

# بررسی همبستگی خشنودی زناشویی با کیفیت

## زندگی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲

مهین تفضلی<sup>۱</sup>، الهام آزموده<sup>۲\*</sup>، اعظم پرنان امام وردیخان<sup>۳</sup>،

دکتر سلمه دادگر<sup>۴</sup>

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران.
۳. دانش آموخته کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۸/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۱

### خلاصه

**مقدمه:** ارتقاء کیفیت زندگی، یکی از اهداف نهایی مدیریت بیماری‌های مزمن نظیر دیابت محسوب می‌شود. مواجهه با بحران ناشی از ابتلاء یکی از زوجین به دیابت، منجر به کاهش خشنودی زناشویی آن‌ها می‌شود که ممکن است بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیرگذار باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط خشنودی زناشویی با کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ در زنان دیابتی شهر مشهد انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی در سال ۹۴-۱۳۹۳ بر روی ۹۰ نفر از زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه سه پرسشنامه مشخصات فردی و بیماری، مقیاس خشنودی زناشویی اصلاح شده آذرین ناتان اچ و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های آماری همبستگی، آنالیز واریانس و رگرسیون خطی انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** در این مطالعه ۳۰ نفر (۳۳/۳٪) افراد دارای خشنودی زناشویی ضعیف و ۵۸ نفر (۶۴/۴٪) دارای خشنودی متوسط بودند. بر اساس نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن، ارتباط معنی داری بین نمره خشنودی زناشویی و کیفیت زندگی و ابعاد سلامت روانی و جسمی آن وجود داشت ( $p < ۰/۰۵$ ). بر اساس نتایج آزمون رگرسیون خطی نیز خشنودی زناشویی قادر به پیشگویی ۱/۱۴٪ واریانس نمره کیفیت زندگی در افراد مورد مطالعه بود.

**نتیجه گیری:** خشنودی زناشویی بالاتر با کیفیت زندگی بهتر زنان دیابتی ارتباط دارد و خشنودی زناشویی قادر به پیشگویی کیفیت زندگی این افراد می‌باشد. از این رو ارتقای خشنودی زناشویی و انجام مشاوره‌های خانوادگی جهت بهبود کیفیت زندگی زنان دیابتی که از اهداف اصلی مراقبتی در بیماران دیابتی است، توصیه می‌شود.

**کلمات کلیدی:** روابط زناشویی، کیفیت زندگی، دیابت ملیتوس، نوع ۲

\* نویسنده مسئول مکاتبات: الهام آزموده؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران. تلفن: ۰۵۱-۵۲۲۶۰۱۱؛ پست الکترونیک: azmoudehe@gmail.com

## مقدمه

در عصر جدید تحقیقات پزشکی بر ارزیابی پیامدهای مداخلات درمانی از منظر بیمار معطوف شده و کمتر به مقوله وجود یا فقدان علائم و نشانه‌های بیماری توجه کرده‌اند. از این رو مفهیمی نظیر کیفیت زندگی، از اهمیت فزاینده‌ای برخوردار شده و توجه زیادی را در تحقیقات به خود جلب کرده است (۱). سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را درک افراد از وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزش حاکم بر جامعه و در راستای اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق خود شخص تعریف می‌کند (۲). کیفیت زندگی در واقع مفهومی انتزاعی است و شامل حوزه‌های فیزیکی، روانشناختی، نقش‌های روزمره، عملکرد اجتماعی و درک فرد از سلامت عمومی خود می‌باشد (۱، ۳). کیفیت زندگی در واقع نشان‌دهنده درک فرد از تأثیر بیماری بر وی بوده، از این رو از اندازه‌گیری آن به عنوان شاخصی از پیامد یک بیماری استفاده می‌شود (۱، ۴).

دیابت ملیتوس، بیماری مزمنی است که شیوع آن در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته به طور قابل ملاحظه‌ای در حال افزایش است (۵)؛ به گونه‌ای که در سال ۲۰۱۲ بیشتر از ۳۷۱ میلیون نفر در جهان به این بیماری مبتلا بودند و انتظار می‌رود این رقم تا سال ۲۰۳۰ به ۵۵۲ میلیون نفر افزایش پیدا کند (۶-۸). در قسمت‌های مختلف ایران نیز شیوع این بیماری بین ۸-۵٪ متغیر است (۹). اغلب بیماران مبتلا به دیابت، خصوصاً دیابت نوع ۲ در مرکز مراقبت‌های اولیه در جهان مراقبت می‌شوند (۴). این بیماری از جمله بیماری‌هایی است که تأثیر بسزایی بر عملکرد فیزیکی، روانشناختی و روابط اجتماعی فرد داشته و در نتیجه منجر به تضعیف کیفیت زندگی مبتلایان می‌شود (۱، ۱۰). هدف نهایی از درمان تمام بیماران دیابتی در تمام گایدلاین‌ها و پروتکل‌های ملی و بین‌المللی، جلوگیری از عوارض حاد و مزمن دیابت و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان است. بنابراین آگاهی در مورد کیفیت زندگی افراد و عوامل مؤثر بر آن در این بیماران اهمیت بسزایی دارد (۱۰-۱۲). از این گذشته افزایش توجه به کیفیت زندگی نیز در دو دهه گذشته منجر به

علاقه‌مندی محققین برای بررسی و شناسایی عوامل مؤثر بر آن شده است تا با تعدیل این عوامل، در راستای ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن گام برداشت (۱۳، ۱۴). در این راستا مطالعات زیادی نشان داده‌اند که سازگاری بهتر با یک بیماری و کیفیت زندگی مطلوب‌تر، با حمایت اجتماعی بالاتر و تنازعات خانوادگی کمتر همراه است (۱۵-۱۷). تأثیر حمایت همسر بر سازگاری زوجین با بیماری‌های متعدد نیز بررسی و اثبات شده است. بر اساس مطالعات، حمایت از طرف همسر، مهم‌ترین منبع حمایتی در طی دوره‌های بیماری و عامل اصلی اثرگذار بر مدیریت بیماری‌های مزمن می‌باشد (۵، ۱۸). دیابت نیز به عنوان یک بیماری مزمن به طور اجتناب‌ناپذیری منجر به ایجاد استرس و تنش می‌شود. از این رو نیاز فزاینده‌ای به حمایت چند جانبه از این بیماران وجود دارد (۱۹). بر اساس نتایج مطالعات، حمایت فراهم شده توسط همسر، ممکن است تأثیر زیادی بر توجه به رژیم غذایی در افراد دیابتی داشته باشد (۱۳). خشنودی زناشویی نیز یکی دیگر از متغیرهای احتمالی تأثیرگذار با مکانیسم مشابه است. خشنودی زناشویی در واقع وضعیتی است که در آن زوجین از بودن با همدیگر احساس خشنودی می‌کنند (۲۰). خشنودی زناشویی در تعریفی دیگر به معنای انطباق بین انتظاراتی که فرد از زندگی زناشویی دارد و آنچه در زندگی خود تجربه می‌کند است. خشنودی زناشویی به علاوه یکی از عوامل مهم مؤثر بر سلامت زنان و از مهم‌ترین شاخص‌های خشنودی از زندگی است. سطح بالای خشنودی زناشویی منجر به ارتقای سلامت روانی، افزایش عزت نفس، تقویت حس همکاری و افزایش خشنودی از زندگی در زوجین می‌شود (۲۱-۲۴). به علاوه ناسازگاری در روابط زوجین، باعث اختلال در روابط اجتماعی، گرایش به انحرافات اجتماعی و افول ارزش‌های فرهنگی بین زوجین می‌شود (۲۳). تحقیقات نشان‌دهنده آن است که خشنودی زناشویی نقش مهمی در کمک به خانواده برای مقابله با بحران‌ها ایفا می‌کند (۲۵). در مطالعات اهمیت حمایت زناشویی و بالعکس اثرات مضر تنازعات زناشویی برای بیماران با

بیماری‌های مزمن مورد بررسی قرار گرفته است، با این حال توجه محدودی به خشنودی زناشویی در افراد دیابتی شده است (۱۳). در این راستا نتایج مطالعه نجفی و همکاران (۲۰۰۶) در تهران، نشان‌دهنده کمتر بودن نمره خشنودی زناشویی در افراد دیابتی در مقایسه با جمعیت معمول بود (۲۶). بر اساس نتایج مطالعات، بیماران دیابتی که سطح خشنودی بیشتری از روابط زناشویی دارند، سازگاری بهتری با بیماری و درمان داشته و دیسترس کمتری را تجربه می‌کنند (۵، ۱۹، ۲۷). از این رو انتظار می‌رود خشنودی زناشویی مبتلایان به این بیماری بر درک آن‌ها از کیفیت زندگی خود تأثیرگذار باشد.

به طور کلی اغلب مطالعاتی که به طور جداگانه به بررسی خشنودی زناشویی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی پرداخته اند، نشان دهنده نامطلوب بودن دو مقوله کیفیت زندگی و خشنودی زناشویی در آن‌ها بودند، ولی وجود ارتباط بین خشنودی زناشویی و کیفیت زندگی در زنان ایرانی مبتلا به دیابت همچنان مورد سؤال می‌باشد و مطالعات اندکی در این زمینه انجام شده است. به علاوه با توجه به نقش مهم زنان به عنوان مراقب اصلی فرزندان، همسر و حتی والدین خود در اجتماع، بررسی نحوه سازگاری آن‌ها با بیماری‌های مزمن و درک آن‌ها از تأثیرگذاری این بیماری‌ها از اهمیت بسزایی برخوردار است (۵). از این گذشته درست است که در برخی مطالعات ارتباط بین خشنودی زناشویی با کیفیت زندگی سایر جمعیت‌ها مورد تأیید قرار گرفته است، اما حتی در صورت تأیید این ارتباط در جمعیت زنان دیابتی، سهم خشنودی زناشویی در پیشگویی کیفیت زندگی جمعیت‌های مختلف متفاوت می‌باشد، از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط خشنودی زناشویی با کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر مشهد انجام شد.

## روش کار

این مطالعه توصیفی در سال ۹۴-۱۳۹۳ بر روی ۹۰ نفر از زنان دیابتی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد. در این مطالعه حداقل حجم

نمونه از طریق فرمول مربوط به مطالعات همبستگی و با استفاده از یافته‌های حاصل از یک مطالعه مقدماتی برآورد شد؛ به این صورت که خشنودی زناشویی و کیفیت زندگی با استفاده از ابزارهای مربوطه در ۱۵ نفر ارزیابی شد و سپس ضریب همبستگی بین این دو متغیر با استفاده از آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن محاسبه شد. از پارامترهای ضریب همبستگی  $(I=0/301)$  و مقادیر بحرانی برای سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ در فرمول حجم نمونه استفاده شد؛ به این ترتیب، حداقل حجم نمونه ۸۴ نفر برآورد شد که به منظور افزایش اعتبار نتایج پژوهش و همچنین پیش‌بینی ریزش احتمالی، حجم نمونه ۹۰ نفر در نظر گرفته شد. انتخاب مراکز بهداشت جهت نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای صورت گرفت، به این صورت که متناسب با جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشت پنج گانه شهر مشهد، تعداد ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی انتخاب و در این مراکز نمونه‌گیری به صورت در دسترس از افراد واجد شرایط انجام شد. واحدهای پژوهش از بین زنان مبتلا به دیابت تأیید شده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی انتخاب شدند که پس از بررسی از نظر معیارهای ورود به مطالعه و توضیح در مورد اهداف پژوهش، رضایت نامه آگاهانه کتبی اخذ و پرسشنامه‌های پژوهش به صورت انفرادی در اختیار آن‌ها قرار داده شد تا تکمیل کنند. معیارهای ورود به این مطالعه شامل: داشتن سواد خواندن و نوشتن، سن ۶۰-۱۸ سال، تأهل و داشتن زندگی مشترک با همسر، گذشت حداقل یک سال از زمان ابتلاء به دیابت نوع ۲ در هنگام ارزیابی، عدم اعتیاد به الکل و مواد مخدر در خود و همسر بود.

افراد در صورت ابتلاء خود یا همسر به بیماری‌های شناخته شده تأثیرگذار بر فعالیت جنسی به جز دیابت مانند بیماری‌های قلبی، نورولوژیک، تروماها و اعمال جراحی بر روی دستگاه تناسلی، نواقص فیزیکی شدید در خود یا همسر، مصرف داروی تأثیرگذار بر فعالیت جنسی توسط زن و همسر، داشتن شریک جنسی توسط همسر، قرار داشتن در دوران یائسگی، حاملگی،

نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. در این پرسشنامه چهار خرده مقیاس در بُعد سلامت جسمی و چهار خرده مقیاس مربوط به بُعد سلامت روانی می باشد (۲۹).

روایی نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 توسط پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی کاشان تأیید شد (۳۰). در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه‌های مورد استفاده پس از اجرا بر روی ۲۰ نفر با ضرایب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ تأیید شد.

داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های توصیفی، من ویتنی، کروسکال والیس، ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تمام آزمون‌ها ضریب اطمینان ۰/۹۵ (سطح معنی داری ۰/۰۵) و توان آزمون ۰/۸۰ مدنظر قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه  $43/58 \pm 9/39$  سال و میانگین طول ازدواج آن‌ها  $10/84 \pm 11/13$  سال بود. مدت زمان سپری شده از زمان تشخیص دیابت در آن‌ها  $5/58 \pm 4/14$  سال بود و به طور متوسط  $3/50 \pm 1/99$  زایمان داشتند. سایر مشخصات فردی افراد در جدول ۱ آورده شده است.

نفاس و شیردهی و بروز بحران روحی شدید در ماه گذشته از مطالعه خارج شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه سه پرسشنامه مشخصات فردی و بیماری، مقیاس خشنودی زناشویی اصلاح شده آذرین ناتان اچ و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 بود. پرسشنامه مقیاس خشنودی زناشویی اصلاح شده آذرین ناتان اچ شامل ۸ سؤال بوده و امتیازبندی این مقیاس از ۱ (کاملاً ناخشنود) تا ۱۰ (کاملاً خشنود) است. کمترین امتیاز کسب شده ۸ و بیشترین امتیاز کسب شده ۸۰ می باشد. کسب امتیاز ۵۷-۸ به معنای خشنودی زناشویی ضعیف، ۶۹-۵۸ خشنودی زناشویی متوسط و ۸۰-۷۰ به معنای خشنودی خوب بود. مقیاس خشنودی زناشویی، توسط آذرین، ناستر و جنز (۱۹۷۳) طراحی و توسط برنشتاین ویلسن و همکاران (۱۹۳۵) اصلاح شده است. روایی و پایایی این فرم در ایران توسط حیدری (۱۹۹۶) در مشهد تأیید شد (۲۸). در مطالعه حاضر نیز پایایی این پرسشنامه به روش همسانی درونی و با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ تأیید شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 نیز دارای ۳۶ سؤال در هشت بخش عملکرد جسمی، محدودیت ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی، محدودیت ایفای نقش به دلیل مشکلات روحی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، سلامت عاطفی، انرژی و خستگی و سلامت عمومی می باشد. بازه نمرات در محدوده ۰-۱۰۰ بوده و نمره بالاتر

جدول ۱- مشخصات زمینه‌ای بیماران مورد مطالعه

متغیرها	تعداد (درصد)
تحصیلات	ابتدایی ۵۳ (۵۸/۸)
	راهنمایی ۱۵ (۱۶/۷)
	متوسطه ۱۹ (۲۱/۱)
	دانشگاهی ۳ (۳/۳)
شغل	خانه دار ۸۵ (۹۴/۴)
	شاغل ۵ (۵/۶)
سطح درآمد	کمتر از حد کفاف ۳۹ (۴۳/۳)
	در حد کفاف ۴۹ (۵۴/۴)
	بیشتر از حد کفاف ۲ (۲/۲)
شاخص توده بدنی	۱۸/۵-۲۴/۹ ۸ (۸/۹)
	۲۵-۲۹/۹ ۲۰ (۲۲/۲)
	بیشتر یا مساوی ۳۰ ۱۴ (۱۵/۶)
کنترل دیابت بر اساس نظر پزشک درمانگر و آزمایشات بیمار	بله ۷۴ (۸۲/۲)
	خیر ۱۶ (۱۷/۸)

متوسط و ۲ نفر (۰/۲/۲) دارای خشنودی خوب بودند. بر اساس نتایج آزمون من ویتنی و کروسکال والیس، از بین متغیرهای زمینه‌ای، تفاوت معناداری در نمره خشنودی زناشویی بر حسب وضعیت کنترل دیابت و سطح درآمد وجود داشت (p=۰/۰۳۷، p=۰/۰۱۹) (جدول ۲).

بر اساس نتایج مطالعه، میانگین نمره خشنودی زناشویی واحدهای پژوهش ۵۸/۲۰±۱۵/۷۵ در محدوده ۸-۸۰ قرار داشت. بعد از تقسیم بندی افراد بر اساس نمره خشنودی زناشویی، ۳۰ نفر (۰/۳۳/۳) افراد دارای خشنودی زناشویی ضعیف، ۵۸ نفر (۰/۶۴/۴) خشنودی

جدول ۲- میانگین نمره خشنودی زناشویی بر حسب متغیرهای زمینه‌ای

سطح معنی داری	خشنودی زناشویی		متغیرها
	انحراف معیار	میانگین	
* / ۰/۱۵۷	۵۸/۱۶±۲۲/۶۴	ابتدایی	تحصیلات
	۶۱/۷۳±۱۱/۲۱	راهنمایی	
	۵۸/۰۰±۱۶/۰۷	متوسطه	
	۷۳/۰۰±۱۷/۷۳	دانشگاهی	
** / ۰/۲۶۷	۵۸/۸۸±۱۹/۸۴	خانه دار	شغل
	۶۵/۰۰±۱۱/۸۱	شاغل	
* / ۰/۰۳۷	۵۴/۹۴±۱۶/۰۶	کمتر از حد کفاف	سطح درآمد
	۶۲/۰۲±۲۱/۶۴	در حد کفاف	
	۷۴/۰۰±۰/۰	بیشتر از حد کفاف	
* / ۰/۲۱۲	۵۰/۷۵±۲۱/۵۲	۱۸/۵-۲۴/۹	شاخص توده بدنی
	۶۸/۸۰±۲۵/۲۷	۲۵-۲۹/۹	
	۶۰/۸۳±۱۳/۲۲	بیشتر یا مساوی ۳۰	
** / ۰/۰۱۹	۶۱/۳۳±۱۹/۳۴	بله	کنترل دیابت بر اساس نظر پزشک
	۴۹/۴۳±۱۷/۶۲	خیر	

\*آزمون کروسکال والیس، \*\*آزمون من ویتنی

بر اساس نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن، ارتباط معنی‌داری بین نمره کل خشنودی زناشویی با کیفیت زندگی و دو بُعد اصلی آن و خرده مقیاس‌های عملکرد اجتماعی، سلامت عاطفی، انرژی و خستگی و سلامت عمومی وجود داشت (p<۰/۰۰۵) (جدول ۳). بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نیز افراد با نمره خشنودی خوب و متوسط نمره کیفیت زندگی بالاتری نسبت به افراد با خشنودی زناشویی ضعیف داشتند (p=۰/۰۰۱).

بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون نیز ارتباط معنی‌داری بین سن (p=۰/۴۵۵)، مدت بیماری (p=۰/۴۳۹) و مدت ازدواج (p=۰/۱۶۵) با نمره خشنودی زناشویی وجود نداشت. میانگین نمره کیفیت زندگی واحدهای پژوهش نیز ۵۸/۷۵±۱۶/۲۴ بود. از میان ۸ خرده مقیاس کیفیت زندگی، بیشترین نمره مربوط به کارکرد جسمی (۶۹/۳۹±۲۵/۸۳) و کمترین نمره مربوط به بُعد سلامت عمومی (۴۶/۷۷±۱۸/۹۸) بود.

جدول ۳- بررسی همبستگی بین خشنودی زناشویی با کیفیت زندگی و ابعاد آن

سطح معنی داری	خشنودی زناشویی		متغیرها
	r	r	
۰/۰۰۴	۰/۳۰۴		کیفیت زندگی
۰/۰۰۱	۰/۴۰۹		بُعد سلامت جسمی کیفیت زندگی
۰/۳۸۹	۰/۰۹۲		عملکرد جسمی
۰/۳۰۱	۰/۱۰۱		محدودیت ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی

۰/۱۲۰	۰/۱۶۵	درد بدنی
۰/۰۰۱	۰/۴۵۱	سلامت عمومی
۰/۰۰۱	۰/۴۸۷	بُعد سلامت روانی کیفیت زندگی
۰/۰۰۱	۰/۳۳۱	عملکرد اجتماعی
۰/۳۹۱	۰/۰۹۱	محدودیت ایفای نقش به دلیل مشکلات روحی
۰/۰۰۳	۰/۳۱۳	سلامت عاطفی
۰/۰۰۱	۰/۳۹۷	انرژی و خستگی

بر اساس نتایج آزمون رگرسیون خطی، خشنودی زناشویی قادر به پیشگویی ۱/۱۴٪ از تغییرات کیفیت زندگی در افراد مورد مطالعه بود. به علاوه در بررسی های جداگانه، سهم خشنودی زناشویی در پیشگویی بُعد سلامت جسمی و روانی کیفیت زندگی نیز به ترتیب ۰/۰۸۷٪ و ۰/۱۶۷٪ بود (جدول ۴).

جدول ۴- بررسی رگرسیون خطی پیش بینی کیفیت زندگی و ابعاد آن بر اساس خشنودی زناشویی

متغیر وابسته	R <sup>2</sup>	F	β Standardized Coefficients	سطح معنی داری
کیفیت زندگی	۱۴/۱	۱۴/۵۰	۰/۳۷۶	۰/۰۰۱
بُعد سلامت جسمی کیفیت زندگی	۰/۰۸۷	۸/۴۰	۰/۲۹۵	۰/۰۰۵
بُعد سلامت روانی کیفیت زندگی	۱۶/۷	۱۷/۶۸	۰/۴۰۹	۰/۰۰۱

## بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر میانگین نمره خشنودی زناشویی در زنان دیابتی شهر مشهد  $58/20 \pm 15/75$  بود که این میزان بسیار کمتر از میانگین نمره همین شاخص در زنان نخست زای شهر مشهد در مطالعه گلمکانی و همکاران (۲۰۱۳) و زارع و همکاران (۲۰۱۴) بود (۳۱، ۳۲). به علاوه میانگین این نمره از نمره زنان بارور و حتی نابارور شهر مشهد در مطالعه زارع (۲۰۱۴) نیز کمتر بود (۳۳). این موضوع نشان‌دهنده تأثیر بیماری های مزمن بر سطح خشنودی زناشویی زنان می باشد که در واقع می‌توان نتیجه گرفت این تأثیر حتی از تأثیر سایر بحران‌ها نظیر ناباروری نیز بیشتر است. در این مطالعه میانگین نمره کیفیت زندگی افراد نیز  $58/75 \pm 16/24$  بود که این میزان کمتر از میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران مراجعه کننده به مرکز دیابت بیمارستان شهید باهنر کرمان ( $67/69 \pm 6/33$ ) در مطالعه سلطان احمدی و همکاران (۲۰۱۳) با استفاده از ابزار مشابه بود (۳۴). تفاوت نتایج مطالعه حاضر با مطالعه سلطان احمدی را می توان به ویژگی های فردی، اجتماعی و مراقبتی متفاوت دو جمعیت در دو شهر متفاوت، به علاوه معیارهای ورود متفاوت در دو

مطالعه نسبت داد. به عنوان مثال در مطالعه حاضر زنان باید حتماً یک سال از ابتلاء دیابت آن‌ها می گذشت، اما در مطالعه سلطان احمدی این معیار وجود نداشت. به علاوه این میانگین بسیار کمتر از میانگین نمره کیفیت زندگی در زنان سالم شهر مشهد در مطالعه بیات و همکار (۲۰۱۲) بود (۳۵). استفاده مطالعات مختلف از پرسشنامه‌هایی با نمره‌دهی متفاوت باعث دشوار شدن مقایسه کیفیت زندگی در جمعیت های مختلف شده است، اما به طور کلی بر اساس متون، ارتباط بین بیماری دیابت خصوصاً دیابت نوع ۲ بر کیفیت زندگی زنان دیابتی نسبت به جمعیت معمول نشان داده شده است (۳۷، ۳۶).

در مطالعه حاضر ارتباط مستقیم و معنی داری بین نمره خشنودی زناشویی و کیفیت زندگی و نمره دو بُعد سلامت جسمانی و روانی کیفیت زندگی افراد دیابتی وجود داشت که بعد از گروه بندی افراد به سه دسته با خشنودی ضعیف، متوسط و خوب نیز همین نتیجه به اثبات رسید. به طور کلی مطالعات در مورد بررسی ارتباط بین خشنودی زناشویی و کیفیت زندگی محدود می باشد. با این حال در مطالعه تریف و همکاران (۲۰۰۱) نیز افراد با سازگاری زناشویی بالاتر سازگاری

بهتری با بیماری دیابت داشته، به اثرات منفی دیابت کمتر اذعان نموده، دیسترس احساسی کمتری را تجربه کردند و نمره کیفیت زندگی بالاتری را گزارش کردند (۱۳). مشابه با این یافته ها تریف و همکاران (۱۹۹۸) در مطالعه‌ای دیگر ارتباط معنی داری بین حمایت خانواده و سازگاری با دیابت گزارش کردند (۱۷). به علاوه مشابه با نتایج این مطالعه در مورد ارتباط نمره خشنودی زناشویی با بُعد جسمی کیفیت زندگی، نتایج مطالعه اسچوارتز و همکاران (۱۹۹۱) نشان داد کاهش حمایت اجتماعی در بیماران دیابتی کنترل نامطلوب قند خون بیماران را در دراز مدت پیشگویی می کند (۳۸). بر اساس تئوری نقش زناشویی، زوجین در رابطه زناشویی باید توانایی تعدیل و سازگاری با بحران ها را داشته باشند. بر این اساس هنگامی که یکی از زوجین آسیب ها و عوارض یک بیماری مزمن را تجربه می کنند، دو طرف باید قادر باشند انتظارات از همدیگر را تعدیل نموده و برای سازگاری با بیماری از همدیگر حمایت کنند. در نتیجه اگر این حمایت و تعدیل در نقش زناشویی اتفاق نیفتد، منجر به درک منفی بیمار از اثرات بیماری در زندگی روزمره‌اش می شود (۳۹). مشابه با نتایج مطالعه حاضر در مورد ارتباط بین خشنودی زناشویی و بُعد سلامت روانی کیفیت زندگی، پریا و همکاران (۲۰۱۴) ارتباط معکوسی را بین سازگاری زناشویی زنان دیابتی و موربیدیت روانی (نمره افسردگی و اضطراب) در زوجین دیابتی گزارش کردند (۵).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر خشنودی زناشویی قادر به پیشگویی ۱۴٪ از واریانس کیفیت زندگی کل، ۱۶٪ از نمره بُعد سلامت روانی و تنها ۰/۰۸۷٪ از بُعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی بود. برخلاف نتایج مطالعه حاضر، مطالعه مقطعی تریف و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد سازگاری زناشویی قادر به پیشگویی کنترل قند خون بیماران دیابتی و بُعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی نمی باشد و تنها بُعد روانی کیفیت زندگی را پیش بینی می کند (۱۳). در این راستا تریف و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه ای دیگر با استفاده از رویکرد طولی نشان دادند که نمره خشنودی و

سازگاری زناشویی زوجین دیابتی در یک نقطه زمانی قادر به پیشگویی بُعد روانی کیفیت زندگی در دو سال بعد می باشد. اما برخلاف نتایج مطالعه حاضر، خشنودی زناشویی توانایی پیشگویی نمره کیفیت زندگی کل و بُعد جسمی آن را ندارد. یافته های دیگر مطالعه تریف نشان داد زوجینی که خشنودی بیشتری از رابطه زناشویی دارند، دیسترس مرتبط با بیماری کمتر و سازگاری بیشتری با بیماری دو سال بعد را گزارش کردند. این تناقضات با توجه به طرح مطالعه متفاوت، قابل توجیه است. مطالعه تریف و همکاران (۲۰۰۲) با استفاده از رویکرد طولی و در مدت دو سال انجام شد، از این رو به نظر می رسد دارای اعتبار بیشتری نسبت به مطالعه حاضر باشد. به علاوه در مطالعه حاضر نیز با وجود معنادار شدن مدل پیشگویی کندی بُعد جسمی کیفیت زندگی، خشنودی زناشویی قادر به پیش بینی درصد ناچیزی از این بعد کیفیت زندگی بود (۱). در نتیجه انجام مطالعات طولی برای بررسی اثرات خشنودی زناشویی در کیفیت زندگی زوجین پیشنهاد می شود.

نتایج دیگر مطالعات نیز حاکی از ارتباط معنادار دو متغیر خشنودی زناشویی و کیفیت زندگی می باشد. به عنوان مثال نتایج مطالعه غفاری و همکار (۲۰۱۳) بر روی دانشجویان متأهل دانشگاه پیام نور استان آذربایجان شرقی و نتایج مطالعه قریبی و همکاران (۲۰۱۶) بر روی پرستاران بیمارستان های زاهدان حاکی از ارتباط معنی دار نمره خشنودی زناشویی با کیفیت زندگی آن‌ها بود (۴۱، ۴۰). نتایج مطالعه بنائیان و همکاران (۲۰۰۶) بر روی زنان متأهل شهر بروجن و علیپور و همکاران (۲۰۱۳) بر روی دانشجویان متأهل دانشگاه پیام نور تهران نیز حاکی از ارتباط معنی دار خشنودی زناشویی و سلامت روان بود (۴۲، ۴۳).

با وجود تازه بودن موضوع مورد بررسی در مطالعه حاضر، تعدادی محدودیت متدولوژیک نیز در طرح آن به نظر می رسد. به عنوان مثال طراحی مطالعه حاضر مقطعی بوده است، از این رو نمی توان با آن به رابطه علیتی پی برد. به علاوه عدم استفاده از ابزارهای ویژه بیماران دیابتی و استفاده از دو ابزار سنجش خشنودی

ارزیابی تأثیر مداخلاتی با هدف ارتقاء حمایت، خوشنودی زناشویی و مشاوره های حل تنازعات خانوادگی بر کیفیت زندگی و سازگاری بیماران دیابتی معطوف شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به شماره ۹۲۰۹۷۰ می باشد. بدین وسیله از حمایت های معاونت محترم پژوهشی، معاونت محترم بهداشتی دانشگاه، همکاری صمیمانه واحدهای پژوهش و کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی شهر مشهد تشکر و قدردانی می شود.

زناشویی و کیفیت زندگی عمومی می تواند از محدودیت های مطالعه حاضر بود.

### نتیجه گیری

خشنودی زناشویی بالاتر با کیفیت زندگی بهتر زنان دیابتی ارتباط دارد و خشنودی زناشویی قادر به پیشگویی کیفیت زندگی این افراد می باشد. از این رو با توجه به اینکه یکی از مهمترین اهداف مراقبتی و درمانی بیماری های مزمن، ارتقاء کیفیت زندگی افراد می باشد، توجه به مقوله خشنودی زناشویی و انجام اقداماتی در راستای ارتقاء آن نظیر مشاوره خانوادگی و بررسی معضلات زندگی زناشویی نقش بسزایی در کمک به این بیماران دارد. مطالعات بعدی باید در جهت

### منابع

1. Trief PM, Wade MJ, Britton KD, Weinstock RS. A prospective analysis of marital relationship factors and quality of life in diabetes. *Diabetes care* 2002; 25(7):1154-8.
2. Sammarco A. Perceived social support, uncertainty and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nurs* 2001; 24(3):212-9.
3. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 1995; 273(1):59-65.
4. Wandell PE. Quality of life of patients with diabetes mellitus. An overview of research in primary health care in the Nordic countries. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23(2):68-74.
5. Pereira MG, Machado JC, Sousa MR, Pedras S. A study of a couple with type 2 diabetes: dyadic adjustment and psychological morbidity. *Rev Assoc Med Bras* 2014; 60(4):318-26.
6. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 2010; 87(1):4-14.
7. Maiorino MI, Bellastella G, Esposito K. Diabetes and sexual dysfunction: current perspectives. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2014; 7:95-105.
8. Facts about diabetes. Worldwide over 371 million people are living with diabetes. Animas Corporation. Available at: URL: <http://www.jnj.com/sites/default/files/pdf/Facts-About-Diabetes-Infographic.pdf>; 2013.
9. Omidvar S, Niaki MT, Amiri FN, Kheyrikhah F. Sexual dysfunction among women with diabetes mellitus in a diabetic center in Amol. *J Nat Sci Biol Med* 2013; 4(2):321-4.
10. Awadalla AW, Ohaeri JU, Tawfiq AM, Al-Awadi SA. Subjective quality of life of outpatients with diabetes: comparison with family caregivers' impressions and control group. *J Natl Med Assoc* 2006; 98(5):737-45.
11. Hornbrook MC, Goodman MJ. Chronic disease, functional health status, and demographics: a multi-dimensional approach to risk adjustment. *Heath Serv Res* 1996; 31(3):283-307.
12. Lam CL, Lauder LJ. The impact of chronic diseases on the health-related quality of life (HRQOL) of Chinese patients in primary care. *Fam Pract* 2000; 17(2):159-66.
13. Trief PM, Himes CL, Orendorff R, Weinstock RS. The marital relationship and psychosocial adaptation and glycemic control of individuals with diabetes. *Diabetes care* 2001; 24(8):1384-9.
14. Tofighi S, Ahmad Kiadaliri A, Sadeghifar J, Raadabadi M, Mamikhani J. Health-related quality of life among patients with coronary artery disease: a post-treatment follow-up study in Iran. *Cardiol Res Pract* 2012; 2012:973974.
15. Cardenas L, Vallbona C, Baker S, Yusim S. Adult onset diabetes mellitus: glycemic control and family function. *Am J Med Sci* 1987; 293(1):28-33.
16. Garay-Sevilla ME, Nara LE, Malacara JM, Huerta R, Diaz de Leon J, Mena A, et al. Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *J Diabetes Complications* 1995; 9(2):81-6.
17. Trief PM, Grant W, Elbert K, Weinstock RS. Family environment, glycemic control, and the psychosocial adaptation of adults with diabetes. *Diabetes care* 1998; 21(2):241-5.



18. Primomo J, Yates BC, Woods NF. Social support for women during chronic illness: the relationship among sources and types of adjustment. *Res Nurs Health* 1990; 13(3):153-61.
19. Fisher L, Chesla CA, Bartz RJ, Gilliss C, Skaff MA, Sabogal F, et al. The family and type 2 diabetes: a framework for intervention. *Diabetes Educ* 1998; 24(5):599-607.
20. Valian K, Amini L, Sadeghi HS, Montazeri A. Marital satisfaction in women with and without polycystic ovary syndrome: a comparative study. *Life Sci J* 2013; 10(12):616-20.
21. Zare Z, Golmakani N, Shareh H, Khadem N. Factors related to marital satisfaction in primiparous women during postpartum period. *J Midwifery Reproduct Health* 2014; 2(2):120-7.
22. Milanifar B. Mental health. Tehran: Ghoase Publisher; 1997. (Persian.)
23. Jonaidy E, Sadodin SN, Mokhber N, Shakeri MT. Comparing the marital satisfaction in infertile and fertile women referred to the public clinics in Mashhad in 2006-07. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2009; 12(1):7-16.
24. Rostami A, Ghazinour M, Nygren L, Nojumi M, Richter J. Health-related quality of life, marital satisfaction, and social support in medical staff in Iran. *Appl Res Qual Life* 2013; 8(3):385-402.
25. Parker AC. Marital satisfaction as a predictor of paternal involvement in adolescent diabetes management. [Doctoral Dissertation]. Dallas, Texas: The University of Texas Southwestern Medical Center; 2012.
26. Najafi M, Mirhoseini M, Moghani Lankarani M, Assari SH. Correlation between sexual dysfunction and marital dissatisfaction among diabetics. *Iran J Endocrinol Metab* 2006; 8(2):175-9.
27. Beverly E, Wray LA, Miller CK. Practice implications of what couples tell us about type 2 diabetes management. *Diabetes Spectr* 2008; 21(1):39-45.
28. Heydari P. Effect of cognitive behavioral therapy on anxiety in women with primary infertility by IUF treatments. [Master's Thesis]. Mashhad, Iran: Mashhad University of Medical Sciences; 1998.
29. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6):473-83.
30. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res* 2005; 14(3):875-82.
31. Golmakani N, Dormohamadi M, Mazlom R. Survey of sexual satisfaction and marital satisfaction during postpartum at primiparous women referred to health care centers of Mashhad, Iran. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(55):7-13. (Persian.)
32. Zare Z, Golmakani N, Khadem N, Share H, Shakeri MT. The effect of pelvic floor muscle exercises on sexual quality of life and marital satisfaction in primiparous women after childbirth. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(103):21-32. (Persian.)
33. Zare Z, Golmakani N, Amirian M, Mazlom SR, Laal Ahangar M. Comparison of marital satisfaction in fertile and infertile couples and its relationship with sexual problems. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(143):1-10. (Persian.)
34. Soltan Ahmadi Z, Ranjbar H, Kohan M. The relationship between sexual function of diabetic women with quality of life. *J Faculty Nurs Midwifery* 2013; 23(82):32-9. (Persian.)
35. Bayat M. Evaluation of quality of life in woman in Mashhad. *Guiding Thinking, Woman, Family*. Mashhad: Ferdowsi University; 2012. P. 575-87. (Persian.)
36. Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev* 1999; 15(3):205-18.
37. Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, Wells K, Rogers WH, Berry SD, et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the medical outcomes study. *JAMA* 1989; 262(7):907-13.
38. Schwartz LS, Coulson LR, Toovy D, Lyons JS, Flaherty JA. A biopsychosocial treatment approach to the management of diabetes mellitus. *Gen Hosp Psychiatry* 1991; 13(1):19-26.
39. Tharp RG, Otis GD. Toward a theory of therapeutic intervention in families. *J Consult Psychol* 1966; 30(5):426-34.
40. Ghaffari M, Rezaei A. Correlation of marital satisfaction and quality of life with life skill and obsessive-compulsive tendency among Payam-e-Noor university students. *Med Sci J Islam Azad Univ Tehran Med Branch* 2013; 23(2):140-7. (Persian.)
41. Gharibi M, Sanagouymoharer G, Yaghoubinia F. The relationship between quality of life with marital satisfaction in nurses in social security hospital in Zahedan. *Global J Health Sci* 2015; 8(2):178.
42. Banaeyan F, Parvin N, Kazemian A. Relationship between mental health and marital satisfaction in married women. *J Hamadan Univ Med Sci* 2006; 14(2):52-8. (Persian.)
43. Alipour A, Rahimi A, Zare H. The relationship between mental health and marital satisfaction of married students, payame noor university of Tehran. *Urmia Med J* 2013; 24(7):557-65. (Persian.)