

فصلنامه روانشناسی زن

زمستان ۱۴۰۰، دوره ۲، شماره ۴ (پیاپی ۸)، صفحه‌های ۴۳-۵۲

ارائه مدل پیش‌بینی عملکرد جنسی زنان بر اساس آسیب‌های دوران کودکی با نقش میانجی خودانگاره جنسی

هایده صابری*^۱، افشین صلاحیان^۲، منا امیری^۳

پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۲/۳۰

اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۲/۲۶

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۲۲

چکیده

این پژوهش به پیش‌بینی عملکرد جنسی زنان بر اساس تروماهای دوران کودکی و نقش خودانگاره جنسی می‌پردازد. طرح پژوهش حاضر، طرح همبستگی از طریق الگویابی معادلات ساختاری بود و جامعه آماری شامل نمونه‌های غیر احتمالی شهرهای تهران و کرج بودند که برای اجرای این تحقیق، ۲۰۰ زن متأهل از طریق پرسشنامه آنلاین در پیام‌رسان‌های مجازی شرکت کردند. پرسشنامه‌های عملکرد جنسی زنان روزن (۲۰۰۰)، آسیب‌های دوران کودکی برنشتاین (۱۹۸۸) و خودانگاره جنسی اشمیت (۲۰۰۰) به عنوان ابزارهای اندازه‌گیری استفاده شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزارهای SPSS-24 و AMOS-26 انجام شدند. نتایج حاکی از این بودند که فرضیه اصلی که به پیش‌بینی عملکرد جنسی زنان بر اساس آسیب‌های دوران کودکی با در نظر گرفتن نقش خودانگاره جنسی به عنوان عامل میانجی می‌پردازد؛ دارای برازش کافی است. تروماهای کودکی بر خودانگاره جنسی زنان نه تنها تاثیر ژرف می‌گذارد بلکه عملکرد جنسی‌شان را هم مختل می‌کند. زیرا ناامنی روانی دوران کودکی بستری از عدم اعتماد به افراد مهم زندگی و روابط عاشقانه و عاطفی را فراهم می‌آورد؛ بنابراین، هنگام رابطه جنسی این عدم اعتماد باعث جلوگیری از بیان احساسات و نیازهای فرد شده و حتی ممکن است فرد لذت خود از رابطه را بازدارد کند و در آخر به عدم رضایت جنسی برسد.

کلیدواژه‌ها: تروما، خودانگاره جنسی، عملکرد جنسی، آسیب‌های کودکی، طرحواره

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران h.saberi@riau.ac.ir

۲. استادیار گروه، روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

مقدمه

طبق تعریف انجمن روانشناسی آمریکا (۲۰۲۰) عملکرد جنسی به انجام مقاربت جنسی یا سایر فعالیت‌های جنسی یا توانایی انجام آنها تعبیر می‌گردد. فعالیت جنسی تجلی جسمانی نیاز عاطفی ما برای پذیرش، نیاز ما برای تایید و نیاز ما برای زندگی است (مالویا، مالویا، جین و ویاس، ۲۰۱۶)؛ وجود رابطه جنسی مطلوب به نحوی که بتواند موجب تامین رضایت طرفین شود نقش بسیار مهم و اساسی در موفقیت و پایداری کانون خانواده دارد. با شناخت چگونگی عملکرد جنسی و مولفه‌های آن می‌توان و در نهایت به رضایت زناشویی که در سازگاری همسران تاثیر بسزایی دارد رسید (اکبری و دهکردی، ۱۳۸۹). بیشترین گرفتاری‌های مربوط به روابط جنسی حول محور تعداد برقراری روابط جنسی، زمان ارضاء و کیفیت آن دور می‌زند (قاسمی، رنجبرسودجانی و شریفی، ۱۳۹۶). «سازمان بهداشت جهانی» تعریفی را تحت عنوان بهداشت جنسی ارائه کرده و در این تعریف این بهداشت را نوعی هماهنگی میان ذهن، احساس و جسم در نظر گرفته که می‌تواند جنبه‌های عقلانی و اجتماعی انسان را در مسیر رشد شخصیت او سوق دهد طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت جنسی شامل بهزیستی جسمی، هیجانی، روانی و اجتماعی مرتبط با امور جنسی است و صرفاً به معنای نبود اختلال یا بدکارکردی نیست. سلامت جنسی ملتزم به دیدگاه مثبت و احترام آمیز به روابط جنسی است. برای کسب و حفظ سلامت جنسی، حقوق جنسی کلیه افراد بایستی محترم شمرده شود (پورحسین، زارعی، طرفداری و حبیبی عسکرآباد، ۱۳۹۶).

در همین حال با توجه به راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ویرایش پنجم (۲۰۱۳)، پنج عامل در بروز اختلالات عملکرد جنسی دخیل هستند که عوامل مربوط به آسیب‌پذیری فردی (مانند تن انگاره ضعیف؛

تاریخچه آزار دیدگی هیجانی یا جنسی)، هم ابتدایی اختلالات روان شناختی یا عوامل استرس و عوامل مربوط به شریک زندگی (وضعیت سلامتی شریک) و عوامل ارتباطی (مانند ضعف ارتباطی، ناهماهنگی در میل به فعالیت جنسی) را شامل می‌شوند. اختلال عملکرد جنسی زنان به طور سنتی شامل اختلالات میل / میل جنسی، برانگیختگی، درد / ناراحتی و بازداری ارگاسم است. اختلالات میل و فاز برانگیختگی از شایع‌ترین مشکلات ارائه شده در محیط‌های بالینی است؛ پاسخ‌های جنسی و اختلال عملکرد به عنوان فرآیندهای روانشناختی و جسمی متصور می‌شود (روزن و دیگران، ۲۰۰۰). با توجه به اینکه امیال و نیازهای جنسی در زندگی زناشویی نقش اساسی دارند، لذت جنسی موجب می‌شود بسیاری از مشکلات روزمره زندگی و اختلافات زناشویی نادیده گرفته شود و وابستگی عاطفی بین زن و شوهر افزایش یابد. نادیده گرفتن این مشکلات بدون حل آن رابطه زناشویی را به خطر می‌اندازد و باعث درگیری و کشمکش می‌گردد (قربانی، پرافکنند، حیدری، علمردانی صومعه و حقیقی‌ماهر، ۱۳۹۸). این طور به نظر می‌رسد که عوامل شناختی در حفظ اختلالات روانشناختی - از جمله اختلال عملکرد جنسی - از طریق تأثیرگذاری بر روشی که افراد به وقایع جنسی معنا و در نهایت به آن پاسخ می‌دهند، نقش بازی می‌کنند (تاوارس، ناورا و نوبر، ۲۰۲۰). تغییرات شناختی و خلقی تأثیر بسیار زیادی بر عملکرد روانی و همچنین عملکرد جنسی دارد.

تغییرات در شناخت به طور کلی نه تنها در مورد خود فرد (برای مثال، «من نمی‌توانم به کسی اعتماد کنم»؛ «من باید همیشه در کنترل باشم»؛) بلکه همچنین در مورد تمایلات جنسی فرد (برای مثال، «رابطه جنسی همیشه خشونت آمیز و خطرناک است») نیز منجر به باورهای ناکارآمد می‌شود (بورنفلد-اتمن و دیگران، ۲۰۱۸). در

ایجاد کنند. یکی از نقش‌های تاثیر گذار این طرحواره‌های ناسازگار، تاثیر منفی بر عملکرد جنسی می‌باشد (اولیویرا و نوبر، ۲۰۱۳). به طور معمول، قرار گرفتن در معرض ترومای پیچیده به وقایع همزمان یا متوالی بد رفتاری با کودک اشاره دارد-از جمله سواستفاده عاطفی و غفلت، سواستفاده جنسی، سواستفاده فیزیکی و شاهد خشونت خانگی بودن- که مزمن هستند و در اوایل دوران کودکی شروع می‌شوند (کوک و دیگران، ۲۰۰۵). قرار گرفتن در معرض آسیب‌های روانی و جسمی کودکی با عملکرد شناختی مختل و همچنین بروز همزمان علائم روان پریشانه عاطفی همراه است (مانسویتو و دیگران، ۲۰۱۸). حوزه‌های اختلال در آسیب دیدگان دوران کودکی شامل حوزه‌های دلبستگی (مشکلات بین فردی، مشکل در درک دیدگاه و عواطف دیگران)، تنظیم عواطف (مشکل در توصیف احساسات و تجارب درونی، مشکل در انتقال امیال و خواسته‌ها)، کنترل رفتاری (انتقال گذشته‌ی آسیب‌زا بوسیله بازسازی در رفتار یا اعمال روزمره همچون پرخاشگری جنسی)، خودپنداره (اختلال در تصویر بدنی یا تن- انگاره، عزت نفس پایین)، زیست شناختی (حساسیت بیش از حد به تماس فیزیکی) و شناختی (مشکلات در تنظیم توجه) می‌باشد (کوک و دیگران، ۲۰۰۵).

بالبی معتقد است که یک شخص برای رشد سالم نیاز به پیوند عاطفی دارد. او در مقاله ای نوشت انسان‌ها در هر سنی باشند شادترین زمان زندگی‌شان زمانی است که مطمئن هستند کسی را در کنار خود دارند که می‌توانند به او تکیه کنند و هنگام مشکلات از او کمک بگیرند. به نظر او رابطه نایمن موجب بی اعتمادی، مشکل در هماهنگی و حساس بودن و نارضایتی هیجانی در روابط عاشقانه می‌شود. این موضوع را می‌توان با جنبه‌هایی از تعامل زوجین، خصوصاً رابطه جنسی در نظر گرفت زیرا

چند دهه اخیر، تحقیقات فزاینده‌ای نقش ابعاد روانشناختی را در عملکرد و اختلال عملکرد جنسی در زنان و مردان بررسی کرده است. شواهد زیادی نشان می‌دهد که جنبه‌های روانشناختی، نقش مهمی را به عنوان عوامل آسیب‌پذیری برای ایجاد و حفظ اختلالات جنسی ایفا می‌کنند. عوامل روانشناختی نسبتاً پایداری مانند ویژگی‌ها و خصوصیات گرایشی شناسایی شده‌اند که میل فرد را برای ایجاد اختلالات جنسی افزایش می‌دهند و به عنوان عوامل مستعدکننده مفهوم‌سازی شده‌اند (مانند: شخصیت، طرحواره‌های شناختی، بازداری/تحریک جنسی و باورهای جنسی (تاوارس، ناورا و نوبر، ۲۰۲۰). افزون بر آن، دیدگاه‌های معطوف به خود فرد، تنظیم‌کننده‌های قدرتمندی هم برای پردازش‌های شناختی و هم برای پاسخ‌های رفتاری هستند. دیدگاه‌های معطوف به خود، یا خودانگاره‌هایی که به خوبی شکل گرفته‌اند، بر روی چگونگی پردازش و همچنین پاسخ افراد به نشانه‌های اجتماعی تاثیر به سزایی می‌گذارند. با پیروی از این مقدمه شناختی اجتماعی، دیدگاه‌های جنسی فرد نیز به عنوان تنظیم‌کننده‌های مهم شناخت، رفتار و عاطفه جنسی عمل می‌کنند.

طرحواره‌های شناختی که یکی از ویژگی‌های کلیدی روان‌درمانی مدرن هستند اغلب به عنوان ساختارهایی پایدار توصیف می‌شوند که کار غربالگری، کدگذاری، ارزیابی محرک‌های محیطی و هدایت و پردازش اطلاعات و رفتار را انجام می‌دهند. به همین ترتیب، طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان عناصری بسیار پایدار و سرسخت توصیف شده‌اند که در دوران کودکی ساخته می‌شوند و در طول زندگی افراد توسعه می‌یابند که می‌توانند بر پردازش تجارب بعدی تأثیر بگذارند و در توانایی فرد در برآوردن نیازهای اساسی مانند ثبات، خودمختاری، بیان خود و مطلوبیت تداخل

چنین میتوان استدلال کرد که خودانگاره‌های جنسی به عنوان عامل میانجی بین تروماهای کودکی و عملکرد جنسی می‌توانند نقش بازی کنند؛ چرا که فرایند شناخت هر فرد حاصل شیوه و چگونگی پردازش اطلاعات بیرونی بر اساس تجارب کودکی و درونی کردن آن است و خودانگاره‌های جنسی هم بخشی از شناخت فرد نسبت به خودش از لحاظ جنسی و جنسیتی می‌باشد. مسلم است که یک خودانگاره‌ی ناکارآمد جنسی باعث بد عملکردی جنسی فرد می‌گردد. با توجه به کمبود مطالعات داخلی در این زمینه، این پژوهش به بررسی رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با عملکرد جنسی بر اساس خودانگاره‌های جنسی می‌پردازد و بر آن است که به این سوال پاسخ دهد که با توجه به داده‌های به دست آمده، آیا مدل ارایه شده برای پیش‌بینی رابطه بین آسیب‌های کودکی و کج کاری جنسی با توجه به نقش خودانگاره‌های جنسی به عنوان عامل میانجی دارای برآزش است یا خیر؟

روش پژوهش

جامعه آماری و نمونه‌های پژوهش

طرح پژوهش حاضر، طرح همبستگی از طریق الگویابی معادلات ساختاری (SEM) است. جامعه آماری شامل ۲۰۰ زن بالای ۲۰ سال سن و متاهل ساکن شهرهای تهران و کرج می‌باشند. نوع نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع نمونه‌های غیراحتمالی است. برای جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ها توسط گوگل فرم طراحی شده و از طریق لینک در پیام‌رسان‌های مختلف اجتماعی بین افراد پخش شده است. برآورد حجم نمونه تعیین حداقل حجم نمونه لازم قبل از گردآوری داده‌های مربوط به مدلیابی معادلات ساختاری بسیار با اهمیت است. درحالی که پژوهشگران با یکدیگر توافق دارند که در روش معادلات ساختاری برای دستیابی به توان آماری کافی و برآوردهای دقیق حجم، نمونه‌های بزرگ لازم

انتظارات ما در مورد پاداش و هزینه‌های یک رابطه‌ی نزدیک بر دیدگاه ما نسبت به رابطه جنسی تاثیر می‌گذارد (خوشابی و ابوحمزه، ۱۳۹۶). از طرفی خودانگاره‌های جنسی یا طرحواره‌های جنسی معطوف به خود، تعمیم‌های شناختی در مورد جنبه‌های جنسی خود هستند که مرکز عناصر سازنده‌ی تمایلات جنسی فرد را نشان می‌دهند. پس تفاوت‌های فردی در دیدگاه جنسی فرد نسبت به خود، نشان‌دهنده‌ی یک آسیب‌پذیری شناختی مهم برای پیش‌بینی مشکل یا اختلال عملکرد جنسی است. به این ترتیب، آنها اطلاعات مربوط به جنسیت و رفتار جنسی آینده را هدایت می‌کنند. در صورت مثبت بودن، دیدگاه‌های جنسی فرد نسبت به خود، پاسخ جنسی تسهیل می‌شود. وقتی دیدگاه‌های جنسی نسبت به خود بسیار منفی، متضاد یا ضعیف هستند، پس یک عامل آسیب‌پذیر مهم برای بروز ناراحتی، مشکل یا اختلال عملکرد جنسی را عرضه می‌دارند (سیرانوسکی، آرستاد و اندرسون، ۱۹۹۹)؛ بر پایه مدل آسیب‌شناسی روانی بک، ۱۹۷۶؛ یانگ (۱۹۹۰) این نظریه را به وجود آورد که مشکلات و آسیب‌های هیجانی که سرچشمه آن از تجربیات کودکی و به دلیل فرزندپروری زهرآگین می‌باشد، در نهایت به طرحواره‌های ناسازگار ختم می‌گردند که به مثابه نقشه راهی برای درک دنیا عمل خواهند نمود. این الگوهای ناکارآمد از تقابل خلق و خوی درونی و فطری کودک با تجارب ناکارآمدش با اعضای خانواده یا مراقبین اولیه تکامل یافته و شکل می‌گیرد. در سال ۱۹۹۴ اندرسون و سیرانوسکی تئوری خودانگاره جنسی را مطرح نمودند.

خودانگاره جنسی، تعمیم شناختی نموده‌های جنسی فرد هستند که از تجارب گذشته او مشتق شده، در تجارب فعلی ظهور پیدا کرده و نقش پر قدرتی در پردازش اطلاعات جنسی فرد داشته و رفتارهای جنسی او را هدایت میکنند (اندرسون و سیرانوسکی ۱۹۹۴)؛ بنابراین

۲. پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ):

این پرسش نامه به وسیله برنشتاین و همکاران طراحی شد و در سال ۱۹۸۸ نسخه نهایی ۳۴ گویه‌ای آن تنظیم شد. گویه‌ها روی مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از هرگز تا همیشه پاسخ داده می‌شوند. دامنه نمرات برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها از ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. مدل کوتاه این پرسشنامه ۲۵ ماده دارد که برای دامنه سنی ۱۹ و و برخی از ۱۲ سال بالاتر قابل اجراست و پنج حوزه‌ی تجارب آسیب‌زای سواستفاده جنسی، سواستفاده فیزیکی، غفلت فیزیکی، سو استفاده عاطفی غفلت عاطفی رامی‌سجد. پایایی به دو روش آزمون-بازآزمون و آلفای کرونباخ در CTQ در دامنه ۰/۷ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی همزمان آن با درجه بندی درمانگران از میزان تروما های کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (روی، ۲۰۱۱). در ایران ابراهیمی (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ را برای فرم کوتاه (مقیاس های غفلت فیزیکی و هیجانی) از ۰/۸۱ تا ۰/۸۹ برآورد کرده است. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان دهنده آسیب بیشتر می‌باشد.

۳. پرسشنامه خودانگاره جنسی اشمیت و باس:

این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۲۰۰۰ توسط اشمیت و باس طراحی و اعتبارسنجی شد. این ابزار دارای ۶۷ صفت است که به صورت پاسخ‌های لیکرتی ۹ گزینه‌ای از ۱= بسیار زیاد درست است تا ۹= بسیار زیاد غلط است، پاسخ داده می‌شود. هفت بُعد یا زیرمقیاس جذابیت جنسی (میزان ادراک فرد از جذابیت فیزیکی اش)، رابطه دوه دو (میزان وفاداری و تعهد در رابطه با شریک عاطفی و جنسی)، جهت گیری جنسی (میزان زنانگی یا مردانگی فرد)، خویشنداری جنسی (میزان خودداری در انجام فعالیت جنسی به هر دلیلی، مذهبی یا اخلاقی...)، تمایلات شهوانی (میزان باز بودن یا مثبت بودن به تجارب

است؛ اما یک توافق کلی درباره روش مناسب برای تعیین تعیین حجم نمونه وجود ندارد؛ البته حجم نمونه به عواملی مانند نرمالیتی داده‌ها و روش برآوردی که پژوهشگر استفاده می‌کند، بستگی دارد. داده‌های جمع آوری شده در دو سطح توصیفی (با استفاده از میانگین، انحراف استاندارد) و استنباطی (با استفاده ضریب همبستگی و مدل یابی معادلات ساختاری) با نرم افزار های SPSS-۲۴ و AMOS-۲۶ مورد تحلیل قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

۱. شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI):

این شاخص برای اولین بار توسط روزن و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی عملکرد جنسی زنان تهیه شد که در بسیاری از کشورها مورد ترجمه و ارزیابی قرار گرفت. ای پرسشنامه دارای ۱۹ عبارت است که عملکرد جنسی را طی چهار هفته گذشته، در شش گستره‌ی میل جنسی، برانگیختگی، رطوبت، ارگاسم، رضایت و درد، مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است و می‌تواند نمونه‌های بالینی را از نمونه‌های غیربالینی متمایز کند. این پرسشنامه به صورت گسترده در مطالعات همه گیرشناسی ارزیابی برآیند درمان مورد استفاده قرار گرفته است (قسامی، شعیری، اصغری مقدم و رحمتی، ۱۳۹۳)؛ این مقیاس توسط محمدی، حیدری و فقیه‌زاده (۱۳۸۷) برای هنجاریابی در جمعیت ایرانی هنجاریابی شد و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در کل افراد برای هر یک از حوزه‌ها و کل مقیاس ۰/۷۰ و بالاتر بود که با نتایج تحقیقات روزن و همکاران تحقیقات مستون هماهنگی دارد؛ در کل ضرایب قابلیت اعتماد و اعتبار به دست آمده بسیار رضایتبخش و در سطح $P > 0/01$ معنی دار بود. پاسخ‌های پرسشنامه طیفی پنج تایی بوده و نمره بیشتر نشان دهنده عملکرد بهتر در تمامی حوزه‌ها می‌باشد.

و سپس دوباره به انگلیسی بازترجمه گردید و در نهایت مورد اعتبارسنجی قرار گرفت. در اعتبارسنجی انجام شده بر روی این شاخص همه ضرایب در مدل خودانگاره جنسی معنادار بوده و شاخص کایزر -میر-۱، لکن (KMO) ۰/۸۶۲ محاسبه گردید و از برازش کافی برخوردار بوده است؛ در کل ضرایب قابلیت اعتماد و اعتبار به دست آمده بسیار رضایتبخش و در سطح $P > ۰/۰۰۱$ معنی‌دار بود.

تحصیلات فوق لیسانس بوده است. در ادامه نتایج جدول ۱ آماره‌های توصیفی زیرمقیاس‌های متغیرهای پژوهش زنان ارائه شده است.

جنسی)، سرمایه-گذاری عاطفی (میزان عمق رابطه عاطفی) و گرایش جنسی این پرسشنامه را شامل می‌شود که بسیار شبیه پرسشنامه خودانگاره جنسی سیرانوسکی و اندرسون (۱۹۹۸) است. نمرات بالا در هر بُعد نشان دهنده کارکرد بهتر آن بُعد است، فقط نمرات بالاتر در ابعاد جهت‌گیری جنسی و گرایش جنسی به ترتیب زنانگی بیشتر و دگرجنسگرایی را نشان می‌دهد (بارنت، ماسیل، دآو و اسلیگار، ۲۰۱۹). ابتدا پرسشنامه به فارسی ترجمه

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن زنان شرکت‌کننده در پژوهش برابر با ۳۳/۷۸ (۳/۵۱) بود و بیشترین فراوانی و درصد نمونه پژوهش مربوط به سن ۳۵ به بالا و

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش زنان

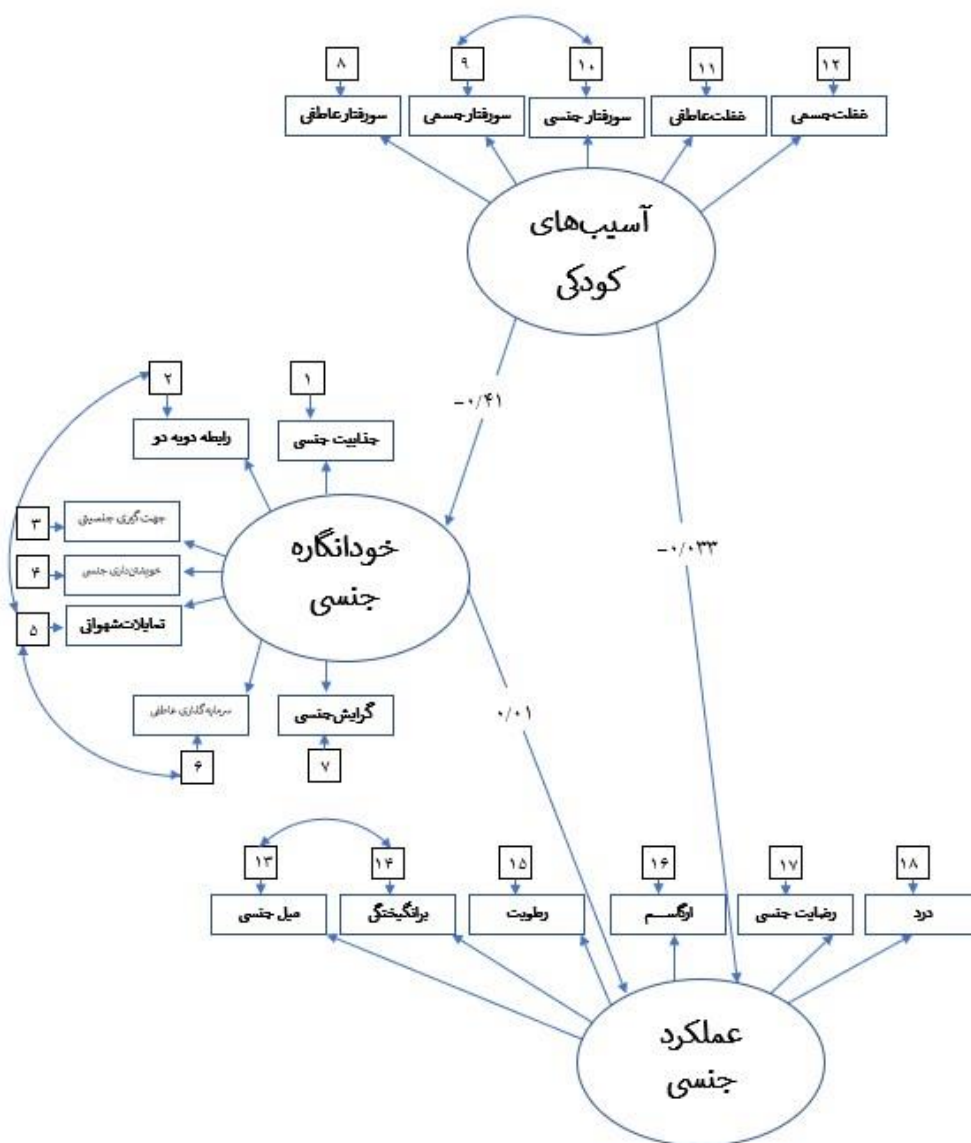
متغیر	زیرمقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
خودانگاره جنسی	جذابیت جنسی	۸۲/۱۷	۱۷/۵۸	-۰/۴۹	-۰/۲۶
جنسی	رابطه دو به دو	۳۲/۴۹	۵/۳۹	۰/۱۰	۱۵/۰۲
	جهت‌گیری جنسیتی	۴۲/۷۲	۵/۰۷	-۰/۷۱	۱/۶۲
	خویشنداری جنسیتی	۱۹/۶۳	۷/۷۷	۰/۳۳	-۰/۵۸
	تمایلات شهوانی	۳۱/۷۴	۱۵/۲۰	۱/۵۵	۳/۰۷
	سرمایه‌گذاری عاطفی	۵۱/۷۷	۶/۶۰	-۰/۵۸	۰/۲۸
	گرایش جنسی	۹/۸۱	۳/۷۶	-۰/۱۲	۰/۶۰
آسیب‌های دوران کودکی	سواستفاده عاطفی	۷/۵۳	۳/۲۹	۱/۱۶	۲/۶۴
	سواستفاده فیزیکی	۵/۸۲	۱/۷۷	۳/۱۳	۱/۵۹
	سواستفاده جنسی	۶/۰۷	۱/۸۴	۲/۰۵	۳/۹۸
	غفلت عاطفی	۱۰/۳۹	۴/۷۷	۰/۸۵	-۰/۱۰
	غفلت جسمی	۸/۱۴	۳/۰۴	۱/۱۴	۰/۴۹
عملکرد جنسی	تمایل	۳/۴۴	۱/۳۶	۰/۰۸	-۰/۷۱
	تحریک	۳/۲۱	۲/۱۶	۰/۳۶	-۱/۳۴
	رطوبت	۳/۶۰	۲/۴۱	-۰/۶۱	۱/۳۲
	ارگاسم	۳/۲۸	۲/۳۲	-۰/۴۴	-۱/۴۵
	رضایت	۳/۶۱	۱/۸۷	-۰/۲۲	-۱/۴۰
	درد	۲/۱۶	۱/۵۸	-۰/۳۷	-۱/۲۶

همچنین طبق نتایج جدول فوق کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه نرمال قرار داشت. بر اساس

طبق نتایج بزرگترین و کوچکترین میانگین متغیرهای پژوهش به ترتیب مربوط به جذابیت جنسی و درد بود؛

نهایی بررسی فرضیه اصلی پژوهش سنجش شد و نتایج آن در ادامه در جدول های ۲ و ۳ آمده است.

نتایج به دست آمده مدل پیش بینی عملکرد جنسی زنان از طریق آسیب های دوران کودکی با نقش میانجی خودانگاره جنسی دارای برازش است. در نمودار ۱ مدل



نمودار ۳ مدل یابی معادلات ساختاری فرضیه اصلی

جدول ۲. ضرایب استاندارد، ضرایب رگرسیون و معناداری آنها

سطح معناداری	C.R	S.E	ضریب رگرسیون	مسیر
۰/۰۰۱	-۳/۷۲	۰/۱۱	-۰/۴۱	آسیب دوران کودکی بر خودانگاره جنسی
۰/۰۰۱	۳/۸۲	۰/۰۰۳	۰/۰۱	خودانگاره جنسی بر عملکرد جنسی
۰/۰۱۲	-۳/۵۱	۰/۰۱۳	-۰/۰۳۳	آسیب دوران کودکی بر عملکرد جنسی

غیرمستقیم معنادار بود و باتوجه به حدنصاب قابل قبول شاخص‌ها مدل اندازه‌گیری از برازش نسبتاً مطلوبی برخوردار بود.

در جدول فوق مسیرهای مفروض از آسیب دوران کودکی به خودانگاره جنسی و عملکرد جنسی نشان داده شده است. طبق نتایج همه مسیرهای مستقیم و

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل نهایی

مدل	CMIN	d.f	CMIN/d.f	P	CFI	RMSEA	GFI	NFI
نهایی	۴۰۶/۰۴	۱۲۷	۳/۱۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۷	۰/۰۵	۰/۸۸۱	۰/۸۱۹

بحث و نتیجه‌گیری

طبق یافته‌ها تمامی مسیرهای مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای آسیب‌های کودکی و خودانگاره جنسی و عملکرد جنسی معنادار بوده بنابراین فرضیه ما تایید گردید. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های سیهاس و همکاران (۲۰۱۳)؛ مستون، رلینی و هیمان (۲۰۰۶)؛ سیرانوسکی و اندرسون (۱۹۹۸)، اندرسون و سیرانوسکی (۱۹۹۴) و رلینی و مستون (۲۰۱۱) هم جهت می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان چنین اظهار داشت که خانواده‌هایی با ویژگی‌های انسجام، بدون تعارضمندی و گشوده به ابراز هیجانات افراد درون خانواده باعث می‌گردند که فرزندان در آینده تطابق‌پذیری اجتماعی، عزت نفس و رضایتمندی از زندگی و ظاهر (جسمی) بیشتر و ارتباطات مثبت و بهتری با بقیه افراد داشته باشند و برعکس، خانواده‌های فاقد این خصایص، شرم، گناه، علایم افسردگی و عدم اعتماد در افراد خانواده را باعث می‌گردند. به علاوه، وجود تعارض در خانواده بانی از بین رفتن و یا کاهش عزت نفس و عدم اعتماد به شریک عاطفی می‌گردد (گریفین و امودئو، ۲۰۱۰). اولین تعامل‌های کودک با مراقبین اولیه، بر نحوه نگرش فرد به خود و دیگران دارای رابطه‌ای قوی است؛ بنابراین، تعاملات خانوادگی به طور کلی بر خودانگاره شخص که شامل خودانگاره جنسی هم می‌شود، تاثیرگذار است. زیرا که خودانگاره‌ها الگوهایی هستند که با دنیای

پیرامون که شامل افراد مهم زندگی نیز می‌باشد، در ارتباط هستند. در ضمن طرحواره‌ها یا انگاره‌ها با بهزیستی افراد مرتبط هستند و بدرفتاری‌های دوران کودکی باعث شکل‌گیری تجارب اولیه‌ای می‌شود که به شدت بر روی دیدگاه شخص نسبت به خودش، دنیا و آینده تاثیرگذار است (سیهاس و همکاران، ۲۰۱۳). تجاربی که باعث ایجاد خودانگاره‌های منفی و حتی خودانگاره‌های منفی جنسی می‌گردد نگرشی منفی نسبت به پیش‌بین‌های جنسی به وجود می‌آورند که در ادامه منجر به اختلال در برانگیختگی جنسی شده و در پایان به بدعملکردی جنسی ختم می‌گردد (رلینی و مستون، ۲۰۱۱). زنان با خودانگاره جنسی مثبت خیلی بیشتر دارای سابقه روابط عاشقانه قبلی بوده‌اند یا در حال حاضر هستند و رابطه خود را دارای شریک (عاطفی) توصیف می‌کنند. آنها همچنین در مقایسه با زنان دارای خودانگاره جنسی منفی خود را نسبت به شریک عاطفی بسیار پر شور و شوق قلمداد کرده و از رابطه صمیمانه اجتناب نمی‌کنند. در عوض، زنان با خودانگاره جنسی منفی، اضطراب جدایی و احساس دوست داشته نشدن را به شدت تجربه و احساس می‌کنند. عزت نفس کاهش یافته و ترس از طرد شدن حاصل از بدرفتاری دوران کودکی باعث می‌گردد که فرد آسیب دیده از شروع روابط عاطفی سرباز بزند، زیرا تعارض موجود در خودانگاره احساس ناامن بودن در روابط صمیمی را بالا

پرسشنامه طرحواره‌ها (حوزه دلبستگی) نیز استفاده شود تا بر غنای یافته‌ها افزوده گردد؛ در تحقیقات بعدی بر روی آسیب‌های پنهان دوران کودکی و اینکه این آسیبها بیشتر از سمت کدام والد بوده و مقایسه نتایج حاصل از آسیب‌ها هم اضافه گردد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آوریم.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

ابراهیمی، ح.، دژکام، م.، و ثقه‌الاسلام، ط. (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران؛ ۴(۱۹): ۲۴۷-۲۵۸
اکبری، ع.، و دهکردی، م. (۱۳۸۹). رابطه عملکرد جنسی زنان با سازگاری زناشویی. مجله علوم رفتاری، ۴(۳): ۱۹۹-۲۰۶

پورحسینی، ر.، زارعی، ج.، طرفداری، ا.، و حبیبی عسکرآباد، م. (۱۳۹۶). رابطه طرحواره‌های جنسیتی با سلامت جنسی در زنان یائسه. *رویش روان‌شناسی*، ۶(۳): ۱۹۱-۲۰۴
خوشابی، ک.، و ابوحمزه،. (۱۳۹۶). جان‌بالی نظریه دلبستگی. تهران: دانژه.

قاسمی، ب.، رنجبر سودجانی، ی.، و شریفی، ک. (۱۳۹۶). نقش عملکرد جنسی و تجربه شکست عاطفی در گرایش زوجین به روابط فرا زناشویی. *رویش روان‌شناسی*، ۶(۱): ۴۵-۶۸

قربانی، ف.، پرافکنند، ب.، حیدری، ا.، علمردانی صومعه، س.، و حقیقی ماهر، و. (۱۳۹۸). مقایسه رضایت جنسی و

می‌آورد که به ایجاد رفتارها و پاسخ‌هایی که آسیب‌زا و ویرانگر روابط عاشقانه هستند منجر می‌گردد (اندرسون و سیرانوسکی، ۱۹۹۴؛ سیرانوسکی و اندرسون، ۱۹۹۸)؛ در پایان می‌توان به دو دسته پیامدهای نظری و عملی در پژوهش حاضر اشاره کرد. در سطح پیامدهای نظری، یافته‌های این پژوهش می‌تواند سبب توسعه دانش شناختی در زمینه عوامل تاثیرگذار بر ایجاد کج‌کاری جنسی در زنان شود. در سطح پیامدهای عملی، توصیه می‌شود که بر آسیب‌های پنهان دوران کودکی (غفلت و سواستفاده عاطفی) و تاثیرات آنها بر خودانگاره جنسی در راه درمان کج‌کاری جنسی تاکید شود، زیرا شناسایی این متغیرهای روانشناختی فرایند درمان و بهبود در این افراد را تسهیل می‌کنند.

در خصوص محدودیت‌های پژوهش به این موارد می‌توان استناد کرد که اولاً در این پژوهش برای سنجش متغیرها از ابزارهای خودگزارشی استفاده شده است که می‌تواند منجر به سوگیری شود. دوماً، در تعمیم دهی یافته‌های حاضر به جمعیت‌های دیگر باید احتیاط کرد، زیرا نمونه حاضر محدود به نمونه در دسترس افراد ساکن شهرهای تهران و کرج هستیم. سوماً، در این پژوهش امکان کنترل کامل متغیرها (مانند وضعیت فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی) وجود نداشت. در آخر، پژوهش حاضر تحقیقی مقطعی می‌باشد که در یک دوره زمانی خاص شرکت‌کنندگان را مورد بررسی قرار داده است که این امر نتیجه‌گیری‌های کلی را دشوار می‌سازد. در راستای رفع محدودیت‌های علمی، پیشنهاد می‌شود به منظور بررسی تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش حاضر، پژوهش‌های دیگری در شهرهای دیگر جهت مقایسه نتایج انجام گیرد برای حصول اطمینان بیشتر از نتایج پیشنهاد می‌شود در کنار ابزارهای سنجشی که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت، از ابزارهای دیگر مثل مصاحبه و آزمون‌های روان‌شناختی مانند

- Hall, K. (2007). Sexual dysfunction and childhood sexual abuse: "Gender differences and treatment implications". In S. R. Leiblum (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (pp. 350–378). The Guilford Press.
- Malviya, N., Malviya, S., Jain, S., & Vyas, S. (2016). "A review of the potential of medicinal plants in the management and treatment of male sexual dysfunction". *Andrologia*, 48(8), 880-398
- Mansueto, G., van Nierop, M., Schruers, K., Alizadeh, B. Z., Bartels-Velthuis, A. A., van Beveren, N. J., ... & GROUP Investigators. (2018). "The role of cognitive functioning in the relationship between childhood trauma and a mixed phenotype of affective-anxious-psychotic symptoms in psychotic disorders". *Schizophrenia research*, 192, 262-862
- Meston, C. M., Rellini, A. H., & Heiman, J. R. (2006). "Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas". *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(2), 229–236.
- Oliveira, C., & Nobre, P. J. (2013). "Cognitive structures in women with sexual dysfunction: the role of early maladaptive schemas". *The journal of sexual medicine*, 10(7), 1755-3671
- Rellini, A. H., & Meston, C. M. (2011). "Sexual self-schemas, sexual dysfunction, and the sexual responses of women with a history of childhood sexual abuse". *Archives of sexual behavior*, 40(2), 351-362.
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. (2000). "The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function". *Journal of sex & marital therapy*, 26(2), 191-208.
- Roy, A. (2011). "Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk". *Journal of Affective Disorders*, 130(1-2), 205208.
- Seehuus, M., Clifton, J., & Rellini, A. H. (2015). "The role of family environment and multiple forms of childhood abuse in the shaping of sexual function and satisfaction in women". *Archives of sexual behavior*, 44(6), 1595-1608.
- Tavares, I. M., Moura, C. V., & Nobre, P. J. (2020). "The Role of Cognitive Processing Factors in Sexual Function and Dysfunction in Women and Men: A Systematic Review". *Sexual medicine reviews*, 8(3), 403–034
- بهریستی روانشناختی در زنان متقاضی طلاق و عادی. *رویش روان شناسی*، ۸(۷): ۲۹-۳۵.
- قسامی، م.، شعیری، م.، اصغری مقدم، م.، و رحمتی، ن. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه ۶ سوالی مقیاس عملکرد جنسی زنان (FSF-6) در زنان ایرانی. *ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۲(۷): ۵۳۲-۵۴۳
- محمدی، خ.، حیدری، م.، و فقیه زاده، س. (۱۳۸۷). *Female Sexual Function* اعتبار نسخه فارسی مقیاس *Index-FSF* به عنوان شاخص عملکرد جنسی زنان، *بایش*، ۷(۳): ۲۰-۳۲
- Andersen, B. L., & Cyranowski, J. M. (1994). "Women's sexual self-schema". *Journal of personality and social psychology*, 67(6), 1079.
- Barnett, M. D., Maciel, I. V., Dao, C. T., & Sligar, K. B. (2019). "A Sociocognitive perspective of rape avoidance behavior: Relationships with sexual self-schemas". *Personality and Individual Differences*, 151, 109530.
- Bornefeld-Ettmann, P., Steil, R., Lieberz, K. A., Bohus, M., Rausch, S., Herzog, J., ... & MüllerEngelmann, M. (2018). "Sexual functioning after childhood abuse: The influence of post-traumatic stress disorder and trauma exposure". *The journal of sexual medicine*, 15(4), 529-538.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. (2005). "Complex Trauma in Children and Adolescents". *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Cyranowski, J. M., Aarestad, S. L., & Andersen, B. L. (1999). "The role of sexual self-schema in a diathesis—stress model of sexual dysfunction". *Applied and Preventive Psychology*, 8(3), 217-228.
- Cyranowski, J. M., & Andersen, B. L. (1998). "Schemas, sexuality, and romantic attachment". *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1364–1379.
- Griffin, M. L., & Amodeo, M. (2010). "Predicting long-term outcomes for women physically abused in childhood: Contribution of abuse severity versus family environment". *Child Abuse and Neglect*, 34, 724–733.