فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۹، شماره ۱۳، تابستان سال ۱۴۰۰

بررسی رابطه سلامت روان، خودپنداره جنسی و نقش الگوهای ارتباطی با بی ثباتی ازدواج در زوجین

نازنین بنکدار مازندرانی[۱]، فریبرز باقری[۲]

چکیده

هدف پژوهش حاضر، "بررسی رابطه سلامت روان، خودپنداره جنسی و نقش الگوهای ارتباطی با بی ثباتی در ازدواج " بود. روش این پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره و تحکیم خانواده در شهر تهران بود. بدین منظور ۲۶۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای این پژوهش شامل پرسشنامه های بی ثباتی ازدواج ادواردز، الگوهای ارتباطی کریستنسن و سالاوی (CPQ)، سلامت روان گلدنبرگ (GHQ)و خودپنداره جنسی اسنل (MSSCQ) بوده است. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش ضریب همبستگی پیرسون و از مدل معادلات ساختاری (تحلیل عاملی و تحلیل مسیر) استفاده شد. بر اساس یافته های پژوهش، سلامت روان، خودپنداره جنسی و نقش میانجی الگوهای ارتباطی پیش بینی کننده بی ثباتی ازدواج می باشند. و سلامت روان بصورت غیر مستقیم از طریق الگوی ارتباطی سازنده، پیش بینی کننده ی معناداری برای بی ثباتی در ازدواج می باشد و از بین مؤلفه های آن، اضطراب و بی خوابی همبستگی مثبت و معناداری با متغیر ملاک دارد. و همچنین الگوهای ارتباطی متوقع / کناره گیر و اجتنابی (ناکارآمد) همبستگی مثبت و معنادار دارند و الگوی ارتباطی سازنده همبستگی منفی با بی ثباتی ازدواج داشته اند. متغیر خودپنداره جنسی از طریق ضریب کل مسیرمی تواند پیش بینی کننده بی ثباتی ازدواج باشد و مؤلفه های آن با بی ثباتی ازدواج همبستگی منفی دارند.

کلید واژه: سلامت روان، خودپنداره جنسی، الگوهای ارتباطی، بی ثباتی ازدواج

[۱]. دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ایران (نویسنده مسئول)
Nazi_bonakdarm@yahoo.com
[۲]. دانشیار گروه روانشناسی واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ایران F_bagheri@sribiau.ac.ir

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۹، شماره ۱۳، تابستان سال ۱۴۰۰

مقدمه

بهداشت روانی جامعه، در گرو سلامت روابط زناشویی و تداوم و بقا ازدواج می باشد. هر گاه خطری در جامعه، ازدواج را تهدید نماید، سلامت فیزیکی و عاطفی اعضای جامعه و نهایتاً بهداشت روانی جامعه به خطر می‌افتد. ازدواج و رابطه زناشویی منبع حمایت، صمیمیت و لذت است. عوامل گوناگونی چون سلامت روان[۱]، عوامل شخصیتی و تجارب کودکی نقش بسزایی را در برقراری الگوهای مناسب ارتباطی، روابط صمیمانه و جنسی و ایجاد عشق و تفاهم در زوج ها ایفا می‌کند و همین امر به نوبه خود در ثبات ازدواج بسیار مؤثر است. در مقابل ثبات زناشویی، بی‌ثباتی قرار دارد. در واقع زمانی که یک عضو از زوج ها یا هر دو عضو زوج درباره جدایی می‌اندیشند یا اعمالی را که گرایش به اتمام ازدواج دارند را انجام می‌دهند، بی‌ثباتی ازدواج مطرح می‌شود که از عوامل درون فردی و بین فردی نشأت می‌گیرد. به نظر می‌رسد در دنیای معاصر ساختار ازدواج در خطر بی‌ثباتی است (ولفینگر[۲]، ۲۰۱۵). به عبارتی این مفهوم، وضعیت زوج‌هایی را توصیف می‌کند که تحت تأثیر عواملی چون سلامت روان، خودپنداره جنسی و الگوهای ارتباطی متفاوتی هستند و ازدواجشان در موقعیتی خطرناک و نامتعادل قرار گرفته است و فاصله چندانی با طلاق ندارند و زن یا مرد به طلاق می‌اندیشد. ازدواج برای ماندن و ادامه دادن نیاز به تلاش هر دو طرف دارد. ازدواج می‌تواند به طور برابری؛ هم سعادت و برکت باشد و هم حلقه یا زنجیری بسته باشد که این به مواردی که علت آن است، بستگی دارد. ازدواج وابسته به آیتم‌های منطقی است که باعث موفقیت می‌شود مانند: اعتماد، عشق، زمان، دوستی، درک، صداقت و وفاداری و بالاتر از همه ارتباطات مؤثر است. بسیاری از زوج‌ها مشکلات زیادی مرتبط با سلامت روان، عدم الگوی ارتباطی[۳] مؤثر و ناسازگاری جنسی از جمله عدم شناخت خودپنداره جنسی[۴] خود را تجربه کرده‌اند که ممکن است موجب بی‌ثباتی زناشویی شود. می‌توان گفت که بحران‌های ازدواج که شامل اشتباهات زوجین مخصوصاً در زوج‌ها جوان و تازه ازدواج کرده بیشتر اتفاق می‌افتد و مبنای بسیاری از متغیرها مانند: فقدان درک، الگوی ارتباطی نامناسب، عدم تعهد، تفکر غیرمنطقی و... است (ایسر، آکانی وایرولاه[۵]، ۲۰۱۷).

در سال‌های اخیر مشکلات و تعارضات زناشویی به طور فزاینده‌ای در میان آثار منتشر شده در حوزه ازدواج، وضعیتی ویژه کسب کرده است (کریستنسن[۶]، ۲۰۱۷). پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد که تعهد زناشویی با بی‌ثباتی ازدواج رابطه منفی و معناداری دارد و بدین منظور با افزایش تعهد زناشویی، بی‌ثباتی ازدواج کاهش می‌یابد یا برعکس (زاهد پاکدل، ۱۳۹۴). سلامت روان یکی از متغیرهایی است که در بی ثباتی ازدواج تأثیر می‌گذارد. سلامت روان را می‌توان براساس تعریف کلی و وسیع‌تر تندرستی تعریف کرد. طی قرن گذشته ادراک ما از تن درستی به طور گسترده‌ای تغییر یافته است. سلامت نه تنها بیانگر نبود بیماری است، بلکه توان دست یابی به سطح بالای تندرستی را نیز معنی می‌دهد. چنین مفهومی نیازمند تعادل در همهٔ ابعاد زندگی فرد از نظر جسما نی، عقلانی، اجتماعی، شغلی، و معنوی است. این ابعاد در رابطهٔ متقابل با یکدیگرند، به طوری که هر فرد از دیگران و از محیط تأثیر می‌گیرد و در آن‌ها تأثیر می‌گذارد (زمانی،حبیبی و درویشی[۷]، ۲۰۱۵).

گلدنبرگ (۱۹۸۸) سلامت روانی را به چهار دسته تقسیم کرده است که عبارت اند از: نشانه‌های جسمانی[۸]، سلامت جسمانی دال بر عمل نرمال بدن است که سلامت زیست شناختی را در نظر می‌آورد. نشانه‌های سلامت جسمی در یک فرد در پوست، چشم، مو، کارکردهای خواب، فعالیت منظم روده‌ها و حرکات بدنی هماهنگ و راحت نمود می‌یابد. اضطراب و بی‌خوابی[۹]،

[1] Mental Health
[2] Wolfinger
[3] Communication patterns
[4] Sexual self-concept
[5] Esere, Akani & Iruloh
[6] Christensen
[7] Zamani, Habibi & Darvishi
[8] Somatic symptoms
[9] Anxiety & sleep Disorder

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

هیجان ناخوشایندی است که با دل نگرانی و دلشوره، وحشت و ترس بیان می‌شود. انسان‌ها غالبا در روبرو شدن با موقعیات‌های تهدید آمیز یا تنش زا احساس اضطراب و تنش می‌کنند. این گونه احساسات واکنش‌هایی بهنجار در برابر فشار روانی به شمار می‌آید. کارکرد اجتماعی[1]، طرز فکر در ارتباط با یک کاردکرد اجتماعی در اجتماع و در ارتباط با افراد دیگراست. علائم افسردگی[2]، نوع اختلال خلقی که دو مشخصه عمده آن ناامیدی و غمگینی است و در آن فرد علاوه بر این دو مشخصه احساس احساس بی‌کفایتی می‌کند (اسدی، نظری، شکویی و همکاران، ۱۳۹۳). بروز نشانه‌های خفیف افسردگی، در واقع پاسخ طبیعی انسان‌ها به فشارهای متعدد زندگی است .عدم موفقیت در تحصیل یا کار از جمله موقعیت‌هایی هستند که اغلب باعث افسردگی می‌شود. افسردگی و اضطراب از شایع‌ترین بیماری‌های روانی محسوب می‌شوند. افسردگی اختلالی است که منجر به تغییراتی در خلق، افکار، رفتار و فعالیت فیزیکی فرد می‌گردد. این اختلال توانایی فرد برای لذت بردن از زندگی را کاهش می‌دهد و ظرفیت فرد برای عهده دار شدن ساده‌ترین تکالیف روزمره را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد (بشارت، فرهمند و ابراهیمی، ۱۳۹۹).
با توجه به پژوهشی که با هدف ارزیابی ارتباط بین سلامت روان و رضایت زناشویی در دانشجویان مرد متأهل صورت گرفته است. نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که رابطه معناداری بین رضایت زناشویی دانشجویان و علائم جسمی، اضطراب، عملکرد اجتماعی، افسردگی است (ریاحی، خاجدین و ایزدی[3]، ۲۰۱۷). در پژوهش دیگری که با هدف انجام مقایسه ویژگی‌های شخصیتی، سلامت‌روان بارضایت زناشویی زوجین مراجعه کننده به مرکز مشاوره نیروی انتظامی فارس انجام شده بود. بین ویژگی‌های شخصیتی در زنان و مردان تفاوت معنی داری وجود دارد. و همچنین بین سلامت روان زنان و مردان و بین رضایت زناشویی تفاوت معنی داری در دو گروه زنان و مردان وجود داشت. همچنین بین رضایت زناشویی و ویژگی‌های شخصیتی وسلامت روان همبستگی معناداری وجود داشت. (ایزدی، ۱۳۹۱).
با توجه به تأثیر متغیر سلامت روان به عنوان متغیر پیش بین متغیر دیگری که تأثیرگذار بر بی ثباتی ازدواج هست خودپنداره جنسی زوجین است. هر رفتاری می تواند جزیی از خودپنداره شخص شود. اما عزت نفس ارزیابی اطلاعات تشکیل دهنده خودپنداره است و از احساسات فرد در مورد خود و اینکه چه احساسی نسبت به آن دارد و همچنین به چگونگی ارزیابی آن باز می‌گردد. ابعاد خودپنداره شامل: ۱) توانایی و قابلیت‌های بدنی ۲) خصوصیت‌ها و ویژگی‌های بدنی ۳) رابطه با همسالان ۴) رابطه با والدین ۵) خودپنداره کلامی است. همانگونه که بیان شد یکی از ابعاد خودپنداره ها، خصوصیات و ویژگی‌های بدنی می‌باشد که می‌توان خودپنداره جنسی را جزء این بعد از خودپنداره دانست (بث، جولیان، آنتونی[4] و همکاران، ۲۰۱۰). در دنیای اطلاعات و ارتباطات امروز، که پیشرفت تکنولوژی هر لحظه انسان های جوامع و فرهنگ های مختلف را به یکدیگر نزدیک می کند، خواسته های بیشتر و جدی تر شده و رفاه، آزادی، آرامش، لذت و تنوع اهمیت بیشتری پیدا نموده‌اند. رابطه جنسی زوجین می‌تواند، تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار گیرد که یکی از آن‌ها خودپنداره جنسی می باشد. متاسفانه امروزه مشکلات جنسی بسیار شایع هستند و می توانند به طور مستقیم و غیرمستقیم بر بسیاری از جنبه های زندگی زوجین تاثیر بگذارند (شاهوری، قلی زاده و حسینی[5]، ۲۰۱۰). طبق پژوهش انجام شده از بین مؤلفه های خودپنداره جنسی، ۴ مؤلفه انتخاب شدند که بیشتر از لحاظ روانی حائز اهمیت هستند. خودکارآمدی جنسی[6]، باور یک فرد در مورد توانایی رسیدگی مؤثر مؤثر بر جنبه های جنسی زندگیش است. هوشیاری جنسی[7]،گرایش یک فرد به تفکر و عکس العمل نشان دادن در مورد تمایلات جنسی طبیعی خودش می باشد. عزت نفس جنسی[8]، گرایش فرد در مثبت ارزیابی کردن توانایی های جنسی و

[1] Social Function
[2] Depression Symptom
[3] Riahi, Khajedin & Izadi
[4] Beth, Julian & Anthoni
[5] Shahvary, Gholizade & Hoseini
[6] Sexual self-efficacy
[7] Sexual consciousness
[8] Sexual esteem

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

داشتن رفتارهای جنسی سالم و تجربیات جنسی رضایت بخش و لذت بخش است. طرحواره جنسی[۱]، چارچوب شناختی هر فرد که فرآیندهای شناختی وی در مورد جنبه‌های جنسی زندگیش را هدایت کرده و ارگانیزه می‌کند (رمضانی، قائم مقامی و طلاکار، ۱۳۹۱).

در پژوهشی با عنوان بررسی خودپنداره جنسی، الگوهای ارتباطی و رضایت جنسی و با هدف رضایت زنان در در روابط جنسی آن‌ها با همسرشان انجام شد. این مطالعه یک روش دو مرحله ای بود. که مرحله اول شامل ۳۰ مصاحبه به صورت حضوری با زنان دانشجو ۱۸ تا ۲۵ سال بود. و مرحله دوم که در ترم پایانی انجام شد شامل اندازه گیری کمی بررسی خودپنداره جنسی، الگوهای ارتباطی و رضایتمندی جنسی بود. بخش کمی این مطالعه نشان داد که خودپنداره جنسی به طور مستقیم با الگوهای ارتباطی و رضایت جنسی تأثیر دارد. ارتباط با همسر با اختلافات پایین تر بین تقاضا و فعالیت های جنسی تجربه شده مرتبط بود. تعهد همسر، ارتباط با همسر رابطه مستقیمی با رضایت جنسی بالاتری دارد هیدر و بلانت[۲](۲۰۱۳). در پژوهشی بین صمیمت زناشویی و ابعاد خودپنداره جنسی از قبیل طرحواره جنسی، هوشیاری جنسی و اضطراب جنسی رابطه معناداری وجود دارد و همین امر خطر بی ثباتی ازدواج را افزایش می دهد (هوشمند، ۱۳۹۴).

سلامت روان و خودپنداره جنسی پیشایندی برای بی ثباتی ازدواج هستند ولی الگوی ارتباطی یک عامل مهم و به عنوان متغیر میانجی در بی ثبات ازدواج نقش حیاتی ایفا می کند. کانال های ارتباطی که از طریق آن‌ها زن و شوهر با یکدیگر به تعامل می‌پردازند به آن دسته از کانال‌های ارتباطی که به وفور در یک خانواده اتفاق می‌افتد، الگوی ارتباطی گفته می‌شود. انسان موجودی است که ارتباط و تعامل با دیگران یکی از نیازهای اساسی اوست. ارتباط انگاره‌ای است که دو نفر یکدیگر را می‌سنجند و شامل راه های رد و بدل کردن اطلاعات بین مردم و نحوه ی معنا و مفهوم بخشدن به این اطلاعات است (ستیر[۳]، (ستیر[۳]، ۲۰۱۲). الگوهای ارتباطی شامل: الگوی ارتباطی سازنده متقابل[۴]، نوعی الگوی ارتباطی است که در طی آن زن و شوهر شوهر سعی می‌کنند در مورد مشکل ارتباطی خود بحث و گفتگو کنند، احساساتشان را نسبت به هم ابراز نمایند و برای مشکل ارتباطی پیشنهاد راه حل و مذاکره بدهند. در این الگو هر دو زوج احساس می کنند که همدیگر را درک کرده اند. الگوی ارتباطی اجتناب متقابل[۵]، نوعی الگوی ارتباطی ناکارآمد است که در آن زوجین سعی می‌کنند از بحث کردن درباره مشکل دوری گزینند. مقدار عددی این الگوی ارتباطی با میزان فراوانی وقوع آن برای هر زوج توسط پرسشنامه الگوهای ارتباطی اندازه‌گیری می‌شود. الگوی ارتباطی توقع/ کناره گیری[۶]، نوعی الگوی ارتباطی ناکارآمد است که طی آن یکی از زوجین سعی می کند به وسیله انتقاد کردن، غر زدن و یا پیشنهاد تغییر دادن، دیگری را وارد بحث درباره مشکل نماید، در حالیکه دیگری سعی می‌کند بحث را تمام کند، به وسیله تغییر دادن موضوع بحث از آن اجتناب کند، ساکت باقی بماند یا حتی مکان را ترک کند. برای یک ازدواج رضایت بخش، زن و شوهر نیازمند برقراری ارتباطی مؤثر و کارآمد هستند. اهمیت ارتباط به قدری است که سنگ زیر بنای بهزیستی کلی خانواده عنوان شده است. به طوری که الگوهای ارتباطی آشفته بر سلامت روان زوج اثر چشمگیری دارد (شیفرت و شوارد[۷]، ۲۰۱۱). تحقیقات انجام شده توسط برنز[۸] (۲۰۰۹)، نشان می دهد که همسرانی که به الگوهای ارتباطی منفی عادت کرده اند به عنوان سبک دلبستگی ناایمن شناخته شده‌اند. آن‌ها برای حفظ مهارت‌های زناشویی نسبت به زوج‌های ایمن و آشنا به الگوهای ارتباطی سازنده، دفاع منفی می‌کنند (دیلمی و آیشاه حسن[۹]، ۲۰۱۷). ساکمار[۱۰]

[1] Sexual schema
[2] Heather & Blunt
[3] Settier
[4] Constructive Communicative Patterns Couples
[5] avoidance pattern couple
[6] The pattern of demand/ withdraw couple
[7] Shiffert & Schwarz
[8] Brenz
[9] Aishah Hassan
[10] Sakmar

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

(۲۰۱۰)، در پژوهش خود بیان کرد دارا بودن زوجین از سطح پایین‌تر ارتباط مخرب و سطح بالاتر ارتباط سازنده و رضایت جنسی با رضایت از رابطه بیشتر در تمام وضعیت های ارتباطی همبسته هستند. در پژوهشی درباره اینکه آیا ارتباطات زوجین رضایت زناشویی را پیش بینی می کند؟ یا رضایت زناشویی نوع ارتباطات زوجین را پیش بینی می‌کند؟ نشان دادند که مهارت‌های ارتباطی زوجین به عنوان یک کلید پیش بین رضایت زناشویی است. اهمیت حیاتی روابط اغلب در مطالعات مقطعی و طولی، رضایت زناشویی بعدی را پیش‌بینی می‌کند. تعارض زناشویی به عنوان پیامدی از الگوهای ارتباطی ضعیف است، زیرا روابط ضعیف ریشه آشفتگی زناشویی است (لاوینر، کارنی و برادبری[1]، ۲۰۱۶). پژوهشی را با عنوان شباهت استانداردهای رابطه الگوهای ارتباطی زوجین و رضایت زناشویی در میان زوجین چینی انجام دادند. نتایج نشان داد که شباهت استانداردهای رابطه زوج های واقعی به طور معناداری بیش از جمعیت زن و مردهایی بود که به طور تصادفی با یکدیگر قرار گرفته بودند. یافته ها نشان دادند که استانداردهای چگونه بودن یک رابطه می تواند رضایت زناشویی زوجی را به طور غیر مستقیم تحت تاثیر قرار دهد (پی لیان، نورمن، فنگ[2] و همکاران، ۲۰۱۳). از بین مشکلات زیادی که زوجین را به کلینیک‌های کلینیک‌های مشاوره و تحکیم خانواده می‌کشاند می‌توان یکی از آن مشکلات، این باشدکه سلامت روان فرد و عدم آگاهی از خودپنداره جنسی (خودکارآمدی جنسی، هوشیاری جنسی، عزت نفس جنسی، طرحواره جنسی) می‌تواند باعث افزایش بی ثباتی در ازدواج شود. و میزان تاثیر سلامت روان و خودپنداره جنسی بر الگوهای ارتباطی چقدر هست و چقدر می‌تواند پیش‌بینی کننده بی‌ثباتی ازدواج باشد. فرضیه های این پژوهش به این شرح آزمون می شوند:

۱) سلامت‌روان بصورت مستقیم و معنادار بی‌ثباتی در ازدواج را پیش‌بینی می‌کند.
۲) خودپنداره جنسی بصورت مستقیم و معنادار بی‌ثباتی در ازدواج را پیش‌بینی می‌کند.
۳) الگوهای ارتباطی بصورت مستقیم و معنادار بی‌ثباتی در ازدواج را پیش‌بینی می‌کند.
۴) الگوهای ارتباطی رابطه بین سلامت‌روان و بی‌ثباتی در ازدواج را میانجیگری می‌کند.
۵) الگوهای ارتباطی رابطه بین خودپنداره جنسی و بی‌ثباتی در ازدواج را میانجیگری می‌کند.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. در این پژوهش با توجه به موضوع وهدف، از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده شده است. در ابتدا لیستی از مراکز مشاوره و تحکیم خانواده تهیه شد، که حدود ۱۱۰ مرکز بوده است و از بین این مراکز، تعداد ۲۵ مرکز با توجه به همکاری با محقق انتخاب شده است. جامعه آماری شامل زوجینی است که به مراکز مشاوره و تحکیم خانواده در شهر تهران مراجعه کردند. تعداد متغیرهای پژوهش با توجه به روش معادلات ساختاری و تحلیل عاملی و با در نظر گرفتن فرمول کلاین، حجم نمونه به ازای هر متغیر پیش بین ۴۰-۲۰ نفر تعیین شد و حداقل تعداد نمونه این پژوهش ۲۴۰ نمونه برآورد شده است. اما برای بالا بردن سطح اعتبار بیرونی و بررسی تأثیرات کلی ۲۶۰ نفر (۱۳۰ زوج) انتخاب شدند. ابزار پژوهش به شرح زیر است:

پرسشنامه سلامت عمومی گلدنبرگ (GHQ)[3]: فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه ی سلامت عمومی توسط گلدنبرگ و هیلیر(۱۹۷۹) بر اساس تحلیل عوامل بر روی فرم اصلی ساخته شد و شامل چهار مقیاس ۷ سؤالی (علائم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی) است. شیوه ی نمره گذاری این پرسشنامه به صورت یک مقیاس چهار درجه ای لیکرت از ۰ تا ۳ نمره گذاری می گردد و نمره ی بالا در این پرسشنامه نشانه ی مشکل در سلامت روان است. گلدنبرگ و هیلر[4](۱۹۷۹) همبستگی پرسشنامه ی مذکور را با فهرست ۹۰ علامتی تجدیدنظر شده دراگوتیس (۱۹۷۶) ۷۸ درصد بیان

[1] Lavners Karney, & Bradbury,
[2] Pilian, Norman & Fang
[3] General Health Questionnaire(GHQ-28)
[4] Goldberg & Hiller

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

کرده اند. اعتبار آن توسط ویلیام گلدبرگ و مارسی (۱۹۸۹)، برابر با ۸۴ درصد گزارش شده و روایی آن ۷۸ درصد گزارش شده است (مرتضوی، ۱۳۸۸). ودر پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۴می باشد که نشان دهنده پایایی عالی سؤالات است.

پرسشنامه خودپنداره جنسی (MSSCQ)[1]: این پرسشنامه توسط اسنل در سال ۱۹۹۰ طراحی استاندارد شده است. این پرسشنامه ۱۰۰ سؤال دارد و ۲۰ خرده مقیاس، که می توان گفت کاملترین پرسشنامه در ارزیابی خودپنداره جنسی می باشد. آزمودنی به هر سؤال بر اساس مقیاس A، B، C، D، E پاسخ می دهد. طریقه نمره گذاری خودپنداره جنسی بر این اساس A=۰، B=۱، C=۲، D=۳، E=۴ است. در پژوهش حاضر از بین ۲۰ خرده مقیاس ۴ خرده مقیاس: خودکارآمدی جنسی، هوشیاری جنسی، عزت نفس جنسی و خود طرحواره جنسی انتخاب شدند و مبنای آن بر اساس نزدیک بودن به جنبه روانی آیتم ها بود. رمضانی، قائم مقامی، طلاکار و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود در قدم اول تحلیل پایایی به کمک آلفای کرونباخ انجام شد. آلفای ۰/۸۹با فاصله اطمینان ۹۵ درصد بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۲۳ بدست آمد. در این پژوهش میانگین آلفای کرونباخ ۰/۶۵۵ است.

پرسشنامه الگوی ارتباطی (CPQ)[2]: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۴ توسط کریستنسن و سالاوی در دانشگاه کالیفرنیا ساخته شد و در ایران در سال ۱۳۷۹ توسط عبادت پور، ترجمه و هنجاریابی گردید. پرسشنامه شامل ۳۵ سؤال است که دارای طیف لیکرت ۹ درجه ای می باشد. زوجین هر رفتار را روی یک مقیاس ۹ درجه ای لیکرت که از ۱ (اصلاً امکان ندارد) تا ۹ (خیلی امکان دارد) تنظیم شده، درجه بندی می کنند. بعضی از این رفتارها عبارتند از اجتناب متقابل، بحث متقابل، بحث اجتناب، مذاکره متقابل، خشونت کلامی، خشونت جسمانی و کناره گیری متقابل. CPQ از سه خرده مقیاس تشکیل شده است: ارتباط توقع / کناره گیری، ارتباط سازنده متقابل و ارتباط اجتناب متقابل. عبادت پور(۱۳۷۹) ضریب آلفای کرونباخ را برای الگوی ارتباط سازنده متقابل(پنج سوالی) ۰/۷۰، ارتباط اجتناب متقابل ۰/۷۱، ارتباط توقع / کناره گیر ۰/۶۶، زن متوقع / کناره‌گیر مرد۰/۵۱ و مرد متوقع / زن کناره گیر ۰/۵۲ برآورد نموده است و به منظور روایی پرسشنامه، همبستگی میان این دو پرسشنامه و پرسشنامه رضایت زناشویی را به دست آورده است که نتایج نشان می‌دهد همه‌ی زیر مقیاس های پرسش‌نامه با رضایت زناشویی همبستگی دارد. در این پژوهش میانگین آلفای کرونباخ برابر است با ۰/۶۲۹. که دارای پایایی مناسب و خوبی است.

پرسشنامه بی ثباتی ازدواج (MIQ)[3]: یک ابزار ۱۴ سؤالی است که برای اندازه گیری عدم ثبات ازدواج زناشویی توسط ادواردز، جانسون و بوث (۱۹۸۷) تدوین شده است. این آزمون اولین بار در سال ۱۹۸۰ برای ۲۰۳۴ زن و مرد متاهل زیر ۵۵ سال و همچنین برای ۱۵۷۸ زن و مرد متاهل در سال ۱۹۸۳ به کار گرفته شده است. روایی این مقیاس در پژوهش های متعددی مورد سنجش و تایید قرار گرفته است. و همبستگی مثبت آن با مقیاس های مربوط به مشکلات و اختلافات زناشویی و همبستگی منفی آن با مقیاس های مربوط به تعامل و رضایت زناشویی همبستگی مورد تایید قرار گرفته است. در ایران نیز، یاری پور (۱۳۷۹)، برای محاسبه ضریب اعتبار این ابزار از روش همبستگی بین دونیمه برای ارزیابی قابلیت اعتبار آزمون استفاده کرد و ضریب اعتبار را ۰/۷۰ گزارش نمود. در پژوهش حاضرآلفای کرونباخ بی ثباتی ازدواج ۰/۸۳۶ است.

به منظور اجرای پژوهش، ابتدا مجوزهای مربوطه اخذ و هماهنگی های لازم با مسؤلین انجام شد. در روش اجرا، در نمونه اصلی ابتدا با آزمودنی ها ارتباط برقرار شد و پس از کاهش حساسیت آزمودنی ها راجع به پرکردن پرسشنامه ها و دلایل انتخاب آن ها در نمونه همکاری، رضایت آنها جلب شد. هدف کلی از پژوهش و نکات، قواعد و همچنین نحوه تکمیل پرسشنامه ها به گروه نمونه توضیح داده شد. تاکید بر محرمانه بودن محتوی و اطلاعات فردی آن ها، تمامی شرکت کنندگان آگاهانه و با رضایت کامل وارد فرآیند پژوهش شدند.

[1] Multidimensional Sexual self-concept Questionnaire (MSSCQ)
[2] Communicational Patterns Questionnaire
[3] Marital Instability Questionnaire (MIQ)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش با ارائه آماره‌های توصیفی، از ۲۶۰ نفر از آزمودنی ها که شامل ۱۳۰ زوج بودند، حدود کمتر از ۱۲درصد از نمونه آماری دیپلم، ۳۸/۸۵ درصد لیسانس، ۳۶/۹۲ درصد فوق لیسانس و ۱۲/۶۹درصد از آنها دکتری هستند. بیشترین درصد پاسخگویان سنی مابین ۲۵ تا ۳۵ داشته اند و در عین حال کمترین میزان پاسخگویی مربوط به سنین بیشتر از ۴۵ سال بوده است. توزیع جنسیتی بین نمونه پاسخ دهنده به سوالات تقریبا برابر بوده است. و هردوی جنسیت‌ها ۵۰ درصد پاسخ‌ها را تشکیل داده بوده است. که با توجه به اینکه بین زوج‌ها پرسشنامه‌ها توزیع شده اند طبیعی است. در تحقیق حاضر رابطه ازدواج شان بین ۳ تا ۴ سال عمر داشته است و بیش از ۱۲ درصد پاسخ دهندگان بیش از ۵ سال است که در رابطه بوده‌اند.

برای بررسی همبستگی میان متغیرهای تحقیق، آزمون ضریب همبستگی پیرسون بکار رفته است که با استفاده از نرم افزار SPSS22[1] انجام شد. برای بررسی مدل پیشنهادی نیز از روش مدلسازی معادلات ساختاری به کمک نرم افزار AMOS18[2] استفاده شده است.

جدول ۱ علاوه بر میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش ضرایب آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد که براساس آن ضرایب آلفای کرونباخ همه مؤلفه‌ها و متغیرها نزدیک به ۰/۷ یا بالاتر از آن است. این یافته بیانگر آن است که پرسشنامه‌های به کار گرفته شده برای سنجش متغیرهای پژوهش حاضر از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است.

جدول ۱- میانگین، انحراف استاندارد و ضریب آلفای کرونباخ مؤلفه‌های سلامت‌روان، خودپنداره جنسی، الگوی ارتباطی و بی‌ثباتی در ازدواج

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
سلامت‌روان- علائم جسمانی	۷/۱۱	۲/۰۳	۰/۷۱۵
سلامت‌روان- اضطراب و اختلال خواب	۸/۳۷	۱/۷۷	۰/۷۴۳
سلامت‌روان- کارکرداجتماعی	۸/۶۳	۱/۸۷	۰/۷۶۰
سلامت‌روان- افسردگی	۶/۳۱	۲/۱۴	۰/۷۴۵
خودپنداره جنسی- خودکارآمدی	۱۰/۴۹	۳/۰۲	۰/۶۷۰
خودپنداره جنسی- هشیاری	۱۱/۵۵	۲/۶۸	۰/۶۹۲
خودپنداره جنسی- عزت نفس	۱۰/۸۲	۲/۸۳	۰/۶۳۹
خودپنداره جنسی- طرحواره	۹/۴۸	۳/۶۲	۰/۶۲۱
الگوی ارتباطی – کناره گیری/ توقع	۳۳/۱۷	۳/۴۱	۰/۶۱۹
الگوی ارتباطی – اجتناب متقابل	۱۵/۹۶	۲/۹۹	۰/۶۵۷
الگوی ارتباطی – ارتباط سازنده	۱۵/۵۰	۲/۶۹	۰/۶۰۳
بی‌ثباتی در ازدواج	۴۷/۷۴	۳/۵۸	۰/۸۳۶

[1] Statistical Package For the Social Sciences
[2] Analysis of Moment Structures

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۹، شماره ۱۳، تابستان سال ۱۴۰۰

جدول۲ماتریس متغیرهای پژوهش جدول

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱.سلامت روان- علائم جسمانی	-											
۲.سلامت روان- اضطراب و اختلال خواب	۰/۵۴۵**	-										
۳.سلامت روان- کارکرداجتماعی	۰/۲۷۱**	۰/۵۰۳**	-									
۴.سلامت روان- افسردگی	۰/۳۴۰**	۰/۴۸۱**	۰/۴۴۷**	-								
۵.خودپنداره جنسی- خودکارآمدی	-۰/۱۶۴**	-۰/۱۸۲**	-۰/۱۸۸**	-۰/۱۷۷**	-							
۶.خودپنداره جنسی- هشیاری	-۰/۱۸۲**	-۰/۱۷۴**	-۰/۲۶۵**	-۰/۱۳۷*	۰/۵۰۰**							
۷.خودپنداره جنسی- عزت نفس	-۰/۲۲۸**	-۰/۱۰۸	-۰/۰۸۹	-۰/۲۴۳**	۰/۵۴۰**	۰/۵۳۸**	-					
۸.خودپنداره جنسی- طرحواره	-۰/۱۰۴	-۰/۲۱۷**	-۰/۱۴۵*	-۰/۱۲۱	۰/۵۷۸**	۰/۳۷۷**	۰/۵۱۲**	-				
۹.الگوی ارتباطی – کناره گیری/توقع	۰/۰۷۴	۰/۱۷۱**	۰/۰۹۶	۰/۰۸۶	-۰/۳۶۳**	-۰/۲۲۰**	-۰/۲۳۹**	-۰/۲۴۳**	-			
۱۰.الگوی ارتباطی – اجتناب متقابل	۰/۰۰۲	۰/۱۴۱*	۰/۱۹۰**	۰/۰۶۷	-۰/۲۶۲**	-۰/۲۷۸**	-۰/۲۱۱**	-۰/۳۷۵**	۰/۳۴۱**	-		
۱۱.الگوی ارتباطی – ارتباط سازنده	-۰/۰۲۴	-۰/۱۷۷**	-۰/۱۱۹	-۰/۱۱۲	۰/۲۴۵**	-۰/۲۵۰**	۰/۱۹۸**	۰/۳۴۵**	-۰/۲۵۴**	-۰/۴۴۲**	-	
۱۲. بی ثباتی در ازدواج	۰/۱۱۵	۰/۲۰۹**	-۰/۰۹۵	-۰/۰۰۸	-۰/۲۱۳**	-۰/۱۴۰*	-۰/۱۱۰	-۰/۱۹۳**	۰/۳۶۲**	۰/۲۵۸**	-۰/۳۰۷**	-

** $P < ۰/۰۱$ و * $P < ۰/۰۵$

جدول ۲ ضرایب همبستگی بین مؤلفه های متغیرهای پژوهش حاضر را نشان می دهد. بین مؤلفه های سلامت روان تنها مؤلفه اضطراب و بی خوابی به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۱ با بی ثباتی در ازدواج همبسته بود. از بین مؤلفه های خودپنداره جنسی خودکارآمدی و طرحواره به صورت منفی و در سطح ۰/۰۱ و هشیاری به صورت منفی در سطح ۰/۰۵ با بی ثباتی در ازدواج همبسته بودند. لازم به توضیح است که با توجه به این که در پرسشنامه های مورد استفاده برای سنجش سلامت روان نمرات بالاتر نشانگر وضعیت نامناسب سلامت روان فرد است. از بین الگوی های ارتباطی، ارتباط سازنده متقابل به صورت منفی و ارتباط توقع/ کناره گیر و ارتباط اجتناب متقابل به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۱ با بی ثباتی در ازدواج همبسته بودند. جدول ۳ مقادیر کشیدگی و چولگی همه متغیرهای تحقیق و عامل تورم واریانس[1] (VIF) و ضریب تحمل[2] متغیرهای پیش بین را نشان می‌دهد.

جدول ۳- کشیدگی، چولگی، عامل تورم واریانس و ضریب تحمل متغیرهای پژوهش

متغیر	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس(VIF)
سلامت‌روان- علائم جسمانی	۰/۳۸۲	-۰/۳۰۱	۰/۶۴۷	۱/۵۴۵
سلامت‌روان- اضطراب و اختلال خواب	-۰/۰۷۹	-۰/۴۳۴	۰/۴۹۰	۲/۰۴۲
سلامت‌روان- کارکرداجتماعی	-۰/۵۰۰	-۰/۲۲۸	۰/۶۳۷	۱/۵۷۱
سلامت‌روان- افسردگی	-۰/۵۹۳	-۰/۰۶۰	۰/۶۵۳	۱/۵۳۰
خودپنداره جنسی- خودکارآمدی	-۰/۱۲۶	-۰/۵۰۳	۰/۵۰۸	۱/۹۶۷
خودپنداره جنسی- هشیاری	۰/۰۶۳	-۰/۷۲۴	۰/۵۹۲	۱/۶۸۹
خودپنداره جنسی- عزت نفس	-۰/۴۹۱	-۰/۴۴۸	۰/۵۰۵	۱/۹۷۹
خودپنداره جنسی- طرحواره	۰/۰۸۸	-۱/۰۸۹	۰/۵۲۸	۱/۸۹۴
الگوی ارتباطی – کناره گیری/ توقع	-۰/۵۶۸	۰/۳۲۴	۰/۷۸۴	۱/۲۷۵

[1] variance inflation factor
[2] tolerance

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۹، شماره ۱۳، تابستان سال ۱۴۰۰

جدول ۳- کشیدگی، چولگی، عامل تورم واریانس و ضریب تحمل متغیرهای پژوهش

متغیر	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس(VIF)
الگوی ارتباطی – اجتناب متقابل	-۰/۷۹۷	۰/۳۳۵	۰/۶۸۴	۱/۴۶۱
الگوی ارتباطی – ارتباط سازنده	۰/۷۹۴	۰/۹۶۸	۰/۷۴۳	۱/۳۴۶
بی‌ثباتی در ازدواج	۰/۳۳۵	۰/۳۲۳	متغیر ملاک	متغیر ملاک

منطبق بر دیدگاه کلاین (۲۰۱۶) ارزیابی شاخص‌های کشیدگی و چولگی در جدول ۳ نشان می‌دهد که توزیع داده‌های تک متغیری در پژوهش حاضر نرمال است، زیرا که شاخص‌های مربوط به چولگی و کشیدگی هیچ کدام از متغیرهای پژوهش خارج از محدود ۲ ± نیست. همچنین ارزیابی مقادیر ضریب تحمل و تورم واریانس نشان می‌دهد که مفروضه هم خطی بودن در بین متغیرهای پیش بین برقرار است. زیرا که ضریب تحمل و تورم واریانس متغیرهای پیش بین به ترتیب بزرگتر از ۰/۱ و کوچک تر از ۱۰ بود. جدول ۴ برآورد پارامتر استاندارد نشده[1]، پارامتر استاندارد شده[2]، خطای استاندارد و نسبت بحرانی را برای هر یک از نشانگرهای متغیرهای مکنون حل خودپنداره جنسی، سلامت‌روان و الگوی ارتباطی ناکارآمد را نشان می‌دهد.

جدول ۴ - پارامترهای مدل اندازه‌گیری پژوهش در تحلیل عاملی تأییدی

متغیرهای مکنون- نشان‌گر	B	B	SE	C.R
سلامت‌روان- افسردگی	۱	۰/۵۸۶		
سلامت‌روان- کارکرداجتماعی	۰/۹۳۵	۰/۶۲۲	۰/۱۲۶	۷/۴۳**
سلامت‌روان- اضطراب و اختلال خواب	۱/۲۰۲	۰/۸۳۹	۰/۱۵۰	۸/۰۳**
سلامت‌روان- علائم جسمانی	۰/۸۹۱	۰/۵۶۱	۰/۱۲۹	۶/۹۲**
خودپنداره جنسی- طرحواره	۱	۰/۶۸۵		
خودپنداره جنسی- عزت نفس	۰/۳۸۴	۰/۶۱۱	۰/۰۴۶	۸/۳۳**
خودپنداره جنسی- هشیاری	۰/۳۸۵	۰/۶۷۲	۰/۰۴۳	۹/۰۱**
خودپنداره جنسی- خودکارآمدی	۰/۶۲۷	۰/۸۱۲	۰/۰۶۳	۱۰/۰۲**
الگوی ارتباطی ناکارآمد– کناره گیری/ توقع	۱	۰/۵۸۵		
الگوی ارتباطی ناکارآمد – اجتناب متقابل	۰/۸۴۸	۰/۵۶۷	۰/۱۶۴	۵/۱۷**

$P^{**} < ۰/۰۱$

نکته: بارهای عاملی استاندار نشده مربوط به سه نشانگر افسردگی، طرحواره و ارتباط توقع/کناره گیر با عدد ۱ تثبت شده، بنابراین خطای استاندارد و نسبت بحرانی آنها محاسبه نشده است. جدول ۴ نشان می‌دهد که بارهای عاملی استاندارد همه نشانگرها بالاتر از ۰/۳۲ است. طبق دیدگاه تاباچینک و فیدل (۲۰۱۳)، بارهای عاملی پایین تر از ۰/۳۲ ضعیف محسوب شده و می‌توان گفت چنین نشانگرهایی از توان لازم برای سنجش متغیر مکنون خود برخوردار نیستند. براساس جدول ۴ بالاترین بار عاملی متعلق به نشانگر اضطراب و اختلال خواب (β=۰/۸۳۹) و پایین ترین بار عاملی متعلق به نشانگر علائم جسمانی(β=۰/۵۶۱) است. با استناد به نتایج جدول ۴ می‌توان گفت همه نشانگرها از قابلیت لازم برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون خود برخوردارند. پس از ارزیابی مدل اندازه گیری، مدل ساختاری پژوهش با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری مورد آزمون قرار گرفت. بررسی شاخص‌های برازندگی حاصل از آزمون مدل ساختاری پژوهش نشان داد که مدل ساختاری به صورت قابل قبول با داده های گردآوری شده برازش دارد. بدین ترتیب چنین نتیجه گیری شد که مدل ساختاری پژوهش که در آن فرض شده متغیرهای مکنون خودپنداره جنسی و سلامت روان هم به واسطه الگوهای ارتباطی با بی ثباتی در ازدواج رابطه دارد، با داده های گردآوری شده برازش دارد.

[1] unstandardized parameters
[2] standardized parameters

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۹، شماره ۱۳، تابستان سال ۱۴۰۰

جدول۵-مقادیر شاخص های برازش مدل ساختاری

χ^2	AGFI´	GFI	RMSEA	CFI
۱۲۱/۷۳	۰/۹۱۳	۰/۹۴۲	۰/۰۶۹	۰/۹۳۲

P<۰.۰۱

جدول ۶- ضرایب مسیر کل و مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری

مسیرها		b	S.E	B	سطح معناداری
ضرایب مسیر کل	خودپنداره جنسی ← بی ثباتی در ازدواج	-۰/۱۶۶	۰/۰۵۴	-۰/۲۹۶	۰/۰۰۱
	سلامت روان ← بی ثباتی در ازدواج	۰/۳۵۴	۰/۳۰۲	۰/۱۲۳	۰/۲۰۹
ضرایب مسیر مستقیم	خودپنداره جنسی ← بی ثباتی در ازدواج	۰/۰۴۳	۰/۱۸۴	۰/۰۷۶	۰/۶۹۲
	سلامت روان ← بی ثباتی در ازدواج	-۰/۲۸۲	۰/۵۱۵	-۰/۰۹۸	۰/۳۶۷
	خودپنداره جنسی ← الگوی ارتباطی ناکارآمد	-۰/۲۰۴	۰/۰۴۲	-۰/۶۱۹	۰/۰۰۱
	سلامت روان ← الگوی ارتباطی ناکارآمد	۰/۵۳۶	۰/۲۴۵	۰/۳۱۷	۰/۰۰۹
	خودپنداره جنسی ← الگوی ارتباطی سازنده	۰/۱۲۷	۰/۰۳۸	۰/۳۰۰	۰/۰۰۲
	سلامت روان ← الگوی ارتباطی سازنده	-۰/۵۹۹	۰/۱۹۶	-۰/۲۷۴	۰/۰۰۱
	الگوی ارتباطی ناکارآمد ← بی ثباتی در ازدواج	۰/۸۲۱	۰/۳۰۲	۰/۴۸۱	۰/۰۰۶
	الگوی ارتباطی سازنده ← بی ثباتی در ازدواج	-۰/۳۲۸	۰/۰۸۸	-۰/۲۴۸	۰/۰۰۱
ضرایب غیر مستقیم	خودپنداره جنسی ← بی ثباتی در ازدواج	-۰/۲۰۹	۰/۱۸۵	-۰/۳۷۲	۰/۰۰۴
	سلامت روان ← بی ثباتی در ازدواج	۰/۶۳۶	۰/۴۹۴	۰/۲۲۱	۰/۰۰۵

طبق جدول ۶، ضریب مسیر کل (مجموع ضرایب مسیر مستقیم و غیر مستقیم) بین سلامت روان و بی ثباتی در ازدواج در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار است (β=۰/۱۲۳، P >۰/۰۵). ضریب مسیر کل (مجموع ضرایب مسیر مستقیم و غیر مستقیم) بین خودپنداره جنسی و بی ثباتی در ازدواج منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار است (β=۰/۲۹۶، P <۰/۰۱). ضریب مسیر الگوی ارتباطی ناکارآمد و بی ثباتی در ازدواج مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است (β=۰/۴۸۱، P <۰/۰۱). همچنین ضریب مسیر الگوی ارتباطی سازنده و بی ثباتی در ازدواج منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (β=-۰/۲۴۸، P <۰/۰۱). ضریب مسیر غیر مستقیم بین سلامت روان و بی ثباتی ازدواج مثبت و در سطح ۰/۰۵ معنادار است (β=۰/۲۲۱، P <۰/۰۵).

در مدل ساختاری پژوهش حاضر دو میانجی الگوی ارتباطی سازنده و الگوی ارتباطی متوقع/ کناره گیر و اجتنابی (ناکارآمد) وجود دارد. پژوهشگر به منظور ارزیابی نقش منحصر به فرد هر یک از الگوهای ارتباطی فرمول بارون و کنی[1] ۱۹۸۶، (مالنکروت و همکاران[2]، ۲۰۰۶) استفاده نمود. جدول ۷ معناداری یا عدم معناداری نقش هر یک از دو میانجی الگوی ارتباطی سازنده و الگوی ارتباطی ناکارآمد را در رابطه بین سلامت روان و بی ثباتی ازدواج نشان می دهد.

[1] -Baron and Kenny
[2] -Mallinckrodt et al

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۹، شماره ۱۳، تابستان سال ۱۴۰۰

جدول۷ آزمون معناداری نقش دو میانجی گر الگوی ارتباطی سازنده و الگوی ارتباطی ناکارآمد در رابطه بین سلامت روان و بی ثباتی ازدواج

مسیرها	a*b	SE_{ab}	β_{ab}	Z
سلامت روان ← الگوی ارتباطی سازنده ← بی ثباتی ازدواج	۰/۱۹۶	۰/۰۹۲	۰/۰۶۸	۲/۱۳۰*
سلامت روان ← الگوی ارتباطی ناکارآمد ← بی ثباتی ازدواج	۰/۴۴۰	۰/۳۲۷	۰/۱۵۳	۱/۳۴۵

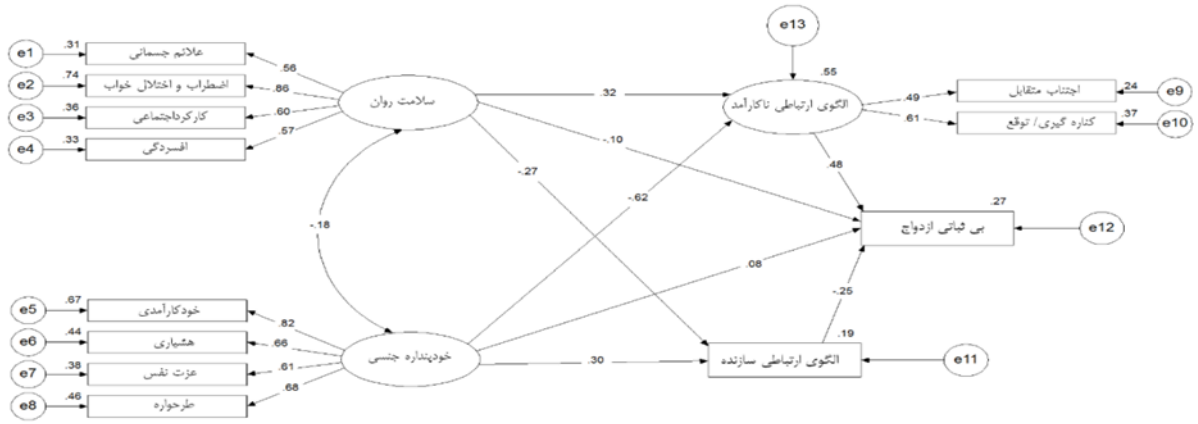
نکته: a*b و SE_{ab} به ترتیب ضریب مسیر و خطای استاندارد غیر مستقیم β_{ab} ضریب مسیر غیر مستقیم بین متغیرهاست. الگوی ارتباطی سازنده بر خلاف الگوی ارتباط ناکارآمد به صورت معنادار رابطه بین سلامت روان و بی ثباتی ازدواج را میانجیگری می کند (β_{ab}=۰/۰۶۸، P <۰/۰۵).

در جدول ۶ضریب مسیر غیر مستقیم بین خودپنداره جنسی و بی ثباتی ازدواج مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است (P <۰/۰۱، β=۰/۳۷۲). جدول ۸ معناداری یا عدم معناداری نقش هر یک از دو میانجی الگوی ارتباطی سازنده و الگوی ارتباطی ناکارآمد را در رابطه بین خودپنداره جنسی و بی ثباتی ازدواج نشان می دهد.

جدول۸ آزمون معناداری نقش دو میانجی گر الگوی ارتباطی سازنده و الگوی ارتباطی ناکارآمد در رابطه بین خودپنداره جنسی و بی ثباتی ازدواج

مسیرها	a*b	SE_{ab}	β_{ab}	Z
خودپنداره جنسی ← الگوی ارتباطی سازنده ← بی ثباتی ازدواج	-۰/۰۴۲	۰/۰۱۹	-۰/۰۷۴	-۲/۱۱*
خودپنداره جنسی ← الگوی ارتباطی ناکارآمد ← بی ثباتی ازدواج	-۰/۱۶۷	۰/۰۵۱	-۰/۲۹۸	-۳/۲۷*

نکته: a*b و SEab به ترتیب ضریب مسیر و خطای استاندارد غیر مستقیم abβ ضریب مسیر غیر مستقیم بین متغیرهاست. الگوی ارتباطی سازنده(P <۰/۰۵، 074/0-=abβ) و الگوی ارتباط ناکارآمد (P <۰/۰۵، 298/0-=abβ) به صورت معنادار رابطه بین خودپنداره جنسی و بی ثباتی ازدواج را میانجیگری می کند. شکل ۱، مدل ساختاری پژوهش در تبیین روابط بین سلامت روان، خودپنداره جنسی و بی ثباتی ازدواج با نقش میانجی¬گری الگوهای ارتباطی را نشان می دهد.



شکل ۱: روابط بین خودپنداره جنسی، سلامت روان و بی ثباتی در ازدواج با نقش واسطه¬گری الگوهای ارتباطی

.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه سلامت روان، خودپنداره جنسی و نقش الگوهای ارتباطی با بی ثباتی در ازدواج بود. طبق یافته های پژوهش، نتایج حاصل از همبستگی پیرسون نشان داد بین مؤلفه های سلامت روان، مؤلفه اضطراب و بی خوابی

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

بصورت مثبت با بی ثباتی در ازدواج همبسته بود. برای سنجش سلامت روان نمرات بالاتر نشانگر وضعیت نامناسب سلامت روان فرد است. از بین مؤلفه های خودپنداره جنسی خودکارآمدی و طرحواره و هشیاری به صورت منفی و معنادار با بی ثباتی در ازدواج همبسته بودند. از بین الگوی های ارتباطی، ارتباط سازنده متقابل به صورت منفی و ارتباط توقع/ کناره گیر و ارتباط اجتناب متقابل (ناکارآمد) به صورت مثبت با بی ثباتی در ازدواج همبسته بودند. این روابط بین متغیرها را می توان این گونه تبیین شود که متغیرهای سلامت روان، خودپنداره جنسی و الگوهای ارتباطی در بی ثباتی ازدواج نقش دارند. به عبارتی سلامت روان به طور غیر مستقیم از طریق الگوی ارتباطی سازنده پیش بینی کننده ی بی ثباتی ازدواج است با توجه به تحقیقات زمانی و همکاران، با تغییرات فرهنگی و اجتماعی که رخ داده مؤلفه های سلامت روان در همه افراد وجود دارد. اضطراب و افسردگی با توجه به سبک زندگی پست مدرن در همه جوامع دیده می شود و کارکردهای اجتماعی و سلامت جسمی افراد را به خطر می اندازد. و خودپنداره جنسی هم به صورت مستقیم و هم بصورت غیرمستقیم می تواند از طریق الگوی ارتباطی ناکارآمد و سازنده پیش بینی کننده بی ثباتی ازدواج باشد. اغلب شواهد با یافته های پژوهش حاضر همسو هستند. به عنوان مثال روستوسکی، گالیهر، ولش[۱] و همکاران ۲۰۰۸؛ مک کابی، تانر و هیمن[۲] ۲۰۱۰؛ هنسل و هیدر بلانت ۲۰۱۳؛ از جمله این پژوهش ها هستند.

در تبیین یافته ها، می توان گفت بر طبق این پژوهش سلامت روان به طور مستقیم پیش بینی کننده بی ثباتی نمی تواند باشد و از بین مؤلفه های سلامت روان اضطراب و بی خوابی تاثیر بیشتری بر بی ثباتی ازدواج دارد و به طور کلی با افزایش اضطراب در زوجین، میل به طلاق در زوجین افزایش می یابد. با توجه به پژوهشی که با هدف ارزیابی ارتباط بین سلامت روان و رضایت زناشویی در دانشجویان مرد متأهل صورت گرفته است. نتایج حاصل از پژوهش نشان می دهد که رابطه معناداری بین رضایت زناشویی دانشجویان و علائم جسمی، اضطراب ، عملکرد اجتماعی، افسردگی است (ریاحی، خاجدین و ایزدی، ۲۰۱۷). طبق پژوهش انجام شده توسط ولینت[۳] (۲۰۱۲)، سلامت روان، با بهبود ارتباطات بین فردی و عملکرد بهتر فرد در جنبه های مختلف زندگی همراه است. و می تواند تحت تاثیر منفی یا مثبت کیفیت زندگی زناشویی قرار گیرد. در تبیین دیگری می توان نتیجه گرفت هر چه مولفه های خودکارآمدی، هشیاری جنسی، طرحواره جنسی بیشتر باشد بی ثباتی در ازدواج کمتر می شود. هر چقدر خودکارآمدی جنسی بیشتر و قوی تر باشد، زوجین رفتار خاصی را در یک شرایط خاص شکل می دهند. طرحواره و هشیاری ضعیف باعث بی ثباتی در ازدواج و میل به طلاق در افراد می شود. و می توان اینگونه استنباط کرد، افرادی که احساس تنش، نگرانی و عدم دانش و آگاهی از جنبه های جنسی زندگی شان را دارند، احساس همیشگی بیقراری در مورد مسائل جنسی دارند. طرحواره جنسی که خود چارچوب شناختی هر فرد که فرایندهای شناختی وی در مورد جنبه های جنسی زندگیش را هدایت کرده وارگانیزه می کند نیز رابطه ی مثبتی بر صمیمیت در زنان این پژوهش داشته است، شناخت جنبه های جنسی خود، شناخت افکار، نگرش ها، اعمال و احساسات جنسی به رضایت جنسی بالاتر منجر می شود. هر چه این خودپنداره جنسی در فرد افزایش یابد میزان صمیمیت زناشویی نیز افزایش می یابد. اما طبق یافته های پیشین توسط هیدر بلانت[۴](۲۰۱۴) نشان می دهد که خودپنداره جنسی به طور مستقیم با الگوهای ارتباطی و رضایت زوجین تأثیر داشته است. ارتباط با همسر با اختلافات پایین تر بین تقاضا و فعالیت جنسی تجربه شده مرتبط بوده است. طبق پژوهشهای قبلی بسیاری از مطالعات نشان می دهد که زوج ها به طور پنهانی تعارضاتی پیرامون مسائل جنسی دارند، اما آن را به عنوان یک راز تلقی کرده و از بیان آن و صحبت کردن درباره آن اجتناب می کنند و همین امر باعث می شود این مشکلات و تعارضات حل نشده در میان زوجین باقی بماند و صمیمیت و شور و نشاط زندگی زناشویی آن ها را تحت تأثیر قرار دهد (کرو[۵]، ۲۰۰۷). در

[1] Rostosky, Galliher & Welsh
[2] McCabe, Tanner & Heiman
[3] Vaillant
[4] Heather Blunt
[5] Crowe

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

تبیین پژوهش الگوی ارتباطی سازنده، پیش بینی کننده بی ثباتی ازدواج است و با توجه به نتایج پژوهش افرادی که افسردگی یا اضطراب دارند بر روی الگوهای ارتباطی آن ها تأثیر منفی می گذارد ومی تواند الگوهای ناکارآمد بیشتری را ایجاد کرده و الگوی ارتباطی سازنده کمتر در بین زوجین دیده شود. کارکردهای اجتماعی ضعیف زوجین هم الگوهای ارتباطی را تحت تأثیر قرار می دهد. و در نهایت به خاطر عدم الگوهای سازنده در زوجین و وجود الگوهای ناکارآمد قوی تر، بی ثباتی ازدواج اتفاق می افتد. از جمله پژوهش هایی که با این پژوهش می تواند همسو باشد، پژوهشهای انجام شده توسط لاوینر و دیگران(۲۰۱۶) بوده، زوجین آشفته، رفتارهای ارتباطی منفی و ناکارامد بیشتر و رفتارهای مثبت و کارآمد کمتری را نشان داده اند. تعارض زناشویی و بی ثباتی ازدواج پیامدی از الگوهای ارتباطی ضعیف است، زیرا روابط ضعیف ریشه آشفتگی های زناشویی به ویژه شامل مؤلفه های سلامت روان می باشد. این پژوهش با نتایج پژوهش ساکمار[1] ۲۰۱۰، همسو بوده است و نشان می دهد که الگوی ارتباطی سازنده، رضایتمندی و خشنودی زناشویی رابطه را افزایش می دهد. زوجینی که الگوی ارتباطی رایج آنها سازنده است، هر کدام سعی می کنند در مورد مشکل ارتباطی خود بحث و گفتگو کنند، احساساتشان را نسبت به هم ابراز نمایند، برای مشکل ارتباطی پیشنهاد راه حل و مذاکره بدهند، هر دو احساس می کنند که همدیگر را درک می کنند و این روند ارتباطی باعث افزایش رضایتمندی و خشنودی آنها از ارتباط می شود.پژوهشهای دیگری نشان داده است که ارتباط زناشویی کارآمد پیش بینی کننده قوی کیفیت زناشویی است و در مقابل ارتباط زناشویی ناکارآمد سرچشمه عمده ی نارضایتی است. هر چند در مورد رابطه الگوهای ارتباطی، خودپنداره جنسی با بی ثباتی ازدواج پژوهش هایی انجام نشده است. از محدودیت این پژوهش می توان به روش نمونه گیری که به صورت دردسترس انتخاب شد اشاره کرد. در پژوهشهای آتی پشنهاد می شود که از روش‌های میدانی، آزمایشی و مداخله ای برای سنجش متغیرها استفاده شود و همچنین از سایر متغیرهای خودپنداره جنسی برای ارزیابی زوجین بکار برده شود.

منابع

اسدی، مسعود؛ نظری، علی محمد؛ شکویی، زینب و سعادت، روح الله (۱۳۹۳). رابطه ابعاد سلامت روان و رضایت شغلی در بین معلمان زن ومرد، زن و مطالعات خانواده، دوره ۷، شماره ۲۵، ص ۲۷.

ایزدی، زهرا (۱۳۹۱). مقایسه ویژگیهای شخصیتی، سلامت روانی با رضایت زناشویی زوجین مراجعه کننده به مرکز مشاوره نیروی انتظامی فارس، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

بشارت، محمد علی؛ فرهمند، هادی و ابراهیمی، فاطمه (۱۳۹۹). رابطه بین ابعاد کمال گرایی و نشانه های افسردگی و اضطراب: نقش واسطه ای دشواری تنظیم هیجان، مجله رویش روانشناسی، دوره ۹، شماره ۷، ص ۲.

رمضانی. م. آ، قائم مقامی. آ، طلاکار. م، سعادت. س، زمانی. ا، شمس. ج و معادی. س (۱۳۹۱). ارزیابی و روایی پرسشنامه چند وجهی خودپنداره جنسی در جمعیت ایران، مجله طب نظامی، دوره ۴، شماره ۴، ص ۳۰۲ - ۳۰۹.

زاهد پاکدل، هدی (۱۳۹۴). هوش معنوی، تعهد زناشویی و بی ثباتی ازدواج در زوج ها. روانشناسی معاصر، شماره ۱۰، ص۷۳۰-۷۳۳.

عبادت پور،ب (۱۳۷۹). اعتباریابی پرسش نامه الگوهای ارتباطی، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم تهران، ص ۲۷.

مرتضوی، مهناز (۱۳۸۸). رابطه رضایت جنسی، سلامت عمومی و رضایت زناشویی در زوجین ، فصلنامه روانشناسی کاربردی، دوره ۳، شماره ۴، زمستان ۸۸، ص ۸۵-۷۳.

هوشمند، زهرا (۱۳۹۴). رابطه ویژگیهای شخصیتی و خودپنداره جنسی با صمیمیت زناشویی در افراد متاهل، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره و خانواده. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

[1] Sakmar

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

یاری پور، ع (۱۳۷۹). بررسی تأثیر طرح مداخلات مشاوره خانواده بر میزان ثبت طلاق در محاکم دادگستری شهر قم. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.

Beth, A. V., Julian, B., Anthony, F. B & Michael, C.A. (2010). Psychology, sexual behavior and self-esteem, it's different eor girls. Journal personality and individual differences, (48), 833-838.

Christensen, A. (2017). Integrative behavioral couple therapy current opinion in psychology, (13), 23-27.

Crowe, M. (2007).«Managing couple relationship and individual psychological problems in psychosexual therapy».The Journal of Sexual Disorder and Psychosexual Therapy, 6 (3), 95-98.

Deylamy, N., Aishah Hassan, S. (2017). Multiple Mediated effect of Adult Attachment style on Association between Acquired skills from Gottman's intervention on Marital communication patterns. International Journal of Academic Research in Business and social sciences.30-45.

Dragatis, L. R., Rickels, K., & Roch, AF. (1984). The scl-90 and The MMPI (71): As In The validation of a new self-report scare. Br.J psychology; 129: 280-289.

Edwards, J. N., Johnson, D. R, and Booth, A. (1987). A prognostic instrument of marital breakup, family relations, 36, 168-170.

Esere, M; Akanni, O; Iruloh, B. (2017). Bullying, Self-Disclosure and Sexual Incompatibility as Correlates of Marital Instability among Newly Married Adults in Nigeria. KIU Journal of social science, 3(1): 67-74.

Goldberg, D. P., & Hiller, V. F. (1979). A scaled version of the Goldberg & Hillier Questionnaire. **Psychological Medicine**, 9, 139-145

Gottman, G.M. & Levenson, R.W. (2000). The tining of divorce. Prediting When Couple Will divorce over a Year Period. Journal of Marriage and the family, 62,737-745.

Hahlwog. K., & Richter. D. (2010). Prevention of marital instability and distress. Result of an 11-year longitudinal follow-up atudy. Journal of behavior research Therapy, (48), 377-383.

Heather D., Blunt. (2013). A study of sexual self-concept, partner communication, and sexual satisfaction. the degree of Doctor of Philosophy, Department of Community and Family Health College of Public Health University of South Florida, UMI 3519435.

Lavners, J, A, Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2016). Does couple's communication predict Marital satisfaction?, or Does Marital satisfaction predict communication?Journal of marriage and family**,** 78(3), 680-694.

Mallinckrodt,B.,Abraham,W.T.,Wei,M.,Russell,D.W (2006).Advances in Testing the Statistical Significance of Mediation Effects. Journal of Counseling Psychology, 53(3), 372–378.

McCabe, J., Tanner, A. E., & Heiman, J. R. (2010). The impact of gender expectations on meanings of sex and sexuality: Results from a cognitive interview study. Sex Roles, 62, 252–263. doi:10.1007/ s11199-009-9723-4.

Pelian, Ch., Norman, B., Fang, X. L., Debbie, O. B., Li., Y. (2013). Similarity of relationship standards,couples communication pattern , and marital satisfaction among Chinese couple. Journal of family psychology, 27(3), 806-816.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

Riahi, F., Khajeddin, N., Izadi-Mazidi, L. (2017). Evaluation of Relationship Between Mental Health and Marital Satisfaction in Male Married Students. Jentashapir J Health Res. 2017 February; 8(1).

Rostosky, s. s., Galliher, R. V., Welsh, D. P., & kawaguchi, M. C. (2008). Sexual behaviors and relationship qualities in late adolescent couples. Journal of Adolescence 23, 583-597.

Sakmar, E. (2010). The Predictive Role Of Communication On Relationship Satisfactionin Married Individuals With And Without Children And In Cohabiting Individuals: The Moderating Role Of Sexual Satisfaction. Thesis for MS. 102-120.

Settir, V. (2012). People making in family psychology 6th ed.Translated by Birashk, B.Tehran: Roshd publication.(Persian).

Shahvary. Z., Gholizade. L, & Hoseiny.M. (2010). Determination of some related factor on women sexual satisfaction, Gachsaran south- west of Iran article in persian. Journal of constructivist psychology, 23, 295-320.

Shiffert, A., & Schwardz, B. (2011). Spouses' demand and withdrawal during marital conflict in relation to well being. Journal of social and personal relationships, 26(2): 262-277. Vaillant, GE. (2012). Positive mental health: is there a cross-cultural definition? World Psychiatry, 11(2), 93-9.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). Using multivariate statistics (5 th ed.).Boston: Allyn and Bacon.

Vaillant, GE. (2012). Positive mental health: is there a cross-cultural definition? World Psychiatry, 11(2), 93-9.

Wolfinger ,N.,H. (2015). Understanding the Divorce Cycle: the Children of Divorce in their own Marriages. Oxford: university Press.

Zamani, N., M. Habibi, and M. Darvishi. (2015). 'Compare the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavioral Group Therapy in Reducing Depression in Mothers of Children with Disabilities', Arak Medical University Journal (AMUJ), 18.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۹، شماره ۱۳، تابستان سال ۱۴۰۰

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-05]