

رابطه طرحواره های جنسیتی با سلامت جنسی در زنان یائسه
**Relationship between sexual schemas and sexual health in
menopausal women**

Dr Jamileh Zarei
PhD in health psychology,
University of Tehran

دکتر جمیله زارعی
دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه تهران

Dr Azam Tarafdari
MD. Department of obstetrics and
gynecology, Imam Khomeini
hospital complex, Tehran
university of medical science

دکتر اعظم طرفداری
استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران،
بیمارستان امام خمینی
دکتر رضا پورحسین* (نویسنده مسئول).

Dr Reza Pour hosein
associate professor, University of
Tehran
prhosein@ut.ac.ir

دانشیار دانشگاه تهران بزرگراه جلال آل
احمد، روبروی کوی نصر، خیابان کاردان،
دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه
تهران، گروه روانشناسی.

Dr Mojtaba Habibi askar abad
assistant professor, shahid Beheshti
university

دکتر مجتبی حبیبی عسکراباد
استادیار دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده
خانواده

Abstract

The aim of this study was the investigation of relationship between sexual schemas and sexual health in menopausal women. For this purpose 307 menopausal women whom living in Tehran were under investigation. The mean of participants was 55/58 (SD= 7/32). The study tools were Bem's sexual schemas questionnaire,

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه طرحواره های جنسیتی و سلامت جنسی در زنان یائسه انجام شد. به این منظور، ۳۰۷ نفر از زنان متاهل ساکن تهران که به سن یائسگی رسیده بودند وارد مطالعه شدند. میانگین سنی افراد شرکت کننده در پژوهش ۵۵/۵۸ (SD= ۷/۳۲) بود. جهت اجرای پژوهش از پرسشنامه SD طرحواره های جنسیتی بم، چک لیست علائم

menopausal symptoms checklist and women sexual function scale. The finding suggest that there is a relationship between sexual schemas and sexual health. Masculine and androgenic schemas had a positive relationship with sexual health, and feminine schema had a negative relationship with sexual health.

Keywords: sexual schemas, sexual health, menopause

یائسگی و مقیاس عملکرد جنسی زنان استفاده شد. نتایج پژوهش نشان دهنده این بود که بین طرحواره های جنسیتی افراد و میزان سلامت جنسی رابطه معنادار وجود دارد. با توجه به نتایج به دست آمده طرحواره مردانگی و طرحواره خشتی با سلامت جنسی رابطه مثبت و معناداری دارد، به این معنا که با افزایش طرحواره مردانگی و طرحواره خشتی، سلامت جنسی نیز افزایش می‌یابد. رابطه طرحواره زنانگی با سلامت جنسی منفی و معنادار است، یعنی با افزایش طرحواره زنانگی سلامت جنسی کاهش می‌یابد.

کلید واژگان: طرحواره های جنسیتی، سلامت جنسی، یائسگی

دریافت: اسفند ۹۴ پذیرش: خرداد ۹۵

مقدمه

امور جنسی یکی از پیچیده ترین و مهم ترین جنبه های زندگی را تشکیل می دهد و شامل ابعاد زیستی- روانی- اجتماعی است. از آن جا که برای اکثر زنان عملکرد جنسی یک روند مثبت، لذت بخش و آفریننده و در عین حال پیچیده است و توسط عوامل متعدد تحت تاثیر قرار می گیرد، سلامت جنسی در زنان به تشخیص مشکلات و کمک برای افزایش عملکرد و رضایت جنسی آنها می پردازد (کینگزبرگ^۱، ۲۰۰۲). طی سه دهه گذشته، مبحث سلامت جنسی^۲ مطمح نظر پژوهشگران حیطه سلامت بوده است.

^۱.sexuality

^۲. Bio- Psycho- Social

^۳.Kingsberg, Sh.

^۴. sexual health

این توجه روز افزون، دلایل متعدد سیاسی، اجتماعی و تاریخی (برای مثال، بعد از انقلاب جنسی دهه ۱۹۶۰ میلادی) داشته است (ادواردز و کلمن^۱، ۲۰۰۴).

تلاش ها جهت تعریف سلامت جنسی، موثر از تعریف سلامت به طور کلی، از منظر سازمان جهانی بهداشت^۲ است که پس از جنگ جهانی دوم صورت گرفت (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۶۶). مطابق تعریف سازمان جهانی بهداشت، "سلامت یک وضعیت بهزیستی کامل بدنی، روانی و اجتماعی است و صرفاً به معنای عدم بیماری نیست". سازمان بهداشت جهانی تعریفی را تحت عنوان بهداشت جنسی ارائه کرده و در این تعریف این بهداشت را نوعی هماهنگی میان ذهن، احساس و جسم در نظر گرفته که می تواند جنبه های عقلانی و اجتماعی انسان را در مسیر رشد شخصیت او سوق دهد. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت جنسی شامل بهزیستی جسمی، هیجانی، روانی، و اجتماعی مرتبط با امور جنسی است و صرفاً به معنای نبود اختلال یا بدکارکردی نیست. سلامت جنسی ملتزم به دیدگاه مثبت و احترام آمیز به روابط جنسی است. برای کسب و حفظ سلامت جنسی، حقوق جنسی کلیه ی افراد بایستی محترم شمرده شود. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴). به عبارت دیگر می توان گفت که تمایلات جنسی بعد وسیع و مهمی از شخصیت انسان است که به صورت یک ساختار رهانشدنی از ترکیب وجودی او باقی می ماند. اما تمایل جنسی می تواند در اثر عاملی چون بیماری ها، مصرف داروها و مواد، مشکلات اجتماعی، افزایش سن، پدیده یائسگی و ... دچار اختلال شود و بدین گونه بهداشت روان فرد را مختل نماید (آرمان، فهامی و حسن زهرایی ۱۳۸۴). لومن^۳ (به نقل از آرمان، فهامی و حسن زهرایی؛ ۱۳۸۴) شیوع اختلالات جنسی را در زنان ۱۸-۵۹ ساله ۴۳ درصد اعلام کرده، و به اهمیت دوره یائسگی به عنوان عاملی در جهت افزایش این اختلالات اشاره کرده است.

^۱ . Edwards, W.M., & Coleman, E.

^۲ . World Health Organization (WHO)

^۳ Loumen

یائسگی^۱، مرحله ای از زندگی جنسی زنان است که با تغییرات بدنی^۲، فیزیولوژیک و روانشناختی همراه است و اغلب بر امور جنسی زنان میانسال تاثیر می گذارد (بچمن^۳، ۱۹۹۴). میانگین سن یائسگی در دنیا ۵۱ سال گزارش شده است و در ایران ۴۸/۲ سال است (رجایی فرد، محمدبیگی و محمدصالحی، ۲۰۱۱). یائسگی طبیعی عبارت است از قطع دائم قاعدگی به دلیل فقدان فعالیت فولیکولی تخمدان ها به مدت حداقل ۱۲ ماه، به نحوی که هیچ علت جسمی یا آسیب شناختی^۴ در آن نقش نداشته باشد (موریدسن و همکاران^۵، ۲۰۱۰). در قرن آینده تنها گروه سنی که انتظار رشد قابل توجهی از آن وجود دارد، افراد بالای ۵۵ سال هستند. در این گروه سنی، تعداد زنان به نسبت ۲/۶ به ۱، بیش از مردان خواهد بود (چن و همکاران، ۲۰۰۷). لذا، توجه به مسائل مرتبط با سلامت جنسی زنان در سنین بالاتر، از اهمیت ویژه ای برخوردار شده است.

در طول چهل سال گذشته، کشورهای خاور میانه از جمله ایران، پیشرفت قابل توجهی در افزایش امید به زندگی، کاهش تلفات نوزادان و مادران هنگام تولد داشته اند. با این حال، شاخص های سلامت جنسی در این کشورها هنوز تغییر قابل ملاحظه ای نکرده است (الکاک^۶، ۲۰۱۳). همچنین، بیشتر تحقیقاتی که در زمینه سلامت جنسی زنان انجام شده است مربوط به دوره های باروری از قبیل عادت ماهانه، بارداری و شیردهی بوده است و کمتر به دوره یائسگی پرداخته شده است. برای مثال، پژوهش روبینستون (۲۰۱۳) بر تعداد و ماهیت پژوهش هایی که در زمینه سلامت جنسی زنان انجام شده است نشان داد که ۴۷۹۷۵ مقاله در مجلات مرتبط با حیطه سلامت و پزشکی وجود داشتند و تنها ۷۹۳ مقاله در این زمینه در مجلات روانشناختی و با توجه به بعد روانشناختی این پدیده چاپ شده بود. همچنین، نسبت پژوهش هایی که در زمینه

^۱.menopause

^۲.anatomical

^۳.Bachman, G.A.

^۴.Pathologic

^۵. Mouridsen, H.T. et al.

^۶. El-kak, F.

فرزندآوری انجام شده بودند در مقایسه با یائسگی، ۱۷ به یک و نسبت پژوهشهای حاملگی به یائسگی ۱۶ به یک بود.

از نظرگاه یک زن، یائسگی معانی اجتماعی و فرهنگی پیچیده‌ای دارد، به شکلی جدانشدنی به سن مرتبط شده و اغلب با تغییرات زندگی همراه است (هانتر و اودن^۱، ۱۹۹۷). مفاهیمی همچون «آشیانه خالی^۲»، افول جسمانی، از دست دادن زنانگی، از دست دادن جنسیت، ملانکولی غیرارادی و آتروفی واژینال منجر به شکل‌گیری تصورات قالبی منفی در خصوص یائسگی زنان در فرهنگ غرب شده است (میلر و گرین، ۲۰۰۲). به طور کلی، زنانی که در کشورهای غیرغربی زندگی می‌کنند ظاهراً در مقایسه با زنان غربی نشانگان کمتری هنگام یائسگی گزارش می‌کنند (میلر و گرین، ۲۰۰۲). تفاوت بین زنانگی و مردانگی از اصول بنیادین در هر فرهنگی است. علاوه بر اینکه از هر زن یا مردی انتظار می‌رود که مطابق با خواست‌های فرهنگی، زنانه یا مردانه عمل کند، بلکه حتی باید تصور از خود و ویژگی‌های شخصیتی زنانه یا مردانه داشته باشد. طرحواره^۳ یک سازه شناختی است که زیربنای ادراک فرد از خود و دنیا می‌شود. ادراک مبتنی بر طرحواره به اشکال مختلفی بروز می‌یابد. نظریه طرحواره‌های جنسیتی^۴ (بم، ۱۹۸۱) مطرح می‌کند که افراد بر اساس طرحواره‌های جنسیتی که در کودکی در آنها نهادینه شده است، عمل می‌کنند. برای مثال صفاتی همچون مستقل، قاطع، زورگو مردانه تلقی می‌شود و صفاتی همچون وابسته، آرام، مراقبت‌کننده، منفعل، زنانه تلقی می‌شوند. نکته ای که در نظریه بم قابل توجه است، این است که افرادی که آندروژنی^۵ (طرحواره دوجنسیتی^۶ دارند) هستند و ورای کلیشه‌های قالبی مربوط به جنسیت خود صفات مثبتی از هر دو جنس را دارند (برای مثال، زنانی که قاطعیت و جرات‌ورزی را که یک ویژگی

^۱ Hunter & O'Dea

^۲ empty nest

^۳ . schema

^۴ . gender schema theory

^۵ . androgynous

^۶ . heterosexual schema

مردانه تلقی می شود در خود پرورش داده اند و یا مردانی که بهتر می توانند هیجانان و احساسات خود را بروز دهند)، در برابر چالش ها و موقعیت های استرس زای زندگی بهتر عمل می کنند. تمامی فرهنگها در سراسر جهان رفتار جنسی را به نوعی کنترل می کنند. در مورد زنان ساختارهای فرهنگی مربوط به رفتار جنسی به تنش بیشتر بین این رفتار و کلیشه های فرهنگ می انجامد. در مورد مردان نیز ساختارهای فرهنگی باعث شده است که مردان برای انجام رفتار جنسی احساس فشار کنند و بر این باور باشند که رابطه جنسی در مورد آنها باید با مهارت و خبرگی صورت گیرد (خمسه ای، ۱۳۸۵). در واقع زنان و مردان هویت جنسی و رفتار جنسی خود را در چارچوب نقش های جنسیتی شکل می دهند. رفتار جنسی در متن یک نظام جنسیتی شکل می گیرد. نظام جنسیتی ساختاری اجتماعی- فرهنگی دارد و کلیشه های فرهنگی آنچه را که رفتار جنسی بهنجار است برای زنان و مردان تعریف می کند (کرافورد و آنگر، ۲۰۰۴).

تفاوت زنان و مردان در رفتار جنسی تا حد زیادی از طریق نقش های جنسیتی و متغیرهای فرهنگی که بر آن تأثیر می گذارد، تعیین می شود. طرحواره های نقش جنسیتی^۲ در دختران از سنین پایین شکل می گیرد و زنان به طور نافع برای سرنوشت جنسیتی خود برنامه ریزی می شوند (خمسه ای، ۱۳۸۴). کلیشه های فرهنگی مجموعه ای از باورهای مشترک فرهنگی درباره صفات شخصیتی و سایر ویژگی های مردان و زنان است. تشکیل کلیشه های جنسیتی بازتاب طبیعی کاربرد طرحواره های جنسیتی است. طرحواره های نقش جنسیتی مجموعه ای از تداعی های مرتبط با جنسیت است که زمینه اصلی پردازش اطلاعات را بر اساس جنسیت نشان می دهد (بم^۳، ۱۹۸۳). به عنوان مثال، زنان در فرهنگ ما پذیرفته اند که درباره تمایلات جنسی خود در زندگی زناشویی کمتر صحبت کنند و نارضایتی خود را کمتر ابراز دارند. آنها با این کلیشه روبرو هستند که «یک زن خوب هرگز راجع به رفتار جنسی خود صحبت نمی کند» (خمسه ای، ۱۳۸۵).

^۱ Crawford, M., & Unger, R.

^۲ sexual role stereotypes

^۳ Bem, S.L.

پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه طرحواره های جنسیتی با سلامت جنسی در زنان یائسه انجام شد.

روش

این پژوهش یک مطالعه تحلیلی- مقطعی است. جامعه پژوهش حاضر شامل زنان یائسه و متاهل شهر تهران در سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ بوده که با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند، تعداد ۳۰۷ نفر از افراد جامعه با استفاده از نمونه گیری هدفمند جهت شرکت در گروه نمونه انتخاب شدند. میانگین سنی افراد شرکت کننده در پژوهش ۵۵/۵۸ (SD = ۷/۳۲) بود.

معیارهای ورود به این پژوهش عبارت بودند از یائسه بودن فرد، عدم وجود بیماری جسمانی یا روانی تحت درمان، عدم سابقه هیستریکتومی، و عدم بروز یائسگی مصنوعی. در این پژوهش برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شده است:

مقیاس عملکرد جنسی زنان:

مقیاس عملکرد جنسی زنان^۱ (BISF-W) جهت سنجش سلامت جنسی زنان علی الخصوص در بعد میل جنسی، استفاده شد. این مقیاس شامل ۲۲ سوال است که ابعاد مختلف زندگی جنسی زنان را ارزیابی می کند. این مقیاس توسط تیلور، روزن و لیبوم^۲ (۱۹۹۴) تهیه شده است و شامل سه زیر مقیاس میل جنسی/فعالیت جنسی/ و رضایت جنسی است. دامنه نمرات افراد در این مقیاس از ۱۶- (عملکرد ضعیف) تا ۷۵+ (بهترین عملکرد) متغیر است.

تیلور، روزن، و لیبوم (۱۹۹۴) با استفاده از روش آزمون- بازآزمون، پایایی این مقیاس را ۰/۷۸ به دست آوردند و آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۳ به دست آوردند.

چک لیست علائم یائسگی:

^۱ . Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W)

^۲ . Taylor, J.F., Rosen, R.C., & Leiblum, S.R.

این چک لیست شامل ۲۸ آیتم است که علائم یائسگی را در ابعاد جسمانی - هیجانی و شناختی مورد ارزیابی قرار می دهد. پاسخگویی به چک لیست بر اساس طیف لیکرت و از ۰ (هرگز) تا ۴ (چندین بار در روز) صورت می گیرد.

مقیاس نقش های جنسیتی بم:

این پرسشنامه دارای ۳۰ سوال بوده و هدف آن تعیین شخصیت جنسی افراد (مردانگی، زنانگی، خنثی) می باشد. شیوه نمره دهی آن بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه ای است. بم (۱۹۸۱) جهت محاسبه روایی فرم کوتاه پرسشنامه نقش جنسی، همبستگی آن را با فرم بلند بررسی کرد و ضریب همبستگی بین این دو را ۰/۹۹ محاسبه کرده است.

در پژوهش علی اکبری دهکردی و همکاران (۱۳۸۶)، برای پایایی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار این ضریب برای این پرسشنامه ۰/۸۰ محاسبه نموده است که نشانگر پایایی خوب این ابزار است (به نقل از علی اکبری دهکردی و همکاران، ۱۳۹۱).

پس از اخذ رضایت کتبی از افراد، و توضیح هدف از پژوهش، ابتدا مصاحبه انفرادی از هر فرد جهت تعیین معیارهای ورود و خروج انجام شد. سپس پرسشنامه ها در فضای آرام و با راهنمایی های مورد نیاز پاسخ داده شد.

یافته ها:

جامعه پژوهش حاضر شامل زنان یائسه و متاهل ایرانی در سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ بوده که با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند، تعداد ۳۰۷ نفر از افراد جامعه جهت شرکت در گروه نمونه انتخاب شدند. میانگین سنی افراد شرکت کننده در پژوهش ۵۵/۵۸ (SD = ۷/۳۲) بود. میانگین سن یائسگی در زنان شرکت کننده در این پژوهش ۵۰/۰۷ (SD = ۴/۱۷) بود. کمترین سن یائسگی ۳۷ سال و بیشترین سن یائسگی ۵۹ سال بود. ۶۳/۵ درصد افراد در فاصله ۴۹ تا ۵۳ سالگی به یائسگی رسیده بودند.

جدول ۱ فراوانی افراد شرکت کننده در پژوهش را به تفکیک سطح تحصیلات آن ها نشان می دهد.

جدول ۱- فراوانی شرکت کنندگان در پژوهش به تفکیک سطح تحصیلات

سطح تحصیلات	تعداد	درصد
بی سواد	۲۰	۰,۵۶
زیر دیپلم	۱۰۱	۰,۹۳۲
دیپلم	۹۸	۰,۹۳۱
دانشگاهی	۵۰	۰,۳۱۶
بدون پاسخ	۳۸	۰,۴۱۲

ماتریس همبستگی جدول ۲ روابط بین سلامت جنسی و طرحواره جنسیتی را نشان می دهد. با توجه به نتایج به دست آمده طرحواره مردانگی و طرحواره خنثی با سلامت جنسی رابطه مثبت و معناداری دارد به این معنا که با افزایش طرحواره مردانگی و طرحواره خنثی، سلامت جنسی نیز افزایش می یابد. رابطه طرحواره زنانگی با سلامت جنسی منفی و معنادار است، یعنی با افزایش طرحواره زنانگی سلامت جنسی کاهش می یابد.

جدول ۱- ماتریس همبستگی بین سلامت جنسی و طرحواره جنسیتی

ردیف	متغیر	۱	۲	۳
۱	سلامت جنسی			
۲	طرحواره مردانگی	۰,۳۹*		
	طرحواره خنثی			

رابطه طرحواره های جنسیتی با سلامت جنسی در زنان یائسه

۳	طرحواره زنانگی	-۰/۳۰*	-۰/۴۴*
۴	طرحواره خشتی	۰/۳۳*	۰/۵۴*

$P < ۰/۰۱$ * $N = ۳۰۷$

برای بررسی پیش‌بینی سلامت جنسی از روی طرحواره جنسیتی، از رگرسیون چندگانه استفاده شده است. نتایج به دست آمده از عوامل پیش‌بین بر سلامت جنسی (جدول ۳) نشان می‌دهد که طرحواره جنسیتی ۲۹ درصد از سلامت جنسی را پیش‌بینی می‌کند.

جدول ۲- نتایج خلاصه رگرسیون چندگانه؛ پیش‌بینی سلامت جنسی

پیش‌بین	R	R ²	R ² تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد
طرحواره جنسیتی	۰/۵۵	۰/۳۰	۰/۲۹	۲/۷۶

جدول ۴ نشان می‌دهد که نتایج تحلیل واریانس (آنوا) نیز مقدار واریانس پیش‌بینی شده توسط طرحواره جنسیتی را تایید می‌کند.

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس

منبع اثر	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح
	مجذورات	آزادی	مجذورات		معناداری
رگرسیون	۹۱۰/۵۴	۳	۳۰۳/۵۱	۳۹/۷۶	۰/۰۰۱
خطا	۲۰۹۱/۷۰	۲۷۴	۷/۶۳		
کل	۳۰۰۲/۲۴	۲۷۷			

ضرایب به دست آمده (جدول ۵) نیز نشان می‌دهد که ضریب رگرسیونی طرحواره جنسیتی مردانگی ($\beta = ۰/۴۳$, $p = ۰/۰۰۱$) و طرحواره جنسیتی زنانگی ($\beta = ۰/۱۴$, $p = ۰/۰۰۲$)

β) معنادار است، بدین معنی که این طرحواره جنسیتی مردانگی و زنانگی توانایی پیش‌بینی سلامت جنسی را دارند.

جدول ۴- نتایج ضرایب رگرسیونی

معنی	سطح	t	β	ضرایب		متغیرهای
				استاندارد شده	پیش نشده	
داری			se	b		بین
	۰/۰۰۱	۱۲/۳۵		۱/۰۹	۱۳/۴۹	ثابت
	۰/۰۰۱	۶/۸۱		۰/۴۳	۰/۱۸	طرحواره جنسیتی مردانگی
	۰/۰۲	-۲/۳۸		-۰/۱۴	-۰/۱۰	طرحواره جنسیتی زنانگی
	۰/۳۳	۰/۹۸		۰/۰۶	۰/۰۲	طرحواره جنسیتی خنثی

بحث و نتیجه گیری:

نتایج پژوهش حاکی از آن بودند که بین طرحواره های جنسیتی افراد و میزان سلامت جنسی رابطه معنادار وجود دارد. با توجه به نتایج به دست آمده طرحواره مردانگی و طرحواره خنثی با سلامت جنسی رابطه مثبت و معناداری دارد، به این معنا که با افزایش طرحواره مردانگی و طرحواره خنثی، سلامت جنسی نیز افزایش می‌یابد. رابطه طرحواره زنانگی با سلامت جنسی منفی و معنادار است، یعنی با افزایش طرحواره زنانگی سلامت جنسی کاهش می‌یابد.

طرحواره های جنسیتی به سه دسته طرحواره های زنانگی، مردانگی و خنثی تقسیم شد. بین طرحواره های مردانگی و خنثی با سلامت جنسی رابطه معنادار مثبت مشاهده

شد و بین طرحواره زنانگی و سلامت جنسی رابطه منفی مشاهده شد. بین طرحواره های جنسیتی با میزان بروز علائم یائسگی و نیز علائم هیجانی و شناختی یائسگی نیز رابطه منفی مشاهده شد. این یافته منطبق با نتایج یافته های پژوهش لی و ادن^۱ (۲۰۰۷) بود. بین طرحواره زنانگی با میزان بروز علائم هیجانی و شناختی یائسگی رابطه مثبت معنادار مشاهده شد. و بین طرحواره خنثی با میزان بروز علائم شناختی و هیجانی یائسگی رابطه منفی معنادار مشاهده شد. نکته ای که در نظریه بم قابل توجه است، این است که افرادی که آندروژنی^۲ (طرحواره دوجنسیتی^۳ دارند) هستند و ورای کلیشه های قالبی مربوط به جنسیت خود صفات مثبتی از هر دو جنس را دارند (برای مثال، زنانی که قاطعیت و جرات ورزی را که یک ویژگی مردانه تلقی می شود در خود پرورش داده اند و یا مردانی که بهتر می توانند هیجانان و احساسات خود را بروز دهند)، در برابر چالش ها و موقعیت های استرس زای زندگی (همچون ورود به دوره یائسگی) بهتر عمل می کنند. برخورد موثرتر و سازنده تر با پدیده ی یائسگی در زنان میانسال، منجر به سازگاری بیشتر فرد در زندگی اجتماعی، روابط میان فردی، روابط زناشویی و کیفیت زندگی می شود. یافته های پژوهش از نظریه بم حمایت می کند.

تغییرات مختلف در زندگی زنان مثل تغییر در نقش ها و مسئولیت ها باعث تغییر خواسته ها و انتظارات فرد یائسه از خود، اطرافیان و جامعه می شود به طوری که آنها نیاز به حمایت بیشتری را احساس کرده و در صورت عدم این حمایت، نگرش منفی نسبت به این دوران در آنها ایجاد می شود (نکویی، ۲۰۰۷). بعضی از زنان به دلیل نگرش منفی، حالت بهت، ناباوری و بی قراری را تجربه می کنند. مولفانی همچون کنی^۴ (۱۹۹۵)، از پدیده ای با عنوان "فرهنگ جوان انگاری زنانگی" یاد می کنند و معتقدند که در جامعه ای که زنانگی، عموماً به زنان جوان اطلاق می شود و زنان میانسال و سالمند را فاقد

^۱ . Liu, J., & Eden, J.

^۲ . androgynous

^۳ . heterosexual schema

^۴ . Coney, S.

زنانگی می دانند، طبیعتاً یائسگی تهدید کننده هویت جنسی افراد می شود. چنین افرادی اضطراب بیشتری را تجربه می کنند و به طبع آن، افزایش نورآدرنالین در خون را شاهد هستیم. پژوهش ها نشان می دهد که در طی گر گرفتگی، نورآدرنالین در خون افزایش می یابد (فریدمن^۱، ۲۰۰۱؛ ۲۰۰۲). به عبارت دیگر، می توان علیتی حلقوی را بین حالات روانشناختی و میزان تجربه علائم یائسگی در نظر گرفت.

آگاه سازی زنان در خصوص لزوم توانمندسازی خود و آمادگی روانی-اجتماعی جهت ورود به دوران یائسگی و مراحل بعدی زندگی اقدامی اساسی است. آنچه استمرار و دوام نقشهای جنسیتی تفکیک شده را فراهم می سازد، وجود نهادهای جامعه پذیری از جمله خانواده، مدرسه، گروه همسالان و رسانه های جمعی است. این نهادها، نقش های جنسیتی را به عنوان یک هنجار نشان داده و از دختر و پسر انتظار آن می رود که با این هنجارها همناوا باشد. بنابراین، این هنجارها در کودک درونی سازی شده و در بزرگسالی به عنوان صفاتی ثابت و پایدار باقی می ماند. شایسته تر آن است که به جای آموزش نقش های کلیشه ای زنانه و یا مردانه به کودکان، نقش های انسانی سازگاران و ورای جنسیت به آنها آموخته شود.

منابع

آرمان، سرور، فهامی، فریبا، حسن زهرایی، روشنگر (۱۳۸۴). مقایسه اختلالات عملکرد جنسی زنان قبل و بعد از یائسگی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*. ۸ (۳): ۱-۷.

علی اکبری دهکردی، مهناز؛ احمدی ازغندی، علی؛ و حسینایی، علی (۱۳۹۱). فرسودگی شغلی میانسال: یک رویداد تحولی بالقوه. *روانشناسی تحولی*، ۸، ۲۷۹-۲۸۹.

Bem, S. L., (۱۹۸۱). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354-364.

^۱. Freedman, R. R.

- Coney, Sandra. (1995). *The menopause industry*. London: Women's Press.
- Crawford, M., Unger, R., (2004). *Women and gender*. New York: McGraw-Hill Companies.
- Edwards, W.M., & Coleman, E. (2004). Defining sexual health. *Archives of sexual behavior*, 33, 189-195.
- El-Kak, F (2013). Sexuality and Sexual Health: Constructs and Expressions in the Extended Middle East and North Africa. *Vaccine*, 31, 45-50.
- Freedman, R. R. (2001). Physiology of hot flashes. *American Journal of Human Biology*, 13(4), 453-464.
- Freedman, R. R. (2002). Hot flash trends and mechanisms. *Menopause*, 9(3), ۱۵۱-۱۵۲.
- Hunter, M.S. & O'Dea, I. (1997). Menopause: bodily changes and multiple meanings. In: *Body Talk* (ed. J.M.Ussher), (pp. 199-222). Routledge, London.
- Kingsberg, Sh. (2002). The impact of aging on sexual function in women and their partners. *Archives of sexual behavior*, 31, 431-437.
- Liu, J., & Eden, J. (2007). Experience and attitudes toward menopause in Chinese women living in Sydney—a cross sectional survey. *Maturitas*, 58(4), 359-365.
- Mouridsen, HT., Lønning, P., Beckmann, MW., Kimberly Blackwell, K., Julie Doughty, J., Gligorov, J., Llombart-Cussac, A., Robidoux, A., Thürlimann, B. & Gnant, M. (2010). Use of aromatase inhibitors and bisphosphonates as an anticancer therapy in postmenopausal breast cancer. *Review of Anticancer Therapy*. 10, 1825-1836.
- Nekoei, N. (۲۰۰۷). *Consulting in menopause*. Isfahan: Isfahan University of Medical Science.
- Rajaeefard, A., Mohammad-Beigi, A. and Mohammad-Salehi, N. (2011). Estimation of natural age of menopause in Iranian women: A meta-analysis study. *Koomesh*. 13, 1-7.
- World health organization (1975). *Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals*. Geneva, Author.
- World health organization (2002). *Gender and reproductive rights, glossary, sexual health*. Retrived September 15, 2015, from www.who.int