶۱**	۰/۲۳**	-۰/۶۱**	۰/۵۴**	—

\*\*  $p < 0/01$

همان‌طور که در شکل ۲ ملاحظه می‌شود، در مجموع مدل پژوهش حاضر ۴۵ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی زنان متأهل را تبیین می‌کند. همچنین این مدل ۱۰ درصد از واریانس کارکرد جنسی زنان را تبیین نموده است.

اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای پژوهش در جدول ۲ گزارش شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد هر سه طرحواره پرشور و عاشقانه ( $\beta=0/35, p=0/0001$ )، صریح و راحت ( $\beta=0/19, p=0/001$ ) و خجالتی و محتاط ( $\beta=-0/30, p=0/0001$ ) اثر مستقیم و معنی‌داری بر بهزیستی روان‌شناختی داشتند. از بین ابعاد طرحواره‌های جنسی تنها طرحواره صریح و راحت ( $\beta=0/32, p=0/0001$ ) پیش‌بینی کننده مستقیم و معنی‌دار عملکرد جنسی در زنان بود و دو طرحواره پرشور و عاشقانه و خجالتی و محتاط پیش‌بینی کننده معنی‌دار عملکرد جنسی نبودند. عملکرد جنسی نیز بهزیستی روان‌شناختی زنان را به‌طور مستقیم و معنی‌داری پیش‌بینی ( $\beta=0/37, p=0/0001$ ) می‌کرد. در نهایت نتایج آزمون بوت استرپ بیانگر این بود که عملکرد جنسی توانست نقش واسطه‌ای بین طرحواره صریح و راحت و بهزیستی روان‌شناختی ( $\beta=-0/05, p=0/03$ ) زنان ایفا نماید.



شکل ۲- مدل نهایی پژوهش

جدول ۲ ضرایب استاندارد اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای پژوهش

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	اثر مستقیم	سطح معنی‌داری	اثر غیرمستقیم	اثر کل
صریح و راحت	عملکرد جنسی زنان	0/000	-----	0/000	0/000
صریح و راحت	بهزیستی روان‌شناختی	0/18	0/0001	0/000	0/18
خجالتی و محتاط	عملکرد جنسی زنان	0/000	-----	0/000	0/000
خجالتی و محتاط	بهزیستی روان‌شناختی	-0/30	0/0001	0/000	-0/30
پرشور و عاشقانه	عملکرد جنسی زنان	0/32	0/0001	0/000	0/32
پرشور و عاشقانه	بهزیستی روان‌شناختی	0/19	0/0001	0/12	0/31
عملکرد جنسی زنان	بهزیستی روان‌شناختی	0/37	0/0001	0/000	0/37

جدول ۳- اثر غیرمستقیم طرحواره جنسی بر بهزیستی روان‌شناختی با میانجی‌گری عملکرد جنسی

اثرات غیرمستقیم				متغیرها			
P	حد بالا	حد پایین	خطا	$\beta$	درون‌زاد	میانجی	برون‌زاد
0/03	0/16	0/011	0/021	0/05	بهزیستی روان‌شناختی	عملکرد جنسی	پرشور و عاشقانه

جدول ۴- شاخص‌های برازش مدل نهایی پژوهش

شاخص‌ها	$\chi^2/df$	CFI	IFI	GFI	AGFI	RMSEA
مقادیر	۲/۷۷	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۶۶	۰/۶۶	۰/۶۶۶

جدول ۴ نشان می‌دهد که شاخص‌های برازندگی برای مدل پیشنهادی پژوهش در دامنه قابل قبولی هستند و مدل نهایی از برازش مناسبی برخوردار است.

## بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که بیان شد هدف از انجام این پژوهش بررسی نقش میانجی‌گری عملکرد جنسی در رابطه طرحواره جنسی و بهزیستی روان‌شناختی در زنان متأهل بود. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل اطلاعات بیانگر این بود که طرحواره‌های جنسی مثبت (طرحواره پرشور-عاشقانه و طرحواره صریح-راحت) با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و معنی‌دار و طرحواره جنسی منفی (طرحواره خجالتی-محتاط) با بهزیستی روان‌شناختی رابطه منفی و معنی‌دار داشت. این نتایج با پژوهش‌های گذشته همسو می‌باشد (دوناگو، ۲۰۰۹؛ اندرسون و اسپران سکی، ۲۰۰۹ و زارعی، طرفداری، پورحسین و حبیبی، ۱۳۹۶). در خصوص این یافته توجه به ویژگی‌های هر یک از طرحواره‌ها می‌تواند راهگشا باشد. زنان با طرحواره مثبت بیشتر بر روابط عاشقانه تمرکز دارند و تمایل آنها برای تجربه روابط جنسی بیشتر است. بنابراین زندگی زناشویی آنها از صمیمت و گرمی بیشتری برخوردار است. زنانی که از روابط عاشقانه و جنسی لذت بیشتری می‌برند احساس مثبت‌تری نسبت به خود و روابطشان با شریک جنسی‌شان دارند. علاوه‌براین این زنان در برقراری روابط جنسی احساس تسلط و خودمختاری بیشتری دارند؛ این ویژگی‌ها می‌تواند بر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و رشد شخصی تأثیرگذار باشند. اما زنان با طرحواره منفی نسبت به مسایل و روابط جنسی دیدگاه منفی دارند و در مسایل جنسی و حتی اجتماعی خجالتی عمل می‌کنند، اعتماد به نفس کمتری دارند و به نظر دیگران در مورد خود بسیار توجه دارند (آندرسون و اسپران سکی، ۲۰۰۹). بنابراین دور از انتظار نیست که زنان با طرحواره خجالتی محتاط بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری داشته باشند.

همچنین کارکرد جنسی نیز با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و معنی‌دار داشت. این یافته نیز با یافته‌های ویتال و همکاران (۲۰۱۷)، ویتال و همکاران (۲۰۱۵)، کارولیس و همکاران (۲۰۱۱) و حاج نصیری و همکاران (۱۳۹۷) همسو بود. همان‌گونه که باچمان، استرن و راموس<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) بیان داشته‌اند عملکرد جنسی در زنان تحت تأثیر مؤلفه‌های جسمی، هورمونی و ذهنی می‌باشد. این محققان بیان می‌دارند که عملکرد جنسی رضایت‌بخش می‌تواند پیامدهای روانی اجتماعی برای زنان به دنبال داشته باشد. در تبیین این یافته نیز می‌توان بیان داشت که عملکرد جنسی رضایت‌بخش و مطلوب از آنجایی که باعث افزایش رضایت فرد از خود و رابطه‌اش می‌شود می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیرگذار باشد و باعث بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان شود.

از بین طرحواره‌های جنسی، تنها طرحواره پرشور و عاشقانه با کارکرد جنسی رابطه معنی‌دار داشت و دو طرحواره دیگر با کارکرد جنسی رابطه‌ای نداشتند. این یافته نیز با یافته‌های لیندگرن و همکاران (۲۰۱۱)، دیوید و همکاران (۲۰۰۷)، ریسینگ و همکاران (۲۰۰۳)، معتمدی (۱۳۹۳) و اکبری و دهکردی (۱۳۸۹) همسو بود. در توجیه این یافته نیز باید گفت دیدگاه‌های جنسی مثبت از خود می‌تواند کارکرد جنسی رضایت‌بخشی به همراه داشته باشد و دیدگاه‌های جنسی منفی همراه با تعارض و ضعف می‌تواند پریشانی، مشکلات و اختلالات جنسی به دنبال داشته باشد. زنانی که خود را با صفات پرشور و عاشقانه توصیف می‌کنند، نگرش مثبت‌تری نسبت به مسایل جنسی دارند، قابلیت برانگیختگی، تهییج و رسیدن به ارگاسم را در درجات بالاتری تجربه می‌کنند و در از روابط جنسی لذت بیشتری می‌برند. همچنین این زنان برای تجربه روابط عاشقانه و صمیمی تلاش بیشتری می‌کنند. اما همان‌طور که بیان شد

1 . Bachmann, Stern and Ramos



بین طرحواره صریح و راحت و کارکرد جنسی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. در تبیین این یافته لازم است مسائل فرهنگی را مورد توجه قرار داد. اندرسون و سیرانوسکی (۱۹۹۴) بیان داشتند زنان دارای این طرحواره خود را به‌عنوان یک زن جنسی‌گرا ارزیابی می‌کنند، در روابط جنسی متعددی وارد شده و احتمال شرکت در روابط جنسی غیرمتعهدانه برای این افراد وجود دارد. بنابراین صریح و باز بودن یک زن در روابط جنسی در فرهنگ ایرانی پذیرفته نیست و این موضوع در روند رشد این طرحواره تأثیرگذار است و می‌تواند باعث شود که زنان ایرانی در این طرحواره ضعیف باشند. در خصوص سرحواره خجالتی محتاط هم باید گفت که افرادی که در این طرحواره نمره بیشتری می‌گیرند دارا خزانه فکری و رفتاری منفی‌تر و ضعیف‌تری در مورد مسایل جنسی هستند. حال آنکه در جامعه ایرانی هرچند که زنان قبل از ازدواج روابط جنسی را تجربه نمی‌کنند اما پس از ازدواج دید منفی نسبت به رفتارهای جنسی ندارند.

در نهایت نتایج بیانگر این بود که کارکرد جنسی توانست بین طرحواره پرشور عاشقانه با بهزیستی روان‌شناختی نقش واسطه‌ای ایفا کند. درخصوص نقش واسطه‌ای کارکرد جنسی در رابطه بین طرحواره‌های جنسی و بهزیستی روان‌شناختی تا کنون پژوهشی صورت نگرفته است و این پژوهش در این راستا پیشگام است. درخصوص این یافته نیز می‌توان این‌گونه بیان کرد که طرحواره پر شور عاشقانه با توجه به اینکه در فرهنگ ما می‌تواند طرحواره مثبت غالب باشد با ایجاد احساس رضایت جنسی در زنان می‌تواند عملکرد جنسی آنها را بهبود بخشد و از این طریق بر بهزیستی روان‌شناختی زنان متأهل اثر مثبت داشته باشد. در خصوص این مطلب که چرا عملکرد جنسی بین طرحواره صریح و راحت با بهزیستی روان‌شناختی نقش واسطه‌ای ایفا نکرد می‌توان بیان داشت که از جمله ویژگی‌های طرحواره صریح و راحت داشتن روابط جنسی متعدد و نوعی بی‌تعهدی در رابطه است (رادلاو، ۲۰۰۹) که این ویژگی در بافت فرهنگی زنان ایرانی اتفاق نمی‌افتد. بنابراین چنین طرحواره‌ای نمی‌تواند با عملکرد جنسی در جامعه ایرانی رابطه داشته باشد. در مورد طرحواره خجالتی نیز باید گفت که این پژوهش در زنان متأهل صورت گرفته است و عمده زنان متأهل در روابط جنسی با همسرانشان احساس خجالت و ناراحتی ندارند و بنابراین این طرحواره نیز نمی‌تواند بر عملکرد جنسی تأثیرگذار باشد.

بر مبنای پژوهش یافته‌های پژوهش حاضر طرحواره‌های جنسی و عملکرد جنسی می‌توانند بر سلامت روانی زنان متأهل تأثیرگذار باشند. بنابراین پیشنهاد می‌گردد تا در خصوص آموزش مهارت‌های جنسی به زنان متأهل بسته‌ها و محتواهای آموزشی تهیه شود و در قالب کارگاه‌های آموزشی توسط مراکز مشاوره، خانه‌های بهداشت و مراکز بهزیستی این مهارت‌ها ارائه گردد. همچنین به لحاظ نظری این پژوهش توانست بخشی دیگر از عوامل موثر بهزیستی روان‌شناختی زنان متأهل را تبیین کند و از این طریق بر گسترش دانش در این حوزه کمک نماید.

## منابع

- ۱- اکبری، علی و دهکردی، مهناز. (۱۳۸۹). رابطه عملکرد جنسی زنان با سازگاری زناشویی، مجله علوم رفتاری، ۴، ۳، ۱۹۹-۲۰۶.
- ۲- بابایی انسیه. (۱۳۹۷). پیش‌بینی تعارضات زناشویی زنان درگیر خشونت خانگی براساس طرحواره‌های جنسی، عملکرد جنسی و رضایت جنسی. روان پرستاری. ۱۶، ۶، ۵-۲۴.
- ۳- حاج نصیری حمیده، اصلان‌بیگی نفیسه، معافی فرنوش، مافی مریم، باجلان زهرا. (۱۳۹۷). بررسی ارتباط عملکرد جنسی با سلامت روان در زنان باردار. روان پرستاری، ۶ (۲): ۳۳-۴۰.
- ۴- جوشن لو، محسن؛ رستمی، رضا و نصت‌آبادی، مسعود. (۱۳۸۵). بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامعه، فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، سال سوم، شماره ۹، ۳۵-۵۱.
- ۵- چالمه، رضا. (۱۳۹۰). نقش واسطه‌ای بخشایش در رابطه ویژگی‌های شخصیتی و بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان، روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۲، ۶، ۱-۱۶.



- ۶- زارعی، جمیله؛ طرفداری، اعظم؛ پورحسین، رضا و حبیبی، مجتبی. (۱۳۹۶). رابطه طرحواره‌های جنسیتی با سلامت جنسی در زنان یائسه، رویش روان‌شناسی، ۶، ۳، ۱۱۱-۱۲۵.
- ۷- مجتبیایی مینا، صابری هاید، علیزاده عزیزه. (۱۳۹۳). کارکرد جنسی زنان: نقش طرحواره‌های جنسی و تصویر بدنی. روان‌شناسی سلامت، ۳، ۱، ۵۲-۶۰.
- ۸- معتمدی، هانیه (۱۳۹۳). بررسی نقش واسطه‌گری طرحواره‌های جنسی در رابطه آگاهی جنسی با عملکرد جنسی زنان و مردان متأهل دانشگاه اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.
- ۹- موسوی، سمیه؛ مهدی‌زادگان، ایران و آقایی، اصغر. (۱۳۹۳). رابطه رضایت زناشویی و شکایات روان‌تنی با بهزیستی روان‌شناختی دبیران زن دوره متوسطه شهرستان شهرکرد. دوره ۷، شماره ۱۴۵، ۲۳-۱۶۰.
- 10- Andersen, B. & Cyranowski, J. M. (1994). "Women sexual –self schema". *Journal of Personality and Social Psychology*. 67(6). 1079 -1100.
- 11- Andersen, B. & Cyranowski, J. M. (2009). "Women sexuality: behaviors, responses and individual difference". *NIH public access*, 63 (6): 891-906.
- 12- Bachmann, G, Stern, L, and Ramos, J. (2008). *Female Sexual Function*, This chapter of book: *libr. women's med.* (ISSN: 1756-2228).
- 13- Baxter, J. & Hewitt, B. (2011), *Relationship transitions and subjective wellbeing: A longitudinal analysis*, 10th Anniversary Research Conference. University of Melbourne.
- 14- Bucek, R.A., Puchner, S., Lammer, J. (2006). Mid- and long-term quality-of-life assessment in patients undergoing uterine fibroid embolization. *AJR Am Journal Roentgenol*, 186, 877-82.
- 15- Carpenter, K., Andersen, B., Fowler, J., & Maxwell, L. (2009). Sexual self schema as a moderator of sexual and psychological outcomes for gynecological cancer survivors. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 929-841.
- 16- Carrobes, J. A., Gámez Guadix, M., & Almedros, C. (2011). Sexual Functioning, Sexual Satisfaction, and Subjective and Psychological Well-being in Spanish Women. *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 27(1), 27-34.
- 17- Chow, H.P.H. (2007). Psychological well-being and scholastic achievement among university students in a Canadian Prairie City. *Social Psychoogical Education*, 10, 483- 493.
- 18- David, V., Megan, M., Ronald, W.W., Carolyn, E., Joann, S. (2007). Sex differences in the use of demand and withdraw behavior in marriage: Examining the Social structure hypothesis. *Journal of counseling psychology*, vol54(2), Apr2007, 165-177. Doi: 10-1037/0022-0167. 54. 2. 165.
- 19- Donaghue, N. (2009). Body satisfaction, sexual self-schemas and subjective well-being in women. *Body Image*. 6(1):37-42.
- 20- Lindgren, K. P., Schact, R. L., Mullins, P. M. & Blayney J. A. (2011). "Cognitive representation of sexual self-differ as a function of gender and sexual debut". *Arch Sex Beahav*. 40:111-120.
- 21- Male DA., Fergus KD, Cullen K. Sexual identity after breast cancer. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2016;10:66-74.
- 22- Mueller, K., Rehman, U.S., Fallis, E.E. (2016). An interpersonal investigation of sexual self-schemas. *Archives of Sexual Behavior*. 45(2):281-290.
- 23- Radlove, S. (2009). Sexual response and gender roles. In ER. Allgeier & McCormick (Eds). *Changing boundaries, Gender roles & sexual behavior*, 292.
- 24- Rosen R1, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R Jr. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000 Apr-Jun;26(2):191-208.
- 25- Reissing, Elke D., Lalibrete, Genevieve M., Davis, Hannah J. (2005). Young women's sexual adjustment: The role of sexual self- schema, sexual self- efficacy, sexual aversion and body attitudes. *The Canadian journal of human sexuality*, 14 (3/4): 77-85.
- 26- Ryff, C. D., & Keyes, C.L. (1995), The structure of psychological well- being revisited, *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719 – 727.
- 27- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009), Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis, *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487.
- 28- Vitale, S., Padula, F., Gulino, F.A. (2015). Management of uterine fibroids in pregnancy: recent trends. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 27, 432-7.
- 29- Vitale, S., Rosa, V., Rossetti, D., and Lagana, A. (2017). Sexual function and psychological well-being after uterine artery embolization, *Italian Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 29, 2, 7-9.
- 30- World health organization (2014). Gender and reproductive rights, glossary, sexual health. Retrieved September 15, 2015, from [www.who.int](http://www.who.int)

## Sexual schemas and psychological well-being in married women: Investigating the mediating role of sexual function

Reza Chalmeh<sup>1</sup>, Fatemeh Abdolahi<sup>2</sup>

1. PhD Student in Educational Psychology, Shiraz University (Corresponding Author)  
reza\_chalmeh@yahoo.com
2. Master student of General Psychology, Fatemeh Higher Education Institute, Shiraz  
abdolahi.fatemeh@yahoo.com

### Abstract

The aim of this study was to investigate the mediating role of sexual function in the relationship between sexual schemas and psychological well-being in married women. The descriptive research method was a constraint type which was performed using structural equation modelling method. The statistical population included married women from Shiraz. Using the available sampling method, 150 people were selected. Assessment tools included women's sexual performance index questionnaires (Rosen et al., 2000), sexual schema (Anderson and Sirvanowski, 1994), and psychological well-being (Reef, 1995). The data collected were analyzed in two descriptive levels (using mean, standard deviation) and inferential (using correlation coefficient and structural equation modelling with amos-21 software). The results showed that passionate-romantic and explicit-comfortable schemas had a positive and significant relationship and shy-cautious schemas had a negative and significant relationship with psychological well-being in married women. Sexual function was also a positive and significant predictor of psychological well-being. In addition, the results indicated that sexual function was able to mediate between passionate and romantic schemas and psychological well-being. Based on the research findings, it can be concluded that sexual schemas both directly and through sexual function can affect the psychological well-being of married women.

**Keywords:** sexual schemas, psychological well-being, sexual function, married women.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی