

بررسی رابطه بین دلزدگی زناشویی، باورهای بدکارکردی جنسی و احقاق جنسی در زنان دارای همسر مبتلا به دیابت و مقایسه آن با زنان دارای همسر غیرمبتلا

The Relationship Between Couple Burnout, Sexual Assertiveness, and Sexual Dysfunctional Beliefs in Women With Diabetic Husbands and Comparing Them With Women With Non - Diabetic Husbands

E. Asadi, M. D.

✉ عدالت اسدی

کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه شهید بهشتی

L. Mansour, Ph.D.

دکتر لادن منصور

عضو هیأت علمی دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

A. Khodabakhshi, Ph.D.

دکتر آناهیتا خدابخشی کولایی

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

J. Fathabadi, Ph.D.

دکتر جلیل فتح‌آبادی

عضو هیأت علمی دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

دریافت مقاله: ۹۰/۵/۱

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۲/۶/۲۱

پذیرش مقاله: ۹۲/۸/۴

Abstract

This study attempts to consider the relationship between couple burnout, sexual assertiveness, and sexual dysfunctional beliefs in women with diabetic husbands and comparing them with women with non-diabetic husbands.

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی رابطه بین دلزدگی زناشویی، احقاق جنسی و باورهای بدکارکردی جنسی در زنان دارای همسر دیابتی و مقایسه آن با زنان دارای همسر غیردیابتی است. پژوهش حاضر روی جامعه نمونه‌ای به اندازه ۲۰۰ نفر صورت گرفته است.

✉ Corresponding author: Kordestan, Saghez, Av 32 Yards, Sarve Alley 4.
Tel: +9809381125114
Email: goli.asadi1984@yahoo.com

✉ نویسنده مسئول: کردستان، سقز، خیابان ۳۲ متری، کوچه سرو ۴
تلفن: ۰۹۳۸۱۱۲۵۱۱۴

پست الکترونیکی: goli.asadi1984@yahoo.com

This study includes a sample population of 200 individuals; 100 women with diabetic husbands and 100 women with non-diabetic husbands. These participants were selected through available sampling method. Both of the groups filled the questioners including personality trait, demographic (self-made), couple burnout (CBM), sexual assertiveness (HISA) and sexual dysfunctional beliefs (SDBQ). Results of multi- variable analysis of variance of the main question of research show that there is a meaningful difference between couple burnout, sexual assertiveness, and sexual dysfunctional beliefs in women with diabetic husbands and women with non-diabetic husbands. Women with non-diabetic husbands had higher sexual assertiveness and lower couple burnout and sexual dysfunctional beliefs than women with diabetic husbands.

It seems that one of the most important factors influencing and increasing couple burnout, increasing wrong sexual beliefs regarding sexual function, and decreasing sexual assertiveness in women is sexual dysfunction of the husband. In fact, women whose husbands suffer from chronic diseases such as diabetes (resulting in sexual dysfunction in patients) have lower sexual assertiveness and higher couple burnout and sexual dysfunctional beliefs comparing to other women.

Keywords: couple burnout, sexual assertiveness, sexual dysfunctional beliefs, diabetes.

۱۰۰ نفر از آن‌ها از جامعه زنان دارای همسر دیابتی و ۱۰۰ نفر دیگر از جامعه زنان دارای همسر غیردیابتی به روش نمونه‌گیری جامعه در دسترس انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه ویژگی‌های دموگرافیک (محقق‌ساخته)، مقیاس دلزدگی زناشویی (CBM)، شاخص احقاق جنسی هالبرت (HISA) و پرسش‌نامه باورهای بدکارکردی جنسی (SDBQ) بودند. داده‌ها با کاربرد آمار توصیفی (جدول توصیفی داده‌ها، فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی از قبیل ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چندمتغیره و تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA)، تحلیل شد. نتایج نشان داد، بین دلزدگی زناشویی، باورهای بدکارکردی جنسی و احقاق جنسی در زنان دارای همسر دیابتی با زنان دارای همسر غیردیابتی در هر سه مؤلفه مورد بررسی، تفاوت معناداری وجود دارد؛ زنان دارای همسر دیابتی در مؤلفه احقاق جنسی از میانگین پایین‌تر و در مؤلفه دلزدگی زناشویی و باورهای بدکارکردی جنسی نیز از میانگین بالاتری نسبت به زنان دارای همسر غیردیابتی برخوردار بودند. با توجه به نتایج این پژوهش به نظر می‌رسد یکی از عوامل مهمی که در ایجاد یا افزایش دلزدگی زناشویی، تشدید باورهای غلط جنسی در زمینه عملکرد جنسی و میزان احقاق جنسی در زنان تأثیرگذار است، اختلال و کژکارکردی جنسی در همسر می‌باشد. در واقع زنانی که همسرشان از بیمارهای مزمنی چون دیابت (که منجر به اختلال در عملکرد جنسی فرد می‌شود) رنج می‌برند، دارای احقاق جنسی پایین‌تر و میزان دلزدگی زناشویی و باورهای بدکارکردی جنسی بالاتری از سایر زنان هستند.

کلیدواژه‌ها: دلزدگی زناشویی، احقاق جنسی، باورهای بدکارکردی جنسی، دیابت.

مقدمه

دیابت^۱، یک بیماری مزمن است که در نتیجه کمبود یا مهار شدن اثر انسولین ایجاد می‌شود و همراه با اختلال در متابولیسم کربوهیدرات‌ها، چربی و پروتئین است (فدراسیون بین‌المللی دیابت، ۲۰۰۶). یکی از عوارض بلندمدت این بیماری، اختلال عملکرد جنسی است. اختلال عملکرد جنسی در مردان مبتلا به دیابت، شامل مواردی چون کاهش میل جنسی، ضعف انزال، ضعف نعوظ و در نهایت اختلال در رضایتمندی جنسی می‌شود (محبی نوبندگانی و همکاران، ۱۳۸۹). براساس مطالعات مختلف ۲۵/۷ الی ۷۵ درصد از مردان دیابتی از مشکلات جنسی رنج می‌برند (محبی نوبندگانی و همکاران، ۱۳۸۹). براساس نتایج پژوهش دوهرمین (۱۹۷۷)، به نقل از آلارد، (۲۰۰۸)، استرس و پریشانی عاطفی مربوط به بیماری‌های مزمن مثل دیابت یا اختلالات قلبی - عروقی، بر روابط خانوادگی اغلب در شکل تعارض‌هایی فراتر از تنظیم برنامه غذایی، تجویز دارو و فعالیت جسمی تأثیر می‌گذارد. در پژوهش صورت‌گرفته توسط کلایتون^۲ و رامامورتی^۳ (۲۰۰۸)، مشخص شد که بیماری‌هایی از قبیل بیماری‌های لگنی، بیماری‌های قلبی - عروقی، بیماری‌های مربوط به غدد درون‌ریز (مانند دیابت) و بیماری‌های مربوط به اعصاب، بر سلامت جنسی انسان تأثیر می‌گذارند. از جمله پژوهش‌های انجام‌گرفته در زمینه تأثیرات منفی دیابت و سایر بیماری‌های مزمن بر عملکرد و سلامت جنسی افراد مبتلا، می‌توان به پژوهش‌های پارکر و پارکر (۲۰۰۴)، کلایتون و رامامورتی (۲۰۰۸)، بالون (۲۰۰۸) و ترایف (۲۰۰۶) اشاره کرد.

علاوه بر ناتوانی جنسی همسر، یکی دیگر از عواملی که با بدکارکردی جنسی و رضایتمندی جنسی زنان ارتباط دارد، باورهای شناختی آن‌هاست. بر اساس نظریه شناختی، افراد درباره توانایی‌ها و هویت جنسی خود باورهایی را شکل می‌دهند. هندر مارک (به نقل از کافل و همن، ۲۰۰۶) معتقد است باورها و طرحواره‌های شناختی^۴ زیربنای رفتارها و پاسخ‌های جنسی هستند. این باورها و طرحواره‌های زیربنایی آن‌ها که بر اساس تجربه‌های گذشته شکل می‌گیرند، چگونگی پردازش اطلاعات مرتبط با مسائل جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهند و رفتار جنسی فرد را در آینده هدایت می‌کنند. بر اساس تئوری شناختی به نظر می‌رسد، بین رفتارها و اختلالات جنسی با باورهای جنسی^۵ رابطه وجود دارد. مطالعات قبلی نشان داده است که باورهای جنسی متفاوت در شکل‌گیری بدکارکردی‌های جنسی متفاوت نقش مهمی دارند (نوبره و پنتو - گویا، ۲۰۰۳). این نتایج در پژوهش آدامز، چاپوردیا و لفلند (۱۹۹۶) نیز تأیید شده است. بنابراین می‌توان گفت احتمالاً به دلیل وجود اختلال عملکرد جنسی در همسران مردان دیابتی، احتمالاً طرحواره‌های شناختی جنسی این افراد نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

مفهوم دیگر، احقاق جنسی است. احقاق جنسی^۶ به منزله نوع فرعی ارتباط جنسی است و به عنوان توانایی فرد در جهت برقراری رابطه جنسی برای رفع نیازهای جنسی و آغاز کردن رفتار جنسی

با شریک جنسی یا همسر قلمداد می‌شود (شافر، ۱۹۷۷؛ به نقل از منارد و آفمن، ۲۰۰۹). احقاق جنسی یکی از عوامل مهم رضایتمندی جنسی در روابط جنسی زنان با همسران‌شان می‌باشد. نتایج پژوهش‌ها حاکی از همبستگی قوی بین عزت نفس جنسی، احقاق جنسی و رضایتمندی جنسی است. همچنین نتایج نشان داد که احقاق جنسی و عزت نفس جنسی دو فاکتور مهم‌اند که می‌توانند بر سطوح رضایتمندی جنسی تأثیر بگذارند (منارد و آفمن، ۲۰۰۹). تستا و درمن (۱۹۹۹؛ به نقل از مورفی، ۲۰۰۲) نیز در پژوهش خود پی بردند که عزت‌نفس و احقاق جنسی کلی پایین، از جمله ویژگی‌های شخصیتی زنانی است که در روابط زناشویی خود اعمال زور جنسی را تجربه کرده‌اند.

متغیر دیگر مورد بررسی در این پژوهش دلزدرگی عاطفی است که ناشی از عدم تناسب بین انتظارات و واقعیت است و میزان آن به میزان سازگاری زوجین و باورهایشان بستگی دارد. این پدیده امری تدریجی است و به‌ندرت ناگهانی اتفاق می‌افتد. در حقیقت، عشق و صمیمیت به تدریج تحلیل می‌رود و همراه با آن فرسودگی کلی به‌وجود می‌آید. این پدیده با فروپاشی رابطه و با رشد آگاهی و توجه به چیزهایی که به اندازه گذشته خوشایند نیستند، شروع می‌شود و اگر در این مرحله کاری برای جلوگیری از پیشرفت این روند صورت نگیرد، همه چیز از مرحله بد به بدتر می‌رسد. در بدترین حالت، دلزدگی منجر به قطع‌شدن و گسستن رابطه زناشویی می‌شود (پاینز، ۲۰۰۲). نتایج پژوهش اکبرگ (۱۹۸۶) نشان می‌دهد که وجود بیماری مزمن در یکی از زوجین به دلیل افزایش بار مسئولیت‌های اضافی ناشی از بیماری، همچون مراقبت‌های روزانه، می‌تواند منجر به شکل‌گیری و بروز دلزدگی زناشویی^۸ در دیگری شود.

از دیدگاه سیستمی نوعی فعل و انفعال پویا بین انواع روابط و سلامتی وجود دارد (آلرد^۹، ۲۰۰۸). یکی از جنبه‌های منفی و تأثیرگذار بیماری‌های مزمن، ایجاد مشکل و اختلال در روابط جنسی زوجین است. در واقع سلامت جنسی یکی از فاکتورهای مهم و تأثیرگذار بر رضایتمندی جنسی و روابط زناشویی زوجین محسوب می‌شود.

اختلالات پزشکی با دوره طولانی، بیماری‌های مزمن از جمله دیابت، تجویز دارو و مشکلات جسمی، عوامل مربوط به سبب‌شناسی^{۱۰} در بدکارکردی جنسی هستند (پارکر^{۱۱} و پارکر، ۲۰۰۴). بنابراین می‌توان این احتمال را مطرح کرد که وجود یک بیماری مزمن در یکی از زوجین، به واسطه ایجاد اختلال در عملکرد جنسی، باعث به‌وجودآمدن دلزدگی زناشویی، تأثیر بر احقاق جنسی و شکل‌گیری نوعی از باورهای جنسی ناکارآمد خواهد شد.

با توجه به مشکلاتی که بیماری دیابت در زمینه کارکرد جنسی مردان ایجاد می‌کند و نیز با توجه به پیامدهای ناخوشایندی چون فرسودگی جسمی شامل؛ خستگی، ملالت، سردردهای مزمن و ناراحتی معده، کمبود میل جنسی و پرخوری، فرسودگی عاطفی شامل؛ دلخوری، بی‌میلی برای حل

مشکلات و احساس غم و دلتنگی، ناامیدی، احساس بی‌معنایی، افسردگی، و احساس تنهایی (پاینز، ۱۹۹۶) انجام پژوهشی در این باره ضروری می‌نماید. بنابراین پژوهش حاضر در پی پاسخ به این مساله است که بین دلزدگی زناشویی، باورهای بدکارکردی جنسی و احقاق جنسی در بین همسران مردان با یا بدون دیابت چه رابطه‌ای وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر را می‌توان از نوع علی - مقایسه‌ای دانست، بدین جهت که علت‌های دلزدگی زناشویی، احقاق و بدکارکردی جنسی از طریق مقایسه دو گروه از زنان دارا و فاقد همسر دیابتی بررسی می‌شود. بیماری دیابت را نیز می‌توان علتی دانست که در گذشته تأثیر خود را بر متغیرهای مورد بررسی گذاشته است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل دو گروه بود؛ گروه اول شامل زنانی بود که همسرشان از بیماری دیابت رنج برده و هم‌چنین عضو انجمن دیابت ایران شعبه مرکزی بودند (این انجمن دارای شعب متعددی در تعدادی از شهرهای ایران می‌باشد) و گروه دوم شامل تمامی زنان متأهل ساکن شهر تهران بود که همسران‌شان از بیماری خاصی از جمله دیابت رنج نمی‌بردند. حجم نمونه در این پژوهش شامل ۲۰۰ نفر بود.

شیوه نمونه‌گیری در این پژوهش، نمونه‌گیری از جامعه در دسترس بود، به‌طوری که از میان تمامی مردان متأهل مبتلا به دیابت که به مرکز انجمن دیابت ایران مراجعه می‌نمودند و عضو این انجمن محسوب می‌شدند، ۱۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند تا پرسش‌نامه‌ها را جهت تکمیل به همسران‌شان بدهند (دلیل این امر که پرسش‌نامه‌ها مستقیم به خود همسران مردان مبتلا به دیابت داده نمی‌شد، عدم دسترسی مستقیم به آن‌ها بود). هم‌چنین ۱۰۰ نفر از زنانی که همسران‌شان بیماری خاصی از جمله دیابت نداشتند به شیوه نمونه‌گیری از جامعه در دسترس جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها انتخاب شدند و بر اساس متغیرهای سن، سن همسر، مدت ازدواج و اختلاف سنی هم‌تاسازی شدند. اطلاعات مربوط به این متغیرها در جدول شماره ۱ آمده است.

ابزارهای پژوهش

شاخص احقاق جنسی هالبرت^{۱۲} (HISA): این آزمون در سال ۱۹۹۲ توسط دیوید فارلی هالبرت برای سنجش میزان احقاق جنسی زنان در تعامل با دیگران تدوین شد (هالبرت و اپت، ۱۹۹۲). آزمون شامل ۲۵ سوال است و در انتخاب گزینه‌های آن از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت استفاده

شده است. گزینه‌ها از همیشه تا هرگز درجه‌بندی شده است. در اجرای شاخص جنسی هالبرت توسط دیوید فارلی هالبرت، اعتبار آزمون - بازآزمون، $0/86$ به‌دست آمد. در اجرای آن توسط شفيعی (۱۳۸۴) روی ۴۰ دانشجوی زن متأهل ضریب آلفای کرانباخ $0/92$ بود. در اجرای مجدد آن توسط بای (۱۳۸۷) روی ۱۵ زن تحصیلکرده متأهل، ضریب آلفای کل آزمون $0/95$ به‌دست آمد. این شاخص دارای روایی محتوایی ساختاریافته با ثبات درونی $0/91$ است. این ابزار بنا به نظرسنجی از اساتید و صاحب‌نظران از روایی مناسبی برخوردار است (ثنایی، ۱۳۸۷).

پرسش‌نامه باورهای بدکارکردی جنسی^{۱۳} (SDBQ): این پرسش‌نامه ۴۰ ماده‌ای برای ارزیابی باورها و تصورات غالبی جنسی است که در ادبیات بالینی به عنوان عوامل مستعدکننده ایجاد بدکارکردی جنسی مردان و زنان تلقی می‌شود. پرسش‌نامه در دو نسخه مردان و زنان ارائه شده است، هر کدام از آن‌ها باورهای وابسته به هر جنس را به طور اختصاصی اندازه‌گیری می‌کنند. از افراد خواسته می‌شود تا موافقت خود را در یک مقیاس ۵ درجه‌ای؛ از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۵ مشخص کنند (نوبر و پینو - گویا، ۲۰۰۳؛ به نقل از نوبر و پینتو - گویا، ۲۰۰۶).

زیرمقیاس فرم زنان شامل ۶ باور می‌باشد: باورهای مربوط به پاکدامنی زن، باورهای مربوط به میل و لذت جنسی به‌مثابه گناه، باورهای مربوط به تصویر بدنی، باورهای مربوط به تقدم عاطفه بر لذت جنسی و باورهای مربوط به تقدم وظایف مادرانه بر رابطه جنسی. پایایی آزمون - بازآزمون برای نسخه مردان و زنان با فاصله چهار هفته، دارای همبستگی معنادار و رضایت‌بخشی بوده است ($0/80 = r$ و $0/73 = r$). آلفای کرانباخ برای نسخه مردان $0/93$ و برای نسخه زنان $0/81$ همسانی درونی پرسش‌نامه را تأیید کرد (نوبر، پینتو - گویا، ۲۰۰۶). در نسخه فارسی این پرسش‌نامه برای مردان همسانی درونی $0/89$ و برای نسخه زنان همسانی درونی $0/80$ به‌دست آمده است. همچنین روایی همگرایی آن با پرسش‌نامه نگرش‌های ناکارآمد $0/76$ بوده است (محمدی؛ قائدی؛ محمدی جوینده، ۱۳۸۶).

پرسش‌نامه دلدزدگی زناشویی^{۱۴} (CBM): این پرسش‌نامه یک ابزار خودسنجی است که برای اندازه‌گیری میزان دلدزدگی زناشویی بین زوجین طراحی گردیده است. این پرسش‌نامه شامل ۲۱ گویه است که نشان‌دهنده نشانگان دلدزدگی است و دارای سه جزء اصلی؛ از پا افتادن جسمی (مثل: احساس خستگی، سستی و داشتن اختلال خواب)، از پا افتادن عاطفی (احساس افسردگی، ناامیدی، احساس در دام افتادن) و از پا افتادن روانی (مثل: احساس بی‌ارزشی، سرخوردگی و خشم نسبت به همسر) می‌شود. تمام این گویه‌ها روی یک مقیاس هفت‌امتیازی پاسخ داده می‌شوند. سطح ۱ معرف عدم تجربه عبارت مورد نظر و سطح ۷ معرف تجربه زیاد عبارت مورد نظر است (پاییز، ۱۹۹۶؛ ترجمه

شاداب، ۱۳۸۱). ارزیابی اعتبار CBM نشان داد که در این پرسش‌نامه همسانی درونی بین متغیرها در دامنه ۰/۸۴ و ۰/۹۰ است. روایی CBM به‌وسیله همبستگی‌های منفی با ویژگی‌های ارتباطی مثبت به تأیید رسیده است؛ مانند: نظر مثبت در مورد ارتباط، کیفیت مکالمه، احساس امنیت، خودشکوفایی، احساس هدفمندی، کشش و جاذبه عاطفی نسبت به همسر و کیفیت رابطه جنسی آن‌ها. نسخه‌های ترجمه شده CBM به‌طور موفقیت‌آمیزی در مطالعات بین‌فرهنگی در نروژ، مجارستان، مکزیک، اسپانیا، پرتغال، فنلاند و اسرائیل استفاده شده است (پاینز و نانز، ۲۰۰۳).

در ایران نویدی (۱۳۸۴) آلفای کرانباخ این پرسش‌نامه را در مورد نمونه ۲۴۰ نفری، ۱۲۰ پرستار و ۱۲۰ معلم اندازه‌گیری کرد که مقدار آن ۰/۸۶ شد. در پژوهش ادیب‌راد و ادیب‌راد (۱۳۸۴) نیز ضریب اطمینان آزمون - بازآزمون، ۰/۸۹ برای یک دوره یک‌ماهه، ۰/۷۶ برای یک دوره دوماهه و ۰/۶۶ برای یک دوره چهارماهه به‌دست آمد. تداوم درونی برای اغلب آزمودنی‌ها با ضریب آلفا سنجیده شد که بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ بود (پاینز، ۱۹۹۶؛ ترجمه شاداب، ۱۳۸۱).

یافته‌ها

در این بخش یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و سپس نتایج تحلیل‌هایی که به منظور بررسی سوال پژوهش انجام شده است، ارائه می‌گردد.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی مرتبط با پژوهش در دو گروه زنان دارای همسران

دیابتی و دارای همسران غیردیابتی

گروه	شاخص	سن فرد	سن همسر	اختلاف سنی	مدت ازدواج
زنان دارای همسران غیردیابتی	میانگین	۳۷/۱۲	۴۱/۹۶	۴/۷۳	۱۰/۸۹
	انحراف استاندارد	۴/۹۱۵۹۴	۵/۹۴۰۹۵	۲/۶۱۷۵۱	۴/۴۱۷۶۳
زنان دارای همسران دیابتی	میانگین	۳۵/۹۱	۴۴/۶۶	۵/۲۴	۱۱/۴۹
	انحراف استاندارد	۴/۳۴۱۷۱	۵/۱۱۹۲۳	۱/۹۷۰۰۸	۴/۱۴۹۹۵

با توجه به داده‌های جدول ۱، میانگین سنی زنان دارای همسر دیابتی و همسران‌شان به ترتیب ۳۵/۹۱ و ۴۴/۶۶ و اختلاف سنی با همسران‌شان به طور میانگین ۵/۲۴ سال و میانگین مدت ازدواج نیز ۱۱/۴۹ سال ارزیابی شده است. همچنین میانگین سنی زنان دارای همسر غیردیابتی و همسران‌شان به ترتیب ۳۷/۱۲ و ۴۱/۹۶ و اختلاف سنی با همسران‌شان به طور میانگین ۴/۷۳ سال و میانگین مدت ازدواج نیز ۱۰/۸۹ سال ارزیابی شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای دزدگی زناشویی، احقاق جنسی، باورهای بدکارکردی جنسی زنان دارای همسر دیابتی و زنان دارای همسر غیردیابتی

زنان (دارای همسر غیردیابتی)					زنان (دارای همسر دیابتی)					متغیر
انحراف معیار	میانگین	بیشینه	کمینه	تعداد	انحراف معیار	میانگین	بیشینه	کمینه	تعداد	
۱۲/۹۵	۸۵/۸۱	۱۰۹	۶۸	۱۰۰	۱۰/۴	۹۰/۶	۱۰۹	۶	۱۰۰	دزدگی زناشویی
۱۶/۹۵	۳۷/۸۲	۷۱	۸	۱۰۰	۱۷/۷۸	۳۱/۴۹	۷۱	۸	۱۰۰	احقاق جنسی
۵/۰۲	۳۱/۸۷	۴۰	۲۶	۱۰۰	۵/۴۳	۳۳/۶	۴۰	۲۶	۱۰۰	محافظه کاری جنسی
۴/۰۱	۱۷/۲۱	۲۵	۱۲	۱۰۰	۴/۵۸	۱۸/۶۶	۲۵	۱۲	۱۰۰	تمایل جنسی
۳/۵۷	۱۷/۰۶	۲۵	۱۰	۱۰۰	۳/۴۰	۱۶/۸۶	۲۵	۱۰	۱۰۰	باورهای وابسته به سن
۲/۴۴	۱۲/۷۵	۲۵	۸	۱۰۰	۳/۲۶	۱۳/۳۲	۲۵	۸	۱۰۰	باورهای خودپنداره جسمی
۵/۷۰۳	۲/۱۰	۲۵	۱۲	۱۰۰	۳/۲۱	۲۱/۰۱	۲۵	۱۲	۱۰۰	انکار کردن تقدم عاطفه
۱/۴۱	۱۳/۵۰	۱۶	۱۱	۱۰۰	۱/۴۱	۱۳/۵۰	۱۶	۱۱	۱۰۰	تقدم مادری
۱۲/۹۹	۱۱۳/۴۰	۱۳۳	۸۹	۱۰۰	۱۲/۰۴	۱۱۷/۱۵	۱۳۳	۸۹	۱۰۰	باورهای بدکارکردی جنسی

با توجه به داده‌های جدول شماره ۲ میانگین دزدگی زناشویی در دو نمونه زنان دارای همسر دیابتی و زنان دارای همسر غیردیابتی به ترتیب ۹۰/۶۰ و ۸۵/۸۱، میانگین احقاق جنسی در هر دو نمونه به ترتیب ۳۱/۴۹ و ۳۷/۸۲ و میانگین باورهای بدکارکردی جنسی نیز به ترتیب ۱۱۷/۱۵ و ۴۰ می‌باشد. همان طور که از آمار فوق استنتاج می‌شود، میانگین دزدگی زناشویی و باورهای بدکارکردی جنسی در زنان دارای همسر دیابتی بالاتر و میانگین احقاق جنسی در آن‌ها، پایین‌تر از زنان دارای همسر غیردیابتی است. در میانگین متغیرهای وابسته سه‌گانه دو گروه از زنان مورد مطالعه مورد مقایسه قرار گرفته است.

سوال: آیا بین دزدگی زناشویی، باورهای بدکارکردی جنسی و احقاق جنسی در زنان دارای همسر دیابتی با زنان دارای همسر غیردیابتی تفاوت معناداری وجود دارد؟
با توجه به وجود سه متغیر وابسته برای بررسی اثر گروه، از آزمون چندمتغیری تحلیل واریانس استفاده شده است. خلاصه نتایج به‌دست‌آمده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل واریانس برای بررسی معناداری شاخص‌های چندمتغیره در زنان واجد و فاقد همسران دیابتی

شاخص منابع تغییرات	ارزش F	درجه آزادی فرضیه	خطای درجه آزادی	سطح معناداری
آزمون پیلایی	۳/۴۵۵	۳	۱۹۶	۰/۰۱۸
لامبدای ویلکز	۳/۴۵۵	۳	۱۹۶	۰/۰۱۸
هتلینگ	۳/۴۵۵	۳	۱۹۶	۰/۰۱۸
آزمون ری	۳/۴۵۵	۳	۱۹۶	۰/۰۱۸

همان‌گونه که در جدول شماره ۳ دیده می‌شود؛ مقدار مشخصه آماری $F = ۳/۴۵۵$ برای هر چهار شاخص اندازه‌های چندمتغیری در سطح $\alpha = ۰/۰۵$ معنادار می‌باشد. به عبارت دیگر نتایج تحلیل واریانس نشان می‌دهد که تفاوت بین دزدگی زناشویی، باورهای بدکارکردی جنسی و احقاق جنسی در زنان دارای همسر دیابتی با زنان دارای همسر غیردیابتی، حداقل در یک مؤلفه از این متغیرها معنادار است. برای روشن شدن این موضوع که تفاوت‌های مشاهده‌شده مربوط به کدام متغیر پژوهش است، تحلیل واریانس یک‌راهه انجام شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴: تحلیل واریانس تک‌متغیره برای بررسی تفاوت میانگین متغیرهای پژوهش در دو گروه از زنان واجد و فاقد همسران دیابتی

شاخص منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اثر گروه	۲۰۰۳/۴۴۵	۱	۲۰۰۳/۴۴۵	۶/۶۳۹	۰/۰۱۱
	۱۱۴۷/۲۰۵	۱	۱۱۴۷/۲۰۵	۸/۳۱۳	۰/۰۰۴
	۷۰۳/۱۲۵	۱	۷۰۳/۱۲۵	۴/۴۷۹	۰/۰۳۶
خطا	۵۹۷۵۱/۷۵	۱۹۸	۳۰۱/۷۷۷		
	۲۷۳۲۵/۳۹	۱۹۸	۱۳۸/۰۰۷		
	۳۱۰۸۲/۷۵	۱۹۸	۱۵۶/۹۸۴		
کل	۳۰۱۹۴۹	۲۰۰			
	۱۵۸۴۴۹۷	۲۰۰			
	۲۶۸۹۴۵۱	۲۰۰			

با توجه به داده‌های جدول شماره ۴ چون F در مؤلفه «احقاق جنسی» با مقدار (۶/۶۳۹)، در مؤلفه «دزدگی زناشویی» با مقدار (۸/۳۱۳) و در مؤلفه «باورهای بدکارکردی جنسی» با مقدار (۴/۴۷۹)، با درجات آزادی (۱ و ۱۹۸) در سطح $\alpha = ۰/۰۵$ معنادار است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین دزدگی زناشویی، باورهای بدکارکردی جنسی و احقاق جنسی در زنان دارای همسر دیابتی با زنان دارای همسر غیردیابتی در هر سه مؤلفه مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد. پس از مشخص شدن وجود تفاوت در متغیرهای سه‌گانه در بین دو گروه، با استفاده از آزمون تعقیبی LSD تفاوت بین دو گروه بررسی و در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

نتایج آزمون تعقیبی LSD، وجود تفاوت مؤلفه احقاق جنسی بین زنان دارای همسر دیابتی با غیردیابتی را با اختلاف میانگین $۶/۳۳ -$ و انحراف معیار $۲/۴۵۷$ در سطح $\alpha = ۰/۰۵$ مورد تایید قرار می‌دهد و با توجه به این‌که میانگین گروه زنان دارای همسر دیابتی در مقایسه با گروه زنان دارای همسر غیردیابتی بیشتر است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی LSD در مورد سوال پژوهش

متغیر	IJ		اختلاف میانگین (I-J)	انحراف معیار	سطح معناداری
احقاق جنسی	غیردیابتی	دیابتی	۶/۳۳	۲/۴۵۷	۰/۰۱۱
	دیابتی	غیردیابتی	-۶/۳۳	۲/۴۵۷	۰/۰۱۱
دلزدگی زناشویی	غیردیابتی	دیابتی	-۴/۷۹	۱/۶۶۱	۰/۰۰۴
	دیابتی	غیردیابتی	۴/۷۹	۱/۶۶۱	۰/۰۰۴
باورهای بدکارکردی جنسی	غیردیابتی	دیابتی	-۳/۷۵	۱/۷۷۲	۰/۰۳۶
	دیابتی	غیردیابتی	۳/۷۵	۱/۷۷۲	۰/۰۳۶

می‌توان چنین استنباط کرد که زنان دارای همسر غیردیابتی از میانگین بالاتری در مؤلفه احقاق جنسی برخوردارند. در مؤلفه دلزدگی زناشویی و باورهای بدکارکردی جنسی نیز زنان دارای همسر دیابتی از میانگین بالاتری برخوردارند.

بحث

آگاهی فرد از وجود بیماری همسرش می‌تواند نوعی شوک روانی به فرد وارد کند؛ چراکه دیابت یک بیماری مزمن است که عوارض بسیاری به همراه دارد و آسیب‌های روانی ناشی از آن برای خود بیمار و مراقبین او بیشتر از سایر بیماری‌های مزمن است. هم‌چنین این بیماری به مدیریت سخت روزانه برای کنترل بیماری نیاز دارد (کروس، اشمیتز و دفلد، ۲۰۰۳). این امر خود می‌تواند بار مسئولیت اضافی و تعهدات خانوادگی بیشتری (تعهدات خانوادگی سبب ایجاد این احساس در فرد می‌شود که بعد عاطفی و احساسی‌اش نادیده گرفته شده است) را روی دوش همسر فرد دیابتی قرار دهد. از سویی یکی از عوارض بلندمدت دیابت عارضه عصبی است که اختلال در عملکرد جنسی یکی از این موارد به‌شمار می‌رود. (کلایتون و رامامورتی، ۲۰۰۸). هم‌چنین در بیماری دیابت علاوه بر عوارض جسمی و جنسی، اختلال‌های روانی چون افسردگی و اضطراب و بی‌قراری، کیفیت زندگی فرد مبتلا، به‌خصوص زندگی مشترک وی را به طور منفی دستخوش تغییر می‌کند (لاستمن، ۲۰۰۲). پژوهش‌های صورت‌گرفته درباره دیدگاه سیستمی در خانواده نشان می‌دهد که یک فعل و انفعال پویا بین انواع روابط از جمله رابطه زناشویی و سلامتی افراد (اعم از جسمی، جنسی، روانی) وجود دارد (آلارد، ۲۰۰۸). واضح است که پیامدهای ناشی از این بیماری می‌تواند زندگی مشترک فرد دیابتی را بسیار آسیب‌پذیر نماید و منجر به وقوع نارضایتی زناشویی (به ویژه نارضایتی جنسی) در همسر وی شود. رضایت‌مندی زناشویی پایین می‌تواند منجر به سرخوردگی و دلزدگی از جنبه‌های متفاوتی از زندگی زناشویی (به ویژه ارتباط جنسی) در همسر فرد دیابتی شود و کیفیت زندگی زناشویی وی را به طور چشم‌گیری کاهش دهد. ارتباط بین رابطه جنسی ضعیف و دلزدگی زناشویی می‌تواند دارای دو مفهوم باشد: زمانی که رابطه جنسی ضعیف است یا ارضاکننده نیست بروز دلزدگی

زناشویی را آسان‌تر می‌کند؛ یا این که دلزدگی سبب اختلال در رابطه جنسی می‌شود. در واقع بین این دو زمینه، می‌تواند چرخه معیوبی شکل گیرد. به اعتقاد زوج‌درمانگران رابطه جنسی ضعیف سرآغاز نابودی رابطه زناشویی است (پاینز، ۱۹۹۶؛ ترجمه گوهری‌راد و افشار، ۱۳۸۳). افسردگی و اضطراب ناشی از دیابت نیز ممکن است تا حدودی روح نشاط و شادی و تنوع را از زندگی مشترک گرفته و فضایی یکنواخت و کسل‌کننده ایجاد نماید.

با توجه به شرایط پیش‌آمده احتمال بیشتری وجود دارد که همسر فرد دیابتی در سایه باورهای جنسیتی و جنسی اشتباه، که ریشه در فرهنگ جامعه دارد، از مکانیسم واکنش وارونه استفاده کند و به مراقبت هرچه بیشتر از همسر و سرپوش گذاشتن بر خواسته‌ها، تمایلات، حقوق زناشویی‌اش به طور عام و احقاق جنسی‌اش به طور خاص بپردازد. البته دلایل اجتماعی و فرهنگی زیادی وجود دارد که زنان ممکن است خواسته‌ها و تمایلات‌شان؛ از جمله تمایلات جنسی‌شان را در زندگی مشترک متوقف کنند. دلایلی از قبیل این که زنان بر این باورند که روابط پایدار همراه با مصاحبت و حمایت، بارزتر از تأمین جنسی است، این مساله به سطح احقاق جنسی یک زن برمی‌گردد. یک ایده ضمنی این است که زنان رضایتمندی جنسی را به خاطر پایداری و تداوم امنیت قربانی می‌کنند و بنابراین واقعیت این است که زنانی که خود را بر اساس کلیشه‌های جنسیتی و جنسی برآمده از هنجارهای جامعه تعریف می‌کنند، نمی‌توانند یک خودجنسی واقعی را ابراز کنند. این امر سرآغازی برای شکل‌گیری میل جنسی کم‌کار در یک زن است (راپاپورت، ۲۰۰۹). البته این نکته حائز اهمیت است که میزان میل جنسی فرد اغلب مشکل‌ساز نیست، بلکه مساله ناهمخوانی میل جنسی زن و شوهر است؛ یعنی اگر یکی از طرفین به دفعات کمتری از رابطه جنسی در مقایسه با شریک جنسی خود نیاز داشته باشد، تعارض پیش خواهد آمد (که در اینجا این مساله در روابط جنسی فرد دیابتی و همسرش با احتمال بیشتری رخ می‌دهد)؛ بنابراین با توجه به شرایطی که شرح داده شد، می‌توان گفت همسر فرد دیابتی که همانند هر زن دیگری با انتظارات خاصی وارد زندگی زناشویی شده است، ولی با واقعیت‌های دیگری مواجه می‌گردد - که نه تنها نشان‌دهنده عدم برآورده شدن خواسته‌ها و انتظارات وی از این رابطه است، بلکه درمی‌یابد مشکلات و مسئولیت‌ها و کمبودهای جنسی و عاطفی او بسیار بیشتر از سایر زنان است - در چنین شرایطی به تدریج دچار بحران دلزدگی زناشویی می‌شود. جای تعجبی نخواهد داشت که این فرد نسبت به سایر زنان فاقد این شرایط، به میزان بیشتری به فرسودگی جسمی ناشی از دلزدگی به صورت خستگی، ملالت، ضعف، سردردهای مزمن و ناراحتی معده، کمبود میل جنسی و پرخوری عصبی و فرسودگی عاطفی همچون؛ دلخوری، بی‌میلی برای حل مشکلات، یأس و ناامیدی و احساس غم و دل‌تنگی، احساس بی‌معنایی، افسردگی، تنهایی، کمبود انگیزه و احساس در دام افتادگی، بی‌ارزشی، اختلالات هیجانی و حتی افکار خودکشی و فرسودگی روانی که علائمی چون، کاهش اعتماد به نفس (خودباوری)، نظر منفی درباره همسر، ناامیدی و

نارضایتی از خود و کمبود دوست داشتن خود را دربر دارد، دچار شود (پاینز، ۱۹۹۶، ترجمه گوهری و افشار، ۱۳۸۳).

در هر پژوهشی به ویژه در پژوهش‌های وابسته به علوم انسانی؛ بنا بر این‌که با موجودات انسانی مواجه هستیم، محدودیت‌های زیادی بر سر راه انجام پژوهش داریم، از جمله محدودیت‌هایی که در انجام این پژوهش وجود داشت، می‌توان موارد زیر را بیان کرد: ۱. واضح است که افراد مختلف از خرده‌فرهنگ‌های مختلف دارای تربیت جنسی و باورهای جنسی متفاوتی هستند؛ با توجه به این امر کنترل نمودن عامل فرهنگ و تربیت مذهبی افراد نمونه به عنوان متغیر مداخله‌گر در پژوهش حاضر جزء یکی از محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌شود. ۲. همسان نبودن افراد نمونه در زمینه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی امکان سوگیری در نتایج را افزایش می‌دهد. با توجه به ارزش انجام چنین پژوهش‌هایی پیشنهاد می‌شود موضوع پژوهش حاضر در مورد سایر بیماری‌های جسمی مزمن و بیماری‌های روانی نیز صورت گیرد. هم‌چنین نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر در زمینه ارزیابی مشکلات جنسی، زوج‌درمانی، مشاوره ازدواج و خانواده‌درمانی توسط مشاوران و درمانگران مورد استفاده قرار گیرد.

پی‌نوشت‌ها

1. Diabetes
2. Clayton
3. Rammamurthy
4. Cognitive schema
5. Sexual beliefs
6. Pinto - Gouveia
7. Sexual assertiveness
8. Couple burnout
9. Allard
10. Etiologic
11. Parker
12. Hulbert Index Of Sexual Assertiveness (HISA)
13. Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire
14. Couple Burnout Questionnaire (CBM)

منابع

احمری طهران و همکاران (۱۳۸۶). بررسی ارتباط بین طلاق و مشکلات جنسی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منتخب خصوصی شهر تهران در سال ۱۳۸۵، سومین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی، تهران: مرکز آفرینش‌های فرهنگی - هنری.

اوحدی، ب (۱۳۸۵). تمایلات و رفتارهای جنسی/انسان، چاپ هشتم، اصفهان: انتشارات صادق هدایت.

ادیب‌راد، نسترن و ادیب‌راد، مجتبی (۱۳۸۴). بررسی باورهای ارتباطی با دزدگی زناشویی و مقایسه آن در زنان متقاضی طلاق و زنان خواهان ادامه زندگی مشترک، تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، جلد ۴، شماره ۱۳، ۹۹ - ۱۱۰.

بای، فاطمه (۱۳۸۷). بررسی تأثیر گروه‌درمانی فمینیستی بر تمایل و احقاق جنسی در بین زنان متأهل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تربیت معلم تهران.

پاینز، آ. مالاچ (۱۳۸۱). چه کنیم تا عشق رویایی به دزدگی نینجامد؛ ترجمه ف. شاداب، تهران: انتشارات ققنوس.

پاینز، آ. مالاچ (۱۳۸۳). دزدگی از روابط زناشویی؛ ترجمه ح. گوهری‌راد و ک. افشار، چاپ اول، تهران: انتشارات رادمهر.

ثانی، ب و همکاران (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده‌وازدواج، چاپ دوم، تهران: بعثت.

رجب، الف (۸۹/۴/۱۵). www.SCANews.ir.

شفیعی، پریسا (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین احقاق، تمایل و هویت جنسی دانشجویان زن متأهل ۳۰ - ۲۰ ساله ساکن در خوابگاه‌های شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تربیت معلم تهران.

لولین ج. درک (۱۳۸۰). دانستنی‌های جنسی آکسفورد؛ ترجمه بهزاد رحمتی، تهران: انتشارات نوربخش.

محبی‌نوبندگان، ز؛ نجفی‌دولت‌آبادی، ش؛ کریمی، ز (۱۳۸۹). مشکلات جنسی در مبتلایان به دیابت: <http://forum.iransalamat.com>

محمدی، ا؛ قائدی، غ؛ محمدی‌جوینده، س (۱۳۸۶). ارتباط باورهای بدکارکردی جنسی و افسردگی در افراد مبتلا به اختلال‌های جنسی، سومین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی، تهران: مرکز آفرینش‌های فرهنگی - هنری.

نویدی، فاطمه (۱۳۸۴). بررسی و مقایسه دزدگی زناشویی با عوامل جو سازمانی در کارکنان ادارات آموزش و پرورش و پرستاران بیمارستان‌های شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید بهشتی.

وبسایت انجمن دیابت ایران (۱۳۸۹/۴/۱۰) http://www.ir_society.com_diabetes

Adams, S. G. & Chupurdia, K.M. & Lofland, K.R. (1996). Assissment of sexual beliefs and information in aging couples whit dysfunction, *Archives of Sexual Behavior*, 25(3), 249 - 260.

Allard, P. (2008). Intervention identified as useful for therapists working whit families managing adult onest type II diabetes, *A Doctoral Dissertation of The Graduate School of The Texas Woman's University*.

Balon, R. (2008). *Sexual dysfunction: the brain - body connection*, 29, 7 - 22.

Clayton, A. & Ramamurthy, S. (2008). Sxual dysfunction (the brain - body connection); *Advances in Psychosomatic Medicine*, 29: 70 - 88.

Ekberg, y.j. (1986). Spouse burnout syndrome, *Journal of Advanced Nursing*, 11, 161 - 165.

Hurlbert, D.F. & Apt, C. (1992). The femail sensation seeker and marital sexuality, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18, 4.

International Diabetes Federation (2006). Golobal prevalence of diabetes, *Diabetes Care* : (22), 134 - 139.

Kruse, J. & Schmitz, n. & Thefeld, w (2003). On the association between diabetes and mental disorder in community sample, *Diabetes Care*, 20: 1841 - 1846.

Kuffle, S.W. & Heiman, J.R. (2006). Effects of depressive symptoms and experimentally adopted schemas on sexual arousal and affect in sexually healthy women, *Archives of Sexual Behavior*, 35, 163 - 177.

Lustman, P. (2002). Treatment of depression in diabetes, *Psychosom*, 53: 417 - 924.

- Menard, A.p. & Offman, A. (2009). The interrelationship between sexual self - esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction, *the Canadian journal of human sexuality*, 18, pg. 35.
- Mills, J.H. (2005). The effect of deliberate psychological education on the ego development, moral development, and sexual assertiveness of college women, *A Doctoral Dissertation of Wiliam and Mary in Virginia*.
- Murphy, J. (2002). The influence of self - esteem, general assertiveness, and sexual assertiveness on the experience of sexual coercion, *A Doctoral Dissertation of B.S.E., University of Arkansas*.
- Nobre, P.J. & Pinto - Gouveia, J. (2003). Sexual dysfunctional beliefs questionnaire: as vulnerability factors to sexual problems, *Sexual and Relationship therapy*, 18, 171 - 204.
- Nobre, P.J. & Pinto - Gouveia, J. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as - vulnerability factors sexual dysfunction, *The Journal of Sex Research*, 43, 1, pg. 68.
- Parker, J.N. & Parker, P.M. (2004). *Female sexual dysfunction: A medical dictionary, bibliography, and annotated research guide to internet references*.
- Pines, A.M. (2002). The female entrepreneur: Buurnout treated using a psychodynamic existential approach, *Clinical Case Studies*, 1(2): 170 - 180.
- Rapoport, J. Z. (2009). Understanding female sexuality the effects of agency, communality adrogynocy, assertiveness, and attachment style on sexual functioning in adult women, *A Doctoral Dissertation of Adelphi University*.
- Travis, C.B. & White, j.w. (2000). *Sexuality, society, and feminism*, Newyork: American Psychology Association.
- Trief, M.P. & at, al. (2001). The marital relationship and psychosocial and glycemic control of individuals whit diabetes, *Diabetes Care*, 24, 8.
- Trief, M.P. & at, al. (2006). Marital quality and diabetes out com: The Ideate Project, families system & health, 24: pg 318.