

Explaining Women's Mental Health Based on Gender Beliefs: The Mediating Role of Sexual Self-Concept and Self-Coherence

1. Fatemeh Safari¹: Department of Family and Counseling, Sa.C., Islamic Azad University, Sanandaj, Iran
2. Omid Moradi^{2*}: Department of Family and Counseling, Sa.C., Islamic Azad University, Sanandaj, Iran
3. Mahmoud Goudarzi³: Department of Family and Counseling, Sa.C., Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

*Corresponding Author's Email: omidmoradi@iau.ac.ir

Received: 2026-07-01

Revised: 2026-10-07

Accepted: 2026-10-15

Initial Publish: 2026-10-19

Final Publish: 2027-08-23



Abstract

Introduction and Aim: Women's mental health is shaped by a complex interaction of social, cultural, and intrapsychic factors, while gender beliefs may influence psychological well-being by shaping self-perception, identity coherence, and perceptions of sexual identity. This study aimed to explain women's mental health based on dimensions of gender beliefs and to examine the mediating roles of self-coherence and sexual self-concept in these relationships.

Methodology: This applied, quantitative, descriptive-correlational, cross-sectional study employed structural equation modeling. The statistical population consisted of married women in Kermanshah, Iran, from whom 181 participants were recruited through convenience sampling. Data were collected using Ryff's Psychological Well-Being Scale, the Bem Sex Role Inventory, Snell's Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire, and Antonovsky's Sense of Coherence Questionnaire. Partial least squares structural equation modeling was conducted using SmartPLS.

Findings: Masculinity ($\beta=0.293$, $t=2.632$, $p=0.001$) and femininity ($\beta=0.312$, $t=2.354$, $p=0.001$) had significant positive direct effects on mental health, whereas the neutral gender-role dimension was nonsignificant ($\beta=0.094$, $t=0.504$, $p=0.684$). Self-coherence ($\beta=0.349$, $t=3.201$) and sexual self-concept ($\beta=0.252$, $t=3.895$) also positively and significantly predicted mental health. The indirect effects of masculinity and femininity through self-coherence were 0.088 and 0.109, respectively, while their indirect effects through sexual self-concept were 0.103 and 0.090; all were statistically significant. In contrast, neither mediation pathway involving the neutral dimension reached statistical significance.

Conclusion: Masculinity and femininity contribute to women's mental health both directly and indirectly through enhanced self-coherence and sexual self-concept. Psychological and counseling interventions aimed at strengthening identity coherence, fostering a positive sexual self-concept, and modifying maladaptive gender-related beliefs may therefore be useful for promoting mental health among married women.

Keywords: Mental health, Gender beliefs, Self-coherence, Sexual self-concept, Married women, Structural equation modeling.



Copyright: © 2027 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

How to Cite: Safari, F., Moradi, O., & Goudarzi, M. (2027). Explaining Women's Mental Health Based on Gender Beliefs: The Mediating Role of Sexual Self-Concept and Self-Coherence. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 5(3), 1-22.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Women's mental health constitutes a fundamental component of individual, family, and social well-being and cannot be reduced merely to the absence of psychological disorders. It encompasses positive functioning, self-acceptance, environmental mastery, meaningful interpersonal relationships, personal growth, autonomy, and the capacity to adapt effectively to everyday pressures. Women's psychological well-being is shaped by a complex interaction of personal, relational, social, and cultural influences, particularly because women frequently encounter multiple and sometimes competing expectations associated with marital, familial, occupational, and social roles. Evidence indicates that adverse interpersonal and social circumstances may increase psychological vulnerability among women, whereas personal development, resilience, and supportive resources can enhance their capacity to cope with stressful conditions (Mishra et al., 2024; Moudatsou et al., 2025). Accordingly, understanding women's mental health requires an integrative framework that simultaneously considers culturally embedded beliefs and the intrapsychic mechanisms through which such beliefs may influence psychological functioning.

Gender beliefs represent one of the sociocultural factors that may contribute substantially to women's psychological functioning. These beliefs encompass culturally constructed expectations, attitudes, norms, and assumptions regarding characteristics, behaviors, and roles considered appropriate for women and men. Through socialization within the family, educational institutions, media, and broader cultural environments, gender-related beliefs become incorporated into individuals' self-evaluations and may influence their identity, interpersonal behavior, coping patterns, and psychological adjustment. Previous evidence has demonstrated that gender roles and family functioning are associated with subjective well-being and that psychologically adaptive characteristics traditionally categorized as masculine or feminine may contribute differently to individual well-being (Šnele et al., 2020). Similarly, the relationship between gender roles, motherhood-related beliefs, and mental health suggests that women's psychological functioning is closely embedded in broader gendered expectations and cultural constructions (Delgado-Herrera et al., 2024).

However, gender beliefs do not necessarily have uniformly beneficial or detrimental effects. Rigid and restrictive traditional beliefs may create discrepancies between personal needs and socially prescribed expectations, thereby increasing stress and psychological distress. Traditional gender beliefs among women have been associated with depression, stress, and adverse intimate relationship experiences (Rovira et al., 2022). Gender stereotypes have likewise been linked to irrational beliefs and mental health outcomes, indicating that stereotypical cognitive structures may become psychologically maladaptive when they limit individual flexibility or conflict with personal identity (Rahimi Ahmadabadi et al., 2020). Gendered cultural standards also influence body perception, self-esteem, and psychological well-being, particularly where women are exposed to social comparison and culturally defined appearance expectations (Merino et al., 2024). Thus, the psychological consequences of gender beliefs may depend less on gender categorization itself and more on how those beliefs are internalized and integrated into the individual's broader self-system.

One important mechanism through which gender beliefs may influence mental health is self-coherence. Self-coherence refers to the degree of integration, continuity, comprehensibility, and internal consistency experienced across one's identity, values, emotional experiences, and life roles. Individuals with greater psychological coherence are generally better able to organize internal and external experiences into an understandable and manageable framework. Psychological coherence has previously been identified as a mediator between personal or relational variables and mental health (Shokouhifard et al., 2023). Similarly, ego functions and object relations have been shown to mediate the relationship between family functioning and mental health, emphasizing the role of internal psychological organization in translating environmental experiences into psychological outcomes (Shafaghdoost & Shahamat Dehsorkh, 2026). Cognitive mechanisms may also mediate relationships between family communication patterns and mental health (Derakhshan et al., 2023), while family functioning has been associated with patterns of adaptation and subjective well-being (Zhang & Utsunomiya, 2024). Collectively, these findings suggest that the effects of social and relational experiences are at least partly transmitted through internal psychological structures.

Sexual self-concept represents another potentially important mediating construct. It refers to an individual's beliefs, evaluations, feelings, and

perceptions concerning oneself as a sexual person and includes perceptions of sexual attractiveness, competence, confidence, attitudes toward sexuality, and comfort with sexual identity. Sexual self-concept is multidimensional and develops through the interaction of biological, psychological, relational, and sociocultural influences (Hamidi et al., 2019). Research among women has demonstrated associations between sexual self-concept and sexual health (Ziaei et al., 2022), as well as between sexual self-concept and sexual functioning (Samadifard & Samadifard, 2024). Research in other populations has similarly demonstrated meaningful relationships between dimensions of sexual self-concept and sexual dysfunction, further supporting the relevance of this construct to broader psychological and relational functioning (Meissner et al., 2025).

Among married women, sexual self-concept may be particularly relevant because perceptions of the sexual self intersect with body image, marital experiences, culturally defined femininity, and interpersonal expectations. Sexual functioning has been associated with irrational beliefs and self-concept among married women (Lavasani & Taheri, 2022), while structural models of sexual health have emphasized the combined roles of irrational beliefs, sexual self-concept, perceived social support, and self-efficacy (Marzbani et al., 2024). Body image has also been related to sexual functioning and marital adjustment through mental health mechanisms (Ghadimi, 2024; Nasrollahi & Ghadimi, 2022). Moreover, sexual self-concept has been associated with psychological functioning among women with histories of childhood sexual abuse, indicating that perceptions of the sexual self may constitute an important pathway connecting previous experiences with later psychological outcomes (Nga et al., 2022). Taken together, the literature supports a model in which culturally grounded gender beliefs may influence women's mental health both directly and indirectly through the organization of the self and through evaluations of sexual identity. Accordingly, the present study aimed to explain women's mental health based on gender beliefs by examining the mediating roles of sexual self-concept and self-coherence within a structural model.

Methodology

This applied, quantitative, descriptive-correlational, cross-sectional study was conducted using structural equation modeling. The statistical population consisted of married women aged 20–45 years residing in Kermanshah, Iran. Participants were

recruited through non-probability convenience sampling from eligible women accessible through health-care and social settings and related communication channels. A total of 181 married women participated in the study. Eligibility criteria included being married, falling within the defined age range, providing informed consent, and having adequate literacy to complete the research instruments.

Data were collected using four standardized instruments. Psychological well-being was assessed using the 18-item short form of Ryff's Psychological Well-Being Scale, covering autonomy, environmental mastery, personal growth, positive relations with others, purpose in life, and self-acceptance. Gender beliefs and gender-role characteristics were assessed using the short form of the Bem Sex Role Inventory, comprising masculinity, femininity, and neutral dimensions. Sexual self-concept was measured using Snell's Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire, and self-coherence was evaluated using Antonovsky's Sense of Coherence Questionnaire, which assesses comprehensibility, manageability, and meaningfulness.

The distribution of the principal variables was first examined using the one-sample Kolmogorov–Smirnov test. Because the variables did not follow a normal distribution, nonparametric correlation analysis and partial least squares structural equation modeling were used. Spearman correlations were calculated to examine bivariate relationships. The measurement and structural models were subsequently evaluated in SmartPLS. Reliability was assessed using composite reliability, convergent validity was evaluated through average variance extracted, and structural relationships were tested using standardized path coefficients and bootstrapped *t* statistics.

Findings

The normality assessment showed that the distributions of the main study variables significantly departed from normality, with significance levels below 0.05. Consequently, PLS-SEM was used for hypothesis testing. Evaluation of the measurement model demonstrated acceptable psychometric properties. Composite reliability values were approximately 0.94 for gender beliefs and 0.92 for each of mental health, sexual self-concept, and self-coherence. Average variance extracted was approximately 0.65 for gender beliefs, 0.75 for mental health, 0.85 for sexual self-concept, and 0.65 for self-coherence, indicating satisfactory convergent validity.

Structural model analysis showed that masculinity had a significant positive direct effect on mental health ($\beta=0.293$, $t=2.632$, $p=0.001$), as did femininity ($\beta=0.312$, $t=2.354$, $p=0.001$). In contrast, the neutral gender-role dimension had no significant direct effect on mental health ($\beta=0.094$, $t=0.504$, $p=0.684$). Self-coherence significantly and positively predicted mental health ($\beta=0.349$, $t=3.201$), and sexual self-concept also showed a significant positive direct relationship with mental health ($\beta=0.252$, $t=3.895$).

Masculinity significantly predicted self-coherence ($\beta=0.252$, $t=2.874$), and femininity likewise had a significant positive effect on self-coherence ($\beta=0.312$, $t=2.298$). The effect of the neutral dimension on self-coherence was nonsignificant ($\beta=0.095$, $t=0.814$, $p=0.342$). Masculinity also significantly predicted sexual self-concept ($\beta=0.408$, $t=2.577$), as did femininity ($\beta=0.358$, $t=3.626$), whereas the neutral dimension did not significantly predict sexual self-concept ($\beta=0.092$, $t=0.575$, $p=0.847$).

The mediation analysis supported significant indirect effects for both masculinity and femininity. The indirect effect of masculinity on mental health through self-coherence was 0.088 ($t=2.131$, $p=0.001$), while the corresponding indirect effect of femininity was 0.109 ($t=2.864$, $p=0.001$). The indirect pathway from the neutral dimension through self-coherence was not statistically significant (indirect effect=0.033, $t=1.210$, $p=0.435$). Sexual self-concept also significantly mediated the effects of masculinity and femininity on mental health. The indirect effect was 0.103 for masculinity ($t=2.159$, $p=0.001$) and 0.090 for femininity ($t=2.663$, $p=0.001$). The corresponding pathway for the neutral dimension was nonsignificant (indirect effect=0.023, $t=1.124$, $p=0.568$).

Discussion and Conclusion

The findings demonstrate that gender beliefs are related to women's mental health through both direct and indirect pathways. The positive direct effects of masculinity and femininity suggest that psychologically adaptive characteristics traditionally associated with both gender-role dimensions may serve as complementary resources for adjustment. Characteristics such as independence, assertiveness, and goal-directedness may strengthen perceived competence and control, whereas empathy, interpersonal sensitivity, and relational orientation may facilitate social connectedness and emotional support. When flexibly incorporated into the individual's personality rather than experienced as rigid social prescriptions, these characteristics may contribute positively to psychological well-being.

The absence of a significant effect for the neutral dimension indicates that mental health may be more strongly related to the functional psychological content of gender-role characteristics than to an undifferentiated or gender-neutral role classification. This pattern was consistent across the direct and mediated models: the neutral dimension neither significantly predicted mental health nor operated through self-coherence or sexual self-concept. Thus, gender-role characteristics appear to matter primarily when they are connected to psychologically meaningful attributes that can be integrated into identity and interpersonal functioning.

Self-coherence emerged as one of the strongest direct predictors of mental health and as a significant mediator of both masculinity and femininity. This finding indicates that gender-role characteristics may contribute to mental health partly by helping individuals establish a more integrated, understandable, and manageable sense of self. Women who are able to incorporate different role-related characteristics into a coherent identity may experience less internal conflict and greater psychological stability when confronted with competing social, marital, and personal demands.

Sexual self-concept also played an important mediating role. Positive perceptions of oneself in relation to sexuality, attractiveness, intimate competence, and sexual identity may represent an important component of broader self-acceptance and psychological functioning. The significant pathways from masculinity and femininity to sexual self-concept, followed by improved mental health, indicate that gender-role characteristics may influence psychological well-being partly through the way women understand and evaluate themselves within the domain of sexual identity.

Overall, the study supports a multidimensional structural explanation of women's mental health in which gender beliefs operate through both direct psychological pathways and intrapersonal mechanisms. Self-coherence and sexual self-concept appear to function as important mechanisms through which gender-related characteristics become translated into mental health outcomes. The findings therefore highlight the importance of considering gender-role beliefs not as isolated sociocultural variables, but as psychological experiences that become embedded within identity, self-organization, and sexual self-perception. The study concludes that masculinity and femininity are positively associated with mental health among married women and that

these relationships are partially mediated by self-coherence and sexual self-concept, whereas the

neutral gender-role dimension does not demonstrate comparable direct or indirect effects.

تبیین سلامت روان زنان بر اساس باورهای جنسیتی: نقش میانجی خودپنداره جنسی و انسجام خود

۱. فاطمه صفری^{۱*}: گروه مشاوره و خانواده، واحد سنج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنج، ایران
۲. امید مرادی^{۲*}: گروه مشاوره و خانواده، واحد سنج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنج، ایران
۳. محمود گودرزی^{۳*}: گروه مشاوره و خانواده، واحد سنج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنج، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: omidmoradi@iau.ac.ir

انتشار نهایی: ۱۴۰۶/۰۶/۰۱

انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۷/۲۷

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۷/۲۳

بازنگری: ۱۴۰۵/۰۷/۱۵

دریافت: ۱۴۰۵/۰۴/۱۰

چکیده

مقدمه و هدف: سلامت روان زنان تحت تأثیر تعامل پیچیده‌ای از عوامل اجتماعی، فرهنگی و درون‌روانی قرار دارد و باورهای جنسیتی می‌توانند از طریق شکل‌دهی به ادراک فرد از خود، انسجام هویتی و نگرش نسبت به هویت جنسی، بر بهزیستی روان‌شناختی اثرگذار باشند. پژوهش حاضر با هدف تبیین سلامت روان زنان بر اساس ابعاد باورهای جنسیتی و بررسی نقش میانجی انسجام خود و خودپنداره جنسی در این روابط انجام شد.

روش‌شناسی: پژوهش کاربردی، کمی، توصیفی-همبستگی و مقطعی بود که با رویکرد مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری شامل زنان متأهل شهر کرمانشاه بود و ۱۸۱ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف، پرسشنامه نقش جنسی بم، پرسشنامه چندوجهی خودپنداره جنسی اسنل و پرسشنامه حس انسجام آتونوسکی گردآوری شدند. تحلیل داده‌ها با مدل‌یابی معادلات ساختاری مبتنی بر حداقل مربعات جزئی در نرم‌افزار SmartPLS انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مردانگی ($\beta=0.293$, $t=2.632$, $p=0.001$) و زنانگی ($\beta=0.312$, $t=2.354$, $p=0.001$) اثر مستقیم مثبت و معناداری بر سلامت روان داشتند، در حالی که اثر بعد خنثی معنادار نبود ($\beta=0.094$, $t=0.504$, $p=0.684$). انسجام خود ($\beta=0.349$, $t=3.201$) و خودپنداره جنسی ($\beta=0.252$, $t=3.895$) نیز سلامت روان را به‌طور مثبت و معنادار پیش‌بینی کردند. اثر غیرمستقیم مردانگی و زنانگی بر سلامت روان از طریق انسجام خود به ترتیب 0.088 و 0.109 و از طریق خودپنداره جنسی به ترتیب 0.103 و 0.090 بود و همگی معنادار بودند؛ اما هیچ‌یک از مسیرهای میانجی مربوط به بعد خنثی معنادار نشدند.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد ابعاد جهت‌دار باورهای جنسیتی، یعنی مردانگی و زنانگی، افزون بر اثر مستقیم بر سلامت روان زنان، از طریق تقویت انسجام خود و خودپنداره جنسی نیز به‌طور غیرمستقیم بر آن اثر می‌گذارند. بنابراین، مداخلات روان‌شناختی و مشاوره‌ای با تمرکز بر ارتقای انسجام هویتی، بازسازی خودپنداره جنسی و تعدیل باورهای جنسیتی ناکارآمد می‌توانند در بهبود سلامت روان زنان مؤثر باشند.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، باورهای جنسیتی، انسجام خود، خودپنداره جنسی، زنان متأهل، مدل‌یابی معادلات ساختاری.

روان‌شناسی انگیزش،
رفتار و سلامت



نحوه استناددهی: صفری، فاطمه، مرادی، امید، و گودرزی، محمود. (۱۴۰۶). تبیین سلامت روان زنان بر اساس باورهای جنسیتی: نقش میانجی خودپنداره جنسی و انسجام خود. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۳(۵)، ۱-۲۲.



مجاز و حق نشر: © ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

مقدمه

سلامت روان زنان یکی از مؤلفه‌های اساسی سلامت عمومی و از شاخص‌های مهم کیفیت زندگی، کارکرد خانوادگی، سازگاری اجتماعی و مشارکت مؤثر در نقش‌های فردی و بین‌فردی محسوب می‌شود. سلامت روان را نمی‌توان صرفاً به فقدان نشانه‌های اختلالات روان‌شناختی فروکاست، بلکه این مفهوم ابعادی مانند احساس انسجام، خودپذیری، توانایی مدیریت محیط، تجربه روابط مثبت، داشتن هدف در زندگی و برخورداری از ظرفیت سازگاری با فشارهای روزمره را نیز در بر می‌گیرد. اهمیت این موضوع در مورد زنان به دلیل هم‌زمانی نقش‌های خانوادگی، زناشویی، شغلی و اجتماعی و نیز قرار گرفتن آنان در معرض انتظارات فرهنگی و هنجارهای جنسیتی دوجندانه می‌شود. شواهد نشان می‌دهد وضعیت روان‌شناختی زنان در شرایط فشار اجتماعی، تعارض‌های خانوادگی و موقعیت‌های بحرانی می‌تواند به شدت تحت تأثیر منابع فردی و اجتماعی قرار گیرد؛ برای مثال، تجربه خشونت خانگی در شرایط بحرانی با آسیب‌پذیری بیشتر سلامت روانی و کاهش بهزیستی زنان همراه بوده است (Mishra et al., 2024). در مقابل، مداخلاتی که بر رشد فردی، حمایت اجتماعی، بازشناسی منابع شخصی و تقویت تاب‌آوری متمرکز هستند، می‌توانند ظرفیت زنان برای مواجهه سازگارانه با دشواری‌ها و حفظ سلامت روان را افزایش دهند (Moudatsou et al., 2025). بر این اساس، تبیین سلامت روان زنان نیازمند مدلی چندبعدی است که علاوه بر عوامل محیطی، ساختارهای شناختی، هویتی و خودادراکی آنان را نیز در نظر گیرد.

یکی از عوامل اجتماعی - شناختی مهم در این زمینه، باورهای جنسیتی است. باورهای جنسیتی به مجموعه‌ای از نگرش‌ها، انتظارات و الگوهای شناختی درباره ویژگی‌ها، نقش‌ها و رفتارهایی اشاره دارند که در یک زمینه فرهنگی به زنان و مردان نسبت داده می‌شوند. این باورها در جریان جامعه‌پذیری و از طریق خانواده، رسانه، آموزش و سایر نهادهای اجتماعی شکل می‌گیرند و می‌توانند نحوه ادراک فرد از خود، شیوه ارزیابی توانایی‌ها، نوع تعامل با دیگران و حتی واکنش او به فشارهای روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار دهند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نقش‌های جنسیتی و الگوهای عملکرد خانواده می‌توانند در پیش‌بینی بهزیستی ذهنی زنان و مردان نقش داشته باشند و برخی

ویژگی‌های منتسب به ابعاد زنانگی و مردانگی، بسته به زمینه اجتماعی و کیفیت روابط خانوادگی، با سطوح متفاوتی از بهزیستی همراه شوند (Šnele et al., 2020). همچنین، بررسی ارتباط میان نقش‌های جنسیتی، باورهای مرتبط با مادری و سلامت روان نشان داده است که نگرش‌های جنسیتی بخشی از ساختار شناختی مؤثر بر تجربه روان‌شناختی زنان را تشکیل می‌دهند و نمی‌توان سلامت روان آنان را بدون توجه به این زمینه‌های هنجاری و فرهنگی به‌طور کامل تبیین کرد (Delgado-Herrera et al., 2024).

باورهای جنسیتی، به‌ویژه هنگامی که ماهیتی انعطاف‌ناپذیر، سنتی یا محدودکننده پیدا می‌کنند، ممکن است زمینه‌ساز فشار روان‌شناختی شوند. انتظارات سخت‌گیرانه درباره نحوه رفتار، ظاهر، مسئولیت‌های خانوادگی یا چگونگی ابراز ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند میان «خود واقعی» و «خود مورد انتظار اجتماعی» فاصله ایجاد کنند و از این طریق بر عزت‌نفس و احساس ارزشمندی فرد اثر بگذارند. Rovira و همکاران نشان دادند که باورهای سنتی زنان درباره نقش جنسیتی با متغیرهایی مانند افسردگی، استرس و تجربه خشونت در روابط صمیمانه ارتباط دارد و این باورها می‌توانند بخشی از آسیب‌پذیری روان‌شناختی را توضیح دهند (Rovira et al., 2022). در پژوهشی دیگر نیز کلیشه‌های جنسیتی به‌عنوان عاملی مرتبط با باورهای غیرمنطقی و سلامت روان مورد توجه قرار گرفته‌اند و یافته‌ها بر اهمیت الگوهای شناختی جنسیت‌محور در فهم وضعیت روانی افراد تأکید داشته‌اند (Rahimi Ahmadabadi et al., 2020). از سوی دیگر، ادراک بدنی و رضایت از تصویر بدن نیز به شدت در بستری فرهنگی و جنسیتی شکل می‌گیرد و فشارهای اجتماعی درباره ظاهر، معیارهای زیبایی و مقایسه اجتماعی می‌تواند بر عزت‌نفس و سلامت روان اثرگذار باشند؛ از این‌رو تعامل عوامل فرهنگی، جنسیتی و خودادراکی یکی از محورهای مهم در مطالعه بهزیستی روان‌شناختی زنان است (Merino et al., 2024).

با وجود این، اثر باورهای جنسیتی بر سلامت روان الزاماً مستقیم نیست. یکی از سازوکارهایی که می‌تواند این رابطه را توضیح دهد، میزان انسجام در ساختار روان‌شناختی و هویتی فرد است. انسجام خود به تجربه‌ای نسبتاً یکپارچه و هماهنگ از هویت، ارزش‌ها، هیجان‌ها و اهداف فرد اشاره دارد و به او امکان می‌دهد رویدادها و فشارهای

زندگی را در چارچوبی قابل فهم و مدیریت پذیر سازمان دهد. فردی که از انسجام بالاتری برخوردار است، معمولاً می تواند میان جنبه های مختلف تجربه شخصی خود پیوند برقرار کند و در مواجهه با تعارض های بیرونی و درونی، احساس ثبات بیشتری داشته باشد. شواهد نشان داده اند که انسجام روان شناختی می تواند در روابط بین عوامل زمینه ای و سلامت روان نقشی میانجی داشته باشد؛ برای نمونه، در بررسی رابطه دینداری و دلبستگی با سلامت روان، نقش میانجی انسجام روان شناختی مورد حمایت قرار گرفته است (Shokouhifard et al., 2023). چنین یافته ای نشان می دهد که بسیاری از عوامل محیطی یا بین فردی ممکن است از طریق تغییر در میزان انسجام درونی فرد، آثار خود را بر سلامت روان اعمال کنند.

این مسئله با مطالعاتی که بر عملکردهای ایگو، روابط موضوعی و سازمان یافتگی درونی شخصیت تأکید دارند نیز همسو است. نتایج پژوهش درباره رابطه عملکرد خانواده و سلامت روان نشان داده است که روابط موضوعی و کارکردهای ایگو می توانند در این رابطه نقشی واسطه ای ایفا کنند، به این معنا که کیفیت محیط خانواده تنها از طریق اثر مستقیم عمل نمی کند، بلکه می تواند با تقویت یا تضعیف سازوکارهای درونی خود، سلامت روان را تحت تأثیر قرار دهد (Shafaghdoost & Shahamat Dehsorkh, 2026). همچنین، عملکرد مطلوب خانواده می تواند با شکل دهی احساس امنیت، تنظیم هیجان و قابلیت سازگاری، با بهزیستی ذهنی مرتبط باشد و در مقابل، اختلال در محیط ارتباطی خانواده ممکن است فرایندهای انطباق روان شناختی را با دشواری مواجه سازد (Zhang & Utsunomiya, 2024). یافته های مربوط به سبک های تفکر نیز نشان می دهند که متغیرهای شناختی می توانند در رابطه میان الگوهای ارتباط خانوادگی و سلامت روان نقش واسطه ای داشته باشند، بنابراین سلامت روان محصول یک مسیر ساده و خطی نیست، بلکه از طریق زنجیره ای از سازوکارهای شناختی و درون روانی شکل می گیرد (Derakhshan et al., 2023). از این منظر می توان انتظار داشت که باورهای جنسیتی نیز، هنگامی که در ساختار هویتی فرد درونی می شوند، از طریق میزان هماهنگی یا تعارضی که در مفهوم خود ایجاد می کنند، با انسجام خود و در نهایت با سلامت روان مرتبط شوند.

سازه مهم دیگر در این الگوی تبیینی، خودپنداره جنسی است. خودپنداره جنسی به مجموعه ادراک ها، باورها، ارزیابی ها و احساسات فرد نسبت به خود به عنوان یک موجود جنسی اشاره دارد و می تواند ابعاد مثبت و منفی متعددی داشته باشد. این سازه صرفاً معطوف به رفتار جنسی نیست، بلکه بخشی از خودپنداره کلی و هویت فرد محسوب می شود و با احساس جذابیت، اعتماد به خود، رضایت از بدن، نگرش به روابط صمیمانه، کارآمدی جنسی و ارزیابی فرد از هویت جنسی خویش ارتباط دارد. مرور عوامل زیستی، روان شناختی و اجتماعی مرتبط با خودپنداره جنسی زنان نشان داده است که این سازه حاصل تعامل پیچیده ای از عوامل فردی، رابطه ای و محیطی است و نمی توان آن را مستقل از زمینه زناشویی، جسمانی و فرهنگی بررسی کرد (Hamidi et al., 2019). همین چندبعدی بودن سبب می شود خودپنداره جنسی بتواند حلقه ارتباطی مهمی میان باورهای کلان اجتماعی درباره جنسیت و پیامدهای فردی مانند سلامت روان باشد.

مطالعات تجربی نیز نشان داده اند که کیفیت خودپنداره جنسی با شاخص های گوناگون سلامت و کارکرد جنسی مرتبط است. در میان زنان میانسال، ارتباط معناداری میان خودپنداره جنسی و سلامت جنسی گزارش شده است، به گونه ای که ادراک مثبت تر از خود در حوزه جنسی با وضعیت مطلوب تر سلامت جنسی همراه بوده است (Ziaei et al., 2022). همچنین، رابطه خودپنداره جنسی، همجوشی شناختی و نگرش مذهبی با عملکرد جنسی مورد بررسی قرار گرفته و نتایج بر جایگاه شناخت ها و ارزیابی های مربوط به خود در تجربه عملکرد جنسی تأکید کرده اند (Samadifard & Samadifard, 2024). از سوی دیگر، پژوهش انجام شده در میان مردان میانسال نیز نشان داده است که ابعاد مختلف خودپنداره جنسی با اختلالات عملکرد جنسی ارتباط دارند، که این امر اهمیت عام سازه خودپنداره جنسی را در فهم عملکرد روانی - جنسی تأیید می کند (Meissner et al., 2025). هرچند شرایط و جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش ها متفاوت بوده است، مجموعه این شواهد نشان می دهد که نحوه ادراک فرد از خود در حوزه جنسی بخشی قابل توجه از نظام روان شناختی او را تشکیل می دهد و می تواند با کیفیت عملکرد و بهزیستی ارتباط داشته باشد.

در زنان متأهل، خودپنداره جنسی می‌تواند به‌طور خاص با کیفیت تجربه زناشویی و سلامت روان ارتباط پیدا کند. نتایج مطالعه رابطه عملکرد جنسی با باورهای غیرمنطقی و خودپنداره در زنان متأهل نشان داده است که متغیرهای شناختی و خودادراکی با عملکرد جنسی رابطه دارند و از این طریق می‌توان اهمیت ساختار خودپنداره را در تجربه زناشویی زنان برجسته کرد (Lavasani & Taheri, 2022). همچنین، در یک مدل ساختاری از سلامت جنسی، باورهای غیرمنطقی، خودپنداره جنسی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در کنار نقش واسطه‌ای خودکارآمدی بررسی شده‌اند؛ نتایج این رویکرد نشان می‌دهد که پیامدهای مرتبط با سلامت جنسی از برهم‌کنش مجموعه‌ای از عوامل شناختی، فردی و اجتماعی شکل می‌گیرند (Marzbani et al., 2024). این شواهد از آن حمایت می‌کنند که خودپنداره جنسی می‌تواند نه تنها پیامد باورها و تجارب پیشین، بلکه عاملی واسطه‌ای در ارتباط میان نگرش‌های بنیادین و سلامت روان‌شناختی باشد.

پیوند خودپنداره جنسی با سلامت روان زمانی روشن‌تر می‌شود که نقش تصویر بدنی و تجارب منفی پیشین نیز در نظر گرفته شود. در پژوهش‌های داخلی، رابطه تصویر بدنی با عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی با در نظر گرفتن نقش میانجی سلامت روان بررسی شده و نتایج نشان داده‌اند که ارزیابی فرد از بدن و وضعیت روانی او در شبکه‌ای به‌هم‌پیوسته بر تجربه جنسی و زناشویی اثر می‌گذارد (Ghadimi, 2024). یافته‌های مشابهی نیز درباره نقش سلامت روان در رابطه تصویر بدنی با عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی گزارش شده است (Nasrollahi & Ghadimi, 2022). در سطحی عمیق‌تر، تجربه سوءاستفاده جنسی در کودکی می‌تواند بر نحوه شکل‌گیری خودپنداره جنسی و کارکرد روان‌شناختی زنان در بزرگسالی اثر بگذارد؛ پژوهش انجام‌شده در این زمینه نشان داده است که خودپنداره جنسی با پیامدهای روان‌شناختی زنان دارای سابقه سوءاستفاده جنسی در کودکی ارتباط دارد (Nga et al., 2022). بنابراین، خودپنداره جنسی را می‌توان بخشی از ساختار «خود» دانست که تجربه‌های اجتماعی، بدنی و بین‌فردی در آن بازنمایی می‌شوند و از طریق آن می‌توانند بر سلامت روان اثر بگذارند.

در مجموع، شواهد موجود نشان می‌دهند که سلامت روان زنان در تقاطع چند سطح از عوامل شکل می‌گیرد: از یک سو هنجارها و باورهای جنسیتی در سطح اجتماعی و فرهنگی، و از سوی دیگر سازوکارهای هویتی و خودادراکی در سطح فردی. باورهای جنسیتی می‌توانند تعیین‌کننده یک زن چگونه ویژگی‌های شخصیتی، نقش‌های خانوادگی، ظاهر بدنی، کارآمدی و هویت جنسی خود را ارزیابی کند؛ اما پیامد این باورها احتمالاً تا حد زیادی وابسته به چگونگی ادغام آن‌ها در ساختار خود است. در صورتی که الگوهای جنسیتی درونی‌شده با ارزش‌ها، اهداف و ادراک فرد از خود هماهنگ باشند، ممکن است احساس ثبات و انسجام بیشتری ایجاد شود، در حالی که تعارض میان انتظارات جنسیتی و خودادراکی می‌تواند زمینه‌ساز آشفتگی در هویت و کاهش سلامت روانی باشد. همچنین، عوامل حمایتی و منابع روان‌شناختی می‌توانند در شرایط فشار و آسیب‌پذیری، آثار محافظتی داشته باشند؛ مطالعات مربوط به تاب‌آوری زنان و مداخلات رشد فردی بر اهمیت تقویت منابع درونی و بین‌فردی برای حفظ سلامت روان تأکید کرده‌اند (Moudatsou et al., 2025). به همین ترتیب، شواهد موجود درباره زنان در موقعیت‌های آسیب‌زا نشان داده است که شرایط اجتماعی و رابطه‌ای نامطلوب می‌توانند هم‌زمان چندین سطح از عملکرد روان‌شناختی فرد را تحت تأثیر قرار دهند (Mishra et al., 2024).

با وجود گسترش پژوهش‌ها درباره باورهای جنسیتی، سلامت روان، انسجام روان‌شناختی و خودپنداره جنسی، بخش قابل‌توجهی از مطالعات پیشین این متغیرها را به‌صورت جداگانه یا در روابط دومتغیره بررسی کرده‌اند. برخی پژوهش‌ها بر نقش باورهای سنتی و کلیشه‌های جنسیتی در پیامدهای روانی متمرکز بوده‌اند (Rahimi Ahmadabadi et al., 2020; Rovira et al., 2022)، برخی دیگر رابطه نقش‌های جنسیتی با بهزیستی را مورد توجه قرار داده‌اند (Delgado-Herrera et al., 2024; Šnele et al., 2020)، گروهی بر انسجام روان‌شناختی و عملکردهای درونی به‌عنوان واسطه‌های سلامت روان تمرکز داشته‌اند (Shafaghdoost & Shahamat, 2023; Shokouhifard et al., 2023; Dehsorkh, 2026) و بخش دیگری از مطالعات، نقش خودپنداره جنسی، تصویر بدن و عوامل شناختی را در سلامت جنسی و زناشویی بررسی کرده‌اند (Marzbani et al., 2022; Ziaei et al., 2024; Samadifard & Samadifard, 2024).

با این حال، تلفیق این خطوط پژوهشی در قالب یک مدل ساختاری واحد که به طور هم‌زمان اثر مستقیم ابعاد مختلف باورهای جنسیتی بر سلامت روان و اثرات غیرمستقیم آن‌ها از طریق انسجام خود و خودپنداره جنسی را بررسی کند، همچنان نیازمند توجه بیشتر است؛ به‌ویژه آنکه در بافت فرهنگی ایران، نقش‌های جنسیتی، انتظارات زناشویی، نگرش به بدن و هویت جنسی در بستری خاص از هنجارهای خانوادگی و اجتماعی شکل می‌گیرند و ممکن است الگوی متفاوتی از روابط میان این سازه‌ها ایجاد کنند.

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر تبیین سلامت روان زنان بر اساس باورهای جنسیتی با بررسی نقش میانجی خودپنداره جنسی و انسجام خود در قالب یک مدل ساختاری بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، یک پژوهش کاربردی بود. همچنین از نظر ماهیت و روش گردآوری داده‌ها، در زمره پژوهش‌های کمی و توصیفی از نوع همبستگی قرار داشت. با توجه به اینکه هدف اصلی این مطالعه، بررسی روابط علی و ساختاری بین متغیرهای باورهای جنسیتی با سلامت روان، با در نظر گرفتن نقش میانجی انسجام خود و خودپنداره جنسی در زنان بود، طرح پژوهش بر اساس روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) اجرا شد. از نظر بعد زمانی نیز، این پژوهش یک مطالعه مقطعی بود که داده‌های آن از طریق اجرای پرسشنامه‌های استاندارد به صورت میدانی گردآوری گردید.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان متأهل ۲۰ تا ۴۵ سال ساکن شهر کرمانشاه بود که در بازه زمانی ۶ ماهه دوم سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴ به مراکز بهداشتی-درمانی مناطق یک و دو شهر کرمانشاه مراجعه کردند. برای برآورد حجم نمونه از روش کلانین در معادلات ساختاری استفاده شد. بر این اساس، در صورتی که تعداد سازه‌های اصلی پنج سازه یا کمتر بود، حداقل حجم نمونه ۱۰۰ و حداکثر ۳۰۰ مشاهده لازم بود (کلانین، ۲۰۱۵). در پژوهش‌های مبتنی بر مدل‌سازی معادلات ساختاری، کلانین (۲۰۱۶) پیشنهاد کرد که حجم نمونه دست‌کم ۱۰ تا ۲۰ برابر تعداد متغیرهای آشکار باشد. در این تحقیق که شامل پنج متغیر مکنون و شانزده متغیر آشکار بود، بر اساس این قاعده، حداکثر حجم نمونه ۱۸۱ نفر بود. با این حال، کلانین توصیه

کرد که برای مدل‌های پیچیده‌تر، حجم نمونه حداقل ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شود. روش نمونه‌گیری از نوع غیرتصادفی و به‌صورت در دسترس با توجه به معیارهای مورد نظر مطالعه بود. به منظور دسترسی به نمونه‌ها، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد؛ بدین صورت که پژوهشگر با مراجعه به مراکز فرهنگی-اجتماعی، مراکز بهداشتی-درمانی، انجمن‌های زنان و همچنین از طریق اطلاع‌رسانی در شبکه‌های اجتماعی ویژه بانوان متأهل، افراد واجد شرایط را شناسایی و به همکاری دعوت کرد. معیارهای ورود شامل تأهل، قرار داشتن در دامنه سنی مورد نظر، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و توانایی خواندن و نوشتن بود. در صورت تمایل، پرسشنامه‌ها به صورت حضوری یا آنلاین در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد تا سهولت دسترسی و مشارکت آنان فراهم شد.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف: نسخه کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف، در سال ۱۹۸۹ توسط ریف طراحی شد و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این نسخه شامل ۶ عامل است. سوال‌های ۹، ۱۲ و ۱۸، عامل استقلال؛ سوال‌های ۱، ۴ و ۶، عامل تسلط بر محیط؛ سوال‌های ۷، ۱۵ و ۱۷، عامل رشد شخصی؛ سوال‌های ۳، ۱۱ و ۱۳، عامل ارتباط مثبت با دیگران؛ سوال‌های ۵، ۱۴ و ۱۶، عامل هدفمندی در زندگی و سوال‌های ۲، ۸ و ۱۰، عامل پذیرش خود را می‌سنجند. مجموع نمرات این ۶ عامل به عنوان نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود که نمره بالاتر، نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. از بین کل سوالات، ۱۰ سوال به صورت مستقیم و ۸ سوال به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود (از سفیدی و فرزاد، ۲۰۱۲). همبستگی نسخه بیست‌و‌چهارساعته/کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (ریف و سینگر، ۲۰۰۶).

پرسشنامه نقش جنسی بم^۱ (BSRI): یکی از ابزارهای استاندارد برای سنجش باورها و نقش‌های جنسیتی است که توسط Sandra Bem (۱۹۴۱) طراحی شد. فرم کوتاه این پرسشنامه شامل ۳۰ سؤال است که سه بعد اصلی مردانگی، زنانگی و خنثی بودن را ارزیابی

^۱ - Bem Sex Role Inventory

می‌کند. پاسخ‌ها در قالب مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای ارائه می‌شوند و نمره بالاتر در هر بعد نشان‌دهنده شدت ویژگی‌های مربوط به آن نقش جنسی است. این ابزار از روایی و پایایی بالایی برخوردار است و در پژوهش‌های مرتبط با روان‌شناسی جنسیتی، سلامت روان و نقش‌های خانوادگی به طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرسشنامه BSRI دارای روایی و پایایی مناسبی است. روایی سازه‌ای و محتوایی آن توسط بَم (۰/۹۴۱) تأیید شده و مطالعات متعدد نشان داده‌اند که این ابزار قادر است به صورت معتبر ویژگی‌های مردانگی، زنانگی و خنثی بودن را در افراد تشخیص دهد. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در فرم کوتاه، در نمونه‌های مختلف بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۵ گزارش شده است. همچنین در پژوهش‌های ایرانی، پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ حدود ۰/۷۸ تا ۰/۸۲ تعیین شده است و نشان‌دهنده قابلیت تکرارپذیری و ثبات مناسب نمرات در گروه‌های مختلف است.

پرسشنامه چندوجهی خودپنداره جنسی^۱ MSSCQ: پرسشنامه چندوجهی خودپنداره جنسی (MSSCQ) توسط Snell (۱۹۹۵) طراحی شد و یکی از ابزارهای رایج برای اندازه‌گیری احساسات، تصورات و باورهای افراد درباره روابط جنسی است. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی عینی بوده و شامل ۱۰۰ سؤال و ۲۰ زیرمقیاس می‌باشد که در دو بعد خودپنداری جنسی مثبت و خودپنداری جنسی منفی طبقه‌بندی می‌شوند. هر زیرمقیاس با ۵ گویه سنجیده شده و پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (۰ = به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند تا ۴ = کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره در خودپنداره مثبت به ترتیب ۰ و ۲۷۵ و در خودپنداره منفی ۰ و ۱۱۵ است. پایایی پرسشنامه در سطح بین‌المللی با آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده و روایی واگرایی آن با پرسشنامه عملکرد جنسی و دل‌بستگی اضطرابی به ترتیب ۰/۳۸ و ۰/۳۱ ($P < 0.01$) تأیید شده است. همچنین در ایران، رضایی و همکاران (۱۳۹۱) پایایی کل پرسشنامه را ۰/۸۹ و روایی واگرایی آن را با پرسشنامه سلامت عمومی ($r = 0.31$)، پرسشنامه رضایتمندی زناشویی ($r = 0.30$) و گزارش کردند. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۰ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول ابزار است.

پرسشنامه حس انسجام آنتونووسکی (۱۹۹۳): پرسشنامه حس انسجام شامل ۲۹ ماده است که توسط آنتونووسکی تهیه شده است. نمره گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت ۷ درجه ای و از ۱ تا ۷ می باشد. در این آزمون سوالاتی در ارتباط با جنبه های مختلف زندگی مطرح می شود. هر سوال داری هفت پاسخ احتمالی می باشد. لطفاً عددی را که بیانگر پاسخ شماست با علامت مشخص کنید و از بین ۱ تا ۷ یکی را انتخاب کنید. ۱ = عدم تمایل و ۷ = شدت تمایل. مولفه های پرسشنامه: قابل درک بودن: سوالات ۱-۳-۵-۱۰-۱۲-۱۵-۱۷-۱۹-۲۱-۲۴-۲۶؛ قابل مدیریت بودن: سوالات ۲-۶-۹-۱۳-۱۸-۲۰-۲۳-۲۵-۲۷؛ معنی دار بودن: سوالات ۴-۷-۸-۱۱-۱۴-۱۶-۲۲-۲۸؛ نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت است و هر سوال هفت گزینه دارد که از یک تا هفت درجه بندی شده اند. تعداد سیزده سوال به صورت برعکس نمره گذاری می شوند. یعنی ۱=۷، ۲=۶ و الی آخر. در ۲۶ مطالعه با استفاده از آزمون ۲۹ سوالی، اندازه آلفای کرونباخ به دست آمده برای ثبات درونی، از ۰/۸۲ الی ۰/۹۵ را شامل می شد. همبستگی به دست آمده از آزمون - باز آزمون، ثبات قابل توجه ۰/۵۴ در فاصله دو سال را نشان می داد. همچنین اریکسون و لینداستروم در یک بررسی سیستمی روی مجموعه ۴۵۸ مقاله علمی و ۱۳ پایان نامه دکتری، نتیجه گیری کردند که پرسشنامه های حس انسجام (۲۹ سوالی و ۱۳ سوالی) پایا و معتبر هستند و قابلیت کاربرد بین فرهنگی را دارند. آلفای به دست آمده برای پرسشنامه ۲۹ سوالی در ۱۲۴ پژوهش، رقم ۰/۷۰ الی ۰/۹۵ را نشان داد. آزمون - باز آزمون بیانگر ثبات پرسشنامه ها بود و نشان دهنده همبستگی ۰/۶۹ تا ۰/۷۸ در فاصله یک سال، ۰/۶۴ برای دو سال، ۰/۴۲ تا ۰/۴۵ برای ۴ سال، ۰/۵۹ تا ۰/۶۷ برای ۵ سال و ۰/۵۴ برای ۱۰ سال بود.

شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها شامل مدل‌یابی معادلات ساختاری و از نرم‌افزار Smart PLS استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی (دموگرافیک) در جدول (۱) آمده است.

¹ - Multi-dimensional Sexual Self-concept Questionnaire

جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

متغیر	طبقه‌بندی	فراوانی	درصد
سن	زیر ۳۰ سال	۴۹	۲۷٪
	۳۱ تا ۴۰ سال	۷۶	۴۲٪
	۴۱ تا ۵۰ سال	۴۳	۲۳٪
	۵۱ تا ۶۰ سال	۱۳	۷٪
مدت تأهل	زیر ۵ سال	۶۸	۳۸٪
	۶ تا ۱۰ سال	۲۹	۱۶٪
	۱۱ تا ۱۵ سال	۳۸	۲۱٪
	۱۶ تا ۲۰ سال	۱۷	۵٪
تعداد فرزندان	۲۱ سال به بالا	۲۹	۱۶٪
	بدون فرزند	۴۹	۲۷٪
	۱ فرزند	۵۲	۲۹٪
	۲ فرزند	۳۵	۱۹٪
وضعیت شغلی	۳ فرزند	۲۲	۱۲٪
	۴ فرزند و بیشتر (به همراه پاسخ‌های بینابینی)	۲۳	۱۳٪
	شاغل	۱۳۰	۷۲٪
	خانه‌دار	۴۸	۲۶٪
سطح تحصیلات	سایر (پاسخ‌های بینابینی)	۳	۷٪
	دیپلم و زیردیپلم	۳۷	۲۰٪
	کارشناسی	۸۵	۴۷٪
	کارشناسی ارشد	۴۱	۲۳٪
	دکتری	۱۸	۱۰٪

درصد) و بدون فرزند (۲۷ درصد) بخش عمده نمونه را تشکیل می‌دهند. همچنین از لحاظ وضعیت شغلی و تحصیلی، اکثریت قاطع شرکت‌کنندگان شاغل (۷۲ درصد) بوده و دارای مدرک تحصیلی کارشناسی (۴۷ درصد) می‌باشند.

در جدول شماره ۲ اطلاعات آماری مربوط به میزان ابعاد انسجام خود آمده است.

بر اساس یافته‌های مندرج در جدول ۱، توزیع ویژگی‌های جمعیت‌شناختی ۱۸۱ زن متأهل شرکت‌کننده در این پژوهش نشان می‌دهد که بیشترین حجم نمونه (۴۲ درصد) در رده سنی ۳۱ تا ۴۰ سال قرار دارند. از نظر مدت زمان تأهل، بیشترین فراوانی مربوط به سابقه ازدواج کمتر از ۵ سال (۳۸ درصد) است. بررسی وضعیت فرزندآوری حاکی از آن است که خانواده‌های تک‌فرزند (۲۹

جدول ۲- آماره‌های توصیفی شاخص‌های پرسشنامه انسجام خود

متغیر/بعد	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
قابل درک بودن	۱۸۱	۱۱	۷۷	۴۶.۱۴	۱۰.۱۵
قابل مدیریت بودن	۱۸۱	۹	۶۳	۳۸.۰۷	۸.۴۹
معنی‌دار بودن	۱۸۱	۸	۵۶	۳۳.۲۸	۷.۴۰
انسجام خود (کل)	۱۸۱	۲۸	۱۹۶	۱۱۷.۴۹	۲۵.۲۰
مردانگی	۱۸۱	۱۱	۵۵	۴۰.۷۵	۸.۳۷
زنانگی	۱۸۱	۱۱	۵۵	۴۰.۹۲	۸.۸۴

متغیر/بعد	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
خشی بودن	۱۸۱	۸	۴۰	۲۵.۲۰	۶.۱۷
باورهای جنسیتی (کل)	۱۸۱	۱۰۰	۵۰۰	۳۴۳.۲۱	۶۹.۵۲
خودپنداره جنسیتی (کل)	۱۸۱	۴۱	۷۶	۵۷.۲۳	۶.۹۹
استقلال	۱۸۱	۳	۱۸	۱۱.۵۵	۳.۱۷
تسلط بر محیط	۱۸۱	۳	۱۸	۱۱.۸۹	۲.۸۴
رشد شخصی	۱۸۱	۳	۱۸	۱۱.۳۵	۲.۹۴
ارتباط مثبت با دیگران	۱۸۱	۳	۱۸	۱۰.۹۹	۳.۱۴
هدفمندی در زندگی	۱۸۱	۳	۱۸	۱۱.۳۷	۲.۹۶
پذیرش خود	۱۸۱	۳	۱۸	۱۱.۷۹	۲.۸۲
سلامت روان (کل)	۱۸۱	۱۸	۱۰۸	۶۸.۹۳	۱۴.۸۵

بعد مثبت دارای میانگین ۱۸.۰۳ و بعد منفی دارای میانگین ۱۶.۰۶ می‌باشد. و بلاخره میانگین کل شاخص سلامت روان در بین پاسخگویان برابر با ۶۸.۹۳ بوده و دامنه نمرات آن بین حداقل ۱۸ و حداکثر ۱۰۸ قرار دارد.

قبل از بررسی فرضیات پژوهش لازم بود آزمون آماری مناسبی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها انتخاب شود. در این زمینه یکی از پیش شرطها برای انتخاب آزمون‌های آماری پارامتریک، نرمال بودن توزیع داده‌ها است. با این رویکرد ابتدا جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش از آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شد. در این آزمون، فرض صفر بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها و فرض خلاف بیانگر غیرنرمال بودن آن است.

اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد که در نمونه مورد بررسی (۱۸۱ نفر)، میانگین شاخص کل انسجام خود ۱۱۷.۴۹ بوده و حداقل و حداکثر نمره کسب شده به ترتیب ۲۸ و ۱۹۶ گزارش شده است. در میان ابعاد انسجام خود، بعد «قابل درک بودن» دارای میانگین ۴۶.۱۴، بعد «قابل مدیریت بودن» دارای میانگین ۳۸.۰۷ و بعد «معنی دار بودن» دارای میانگین ۳۳.۲۸ است. همچنین میانگین کل شاخص باورهای جنسیتی در بین ۱۸۱ پاسخگو برابر با ۳۴۳.۲۱ بوده و نمرات حداقل و حداکثر آن به ترتیب ۱۰۰ و ۵۰۰ ثبت شده است. همچنین میانگین بعد مردانگی ۴۰.۷۵، بعد زنانگی ۴۰.۹۲ و بعد خشی بودن ۲۵.۲۰ می‌باشد. از سوی دیگر میانگین خودپنداره جنسیتی در بین پاسخگویان ۵۷.۲۳ بوده و حداقل و حداکثر نمره به دست آمده به ترتیب ۴۱ و ۷۶ است.

جدول ۳- نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف تک‌نمونه‌ای

شاخص آماری / متغیرها	انسجام خود	مردانگی	زنانگی	خشی بودن	باورهای جنسیتی (خودپنداره)	سلامت روان
تعداد	۱۸۱	۱۸۱	۱۸۱	۱۸۱	۱۸۱	۱۸۱
میانگین	۱۱۷.۴۹	۴۰.۷۵	۴۰.۹۲	۲۵.۲۰	۳۴۳.۲۱	۶۸.۹۳
انحراف معیار	۲۵.۲۰	۸.۳۷	۸.۸۴	۶.۱۷	۶۹.۵۲	۱۴.۸۵
آماره آزمون	۰.۲۲۳	۰.۰۹۵	۰.۰۹۵	۰.۱۵۹	۰.۰۹۷	۰.۰۹۹
سطح معناداری	۰۰	۰۰	۰۰	۰۰	۰۰	۰۰

با استناد به نتایج به دست آمده در جدول ۳، سطح معناداری (Sig) محاسبه شده برای تمام متغیرهای اصلی پژوهش و ابعاد آن‌ها کمتر از

در بخش نخست تحلیل استنباطی، نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف تک‌نمونه‌ای بررسی شد.

سطح خطای پذیرفته شده (۰/۰۵) و برابر با ۰/۰۰۱ است. از آنجا که این مقادیر از ۰/۰۵ کوچک تر هستند، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع داده‌ها رد می‌شود. بنابراین توزیع داده‌های متغیرهای تحقیق از توزیع نرمال (طبیعی) پیروی نمی‌کند.

به دلیل نرمال نبودن توزیع داده‌ها، استفاده از روش‌های سنتی مبتنی بر همبستگی پیرسون یا رگرسیون خطی پارامتریک دارای محدودیت خواهد بود؛ در نتیجه جهت آزمون مدل ساختاری پژوهش و بررسی فرضیات، از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری مبتنی بر کمترین مجذورات جزئی (PLS) و نرم‌افزار SmartPLS (که حساسیتی به نرمال بودن داده‌ها ندارد) استفاده شد.

برای بررسی ارتباط میان متغیرها، ضرایب همبستگی گوناگونی با توجه به نوع مقیاس دخیل در سنجش آن متغیرها وجود دارد. در این جدول ۴- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	مردانگی	زنانگی	خنثی	انسجام خود	خودپنداره جنسیتی	سلامت روان
مردانگی	۱	-	-	-	-	-
زنانگی	۰/۴۵۲**	۱	-	-	-	-
خنثی	۰/۱۰۸	۰/۰۸۷	۱	-	-	-
انسجام خود	۰/۳۴۱**	۰/۳۲۳**	۰/۰۹۸	۱	-	-
خودپنداره جنسیتی	۰/۳۵۰**	۰/۲۹۴**	۰/۱۱۴	۰/۳۰۲**	۱	-
سلامت روان	۰/۳۴۱**	۰/۳۱۱**	۰/۱۳۳	۰/۴۰۲**	۰/۳۶۵*	۱

به‌منظور تحلیل مدل تدوین‌شده از نرم‌افزار اسمارت پی ال اس ۳.۲.۸ استفاده شد. در این مدل مجموعاً ۱۷۶ گویه (باورهای جنسیتی ۳۰ گویه، خودپنداره جنسیتی ۱۰۰ گویه و سلامت روان ۱۸ گویه، انسجام خود ۲۹ گویه) وارد مدل گردید. سلامت روان به‌صورت شش مؤلفه، باورهای جنسیتی دارای سه مؤلفه، انسجام خود دارای سه مؤلفه و خودپنداره جنسیتی به صورت تک مؤلفه ای و همه آن‌ها از نوع متغیرهای مکنون انعکاسی می‌باشند. ابتدا برای مؤلفه‌ها تحلیل عاملی مرتبه اول (گویه‌ها به‌عنوان شاخص) و سپس برای مؤلفه تحلیل عاملی مرتبه بالاتر (مؤلفه‌ها به‌عنوان شاخص)، انجام شد. تحلیل مدل در سه مرحله انجام گرفت در مرحله اول مدل بیرونی (مدل اندازه-گیری) و در مرحله دوم مدل درونی (مدل ساختاری) و در مرحله سوم کل مدل بررسی شد.

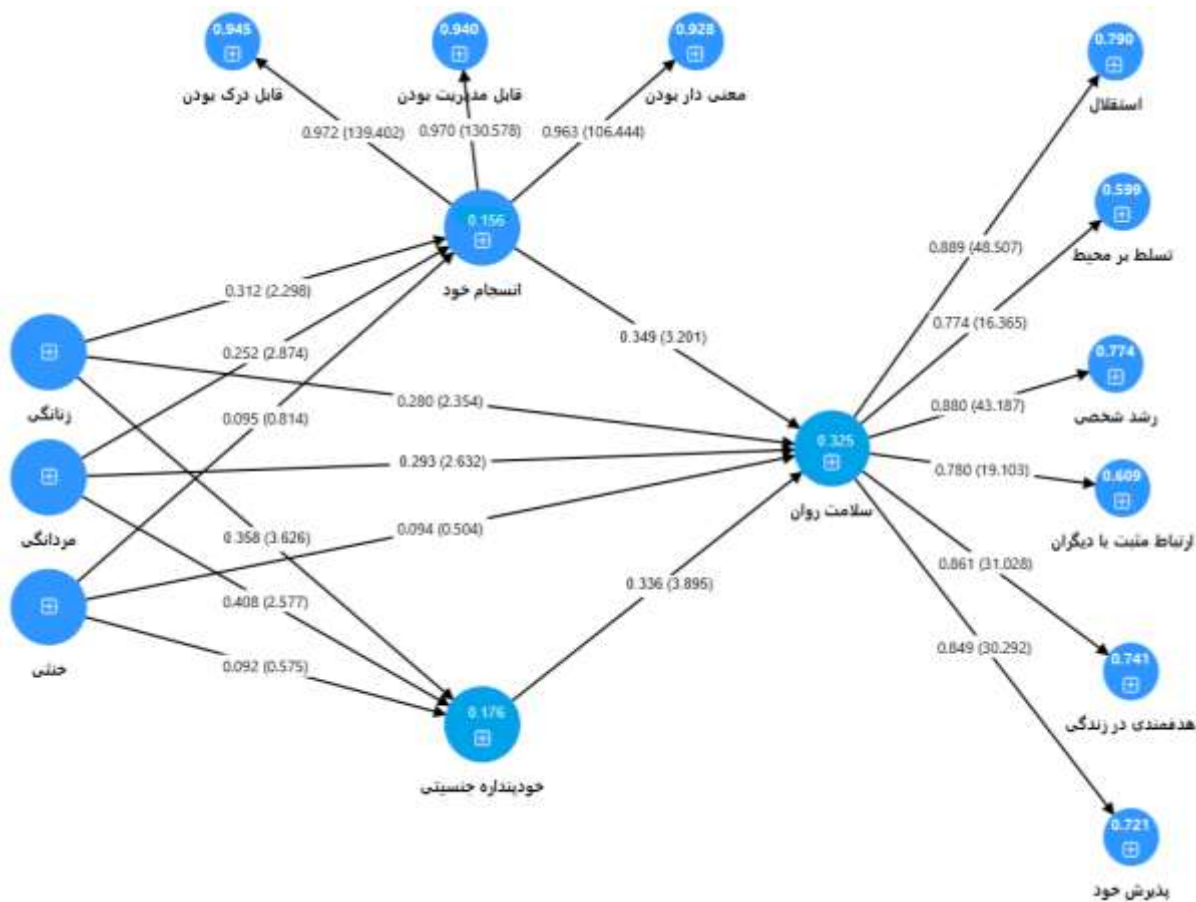
تحقیق با توجه به غیر نرمال بودن داده‌ها از آزمون‌های همبستگی اسپیرمن برای بررسی رابطه بین متغیرها بهره برده شده است. دامنه ضریب همبستگی از -۱ تا +۱ تغییر می‌کند. هر چه مقدار این ضریب به +۱ نزدیک‌تر باشد، نشان از قوی بودن و مثبت بودن جهت ارتباط دو متغیر است.

به عبارتی با افزایش هر یک از متغیرها، دیگری نیز افزایش می‌یابد و بالعکس با کاهش هر یک از متغیرها دیگری نیز کاهش پیدا می‌کند. همچنین هرچه مقدار این ضریب به -۱ نزدیک‌تر باشد، نشان از قوی بودن و مثبت بودن ارتباط بین دو متغیر است. به عبارتی با افزایش هر کدام از متغیرها، دیگری کاهش و با کاهش هریک از متغیرها دیگری افزایش پیدا می‌کند.

در این مدل باورهای جنسیتی دارای پایایی ۰/۹۴، سلامت روان ۰/۹۲، خودپنداره جنسیتی ۰/۹۲ و انسجام خود ۰/۹۲ نشان می‌دهد که متغیرهای مکنون سطح اول و دوم دارای پایایی ترکیبی مناسبی می‌باشند. همچنین میانگین واریانس استخراج‌شده، معیار ارزیابی روایی همگرا به معنی میانگین واریانس مشترک بین متغیر مکنون و معرف-هایش برای متغیر باورهای جنسیتی ۰/۶۵، سلامت روان ۰/۷۵، خودپنداره جنسیتی ۰/۸۵ و انسجام خود ۰/۶۵ بودند که همه متغیرهای مکنون سطح اول و دوم دارای روایی همگرایی مناسبی می‌باشند.

در شکل ۱ نمودار مسیر به همراه ضرایب استاندارد و ضرایب T در مدل نهایی ارائه شده است. همچنین گویه‌های پرسش‌نامه‌ها جهت

وضوح بیشتر مدل، با استفاده از امکانات نرم‌افزار مخفی‌شده است (علامت مثبت در دایره متغیرهای مکنون گویای این نکته می‌باشد).



شکل ۱- نمودار مسیر به همراه ضرایب استاندارد و ضرایب T در مدل نهایی

همان‌طوری که شکل ۱ نشان می‌دهد که تمامی مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم به مسیر سلامت روان معنی‌دار بودند.

جدول ۵- نتایج مربوط به معناداری روابط بین متغیرها

روابط بین متغیرها	β	T_value	سطح معناداری	نتیجه
مردانگی ← سلامت روان	۰/۲۹۳	۲/۶۳۲	۰/۰۰۱	معنادار
زنانگی ← سلامت روان	۰/۳۱۲	۲/۳۵۴	۰/۰۰۱	معنادار
خنثی ← سلامت روان	۰/۰۹۴	۰/۵۰۴	۰/۶۸۴	غیرمعنادار
انسجام خود ← سلامت روان	۰/۳۴۹	۳/۲۰۱	۰/۰۰۱	معنادار
خودپنداره جنسیتی ← سلامت روان	۰/۲۵۲	۳/۸۹۵	۰/۰۰۱	معنادار
مردانگی ← انسجام خود	۰/۲۵۲	۲/۸۷۴	۰/۰۰۱	معنادار
زنانگی ← انسجام خود	۰/۳۱۲	۲/۲۹۸	۰/۰۰۱	معنادار
خنثی ← انسجام خود	۰/۰۹۵	۰/۸۱۴	۰/۳۴۲	غیرمعنادار
مردانگی ← خودپنداره جنسیتی	۰/۴۰۸	۲/۵۷۷	۰/۰۰۱	معنادار

زنانگی ← خودپنداره جنسیتی	۰/۳۵۸	۳/۶۲۶	۰/۰۰۱	معنادار
خنثی ← خودپنداره جنسیتی	۰/۰۹۲	۰/۵۷۵	۰/۸۴۷	غیرمعنادار
اثرات غیرمستقیم				
مردانگی ← انسجام خود ← سلامت روان	۰/۰۸۸	۲/۱۳۱	۰/۰۰۱	معنادار
زنانگی ← انسجام خود ← سلامت روان	۰/۱۰۹	۲/۸۶۴	۰/۰۰۱	معنادار
خنثی ← انسجام خود ← سلامت روان	۰/۰۳۳	۱/۲۱۰	۰/۴۳۵	غیرمعنادار
مردانگی ← خودپنداره جنسیتی ← سلامت روان	۰/۱۰۳	۲/۱۵۹	۰/۰۰۱	معنادار
زنانگی ← خودپنداره جنسیتی ← سلامت روان	۰/۰۹۰	۲/۶۶۳	۰/۰۰۱	معنادار
خنثی ← خودپنداره جنسیتی ← سلامت روان	۰/۰۲۳	۱/۱۲۴	۰/۵۶۸	غیرمعنادار

همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، مقادیر t محاسبه‌شده بین اکثریت متغیرهای درون‌زا و برون‌زا وجود در مدل بزرگ‌تر از ۱/۹۶ بوده و در سطح ۹۵ درصد معنادار هستند.

بر اساس یافته‌های پژوهش، در بررسی فرضیه اول مبنی بر اثر مستقیم باورهای جنسیتی بر سلامت روان، نتایج نشان داد که این اثر با توجه به چندبعدی بودن متغیر مستقل، تنها برای ابعاد مردانگی و زنانگی معنادار است. به طور دقیق‌تر، بعد مردانگی (با ضریب مسیر ۰/۲۹۳ و آماره تی ۲/۶۳۲) و بعد زنانگی (با ضریب مسیر ۰/۳۱۲ و آماره تی ۲/۳۵۴) در سطح معناداری ($P=0/001$) اثر مستقیم، مثبت و معناداری بر سلامت روان دارند. با این حال، اثر بعد خنثی بر سلامت روان با توجه به آماره تی ۰/۵۰۴ غیرمعنادار ارزیابی شد؛ بنابراین، این فرضیه به صورت نسبی و تنها برای ابعاد مردانگی و زنانگی تایید می‌گردد.

در خصوص فرضیه دوم یعنی بررسی اثر مستقیم خودپنداره جنسیتی بر سلامت روان، یافته‌های مدل‌سازی معادلات ساختاری حاکی از تایید کامل این فرضیه است. نتایج نشان می‌دهد که مسیر مستقیم خودپنداره جنسیتی به سلامت روان با ضریب مسیر استاندارد ۰/۲۵۲ و مقدار آماره تی ۳/۸۹۵ در سطح خطای کمتر از ۰/۰۰۱ ($P=0/001$) کاملاً معنادار است. این امر نشان‌دهنده تاثیر مستقیم و مثبت این متغیر بر ارتقای سطح سلامت روان جامعه هدف می‌باشد.

برای آزمون فرضیه چهارم که به بررسی نقش میانجی انسجام خود در رابطه بین ابعاد باورهای جنسیتی و سلامت روان می‌پردازد، نتایج مسیرهای غیرمستقیم مورد ارزیابی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که متغیر انسجام خود، نقش میانجی معناداری را در رابطه بین بعد مردانگی (ضریب غیرمستقیم=۰/۰۸۸، آماره تی=۲/۱۳۱) و بعد زنانگی (ضریب غیرمستقیم=۰/۱۰۹، آماره تی=۲/۸۶۴) با متغیر سلامت روان ایفا می‌کند. با این وجود، مسیر غیرمستقیم بعد خنثی از طریق انسجام خود بر سلامت روان (آماره تی=۱/۲۱۰) از نظر آماری معنادار نگردید؛ در نتیجه، این فرضیه واسطه‌ای نیز به صورت نسبی و صرفاً برای دو بعد مردانگی و زنانگی مورد پذیرش قرار می‌گیرد.

در نهایت، در بررسی فرضیه پنجم پیرامون اثر غیرمستقیم باورهای جنسیتی بر سلامت روان با نقش واسطه‌ای خودپنداره جنسیتی، نتایج حاکی از تایید نسبی این فرضیه است. تحلیل مسیرهای غیرمستقیم گویای آن است که متغیر خودپنداره جنسیتی در رابطه بین بعد مردانگی (ضریب غیرمستقیم=۰/۱۰۳، آماره تی=۲/۱۵۹) و بعد زنانگی (ضریب غیرمستقیم=۰/۰۹۰، آماره تی=۲/۶۶۳) با متغیر وابسته، به عنوان یک میانجی‌گر معنادار عمل می‌کند. اما این نقش واسطه‌ای در خصوص بعد خنثی (آماره تی=۱/۱۲۴ و سطح معناداری ۰/۵۶۸) تایید نمی‌شود و این بُعد فاقد اثرگذاری آماری غیرمستقیم در این مسیر ساختاری است.

بررسی فرضیه سوم پژوهش مبنی بر اثر مستقیم انسجام خود بر سلامت روان نیز حاکی از تایید این فرضیه است. بر اساس داده‌های به دست آمده، ضریب مسیر انسجام خود به سلامت روان برابر با ۰/۳۴۹ و مقدار آماره تی آن ۳/۲۰۱ گزارش شده است. با توجه به اینکه

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تبیین سلامت روان زنان بر اساس باورهای جنسیتی و با در نظر گرفتن نقش میانجی انسجام خود و خودپنداره جنسی انجام شد. نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که ابعاد مردانگی و زنانگیِ باورهای جنسیتی، اثر مستقیم، مثبت و معناداری بر سلامت روان دارند؛ به گونه‌ای که ضریب مسیر بعد مردانگی به سلامت روان برابر با ۰.۲۹۳ و ضریب مسیر بعد زنانگی برابر با ۰.۳۱۲ بود. در مقابل، بعد خنثی اثر مستقیم معناداری بر سلامت روان نشان نداد. همچنین، انسجام خود با ضریب مسیر ۰.۳۴۹ و خودپنداره جنسی با ضریب مسیر ۰.۲۵۲، اثر مستقیم مثبت و معناداری بر سلامت روان داشتند. در سطح روابط غیرمستقیم نیز انسجام خود رابطه مردانگی و زنانگی با سلامت روان را به‌طور معناداری میانجی‌گری کرد؛ به‌طوری‌که اثر غیرمستقیم مردانگی و زنانگی از طریق انسجام خود به‌ترتیب ۰.۰۸۸ و ۰.۱۰۹ بود. خودپنداره جنسی نیز در رابطه مردانگی و زنانگی با سلامت روان نقش میانجی معناداری ایفا کرد و ضرایب غیرمستقیم این دو مسیر به‌ترتیب ۰.۱۰۳ و ۰.۰۹۰ به دست آمد. با این حال، هیچ‌یک از مسیرهای غیرمستقیم بعد خنثی از طریق انسجام خود یا خودپنداره جنسی به سلامت روان معنادار نبودند. در مجموع، یافته‌ها نشان دادند که ابعاد جهت‌دار نقش جنسیتی، افزون بر اثر مستقیم، از طریق سازوکارهای درون‌روانی مرتبط با سازمان‌یافتگی خود و ادراک فرد از هویت جنسی نیز با سلامت روان زنان مرتبط هستند.

نخستین یافته پژوهش مبنی بر اثر مثبت و معنادار ابعاد مردانگی و زنانگی بر سلامت روان را می‌توان در چارچوب ماهیت چندبعدی نقش‌های جنسیتی تبیین کرد. ابعاد مردانگی و زنانگی در پرسشنامه نقش جنسی بم الزاماً مترادف با نگرش‌های محدودکننده یا تبعیض‌آمیز جنسیتی نیستند، بلکه نمایانگر مجموعه‌ای از ویژگی‌های روان‌شناختی و رفتاری هستند که به‌صورت فرهنگی با مردانگی یا زنانگی مرتبط دانسته شده‌اند. ویژگی‌هایی مانند استقلال، قاطعیت، خوداتکایی و جهت‌گیری هدفمند در بعد مردانگی و همدلی، حساسیت بین‌فردی، حمایت‌گری و توجه به روابط در بعد زنانگی، در صورتی که به‌شکل انعطاف‌پذیر در ساختار شخصیت فرد ادغام شوند، می‌توانند منابع روان‌شناختی مکملی برای سازگاری فراهم

آورند. یافته‌های Šnele و همکاران نیز نشان داده است که نقش‌های جنسیتی و ابعاد عملکرد خانواده می‌توانند پیش‌بین بهزیستی ذهنی باشند و برخی ویژگی‌های متناسب به مردانگی و زنانگی با سطوح بالاتر بهزیستی ارتباط پیدا کنند (Šnele et al., 2020). همچنین، Delgado-Herrera و همکاران بر پیوند نقش‌های جنسیتی و باورهای مرتبط با مادری با سلامت روان تأکید کرده‌اند و نشان داده‌اند که شیوه درونی‌سازی نقش‌های جنسیتی می‌تواند با کیفیت عملکرد روان‌شناختی زنان ارتباط داشته باشد (Delgado-Herrera et al., 2024). بنابراین، مثبت بودن مسیرهای مردانگی و زنانگی در پژوهش حاضر را می‌توان ناشی از آن دانست که برخورداری هم‌زمان از منابع ابزاری و رابطه‌ای مرتبط با این دو بعد، ظرفیت سازگاری زنان را افزایش می‌دهد.

این یافته در عین حال باید از نتایج مطالعاتی که بر پیامدهای منفی باورهای جنسیتی سنتی تأکید کرده‌اند، تفکیک شود. Rovira و همکاران نشان دادند که باورهای سنتی سخت‌گیرانه درباره نقش زنان می‌تواند با افسردگی، استرس و خشونت در روابط صمیمانه همراه باشد (Rovira et al., 2022). همچنین، Rahimi Ahmadabadi و همکاران نقش کلیشه‌های جنسیتی را در پیش‌بینی باورهای غیرمنطقی و وضعیت سلامت روان مورد توجه قرار داده‌اند (Rahimi Ahmadabadi et al., 2020). تفاوت ظاهری میان این یافته‌ها و نتیجه پژوهش حاضر احتمالاً ناشی از تفاوت در مفهوم‌سازی متغیر جنسیت است. در پژوهش حاضر، مردانگی و زنانگی به‌عنوان ابعاد ویژگی‌های نقش جنسیتی سنجیده شده‌اند، نه به‌عنوان میزان پذیرش ایدئولوژی سنتی جنسیتی. بنابراین، می‌توان استدلال کرد که درونی‌سازی انعطاف‌پذیر ویژگی‌های سازگارانه مردانه و زنانه ممکن است به ارتقای سلامت روان کمک کند، در حالی که پذیرش خشک و تجویزی کلیشه‌های جنسیتی می‌تواند پیامدهای منفی داشته باشد. این تمایز برای تفسیر نتایج حاضر اهمیت اساسی دارد.

معنادار نبودن اثر بعد خنثی بر سلامت روان نیز قابل توجه است. بعد خنثی شامل ویژگی‌هایی است که به‌طور مشخص در طبقه‌بندی مردانه یا زنانه قرار نمی‌گیرند و ممکن است از نظر روان‌شناختی نقش مشخص و جهت‌داری در تقویت منابع سازگاری ایفا نکنند. از این منظر، فقدان ارتباط معنادار این بعد با سلامت روان می‌تواند نشان دهد

که آنچه برای بهزیستی روان‌شناختی اهمیت دارد، صرفاً فاصله گرفتن از نقش‌های جنسیتی نیست، بلکه برخورداری از مجموعه ویژگی‌های کارکردی و قابل استفاده در مواجهه با فشارهای زندگی است. پژوهش‌های مربوط به نقش‌های جنسیتی نشان می‌دهند که کیفیت عملکرد روانی بیشتر از طریق محتوای ویژگی‌ها و میزان انعطاف‌پذیری در به‌کارگیری آن‌ها قابل توضیح است تا از طریق قرار گرفتن ساده در یک طبقه جنسیتی خاص (Delgado-Herrera et al., 2020; Šnele et al., 2024). بنابراین، بعد خنثی ممکن است به‌خودی‌خود واجد منابع شناختی، هیجانی یا اجتماعی کافی برای ایجاد تغییر معنادار در سلامت روان نباشد.

یافته مهم دیگر پژوهش، اثر مستقیم مثبت انسجام خود بر سلامت روان بود. این نتیجه با چارچوب‌های نظری و تجربی که انسجام روان‌شناختی را یکی از منابع مهم سازگاری می‌دانند، همسو است. فرد دارای انسجام خود بالا، تجربیات درونی و بیرونی را قابل فهم‌تر، منظم‌تر و مدیریت‌پذیرتر ادراک می‌کند و در مواجهه با تعارض‌ها، از احساس ثبات بیشتری در هویت و ارزش‌های شخصی برخوردار است. Shokouhifard و همکاران نشان دادند که انسجام روان‌شناختی می‌تواند در رابطه میان دینداری، دلبستگی و سلامت روان نقش میانجی داشته باشد و از این طریق بخشی از تفاوت‌های سلامت روان را تبیین کند (Shokouhifard et al., 2023). همچنین، نتایج Shafaghdoost و Shahamat Dehsorkh بیانگر آن است که کارکردهای ایگو و روابط موضوعی در رابطه عملکرد خانواده با سلامت روان نقش واسطه‌ای دارند (Shafaghdoost & Shahamat Dehsorkh, 2026). این یافته‌ها با نتیجه پژوهش حاضر سازگار هستند، زیرا همگی بر اهمیت سازمان‌یافتگی درونی، ثبات روان‌شناختی و ظرفیت یکپارچه‌سازی تجربه‌ها در حفظ سلامت روان تأکید دارند.

اثر انسجام خود را همچنین می‌توان از منظر فرایندهای شناختی و سازگاری توضیح داد. زمانی که فرد دارای ساختار خود منسجم‌تری باشد، بین باورها، ارزش‌ها، اهداف و نقش‌های اجتماعی او تعارض کمتری وجود دارد. این وضعیت می‌تواند شدت آشفتگی هیجانی را کاهش داده و احساس کنترل و معنا را افزایش دهد. Derakhshan و همکاران نشان داده‌اند که سبک‌های تفکر می‌توانند رابطه میان

جهت‌گیری ارتباط خانوادگی و سلامت روان را میانجی‌گری کنند، که این امر نقش سازوکارهای شناختی درونی را در تبدیل شرایط محیطی به پیامدهای سلامت روان تأیید می‌کند (Derakhshan et al., 2023). Zhang و Utsunomiya نیز نشان دادند که عملکرد خانواده با الگوهای انطباق و بهزیستی ذهنی ارتباط دارد و فرایندهای روان‌شناختی واسطه‌ای در این رابطه اهمیت دارند (Zhang & Utsunomiya, 2024). در نتیجه، انسجام خود را می‌توان یکی از سازوکارهایی دانست که به زنان اجازه می‌دهد انتظارات متعدد خانوادگی، فردی و اجتماعی را در ساختار هویتی نسبتاً هماهنگی ادغام کنند.

یافته بعدی پژوهش نشان داد که خودپنداره جنسی نیز اثر مستقیم مثبت و معناداری بر سلامت روان دارد. این نتیجه بیانگر آن است که ادراک مثبت فرد از خود در حوزه هویت و کارکرد جنسی صرفاً به سلامت جنسی محدود نیست، بلکه با کیفیت کلی عملکرد روان‌شناختی نیز مرتبط است. خودپنداره جنسی شامل ارزیابی فرد از جذابیت، شایستگی، اعتماد به خود، احساس امنیت در روابط صمیمانه و نگرش نسبت به هویت جنسی خویش است. در زنان، این ابعاد می‌توانند تحت تأثیر عوامل بدنی، ارتباطی، فرهنگی و اجتماعی قرار گیرند. مرور Hamidi و همکاران نشان داده است که خودپنداره جنسی زنان ماهیتی زیستی - روانی - اجتماعی دارد و از تعامل مجموعه‌ای از عوامل فردی، رابطه‌ای و محیطی شکل می‌گیرد (Hamidi et al., 2019). از این رو، خودپنداره جنسی مثبت می‌تواند به‌عنوان بخشی از خودپنداره کلی، احساس ارزشمندی و پذیرش خود را تقویت کرده و سلامت روان را ارتقا دهد.

یافته حاضر با مطالعاتی که ارتباط خودپنداره جنسی با سلامت و عملکرد جنسی را نشان داده‌اند نیز همسو است. Ziaei و همکاران رابطه معناداری میان خودپنداره جنسی و سلامت جنسی زنان میانسال گزارش کردند (Ziaei et al., 2022). Samadifard نیز نشان دادند که خودپنداره جنسی در کنار متغیرهای شناختی با عملکرد جنسی ارتباط دارد (Samadifard & Samadifard, 2024). نتایج Meissner و همکاران نیز بر ارتباط ابعاد خودپنداره جنسی با اختلالات عملکرد جنسی تأکید کرده است (Meissner et al., 2025). اگرچه مطالعه اخیر در جمعیت مردان

انجام شده است، اما از این دیدگاه حمایت می‌کند که خودپنداره جنسی یکی از ابعاد اساسی سازمان روان‌شناختی مرتبط با عملکرد فرد است. همچنین Lavasani و Taheri ارتباط عملکرد جنسی با باورهای غیرمنطقی و خودپنداره زنان متأهل را نشان داده‌اند (Lavasani & Taheri, 2022) و Marzbani و همکاران نیز در مدل ساختاری سلامت جنسی، نقش خودپنداره جنسی را در کنار باورهای شناختی، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی برجسته کرده‌اند (Marzbani et al., 2024). مجموعه این نتایج نشان می‌دهد که خودپنداره جنسی می‌تواند یکی از مسیرهای مهم پیوند میان ساختارهای شناختی - هویتی و سلامت روان باشد.

رابطه خودپنداره جنسی و سلامت روان را می‌توان با توجه به نقش تصویر بدنی نیز توضیح داد. ادراک از بدن، به‌ویژه در زنان، تحت تأثیر معیارهای اجتماعی، فرهنگی و جنسیتی قرار دارد و می‌تواند به‌صورت مستقیم بر ارزیابی فرد از جذابیت و شایستگی جنسی اثر بگذارد. Merino و همکاران نشان داده‌اند که رضایت از تصویر بدن، عزت نفس و سلامت روان در پیوند با عوامل فرهنگی و جنسیتی قرار دارند (Merino et al., 2024). در مطالعات داخلی نیز Ghadimi نشان داد که سلامت روان در رابطه تصویر بدن با عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی نقش مهمی دارد (Ghadimi, 2024) و یافته‌های Nasrollahi و Ghadimi نیز وجود شبکه‌ای از روابط میان تصویر بدن، سلامت روان، عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی را تأیید کرده‌اند (Nasrollahi & Ghadimi, 2022). این شواهد با یافته حاضر همسو هستند و نشان می‌دهند که نگرش فرد نسبت به بدن و هویت جنسی خود می‌تواند به حوزه وسیع‌تری از خودپذیری و سلامت روان تعمیم یابد.

نتیجه مهم دیگر، تأیید نقش میانجی انسجام خود در رابطه مردانگی و زنانگی با سلامت روان بود. این یافته نشان می‌دهد که بخشی از اثر نقش‌های جنسیتی بر سلامت روان از طریق میزان یکپارچگی روان‌شناختی فرد اعمال می‌شود. به بیان دیگر، ویژگی‌های مرتبط با مردانگی مانند استقلال، قاطعیت و خوداتکایی و ویژگی‌های مرتبط با زنانگی مانند همدلی، حمایتگری و حساسیت بین‌فردی ممکن است زمانی بیشترین پیامد مثبت را برای سلامت روان داشته باشند که در ساختار هویتی منسجمی ادغام شوند. اگر این ویژگی‌ها به فرد کمک

کنند تجربه‌های خود را قابل فهم و مدیریت‌پذیر بدانند، احتمالاً انسجام درونی او افزایش می‌یابد و در نتیجه سلامت روان بهبود پیدا می‌کند. این تبیین با نتایج Shokouhifard و همکاران درباره نقش میانجی انسجام روان‌شناختی (Shokouhifard et al., 2023) و با یافته‌های Shafaghdoost و Shahamat Dehsorkh درباره میانجی‌گری ساختارهای درون‌روانی در رابطه شرایط خانوادگی و سلامت روان (Shafaghdoost & Shahamat Dehsorkh, 2026) همخوانی دارد. همچنین، یافته‌های مربوط به نقش سبک‌های تفکر نشان می‌دهد که اثر عوامل زمینه‌ای غالباً از طریق فرایندهای روان‌شناختی واسطه‌ای به سلامت روان منتقل می‌شود (Derakhshan et al., 2023).

نقش میانجی خودپنداره جنسی در روابط مردانگی و زنانگی با سلامت روان نیز یکی از یافته‌های مهم این پژوهش بود. این نتیجه نشان می‌دهد که باورها و ویژگی‌های نقش جنسیتی می‌توانند از طریق شکل‌دهی به نحوه ادراک زنان از خود به‌عنوان یک فرد دارای هویت جنسی، بر سلامت روان تأثیر بگذارند. خودپنداره جنسی در بستری شکل می‌گیرد که در آن انتظارات فرهنگی درباره زنانگی، بدن، جذابیت، نقش زناشویی و روابط صمیمانه حضور دارند. بنابراین، زمانی که ویژگی‌های مرتبط با نقش جنسیتی به‌صورت مثبت و انعطاف‌پذیر در خودپنداره فرد ادغام شوند، ممکن است نگرش مثبت‌تری نسبت به خود جنسی شکل گیرد و از این طریق سلامت روان ارتقا یابد. از سوی دیگر، خودپنداره جنسی منفی یا متعارض می‌تواند ارتباط میان تجربه‌های اجتماعی و مشکلات روان‌شناختی را تشدید کند. پژوهش Nga و همکاران در زنان دارای سابقه سوءاستفاده جنسی در کودکی نشان داد که خودپنداره جنسی با عملکرد روان‌شناختی آنان ارتباط دارد (Nga et al., 2022). این یافته از نقش خودپنداره جنسی به‌عنوان واسطه‌ای میان تجارب و باورهای فرد و پیامدهای روانی حمایت می‌کند.

در همین راستا، نتایج مربوط به سلامت جنسی و خودکارآمدی نیز مؤید ماهیت واسطه‌ای سازه‌های مربوط به «خود» هستند. Marzbani و همکاران نشان دادند که روابط میان باورهای غیرمنطقی، خودپنداره جنسی، حمایت اجتماعی و سلامت جنسی را می‌توان از طریق سازوکارهای روان‌شناختی واسطه‌ای توضیح داد (Marzbani et al.,

Lavasani, 2024) و Taheri نیز بر ارتباط میان باورهای شناختی، خودپنداره و عملکرد جنسی در زنان متأهل تأکید کرده‌اند (Lavasani & Taheri, 2022). از این منظر، نقش میانجی خودپنداره جنسی در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تأثیر باورهای جنسیتی بر سلامت روان تنها تابع محتوای این باورها نیست، بلکه به چگونگی تبدیل آن‌ها به ارزیابی‌های شخصی درباره ارزش، جذابیت و شایستگی خود نیز بستگی دارد.

معنادار نبودن مسیرهای میانجی مربوط به بعد خنثی نیز این تفسیر را تقویت می‌کند. از آنجا که این بعد فاقد جهت‌گیری مشخص مردانه یا زنانه است، ممکن است نتواند به‌اندازه دو بعد دیگر ساختارهای مشخصی از هویت، خودکارآمدی یا ادراک جنسی را فعال کند. به عبارت دیگر، ویژگی‌های مردانگی و زنانگی احتمالاً دارای محتوای روان‌شناختی روشن‌تری هستند که می‌تواند به انسجام هویتی و شکل‌گیری خودپنداره جنسی پیوند بخورد، در حالی که بعد خنثی از چنین ظرفیت جهت‌داری کمتری برخوردار است. از این رو، نبود اثر مستقیم و غیرمستقیم معنادار برای بعد خنثی، الگویی سازگار و منطقی در مدل پژوهش حاضر ایجاد کرده است.

به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر از دیدگاهی چندسطحی درباره سلامت روان زنان حمایت می‌کنند. سلامت روان نه صرفاً از هنجارهای اجتماعی و نه صرفاً از ویژگی‌های فردی ناشی می‌شود، بلکه حاصل تعامل بین ساختارهای فرهنگی مرتبط با جنسیت و سازوکارهای درون‌روانی است. پژوهش‌های مرتبط با شرایط دشوار زندگی زنان نشان داده‌اند که زمینه‌های اجتماعی نامطلوب می‌توانند پیامدهای جدی برای سلامت روان داشته باشند (Mishra et al., 2024)، در حالی که تقویت منابع درونی، رشد شخصی و تاب‌آوری می‌تواند کیفیت سازگاری روان‌شناختی را افزایش دهد (Moudatsou et al., 2025). بنابراین، اهمیت انسجام خود و خودپنداره جنسی در مدل حاضر را می‌توان در همین چارچوب فهمید: این دو متغیر بخشی از منابع درونی هستند که نحوه تبدیل باورها و انتظارات اجتماعی به پیامدهای روان‌شناختی را تعیین می‌کنند. یافته‌های پژوهش حاضر در نهایت نشان می‌دهند که برای فهم سلامت روان زنان، توجه هم‌زمان به هویت جنسیتی، انسجام ساختار خود و کیفیت خودپنداره جنسی ضروری است.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر نتایج مورد توجه قرار گیرند. نخست، طرح پژوهش مقطعی و همبستگی بود؛ بنابراین، با وجود استفاده از مدلیابی معادلات ساختاری، نمی‌توان درباره روابط علی و جهت‌قطعی اثرگذاری میان متغیرها نتیجه‌گیری کرد. دوم، نمونه پژوهش شامل زنان متأهل شهر کرمانشاه بود و نمونه‌گیری نیز به‌صورت در دسترس انجام شد؛ در نتیجه، تعمیم یافته‌ها به زنان مجرد، زنان ساکن سایر مناطق جغرافیایی، گروه‌های قومی و فرهنگی متفاوت یا جمعیت عمومی زنان باید با احتیاط صورت گیرد. سوم، تمام متغیرهای اصلی با ابزارهای خودگزارشی اندازه‌گیری شدند و احتمال تأثیر سوگیری مطلوبیت اجتماعی، خطای یادآوری یا تمایل پاسخ‌دهندگان به ارائه تصویری مطلوب از خود وجود دارد؛ این محدودیت به‌ویژه در سنجش خودپنداره جنسی و باورهای جنسیتی اهمیت بیشتری دارد. چهارم، برخی متغیرهای زمینه‌ای مانند کیفیت رابطه زناشویی، رضایت زناشویی، وضعیت اقتصادی، تجربه خشونت، حمایت اجتماعی، سابقه مشکلات روان‌شناختی و ویژگی‌های شخصیتی در مدل وارد نشدند و ممکن است بخشی از روابط مشاهده‌شده را توضیح دهند. همچنین، پیچیدگی فرهنگی مفاهیم مردانگی، زنانگی و خودپنداره جنسی ایجاب می‌کند که نتایج صرفاً در چارچوب ابزارهای به‌کاررفته و بافت اجتماعی نمونه تفسیر شوند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از طرح‌های طولی، مسیر تغییر باورهای جنسیتی، انسجام خود، خودپنداره جنسی و سلامت روان را در طول زمان بررسی کنند تا امکان استنباط دقیق‌تر درباره جهت روابط فراهم شود. انجام مطالعات مقایسه‌ای در میان زنان مجرد و متأهل، گروه‌های سنی مختلف، مناطق شهری و روستایی و فرهنگ‌های متفاوت می‌تواند میزان تعمیم‌پذیری مدل را مشخص سازد. همچنین، استفاده از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی و نمونه‌های بزرگ‌تر می‌تواند اعتبار بیرونی یافته‌ها را افزایش دهد. بررسی مدل‌های توسعه‌یافته‌ای که متغیرهایی مانند حمایت اجتماعی، رضایت زناشویی، تصویر بدن، عزت‌نفس، خودکارآمدی، تاب‌آوری، سبک دلبستگی و تنظیم هیجان را در کنار انسجام خود و خودپنداره جنسی در نظر می‌گیرند، می‌تواند تصویر جامع‌تری از عوامل مؤثر بر سلامت روان زنان ارائه دهد. استفاده از مطالعات کیفی یا آمیخته نیز برای فهم معنای فرهنگی مردانگی، زنانگی و هویت جنسی از دیدگاه خود زنان

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Delgado-Herrera, M., Aceves-Gómez, A. C., & Reyes-Aguilar, A. (2024). Relationship between gender roles, motherhood beliefs, and mental health. *PLoS One*, 19(3), e0293750. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293750>
- Derakhshan, M., Alizadeh, M., Reyhani, M. B., & Zarei, R. (2023). Examining the mediating role of thinking styles between family communication orientation and mental health. *Clinical Psychology Achievements*, 9(1), 1-11.
- Ghadimi, S. (2024). The relationship of body image with sexual functioning and marital adjustment: The mediating role of mental health. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 19(73-74), 49-63.
- Hamidi, F., Hamzehgardeshi, Z., & Shahhosseini, Z. (2019). Biopsychosocial factors associated with women's sexual self-concept: A scoping review. *Clinical Excellence*, 9(3), 23-34.
- Lavasani, M., & Taheri, A. (2022). The relationship of sexual functioning with irrational beliefs and self-concept among married women in Tehran. *Applied Family Therapy*, 14, 425-446.
- Marzbani, F., Jadidi, H., & Akbari, M. (2024). Developing a structural model of sexual health based on irrational beliefs, sexual self-concept, and perceived social support, with the mediating role of self-efficacy among healthcare personnel. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 12(1), 78-94.
- Meissner, V. H., Söhne, V. A., Dinkel, A., Jahnen, M., Schiele, S., Kron, M., & Herkommer, K. (2025). Dimensions of sexual self-concept and sexual dysfunctions in middle-aged men: Results of the Bavarian men's health-study. *International Journal of Impotence Research*, 1-8. <https://doi.org/10.1038/s41443-025-01119-1>
- Merino, M., Tornero-Aguilera, J. F., Rubio-Zarapuz, A., Villanueva-Tobaldo, C. V., Martín-Rodríguez, A., & Clemente-Suárez, V. J. (2024). Body perceptions and psychological well-being: A review of the impact of social media and physical measurements on self-esteem and mental health with a focus on body image satisfaction and its relationship with cultural and gender factors. *Healthcare*, 12(14), 1396. <https://doi.org/10.3390/healthcare12141396>
- Mishra, A., Gibson Miller, J., & Wood, C. (2024). The pandemic within a pandemic: Mental health and wellbeing of racially minoritised women experiencing domestic abuse during the COVID 19 pandemic in the UK. *BMC Women's Health*, 24, 662. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03502-4>
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Rovithis, M., Mimarakis, D., & Koukouli, S. (2025). Promoting women's mental health and resilience in times of health crisis and adversity via personal development groups. *Healthcare*, 13, 1035. <https://doi.org/10.3390/healthcare13091035>
- Nasrollahi, B., & Ghadimi, S. (2022). The relationship of body image with sexual functioning and marital adjustment: The mediating role of mental health. *Interdisciplinary Research on Women*, 4(4), e725835.

توصیه می‌شود. علاوه بر این، آزمون مدل‌های تعدیل‌گری بر اساس سن، تحصیلات، مدت ازدواج، وضعیت اشتغال و تعداد فرزندان می‌تواند نشان دهد که آیا شدت روابط ساختاری در زیرگروه‌های مختلف متفاوت است یا خیر.

بر اساس یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره، روان‌شناسان و متخصصان سلامت روان زنان در ارزیابی و مداخلات خود علاوه بر نشانه‌های روان‌شناختی، کیفیت باورهای جنسیتی، میزان انسجام خود و خودپنداره جنسی مراجعان را نیز مورد توجه قرار دهند. برنامه‌های آموزشی و درمانی می‌توانند بر بازنمایی و تعدیل باورهای جنسیتی خشک و ناکارآمد، تقویت ویژگی‌های سازگاران مرتبط با استقلال، قاطعیت، همدلی و حمایت‌گری، افزایش خودپذیری و ایجاد هماهنگی بیشتر میان ارزش‌ها، نقش‌ها و اهداف فردی متمرکز شوند. طراحی کارگاه‌های ارتقای انسجام هویتی، خودشناسی و تنظیم هیجان می‌تواند به زنان در مواجهه مؤثرتر با تعارض‌های نقش و فشارهای اجتماعی کمک کند. همچنین، مداخلات مشاوره‌ای مرتبط با خودپنداره جنسی باید در فضایی غیرقضاوتی و حساس به فرهنگ، بر اصلاح ارزیابی‌های منفی از بدن و هویت جنسی، افزایش پذیرش خود و بهبود ارتباط زناشویی تمرکز کنند. در سطح سیاست‌گذاری نیز می‌توان برنامه‌های ارتقای سلامت روان زنان را به گونه‌ای طراحی کرد که علاوه بر درمان مشکلات موجود، بر پیشگیری، سواد روان‌شناختی، تقویت منابع درونی و ترویج برداشت‌های انعطاف‌پذیر و غیر کلیشه‌ای از نقش‌های جنسیتی تأکید داشته باشند.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

- Nga, A. H. N., Boey, K. W., Kwan, C. W., Ho, R. Y. F., & Ho, D. Y. L. (2022). Sexual self-concept and psychological functioning of women with a history of childhood sexual abuse in Hong Kong. *International Journal of Sexual Health*, 34(2), 177-196. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.2022819>
- Rahimi Ahmadabadi, S., Kalantari, M., Abedi, M. R., & Modarres Gharavi, S. M. (2020). The role of gender stereotypes in predicting irrational beliefs and mental health among individuals with gender dysphoria. *Journal of Disability Studies*, 10(1), 104-104.
- Rovira, M., Lega, L., Suso-Ribera, C., & Orue, I. (2022). The role of women's traditional gender beliefs in depression, intimate partner violence and stress: Insights from a Spanish abbreviated multicultural measure. *BMC Women's Health*, 22(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01572-2>
- Samadifard, N., & Samadifard, H. R. (2024). The relationship of sexual self-concept, cognitive fusion, and religious attitude with sexual functioning. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 12(1), 11-21.
- Shafaghdoost, M., & Shahamat Dehsorkh, F. (2026). The mediating role of object relations and ego functions in the relationship between family functioning and students' mental health. *Research in Psychological Health*, 13(3), 31-46.
- Shokouhifard, R., Tabik, M. T., & Hasanzadeh Tavakoli, M. R. (2023). Predicting mental health based on religiosity and attachment with the mediating role of psychological coherence. *Islamic Psychology Research Journal*, 9(19), 87-115.
- Šnele, M. S., Todorović, J., & Komlenić, M. (2020). Gender roles and dimensions of family functioning as predictors of subjective well-being in men and women. *Teme*, 681-701. <https://doi.org/10.22190/TEME200310052S>
- Zhang, M., & Utsunomiya, H. (2024). The role of family functioning in over-adaptation and subjective well-being among Japan's youth. *Youth*, 4(4), 1787-1799. <https://doi.org/10.3390/youth4040114>
- Ziaei, T., Masoumi, F., Mehrbakhsh, Z., & Moghassemi, S. (2022). The relationship between sexual self-concept and sexual health among middle-aged women in Gorgan, 2018-2020. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 24(4), 104-110.