



الگوی ساختاری رابطه آسیب‌های دوران کودکی و صمیمیت جنسی با نقش میانجی شفقت به خود در زنان متاهل

فرشته میرزایی^۱، صاحبه بریمانی^۲، فاطمه زارع^۳، سمانه فراهانی^{۴*}

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۷/۰۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۸/۲۷

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی شفقت به خود در ارتباط بین آسیب‌های دوران کودکی و صمیمیت جنسی در زنان متاهل انجام شد. مطالعه حاضر، توصیفی-همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان متاهل شهر تهران و شهرستان ساری بود که از بین آنها، ۱۹۶ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم کوتاه پرسشنامه ترومای دوران کودکی، مقیاس شفقت خود و پرسشنامه صمیمیت جنسی بود. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری با بهره‌گیری از نرم افزار AMOS و SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که صمیمیت جنسی با آسیب‌های دوران کودکی ($-0/44$) دارای رابطه منفی و با شفقت به خود ($0/25$) دارای رابطه مثبت معنادار در سطح $0/01$ است. همچنین شفقت به خود در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و صمیمیت جنسی در زنان متاهل دارای نقش میانجی بود ($P \leq 0/001$). بر این اساس در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و صمیمیت جنسی در زنان متاهل، شفقت به خود دارای نقش میانجی بود. بنابراین در زنان متاهل، آسیب‌های دوران کودکی از طریق اثر بر شفقت به خود می‌تواند به کاهش صمیمیت جنسی منجر شود.

کلیدواژه‌ها: آسیب‌های دوران کودکی، متاهل، شفقت به خود، صمیمیت جنسی

۱. دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران.

۲. دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرگان، ایران.

۳. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد یزد، یزد، ایران.

۴* نویسنده مسئول: دانشجوی دکترای روانشناسی خانواده و سلامت جنسی، گروه روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران.

خانواده یکی از عناصر اصلی و نهادهایی است که با عوامل انسانی و نیازهای عاطفی و معنوی در ارتباط است (لطف نژاد افشار، خاکپور و دوکانه‌ای فرد، ۱۴۰۱). دلایل ازدواج و انتظارات زوجها به طور قابل توجهی تغییر کرده است. نیاز به عشق و صمیمیت و رابطه نزدیک و همپوشانی نیازهای روانی و عاطفی از جمله دلایل اصلی ازدواج می‌باشند (محمودپور، دهقانپور، یوسفی و ایجاد، ۱۳۹۸). به عبارت دیگر، احساس تعلق خاطر، نیاز به داشتن یک همراه و همدم در زندگی برای برآوردن نیازهای روانشناختی، و داشتن رابطه صمیمی از انگیزه‌های تشکیل خانواده است (ساز، لازار، باردزل و باردزل^۱، ۲۰۱۹). صمیمیت به عنوان یکی از ارزشمندترین ابعاد وجودی انسان معرفی شده است و به عنوان امری ضروری در عملکرد سالم انسان در نظر گرفته می‌شود (مصباح، ۱۳۹۸). صمیمیت در روابط زناشویی، به صورت الگوی رفتاری بسیار مهمی مفهوم‌سازی شده است که ابعاد عاطفی-هیجانی و اجتماعی نیرومندی دارد و بر پایه پذیرش، رضایت خاطر و عشق شکل می‌گیرد (کارلسون، هنسون و فیتزروی^۲، ۲۰۱۶). روانشناسان، صمیمیت را توانایی برقراری ارتباط با دیگری، بیان عواطف و یک رابطه شخصی عاشقانه یا هیجانی با شخص دیگر می‌دانند که مستلزم شناخت و درک عمیق از آن فرد به منظور بیان افکار و احساسات می‌باشد (اعتمادی، جابری، جزایری و احمدی، ۱۳۹۳). دستیابی به صمیمیت می‌تواند به عنوان یک مفهوم ضروری دیده شود که با استفاده از آن می‌توان پیوندی رضایت بخش را میان افراد متاهل ایجاد کرد و به سلامت جسمانی، بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی آنها کمک کرد (حسینی، محمودی و مرادپور، ۱۳۹۸). صمیمیت زمینه‌بنیادی را در جهت رضایت فرد از زندگی فراهم می‌کند، چرا که تعهد زوجین به رابطه را استحکام می‌بخشد و به طور مثبت با سازگاری زناشویی همراه است (لاورینگ، لارکین، شاو و فلورز^۳، ۲۰۱۵). یکی از اقسام صمیمیت، صمیمیت جنسی است که به عنوان نیازهای اساسی انسان باید در چارچوب خانواده ارضاء شود. صمیمیت جنسی عبارت است از نیاز به در میان نهادن، سهیم شدن و ابراز افکار، احساسات و خیال‌پردازی‌های جنسی با همسر (بایرون^۴، ۲۰۱۷). صمیمیت جنسی شامل در میان گذاشتن تجارب عاشقانه با یکدیگر، نیاز به تماس بدنی، آمیزش جنسی و روابطی است که برای برانگیختن، تحریک و رضایت جنسی طرح‌ریزی می‌شود (تاگر، اسپیر و پیترز^۵، ۲۰۱۶). رضایت‌مندی در این زمینه بر ابعاد دیگر روابط زوجین اثر می‌گذارد. اگر همسران نسبت به تفاوت‌های خود در تقاضاهای جنسی و تمایلات مختلف‌شان در آمیزش جنسی آگاهی داشته باشند می‌توانند قبل از آنکه ارتباطشان دچار مشکل شود آن را بررسی و اصلاح کنند؛ برعکس اگر چنین آگاهی در همسران نسبت به صمیمیت جنسی وجود نداشته باشد؛ مشکلات زیادی در زندگی زناشویی آنها بروز خواهد کرد (کوهن و استرانگ^۶، ۲۰۲۰).

1. Su, N. M., Lazar, A., Bardzell, J., & Bardzell
2. Carlson, D. L., Hanson, S., & Fitzroy
3. Loaring, J. M., Larkin, M., Shaw, R., & Flowers
4. Byron
5. Tucker, S. R., Speer, S. A., & Peters
6. Cohen, T. F., & Strong

صمیمیت جنسی با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی رابطه مستقیم دارد و اغلب به عنوان یکی از نیازهای روانشناختی اساسی و از خصیصه‌های مهم ارتباط زناشویی شناخته می‌شود که بر سلامت روان، بهزیستی، سرزندگی و سازگاری زناشویی تاثیر بسیاری دارد (سیسلر و لیکتر^۱، ۲۰۲۰). در راستای شناسایی عوامل مؤثر بر صمیمیت جنسی، به نظر می‌رسد که آسیب‌های دوران کودکی در این زمینه می‌توانند نقش داشته باشند.

شواهد موجود دال بر تاثیر بلندمدت تروماهای دوران کودکی بر عملکرد فرد در بزرگسالی به خصوص روابط بین فردی هستند (مکلاقلین و لامبرت^۲، ۲۰۱۷). تجربه هرگونه حادثه آسیب‌زا و تروماتیک در هر شکلی مثل سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمانی و فیزیکی، سوءاستفاده جنسی و غیره در دوران کودکی می‌تواند بهزیستی افراد را تحت تاثیر قرار دهد (گرینوالد^۳، ۲۰۱۵). ترومای دوران کودکی ابعاد مختلفی دارد و سوءاستفاده جنسی، جسمی، هیجانی، غفلت هیجانی و غفلت جسمانی را شامل می‌شود (انفعال، امیدوار و زارع‌نژاد، ۱۴۰۰). سوءاستفاده جنسی به تجربه جنسی برنامه‌ریزی شده برای عمل جنسی گفته می‌شود که قبل از ۱۵ سالگی و با خویشاوندان یا یک شخص دیگر که حداقل پنج سال بزرگتر باشد، اتفاق افتد. سوءاستفاده جسمی به تجاربی مثل ضربه با مشت یا جسم سخت، لگزدن، سوزاندن غیر تصادفی، لرزاندن، خفه کردن و قربانی درد فیزیکی عمدی شدن اشاره دارد. سوءاستفاده هیجانی به تجاربی همچون طرد، تحقیر، تهدید، منزوی کردن و یا نادیده گرفتن پاسخ‌های هیجانی گفته می‌شود (استادنوروزی و زمستانی، ۱۳۹۹). غفلت هیجانی به عنوان اعمال و غفلت‌هایی در نظر گرفته می‌شود که باعث اختلال مزمن ذهنی، هیجانی، شناختی و رفتاری در کودک می‌گردد. غفلت هیجانی در واقع بیانگر اعمال حذفی است که در آن کودک مراقبت و حمایت عاطفی مناسبی را از والدین خود دریافت نمی‌کند مانند کودکی که با محرومیت از توجه، عشق، محبت و علاقه والدین و یا فرد مراقب خود مواجهه است. این نوع از غفلت می‌تواند باعث اختلال مزمن ذهنی، هیجانی، شناختی و رفتاری در کودک گردد (بارکزیک، فالدرز، پورتر و داگلاس^۴، ۲۰۲۳). غفلت فیزیکی به معنای عدم تأمین کافی نیازهای فیزیکی کودک است. به عبارت دیگر، غفلت فیزیکی به اعمال حذفی اشاره دارد که طی آن کودک از امکاناتی از قبیل امنیت، تغذیه، پوشاک، سرپناه، مراقبت‌های پزشکی و ... محروم می‌شود و نیازهای اساسی او برآورده نمی‌شود. غفلت فیزیکی برخلاف بدرفتاری فیزیکی که معمولاً رویدادهای مشخصی هستند، اغلب به یک موقعیت مزمن اشاره دارد و به راحتی به عنوان یک رویداد خاص شناسایی نمی‌شود (لانگ و کانل^۵، ۲۰۱۸). تجربه اولیه خشونت و بدرفتاری با ایجاد تجارب منفی در فرد می‌تواند زندگی وی را در ابعاد فردی، اجتماعی و بین فردی متأثر سازد (دوبا، سلوپ، کوکری و نادرینو^۶، ۲۰۲۲). یافته مطالعات دال بر این است که تجارب اولیه کودکی

1. Sassler, S., & Lichter
2. McLaughlin, K. A., & Lambert
3. Greenwald
4. Barczyk, Z. A., Foulds, J. A., Porter, R. J., & Douglas
5. Lang, J. M., & Connell
6. Doba, K., Saloppé, X., Choukri, F., & Nandrino

فرایند تحول کودک را متأثر می‌سازد و اثرات روانی و عاطفی این تجارب می‌تواند تا بزرگسالی ادامه یابد. تجارب دوران کودکی تعیین‌کننده ماهیت تصورات و تجربیات فرد از پیوندهای عاطفی و روابط بین فردی در بزرگسالی هستند (هامفریز، لمالت، ویر، پیرسیک، لی و گاتلیب^۱، ۲۰۲۰).

شفقت به خود متغیر دیگری است که می‌تواند صمیمیت جنسی را تحت تاثیر قرار دهد. شفقت به خود صرفاً شفقتی است که متوجه درون فرد می‌شود و نیازمند داشتن رویکردی متوازن در برابر تجربیات منفی است، به گونه‌ای که احساسات و افکار منفی نه سرکوب و نه اغراق شوند (نف و ناکس^۲، ۲۰۱۶). شفقت به خود در موقعیت‌هایی به کار گرفته می‌شود که واقعه ناراحت‌کننده ناشی از شکست‌ها، اعمال نابخردانه یا نواقص فردی رخ داده باشد (احمدی، شالچی و منصورزاده، ۱۳۹۹). در چنین حالتی فرد زمانی که با تجربه رنج مواجه می‌شود با خودش به عنوان ابژه^۳ مراقبت و نگرانی رفتار می‌کند (زسین، دیکاسر و گاربات^۴، ۲۰۱۵). شفقت نسبت به خود حالت گرمی و پذیرش در برابر جنبه‌هایی از فرد یا زندگی است که فرد آن را دوست ندارد و مستلزم سه جزء اصلی مهربانی در برابر انزوا، اشتراک انسانی در برابر خودقضاوتی نسبت به خویشتن و ذهن آگاهی در برابر همانندسازی بیش از حد است (ویلسون، مکینتاش، پاور و چان^۵، ۲۰۱۹). نف (۲۰۱۱) شفقت به خود را گشوده بودن و همراه شدن با رنج‌های خود، تجربه حس مراقبت و مهربانی نسبت به خود، اتخاذ نگرش غیرقضاوتی نسبت به بی‌کفایتی‌ها و شکست‌های خود، همراه با درک و فهم اینکه تجربه فرد بخشی از تجربه بشری است، معرفی می‌کند. بنابراین شفقت به خود در هنگام درد و شکست بهتر مشخص می‌شود (بارنل^۶ و همکاران، ۲۰۱۵). با وجود آنکه اغلب افراد به گفته خودشان در برخورد با خود رفتاری خشن‌تر و ناملاپم‌تر نسبت به برخورد با دیگران نشان می‌دهند، افرادی که خصیصه شفقت نسبت به خود دارند، گزارش می‌کنند که با خود به همان اندازه مهربان هستند که با دیگران چنین‌اند (فزلسفلو، جزایری، بهرامی و محمدی، ۱۳۹۵). شفقت به خود به ابراز محبت و پذیرش ابعاد نامطلوب خود و زندگی خود کمک می‌کند (گرمر و نف^۷، ۲۰۱۵) و علاوه بر آنکه از فرد در مقابل حالات روانی منفی محافظت می‌کند، در تقویت حالات هیجانی مثبت نیز نقش دارد (مومنی، شهیدی، موتابی و حیدری، ۱۳۹۲). شفقت به خود به ارضای نیازهای اساسی کمک می‌کند که برای بهزیستی انسان ضروری هستند (گانایدین^۸، ۲۰۲۲). طبق یافته مطالعات موجود، شفقت به خود با احساساتی چون پیوند اجتماعی و

1. Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., & Gotlib

2. Neff, K., & Knox

۳. اصطلاح «ابژه» به افراد مهمی که هدف احساسات یا مقاصد فرد هستند و فرد با آن‌ها ارتباط دارد، معمولاً مادر، پدر یا مراقب اصلی فرد اشاره دارد.

4. Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade

5. Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan

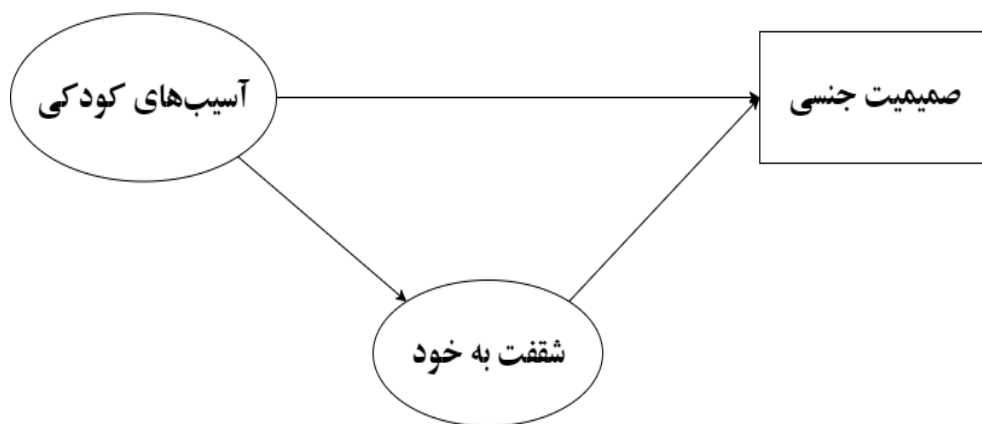
6. Yarnell

7. Germer, C. K., & Neff

8. Günaydin

رضایت از زندگی که از مؤلفه‌های زندگی معنی‌دار هستند، مرتبط است (لاثرن، لائو، پارک و بلاث^۱، ۲۰۲۱).

به نظر می‌رسد که در افراد متاهل شفقت به خود در رابطه بین تروماهای دوران کودکی و صمیمیت جنسی دارای نقش میانجی است. به عبارت دیگر، در افراد متاهل تروماهای دوران کودکی از طریق تاثیر بر روی شفقت به خود می‌تواند سطح صمیمیت جنسی را در آنها پیش بینی کند چرا که از یک سو یافته برخی مطالعات نشان دهنده این است که تجارب اولیه، پایه‌گذار ماهیت ادراک و برداشت فرد از خودش و دیگران و همچنین روابط وی با دیگران است و تروماهای دوران کودکی ممکن است توانایی کودک برای ایجاد روابط بین فردی قابل اعتماد و اطمینان بخش را مختل سازد (لانگ و کانل، ۲۰۱۸؛ سرافینی و همکاران، ۲۰۱۷؛ فاکس، پرز، کاس و بگلیویو^۲، ۲۰۱۵). همچنین برخی مطالعات نشان می‌دهند که شفقت به خود می‌تواند تسهیل کننده شفقت به دیگران باشد و میزان موفقیت فرد را در برقراری روابط بین فردی صمیمانه و رضایت‌بخش پیش‌بینی کند (زسین و همکاران، ۲۰۱۵؛ لویز، سندرم، رنکور و اسکراورز^۳، ۲۰۱۸؛ دورکین، باومانت، مارتین و کارسون^۴، ۲۰۱۶). بر همین اساس و با توجه به لزوم بررسی ابعاد صمیمیت جنسی در زوجین و شناسایی عوامل دخیل در آن، مطالعه حاضر به منظور بررسی نقش میانجی شفقت به خود در ارتباط بین آسیب‌های دوران کودکی و صمیمیت جنسی در زنان متاهل انجام شد.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

1. Lathren, C. R., Rao, S. S., Park, J., & Bluth
2. Fox, B. H., Perez, N., Cass, E., Baglivio, M. T., & Epps
3. López, A., Sanderman, R., Ranchor, A. V., & Schroevers
4. Durkin, M., Beaumont, E., Martin, C. J. H., & Carson

روش

مطالعه حاضر، از نظر هدف بنیادی و از نظر روش گردآوری داده‌ها توصیفی-همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش شامل زنان متاهل شهر تهران و شهرستان ساری در سال ۱۴۰۱ بود که از بین آنها، ۱۹۶ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و از آنها خواسته شد تا به پرسشنامه ترومای دوران کودکی، مقیاس شفقت خود و پرسشنامه صمیمیت زناشویی پاسخ دهند. پرسشنامه‌ها بصورت الکترونیکی تهیه شد و لینک پرسشنامه در فضای مجازی برای افراد جهت تکمیل ارسال شد و از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا با صداقت به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. همچنین در لینک پرسشنامه به ارائه توضیحاتی در مورد اهداف و ضرورت پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی افراد شرکت‌کننده، اختیاری بودن مشارکت و شرایط ورود به مطالعه پرداخته شد. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: جنسیت زن، متاهل بودن، حداقل یک سال زندگی مشترک، سن بین ۵۰-۲۰ سال و تمایل برای شرکت در مطالعه بود. ملاک خروج از مطالعه شامل ابتلا به بیماری جسمی یا روانی حاد بود. جهت رعایت اخلاق در پژوهش شرط اساسی رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، حفظ اطلاعات و اسرار شخصی شرکت‌کنندگان لحاظ شد. همچنین شرکت‌کنندگان می‌توانستند در صورت تمایل از نتایج مطالعه و پرسشنامه خود آگاه شوند.

ابزار پژوهش

فرم کوتاه پرسشنامه ترومای دوران کودکی^۱: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۷ توسط تومبس، لویز، برنستین، مدرانو و هاج^۲ طراحی و تنظیم گردید. پرسشنامه ترومای دوران کودکی شامل ۵ زیرمقیاس سوءاستفاده فیزیکی (۵ گویه)، سوءاستفاده هیجانی (۵ گویه)، سوءاستفاده جنسی (۵ گویه)، غفلت هیجانی (۵ گویه) و غفلت فیزیکی (۵ گویه) می‌شود و ۳ گویه نیز برای سنجش انکار در نظر گرفته شده است؛ که در طیف یک تا پنج نمره‌گذاری می‌شود. قابلیت اعتماد عوامل مختلف این پرسشنامه با دو روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۵ و درستی آن با استفاده از روش تحلیل عوامل مطلوب گزارش شده است (تومبس و همکاران، ۲۰۰۷). در پژوهش ابراهیمی، دژکام و ثقه السلام (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش کرده‌اند. برای تعیین قابلیت اعتماد این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای مؤلفه‌های سوءاستفاده هیجانی، فیزیکی و جنسی، غفلت هیجانی و فیزیکی در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به دست آمد. همچنین به منظور تعیین درستی سازه این پرسشنامه از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد و شاخص‌های برازش گویای برازش خوب مدل بود.

مقیاس شفقت به خود: مقیاس شفقت به خود^۳ یک مقیاس ۲۶ گویه‌ای است که توسط نف (۲۰۰۳)

1. Childhood Trauma Questionnaire-Short Form

2. Thombs, B. D., Lewis, C., Bernstein, D. P., Medrano, M. A., & Hatch

3. Self-Compassion Scale

طراحی شده است. این مقیاس شفقت به خود را به صورت شش زیرمقیاس مهربانی با خود، قضاوت در مورد خود، احساسات مشترک انسانی، منزوی‌سازی، بهوشیاری و همانندسازی افراطی می‌سنجد. پاسخ‌های این مقیاس در یک دامنه ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) سنجیده می‌شوند و نمره‌گذاری در سه زیرمقیاس قضاوت خود، انزوا و همانندسازی افراطی به صورت معکوس انجام می‌شود. دامنه نمرات از ۲۶ تا ۱۳۰ متغیر است و نمره بالاتر نشان دهنده شفقت خود بیشتر در فرد است. ثبات درونی این مقیاس ۰/۹۲ و قابلیت اعتماد بازآزمون آن ۰/۹۳ گزارش شده است (نف، ۲۰۰۳). در ایران ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهوشیاری و همانندسازی افراطی در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به دست آمده است (مومنی و همکاران، ۱۳۹۲).

پرسشنامه صمیمیت زناشویی: بطلانی، احمدی، بهرامی، شاه سیاه و محبی (۱۳۸۹) پرسشنامه صمیمیت زناشویی را با توجه به منابع معتبر علمی و پرسشنامه صمیمیت زناشویی باگاروزی و پژوهش‌های انجام شده در این مورد تهیه کردند. در این پرسشنامه ۳۰ سوال مطرح گردیده است و هر سوال دارای طیف ۴ گزینه‌ای (همیشه، گاهی اوقات، به ندرت، هیچ وقت) با نمره‌های ۱ تا ۴ می‌باشد. حداکثر نمره ۱۲۰ و حداقل آن ۳۰ می‌باشد. نمره بالاتر، نشانگر صمیمیت زناشویی بیشتر زوجین است. روایی محتوایی پرسش نامه توسط پنج متخصص مشاوره و روان‌شناسی در دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان تایید شد و برای تعیین پایایی درونی بر روی ۱۴۰ نفر (۷۰ زوج) اجرا و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۱ بدست آمد (طلانی و همکاران، ۱۳۸۹).

در پژوهش حاضر، برای تحلیل داده‌ها از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری با بهره‌گیری از نرم افزار AMOS و SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

نتایج

در مجموع ۱۹۶ شرکت کننده، ۱۲۲ نفر (۶۳٪) خانه دار و ۷۴ نفر (۳۷٪) شاغل بودند. همچنین از این ۱۹۶ نفر، ۸۹ نفر (۴۵٪) دیپلم، ۶۱ نفر (۳۲٪) لیسانس و ۴۶ نفر (۲۳٪) بودند. نتایج مربوط به یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار کمینه	مقدار بیشینه
۱- صمیمیت جنسی	۶۴/۱۸	۱۰/۳۹	۳۶	۱۱۲
۲- سوءاستفاده فیزیکی	۱۴/۰۲	۲/۷۴	۷	۲۲
۳- سوءاستفاده هیجانی	۱۳/۳۱	۳/۰۴	۸	۲۰
۴- سوءاستفاده جنسی	۱۴/۲۷	۲/۱۲	۸	۲۱
۵- غفلت هیجانی	۱۵/۵۲	۳/۷۵	۹	۲۳
۶- غفلت فیزیکی	۱۳/۹۴	۳/۸۳	۷	۲۰
۷- نمره کل آسیب‌های کودکی	۷۱/۴۸	۱۴/۵۹	۳۳	۱۰۹
۸- مهربانی با خود	۱۳/۶۴	۲/۸۹	۹	۲۱
۹- قضاوت در مورد خود	۱۳/۹۸	۳/۲۶	۷	۱۹
۱۰- احساسات مشترک انسانی	۱۲/۷۳	۲/۵۵	۵	۱۸
۱۱- منزوی‌سازی	۱۴/۳۵	۳/۴۲	۶	۱۷
۱۲- ذهن آگاهی	۱۱/۰۹	۲/۱۸	۵	۱۶
۱۳- بزرگنمایی	۱۴/۷۴	۳/۳۲	۷	۱۹
۱۴- نمره کل شفقت به خود	۷۸/۳۲	۱۵/۸۰	۳۸	۱۱۸

نتایج مربوط به ماتریس همبستگی آسیب‌های دوران کودکی، شفقت به خود و صمیمیت جنسی در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی آسیب‌های دوران کودکی، شفقت به خود و صمیمیت جنسی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
۱- صمیمیت جنسی	۱													
۲- سوءاستفاده فیزیکی	۰/۴۲**	۱												
۳- سوءاستفاده هیجانی	۰/۵۲**	۰/۴۸**	۱											
۴- سوءاستفاده جنسی	۰/۴۹**	۰/۵۹**	۰/۵۹**	۱										
۵- غفلت هیجانی	۰/۳۴**	۰/۶۰**	۰/۶۱**	۰/۴۵**	۱									
۶- غفلت فیزیکی	۰/۲۸**	۰/۴۱**	۰/۷۲**	۰/۲۹**	۰/۳۲**	۱								
۷- نمره کل آسیب‌های کودکی	۰/۴۴**	۰/۵۲**	۰/۵۷**	۰/۳۲**	۰/۴۷**	۰/۴۱**	۱							
۸- مهریابی با خود	۰/۴۰**	۰/۳۷**	۰/۴۶**	۰/۵۰**	۰/۳۲**	۰/۴۲**	۰/۴۱**	۱						
۹- قضاوت در مورد خود	۰/۱۶*	۰/۱۲	۰/۲۹**	۰/۲۸**	۰/۲۴**	۰/۲۸**	۰/۱۹**	۰/۶۳**	۱					
۱۰- احساسات مشترک انسانی	۰/۱۱	۰/۱۴*	۰/۱۰	۰/۱۸	۰/۲۱	۰/۲۶	۰/۲۱	۰/۴۹**	۰/۲۱	۱				
۱۱- منزوی‌سازی	۰/۳۰**	۰/۲۷	۰/۲۵	۰/۳۴**	۰/۲۶**	۰/۱۲	۰/۳۷**	۰/۳۷	۰/۵۱**	۰/۶۳**	۱			
۱۲- ذهن آگاهی	۰/۳۶**	۰/۳۱**	۰/۲۴**	۰/۴۱**	۰/۳۹**	۰/۳۶**	۰/۴۲**	۰/۷۳**	۰/۵۸**	۰/۳۲**	۰/۳۱**	۱		
۱۳- بزرگنمایی	۰/۳۲**	۰/۳۷**	۰/۴۳**	۰/۲۲	۰/۳۰	۰/۴۷**	۰/۴۰	۰/۳۹	۰/۴۹**	۰/۴۶	۰/۴۱**	۰/۴۱**	۱	
۱۴- نمره کل شفقت به خود	۰/۲۵**	۰/۲۳	۰/۲۹	۰/۳۴**	۰/۲۴**	۰/۳۹**	۰/۳۳**	۰/۵۶**	۰/۵۲	۰/۲۸**	۰/۴۰**	۰/۴۲**	۰/۴۱**	۰/۵۲**

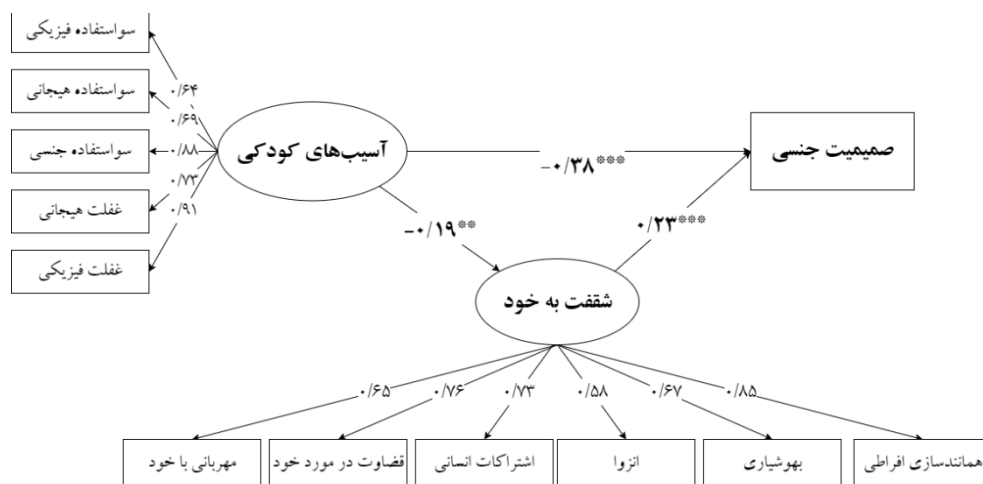
همانطور که نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد، صمیمیت جنسی با آسیب‌های دوران کودکی (۰/۴۴) دارای رابطه منفی معنادار و با شفقت به خود (۰/۲۵) دارای رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۱ است.

جهت آزمودن الگوی پیشنهادی نقش میانجی شفقت به خود در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و صمیمیت جنسی از روش الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد. در ابتدا مفروضه‌های زیربنایی مدل معادلات ساختاری بررسی شد. جهت بررسی نرمال بودن متغیرها از کجی و کشیدگی متغیرها و آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. نتایج ضریب کجی و ضریب کشیدگی نشان داد که با توجه به معیار نرمال بودن، متغیرهای پژوهش همگی دارای قدر مطلق ضریب کجی و ضریب کشیدگی کوچکتر از ۳ هستند و لذا تخطی از نرمال بودن داده‌ها قابل مشاهده نبود. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نیز گویای نرمال بودن توزیع پراکندگی متغیرهای پژوهش بود ($P > 0.05$). در الگوی پیشنهادی آسیب‌های دوران کودکی به عنوان متغیر پیش‌بین (مستقل)، صمیمیت جنسی به عنوان متغیر ملاک (وابسته) و متغیر شفقت به خود به عنوان متغیر میانجی هستند. برازندگی الگوی پیشنهادی بر اساس ترکیبی از سنج‌های برازندگی جهت تعیین کفایت برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها مورد استفاده قرار گرفتند که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل نقش میانجی شفقت به خود در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و صمیمیت جنسی

NFI	IFI	TLI	CFI	AGFI	GFI	RMSEA	X ² /df	P	df	X ²
۰/۹۳	۰/۹۱	۰/۹۵	۰/۸۸	۰/۹۰	۰/۹۶	۰/۰۰۹	۲/۶۲	<۰/۰۵	۱۱	۲۸/۸۷

با توجه به اطلاعات مربوط به جدول ۳، ارزش مجذور خی برابر با ۲۸/۸۷ بوده و در سطح $P < 0.05$ معنادار است. با توجه به بالا بودن نمونه پژوهش، مقدار نسبت خی دو بر درجه آزادی محاسبه شد که مقدار آن برابر ۲/۶۲ بود و بر اساس این که این شاخص نباید بیش از ۳ باشد تا الگو مورد تأیید قرار گیرد، می‌توان گفت که داده‌های به دست آمده با الگوی فرضی مطابقت دارند. با توجه به ارزش شاخص‌های ارزیابی برازندگی الگو شامل شاخص GFI برابر با ۰/۹۶، شاخص AGFI برابر با ۰/۹۰، شاخص CFI برابر با ۰/۸۸، شاخص TLI برابر با ۰/۹۵، شاخص IFI برابر با ۰/۹۱، شاخص NFI برابر با ۰/۹۳ و شاخص RMSEA برابر با ۰/۰۰۹، می‌توان گفت الگو از برازش خوبی برخوردار است. در مدل مفهومی فرض می‌شود که آسیب‌های دوران کودکی از طریق شفقت به خود با صمیمیت جنسی رابطه دارد. شکل ۲ نشان دهنده مسیرهای مدل فرضی نقش میانجی شفقت به خود در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و صمیمیت جنسی است.



شکل ۲. مسیرهای مدل فرضی نقش میانجی شفقت به خود در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و صمیمیت جنسی

جدول ۴. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم مدل فرضی نقش میانجی شفقت به خود در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و صمیمیت جنسی

مسیرها	B	β	خطای معیار	نسبت بحرانی	P
اثر مستقیم آسیب‌های دوران کودکی بر شفقت به خود	-۰/۴۰	-۰/۱۹	۰/۰۱۹	-۴/۷۶	۰/۰۰۲
اثر مستقیم آسیب‌های دوران کودکی بر صمیمیت جنسی	-۰/۶۳	-۰/۳۸	۰/۰۲۴	-۱۱/۲۶	۰/۰۰۱
اثر مستقیم شفقت به خود بر صمیمیت جنسی	۰/۳۷	۰/۲۳	۰/۰۱۴	۶/۹۸	۰/۰۰۱

پس از بررسی و تأیید الگو برای آزمون معناداری فرضیه‌ها از دو شاخص جزیی نسبت بحرانی CR و P استفاده شده است. بر اساس سطح معناداری ۰/۰۵ مقدار بحرانی باید بیشتر از ۱/۹۶ یا کمتر از -۱/۹۶ باشد و مقدار پارامتر غیر از این در الگو مهم شمرده نمی‌شود. همچنین مقادیر کوچکتر از ۰/۰۵ برای مقدار P حاکی از تفاوت معنادار مقدار محاسبه شده برای وزن‌های رگرسیونی با مقدار صفر در سطح ۹۵ درصد است. بر اساس شاخص‌های ذکر شده، همانگونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند، وزن‌های رگرسیونی مربوط به نتایج این جدول همگی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بودند.

جدول ۵. ضرایب مسیرهای غیرمستقیم مدل فرضی نقش میانجی شفقت به خود در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و صمیمیت جنسی

مسیرها	b	β	حد پایین	حد بالا
اثر غیرمستقیم آسیب‌های دوران کودکی بر صمیمیت جنسی	-۰/۵۱	-۰/۲۴	-۰/۱۰۴	-۰/۰۵۷
اثر کل آسیب‌های دوران کودکی بر صمیمیت جنسی	b	β	P	R ²
	-۰/۹۱	-۰/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱

همانطور که می‌توان در جدول ۵ مشاهده کرد، اثر غیرمستقیم آسیب‌های دوران کودکی بر صمیمیت جنسی به لحاظ آماری در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. همچنین ارزیابی اثر غیرمستقیم استفاده از روش بوت استراپ نشان می‌دهد که اثر غیرمستقیم آسیب‌های دوران کودکی بر صمیمیت جنسی، با توجه به اینکه حد بالا و حد پایین در آنها صفر را در برنمی‌گیرند (صفر درون این فاصله اطمینان قرار نمی‌گیرد)، به واسطه شفقت به خود میانجی‌گری می‌شود؛ بنابراین در زنان متاهل رابطه غیرمستقیم آسیب‌های دوران کودکی بر صمیمیت جنسی به واسطه شفقت به خود معنادار است. ضریب مسیر کل بین آسیب‌های دوران کودکی به صمیمیت جنسی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است (β= ۰/۶۲، P≤۰/۰۰۱). همچنین ضریب تعیین این مسیر برابر با ۰/۳۱ بود که به بیان دیگر آسیب‌های دوران کودکی و شفقت به خود مجموعاً ۳۱ درصد از واریانس متغیر صمیمیت جنسی را در زنان متاهل تبیین می‌کنند.

بحث

هدف از مطالعه حاضر، بررسی نقش واسطه‌ای شفقت به خود در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و صمیمیت جنسی در زنان متاهل بود. طبق نتایج مطالعه حاضر، آسیب‌های دوران کودکی دارای رابطه منفی معنادار با صمیمیت جنسی در زنان متاهل بود که این یافته با نتایج مطالعات بارکزیک و همکاران (۲۰۲۳)، دابا و همکاران (۲۰۲۲)، فاکس و همکاران (۲۰۱۵) و سرافینی و همکاران (۲۰۱۷) همسو بود. در مطالعه بارکزیک و همکاران (۲۰۲۳) نشان داده شده است که بدرفتاری جسمی و هیجانی در دوران کودکی پیش بین افزایش گرایش فرد به بدرفتاری با خود و دیگران، رفتارهای تهاجمی و ناتوانی در همدلی با دیگران از جمله همسر در بزرگسالی است. نتایج پژوهش مروری دابا و همکاران (۲۰۲۲) نشان می‌دهد که تجربه عواطف منفی در دوران کودکی و مورد بی‌توجهی عاطفی و غفلت واقع شدن از سوی فرد مراقب، با ناتوانی در بیان احساسات در بزرگسالی همراه است و میزان انزوای اجتماعی را در فرد افزایش می‌دهد که در نهایت می‌تواند منجر به بروز مشکلات روانی همچون علائم افسردگی شود. همچنین فاکس و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای بر روی نوجوانان با مشکلات رفتاری و اختلال سلوک نشان دادند که این نوجوانان نسبت به سایر همتایان خود از آسیب‌های دوران

کودکی شدیدتر خبر می‌دهند و بین شدت این آسیب‌ها و میزان پرخاشگری و مشکلات ارتباطی آنها ارتباط مثبت معناداری وجود دارد. سرافینی و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه خود بر روی افراد با سابقه خودآسیبی نشان دادند که این افراد از آسیب‌های دوران کودکی خبر می‌دهند و این آسیب‌ها پیش بینی کننده میزان گرایش به آسیب به خود، ناتوانی در برقراری ارتباط دوستانه با دیگران، هیجانات منفی شدید و ناتوانی در تنظیم آنها است.

در تبیین رابطه مستقیم بین آسیب‌های دوران کودکی و صمیمیت جنسی در زنان متاهل باید بیان داشت که صمیمیت بین زوجین زمینه رضایت آنها از زندگی مشترک و تداوم آن را فراهم می‌کند و از سوی دیگر، صمیمیت جنسی عامل مؤثر در ایجاد صمیمیت و رضایت‌مندی زناشویی در بین زوجین است. در واقع در حالت صمیمیت جنسی است که زوجین قادر خواهند بود با تاب‌آوری بالا در مقابل امور دشوار و سختی‌ها ظاهر شوند و به تقویت روابط زناشویی خود کمک کنند و شاد و رضایت بیشتری را تجربه کنند (گرینوالد، ۲۰۱۵). بدیهی است برای ایجاد و بقای این ارتباط صمیمانه رابطه جنسی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و نبود یا کمبود این فضای صمیمی، سرزندگی و شادابی زوجین را از بین می‌برد. در این زمینه توانایی زوجین در برقراری رابطه صمیمانه با یکدیگر که همراه با همدلی و درک باشد حایز اهمیت است و این نیاز به اعتماد و اطمینان قلبی آنها به یکدیگر دارد (مکلاقلین و لامبرت، ۲۰۱۷). این در حالی است که اعتماد به دیگران و دوستی و صداقت آنها و پذیرش آنها به عنوان یک دوست صمیمی که می‌توان در مواقع لازم از آنها کمک خواست، در بافت تجارب قلبی به خصوص تجارب اولیه و رابطه با والدین شکل می‌گیرد (انفعال و همکاران، ۱۴۰۰). آزار دیدن در دوران کودکی از سوی افراد مهم می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری نوعی بدبینی و بی‌اعتمادی نسبت به دیگران باشد که مانع از برقراری یک رابطه صمیمانه با دیگران در فرد می‌گردد. چنین فردی بر اساس ذهنیت منفی خود نه می‌تواند خود را لایق دریافت محبت و دوستی بداند و نه قادر است دیگران را به عنوان یک همراه و دوست بپذیرد (استادنوروزی و زمستانی، ۱۳۹۹). از سوی دیگر زندگی زناشویی خواه ناخواه با مشکلات و اختلافات بین زوجین همراه است و عبور از این مشکلات و حل بهینه آنها مستلزم بلوغ عاطفی و هیجانی زوجین است و چنین رشد و تحولی در بافت یک رابطه والد فرزند سالم و صمیمانه رخ می‌دهد. در واقع بسیاری مهارت‌ها و توانایی‌های فردی و اجتماعی در قالب رابطه کودک با والدین و تجارب وی با آنها شکل می‌گیرد (سرافینی و همکاران، ۲۰۱۷). آسیب‌های دوران کودکی نشان‌دهنده این است که کودک در محیطی پرورش یافته است که اتفاقات دردناک مورد تجربه‌اش اعم از سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمانی و فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، رویدادهایی به مراتب بیش از ظرفیت روان وی بوده و این پیش بینی کننده مشکلات روانی و عدم بلوغ عاطفی و هیجانی در بزرگسالی است (فاکس و همکاران، ۲۰۱۵). در همین رابطه نشان داده شده است افرادی که دارای تجارب مثبت با والدین خود هستند از رضایت و آرامش بیشتر و روابط بین فردی موفق‌تر خبر می‌دهند (لانگ و کانل، ۲۰۱۸). در مقابل افراد دارای تجارب منفی با والدین خود، در برقراری روابط دوستی ضعیف عمل می‌کنند، به طوری که این افراد یا از روابط صمیمی اجتناب می‌کنند و یا به گونه افراطی

به طرف مقابل وابسته هستند و قادر به حفظ استقلال فردی و تعادل روابط خود نیستند (فاکس و همکاران، ۲۰۱۵؛ سرافینی و همکاران، ۲۰۱۷).

طبق نتایج مطالعه حاضر، شفقت به خود دارای رابطه مثبت معنادار با صمیمیت جنسی در زنان متاهل بود. به عبارت دیگر، در زنان متاهل نمرات بالا در شفقت به خود با صمیمیت جنسی بالاتر همراه بود. گانایدین (۲۰۲۲) در بررسی خود بر روی زوجین نشان داد که کسب نمره بالاتر در شفقت به خود در این افراد پیش بینی کننده رضایت بیشتر از زندگی و رابطه زناشویی پایدارتر در آنها است. موحدرداد و همکاران (۲۰۲۳) در مطالعه خود نشان دادند که در زوجینی که از شفقت به خود پایینی برخوردارند در مقایسه با سایر زوجین، احتمال تعارض زناشویی و خیانت بالاتر است. لویز و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود نشان دادند که شفقت به خود با تقویت سطح شفقت به دیگران همراه است و این می‌تواند موجب بهبود روابط بین فردی و صمیمانه با دیگران شود. زسین و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه خود نشان دادند که افراد با نمرات بالاتر در شفقت به خود در بهزیستی روانی و تعاملات بین فردی از نمرات بالاتری برخوردارند. دورکین و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود در پرستاران نشان دادند که شفقت به خود در این افراد پیش بینی کننده سطح بهزیستی و سلامت روان، خوشبینی نسبت به دیگران، عدم قضاوت منفی نسبت به خود و دیگران و روابط موفق‌تر است.

در تبیین رابطه مستقیم بین شفقت به خود و صمیمیت جنسی در زنان متاهل باید بیان داشت که شفقت به خود، واکنش احساسی معتدل افراد به رویدادهای منفی است که به آنها کمک می‌کند تا خود و تجارب زندگی خود را دقیق‌تر ارزیابی کنند و در نهایت موجب می‌شود واکنش‌های منفی و ناسالم آنها به اتفاقات طبیعی و رویدادهای منفی کاهش یابد (دورکین و همکاران، ۲۰۱۶). افراد دارای شفقت به خود زمانی که رویدادهای منفی را تجربه می‌کنند با مهربانی و دلسوزی با خود برخورد می‌کنند و بجای انتقاد از خود، واقع بینانه ضعف‌ها و نارسایی‌های خود را در آن زمینه می‌پذیرند (زسین و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین چنین افرادی در مواجهه با دشواری‌ها و مصائب بجای بی‌تابی و شکوه، دارای این توانایی هستند که با انعطاف‌پذیری با آن موضوع برخورد کرده و تعادل و استحکام خود را حفظ کنند. این نگرش غیرقضاوتی و دلسوزانه نسبت خود در رورویایی با چالش‌های زندگی موجب می‌شود فرد کمترین آسیب را متحمل شود و با حفظ سلامت روانی خود بتواند آن مرحله را پشت سر بگذارد (ویلسون و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین افراد متاهلی که دارای صفت شفقت به خود هستند نسبت به افرادی که از چنین ویژگی برخوردار نیستند خیلی کمتر تحت تاثیر مشکلات زندگی قرار می‌گیرند و می‌توانند با حفظ آرامش و ثبات روانی خود با چالش‌ها مقابله کنند و بنابراین در حفظ روابط صمیمانه زوجی خود نیز موفق‌تر هستند. بطور کلی، افراد خوددلسوز در برخورد با رویدادهای منفی از جسارت و شهامت بیشتری برخوردارند و تجربیات شکست خود را بیشتر فرصتی برای رشد و یادگیری می‌دانند (لویز و همکاران، ۲۰۱۸). شفقت به خود در افراد متاهل می‌تواند به آنها کمک کند تا به راحتی با همسر خود در مورد مسائل مختلف به افشای عاطفی و هیجانی بپردازند (گانایدین، ۲۰۲۲). آنها وقایع منفی اعم از شکست، ناکامی، رنج و بیماری را موضوعات مشترک بین انسان‌ها و جز لاینفک زندگی

می‌دانند و بنابراین با روی گشوده نسبت به احساسات و عواطف ناشی از آن برخورد کرده و بدون تلاش برای سرکوب افکار و هیجانات منفی می‌توانند با آن مواجه شده و ابراز کند و بدین طریق هم به سلامت خود و هم به صمیمیت بین فردی خود کمک کنند. این افراد قادرند تعارضات زناشویی خود را بدون آشفتگی با تحمل و بردباری و با استفاده از راه حل‌های مصالحه‌آمیز حل و فصل کنند و بدین طریق تقویت روابط زناشویی خود را تسهیل سازند (نف، ۲۰۱۱). همچنین ذهن آگاهی که یکی از مولفه‌های اساسی شفقت به خود است به آگاه شدن نسبت به زمان حال منجر می‌شود و نتیجه آن به حداقل رساندن درگیری در افکار و احساسات منفی و ناخوشایند است. ذهن آگاهی به فرد برای دست یافتن به یک نگرش جدید، پذیرش بدون قضاوت، نزدیک شدن به احساسات و افکار برای رهایی از حالات خلقی منفی کمک می‌کند (نف، ۲۰۰۳). همچنین فردی که نسبت به خود، شناخت داشته باشد یعنی از توانایی‌ها و محدودیت‌هایش آگاه و به خود اعتماد داشته باشد اضطراب و عواطف منفی کمتری را تجربه می‌کند (لوپز و همکاران، ۲۰۱۸) و این فرایند در افراد متاهل می‌تواند به تقویت صمیمیت جنسی کمک کند.

همچنین در مطالعه حاضر نشان داده شد که شفقت به خود در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و صمیمیت جنسی در زنان متاهل دارای نقش میانجی است، به طوری که آسیب‌های دوران کودکی از طریق اثر بر روی شفقت به خود می‌تواند به کاهش صمیمیت جنسی در زنان متاهل منجر شود. در تبیین این یافته باید بیان داشت که شفقت به خود یک نگرش نسبت به خویش است که شامل درک تجربیات خود به عنوان یک فرصت برای خودآگاهی و بهبود و نیز قضاوت خود محدود حتی بعد از شکست است (لاثرن و همکاران، ۲۰۲۱). افرادی که در کودکی مورد سوءاستفاده یا غفلت قرار گرفته اند، تمایل دارند در برابر اینکه نسبت به خود و دیگران شفقت داشته باشند، مقاومت کنند. این نقص در شفقت نسبت به خود و دیگران می‌تواند نشان دهنده این باشد که تجربه بدرفتاری در کودکی منجر به ایجاد یک دیدگاه منفی در طول سال‌های کودکی نسبت به خود و دیگران می‌شود که زمینه بدرفتاری نسبت به خود و ناتوانی در برقراری یک ارتباط سالم را در بزرگسالی تسهیل می‌سازد. بنابراین باید توجه داشت که شفقت به خود و دیگران از یک سو از آسیب‌های دوران کودکی تأثیر می‌پذیرد و از سوی دیگر، می‌تواند بر بروز احساساتی چون صمیمیت نیز تأثیر بگذارد. در واقع شفقت به خود یک روش مناسب برای تنظیم تهدیدها و عواطف منفی و تقویت احساسات مثبت از جمله صمیمیت است؛ به طوری که شفقت به خود ضعیف به صورت تشدید قضاوت خود، احساس انزوا و همانندسازی فزاینده در فرد آسیب دیده ظاهر می‌شود (یارنل و همکاران، ۲۰۱۵) و زمینه‌ساز تجربه عواطف منفی بیشتر و بنابراین تعارض بیشتر در ارتباط‌های بین فردی است. زوجینی که در شفقت به خود دچار ضعف هستند، از نقص و ناکامی‌های خود و زندگی زناشویی‌شان احساس شرم می‌کنند و علاوه بر مقصر دانستن خود، بیشتر مستعد این هستند که همسر خود را نیز مقصر دانسته و مورد سرزنش قرار دهند (موحدراد و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین آنها احساس می‌کنند که جدا از دیگران هستند و دچار نوعی از احساس انزوا می‌شوند که این تنهایی و منزوی بودن میزان تجربه احساسات منفی همچون اضطراب

و شرم و نفرت را در آنها افزایش می‌دهد، به طوریکه آنها حس می‌کنند که از سوی دیگران از جمله همسرشان طرد شده‌اند و در نهایت این روند می‌تواند حس صمیمیت بین فردی را در آنها کاهش دهد. در این زمینه گرم و نف (۲۰۱۵) بیان می‌دارند که آسیب‌های دوران کودکی مولد نوعی از درون فکنی منفی در فرد هستند که زمینه ساز فقدان شفقت خود و شفقت به دیگران خواهد شد. بنابراین این درون فکنی‌های منفی زمینه ساز عواطف منفی بسیاری در فرد دارای شفقت به خود ضعیف هستند و با تقویت سرزنش خود، انتقاد از خود و دیگر درون فکنی‌های غیرمشفقانه موجب کاهش شفقت به دیگران و حس صمیمیت در وی خواهند شد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در ارتباط بین صمیمیت جنسی و آسیب‌های دوران کودکی در زنان متاهل، نقش میانجی شفقت به خود معنادار است ولی تعمیم این نتایج به پژوهش‌های بیشتری نیاز دارد. لذا مشاوران و درمانگران می‌توانند از یافته‌های این پژوهش، در راستای مداخلات بالینی و آموزشی استفاده کرده و از این رویکرد در جهت بهبود صمیمیت جنسی زوجین بهره‌برند. با توجه به اینکه پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی است و در این مطالعات نمی‌توان ادعای برقراری روابط علی معلولی بین متغیرها را داشت، این از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. همچنین پژوهش حاضر بر روی زنان متاهل شهر تهران و ساری انجام شد و این تعمیم نتایج را به کل جامعه با مشکل مواجه می‌سازد. محدودیت دیگر، عدم کنترل اثر متغیرهای مداخله‌گری همچون سن و وضعیت اقتصادی-اجتماعی بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود تا بررسی‌های بعدی با در نظر گرفتن اثر این متغیرها و بر روی گروه گسترده‌تر انجام شوند.

سپاسگزاری

نویسندگان از تمامی افراد شرکت کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی دارند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

منابع

- ابراهیمی، حجت اله؛ دژکام، محمود؛ و ثقه اله، طاهره. (۱۳۹۲). اقدام و کودکی دوران تروماهای به خودکشی در بزرگسالی. *مجله ایران بالینی روانشناسی و روان پزشکی*، ۱۲، ۸۹-۷۷.
- احمدی، عزت اله؛ شالچی، بهزاد و منصورزاده، زهرا. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر علائم سندرم روده تحریک پذیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۴(۴)، ۱-۱۰.
- استادنوروزی، منا و زمستانی، مهدی. (۱۳۹۹). بررسی مقایسه‌ای ارتباط بین تروماهای دوران کودکی با کارکرد شخصیت و صفات مرضی در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی و گروه غیر بیمار. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۷(۶)، ۸۵-۹۹.
- انفعال، نوید؛ امیدوار، بنفشه و زارع‌نژاد، محمد. (۱۴۰۰). پیش بینی صفات سازمان شخصیت مرزی بر اساس ترومای دوران کودکی و جو عاطفی خانواده در افراد معتاد به مواد مخدر. *مجله علمی پژوهان*، ۱۹(۳)، ۱-۱۱.
- بگیان کوله مرز، محمدجواد؛ کرمی، جهانگیر؛ مومنی، خدامراد و الهی، عادل. (۱۳۹۸). نقش تجربه‌ی ترومای دوران کودکی، واکنش‌پذیری شناختی و درد ذهنی در اقدام کنندگان به خودکشی و افراد بهنجار. *مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۴(۵۳)، ۸۹-۷۷.
- بطلانی، سعیده؛ احمدی، سیداحمد؛ بهرامی، فاطمه؛ شاه سیاه، مرضیه و محبی، سیامک. (۱۳۸۹). تأثیر زوج درمانی مبتنی بر دل‌بستگی بر سبک دل‌بستگی زوجین، صمیمیت جنسی و رضایت جنسی. *اصول بهداشت روانی*، ۳(۱۲)، ۳۷۵-۳۹۰.
- اعتمادی، عذرا؛ جابری، سمیه؛ جزایری، رضوان السادات و احمدی، سید احمد. (۱۳۹۳). بررسی رابطه مهارت‌های ارتباطی، الگوهای ارتباطی و سبک‌های حل تعارض با صمیمیت زناشویی در زنان شهر اصفهان. *فصلنامه علمی- پژوهشی زن و جامعه*، ۵(۱)، ۵۹-۵۱.
- حسینی، مونس؛ محمودی، آرمین و مرادپور، علیرضا. (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای بهزیستی اجتماعی در ارتباط بین سلامت معنوی و صمیمیت زناشویی دانشجویان متأهل. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۳، ۷۵-۶۳.
- قزلسفلو، مهدی؛ جزایری، رضوان السادات؛ بهرامی، فاطمه و محمدی، رحمت اله. (۱۳۹۵). رابطه سلامت خانواده اصلی و شفقت خود با تعهد زناشویی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه دانشگاه)*، ۲۶(۱۳۹)، ۱۳۷-۱۴۸.
- لطف نژاد افشار، سیما؛ خاکپور، رضا و دوکانه‌ای فرد، فریده. (۱۴۰۱). ارائه مدل ساختاری پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس عملکرد خانواده، خوش‌بینی و تاب‌آوری با میانجیگری کفایت اجتماعی. *مجله خانواده درمانی کاربردی*، ۳(۱)، ۸۹-۱۰۹.
- محمودپور، عبدالباسط؛ دهقانپور، ثنا؛ یوسفی، ناصر و ایجادی، سحر. (۱۳۹۸). پیش بینی صمیمیت زناشویی زنان بر اساس ذهن آگاهی، الگوهای حل تعارض، حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی اجتماعی. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۱۰(۱)، ۱۰۲-۸۳.

مصباح، ایمان. (۱۳۹۸). رابطه مؤلفه‌های عشق (صمیمیت، شور و شوق، تعهد) با رضایت زناشویی در دانشجویان زن و مرد متأهل. *مجله رویش روانشناسی*، ۸(۱)، ۳۰-۲۱.

مومنی، فرشته؛ شهیدی، شهریار؛ موتابی، فرشته و حیدری، محمود. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس خود شفقت ورزی. *روانشناسی معاصر*، ۸(۲)، ۲۷-۴۰.

- Barczyk, Z. A., Foulds, J. A., Porter, R. J., & Douglas, K. M. (2023). Childhood trauma and cognitive functioning in mood disorders: A systematic review. *Bipolar Disorders*, 25(4), 263-277.
- Byron, P. (2017). Friendship, sexual intimacy and young people's negotiations of sexual health. *Culture, health & sexuality*, 19(4), 486-500.
- Carlson, D. L., Hanson, S., & Fitzroy, A. (2016). The division of child care, sexual intimacy, and relationship quality in couples. *Gender & Society*, 30(3), 442-466.
- Cohen, T. F., & Strong, B. (2020). *The marriage and family experience: Intimate relationships in a changing society*. Cengage learning.
- Doba, K., Saloppé, X., Choukri, F., & Nandrino, J. L. (2022). Childhood trauma and posttraumatic stress symptoms in adolescents and young adults: The mediating role of mentalizing and emotion regulation strategies. *Child Abuse & Neglect*, 132, 105815.
- Durkin, M., Beaumont, E., Martin, C. J. H., & Carson, J. (2016). A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. *Nurse education today*, 46, 109-114.
- Fox, B. H., Perez, N., Cass, E., Baglivio, M. T., & Epps, N. (2015). Trauma changes everything: Examining the relationship between adverse childhood experiences and serious, violent and chronic juvenile offenders. *Child abuse & neglect*, 46, 163-173.
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2015). Cultivating self-compassion in trauma survivors. *Mindfulness-oriented interventions for trauma: Integrating contemplative practices*, 43-58.
- Günaydin, H. D. (2022). Marital satisfaction in relation to big five, punitiveness, unrelenting standard and self-compassion. *The American Journal of Family Therapy*, 50(1), 94-112.
- Greenwald, R. (2015). *Child trauma handbook: A guide for helping trauma-exposed children and adolescents*. Routledge.
- Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., & Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 102, 104361.
- Lang, J. M., & Connell, C. M. (2018). The child trauma screen: A follow-up validation. *Journal of traumatic stress*, 31(4), 540-548.
- Lathren, C. R., Rao, S. S., Park, J., & Bluth, K. (2021). Self-compassion and current close interpersonal relationships: A scoping literature review. *Mindfulness*, 12(5), 1078-1093.
- Loaring, J. M., Larkin, M., Shaw, R., & Flowers, P. (2015). Renegotiating sexual intimacy in the context of altered embodiment: the experiences of women with breast cancer and their male partners following mastectomy and reconstruction. *Health Psychology*, 34(4), 426.
- López, A., Sanderman, R., Ranchor, A. V., & Schroevers, M. J. (2018). Compassion for others and self-compassion: Levels, correlates, and relationship with psychological well-being. *Mindfulness*, 9(1), 325-331.

- McLaughlin, K. A., & Lambert, H. K. (2017). Child trauma exposure and psychopathology: Mechanisms of risk and resilience. *Current opinion in psychology*, 14, 29-34.
- Movahedrad, F., Seyed Alitabar, S. H., Mohammadi, A., & Hoseinifard, V. (2023). The effectiveness of strength-based counseling on the tendency toward marital infidelity and self-compassion of conflicted couples. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*, 11-22.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and personality psychology compass*, 5(1), 1-12.
- Neff, K., & Knox, M. C. (2016). Self-compassion. *Mindfulness in positive psychology: The science of meditation and wellbeing*, 37, 1-8.
- Sassler, S., & Lichter, D. T. (2020). Cohabitation and marriage: Complexity and diversity in union-formation patterns. *Journal of Marriage and Family*, 82(1), 35-61.
- Serafini, G., Canepa, G., Adavastro, G., Nebbia, J., Belvederi Murri, M., Erbuto, D., ... & Amore, M. (2017). The relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 8, 149.
- Su, N. M., Lazar, A., Bardzell, J., & Bardzell, S. (2019). Of dolls and men: Anticipating sexual intimacy with robots. *ACM Transactions on Computer-Human Interaction (TOCHI)*, 26(3), 1-35.
- Thombs, B. D., Lewis, C., Bernstein, D. P., Medrano, M. A., & Hatch, J. P. (2007). An evaluation of the measurement equivalence of the Childhood Trauma Questionnaire—Short Form across gender and race in a sample of drug-abusing adults. *Journal of psychosomatic research*, 63(4), 391-398.
- Tucker, S. R., Speer, S. A., & Peters, S. (2016). Development of an explanatory model of sexual intimacy following treatment for localised prostate cancer: A systematic review and meta-synthesis of qualitative evidence. *Social Science & Medicine*, 163, 80-88.
- Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. (2019). Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 10(6), 979-995.
- Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C., & Mullarkey, M. (2015). Meta-analysis of gender differences in self-compassion. *Self and identity*, 14(5), 499-520.
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-364.

Structural Model of the Relationship between Childhood Injuries and Sexual Intimacy with the Mediating Role of Self-compassion in Married Women

Fereshteh Mirzaei¹, Sahebeh Barimani², Fatemeh Zare³, Samaneh Farahani^{4*}

Abstract

The aim of this study was to investigate the mediating role of self-compassion in the relationship between childhood trauma and sexual intimacy in married women. The present study was a descriptive-correlational modeling of structural equations. The statistical population of the study included married women in Tehran and Sari city, from which 196 people were selected by convenience sampling. Data collection tools included a short form of Childhood Trauma Questionnaire, self-compassion scale and sexual intimacy questionnaire. Pearson's correlation coefficient and structural equation model were used for data analysis using AMOS and SPSS version 22 software. The results showed that sexual intimacy had a negative relationship with childhood injuries (-0.44) and had a significant positive relationship with self-compassion (0.25) at the level of 0.01. Self-compassion also played a mediating role in the relationship between childhood trauma and sexual intimacy in married women ($P < 0.001$). Accordingly, compassion had a mediating role in the relationship between childhood injuries and sexual intimacy in married women. Thus, in married women, childhood trauma can reduce sexual intimacy through its effect on compassion.

Keywords: Childhood trauma, Married, Self-compassion, Sexual intimacy

-
1. PhD in General Psychology, Islamic Azad University, Tehran Research Sciences Branch, Tehran, Iran.
 2. PhD in General Psychology, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
 3. MSc General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Yazd, Iran
 4. (Corresponding Author): PhD Student of family & sexual health Psychology, Department of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran