

مقاله پژوهشی

بررسی تأثیر مداخله مبتنی بر نگرانی‌های جنسی (مشاوره زوجی مبتنی بر مدل BETTER) بر رضایت جنسی زنان مبتلابه دیابت نوع ۱

نرگس زمانی^۱، حسن رضایی جمالوئی^{۱*}، زهرا بهبودی مقدم^۲، مهدی مشکی^۳، حمیدرضا پیکری^۴

^۱ استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

^۲ دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

^۴ استادیار، گروه مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۷/۰۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۱۰

چکیده

مقدمه: دیابت از راه‌های متعددی بر رضایت جنسی افراد تأثیر منفی می‌گذارد. در این میان غالباً زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله که در اوج فعالیت جنسی خود قرار دارند، با این بیماری درگیر می‌شوند؛ لذا این پژوهش به تعیین اثربخشی مداخله مبتنی بر نگرانی‌های جنسی (مشاوره زوجی مبتنی بر مدل BETTER) بر رضایت جنسی زنان مبتلابه دیابت نوع ۱ می‌پردازد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه پژوهش را تمام زنان متأهل مبتلابه دیابت نوع ۱ شهرستان همدان تشکیل دادند که در انجمن دیابت پرونده داشتند. از این تعداد ۴۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس و مستمر انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و درمان مداخله مشاوره‌ای زوجی مبتنی بر مدل BETTER طی ۴ جلسه انجام شد. در این مدت گروه کنترل آموزش ندیدند و نتایج حاصل با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با مقادیر تکراری انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد آموزش و مشاوره زوجی مبتنی بر مدل BETTER بر رضایت جنسی مؤثر بوده است و این تأثیر تا ۳ ماه بعد از مداخله نیز اثر خود را حفظ کرده است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد سلامت و رضایت جنسی زنان مبتلابه بیماری‌های جسمانی نادیده گرفته می‌شود. رضایت جنسی بر رضایت از زندگی و ارتقای سلامت تأثیر بسیاری دارد.

کلمات کلیدی: رضایت جنسی، مدل BETTER، مشاوره زوجی

مقدمه

تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۱). برای فرد دیابتی مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی به دلیل محدودیت در رژیم غذایی و فعالیت، نیاز به مراقبت دقیق و مداوم از خود و احتمال بروز عوارض جسمی جدی نظیر مشکلات کلیوی، چشمی، قلبی و مغزی به وجود می‌آید (۱۲). این بیماران به دلیل جدال با بیماری و برنامه‌ریزی درمان آن به‌طور شایع دچار احساس شکست و ناامیدی می‌شوند و احساس خوب‌بودن روانی و اجتماعی آنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد. بسیاری از آنان احساسات ترس، خشم و گناه در ارتباط با بیماری را گزارش کرده‌اند و اغلب انگیزه کافی برای مراقبت از خود و کنترل دقیق بیماری را ندارند (۱۳).

زنان مبتلابه این بیماری از جهات مختلفی تحت فشار هستند و برای کنترل نگرانی خود به اطلاعات و ابزار مناسبی مجهز نیستند (۱۴). از این‌رو نگرانی‌های آن‌ها باید هنگام طراحی و اجرای برنامه‌های بهداشتی مورد توجه قرار گیرند و درک ما از موضوعاتی افزایش یابد که این بیماران درباره آن‌ها نگران هستند (۱۵). این در حالی است که یافته‌های مطالعات Miller و همکاران (۲۰۱۴) نشان می‌دهد یکی از موضوعات شناخته‌شده برای ایجاد نگرانی در زنان مبتلا، مسائل مربوط به سلامت باروری و زندگی جنسی آن‌هاست. این نگرانی‌ها بیانگر تمامی موضوعات مهم و اثرگذار بر سلامت دستگاه تولیدمثل و عملکرد آن است که می‌تواند بر سلامت عمومی و اجتماعی فرد نیز اثر داشته باشد (۱۶).

یکی از مهم‌ترین ابعاد در زندگی جنسی، رضایت زناشویی است که تجربه‌ای شخصی در ازدواج است و تنها توسط خود فرد در پاسخ به میزان لذت رابطه زناشویی قابل ارزیابی است. عوامل بسیاری هستند که در زندگی مشترک روی رضایت زناشویی تأثیر می‌گذارند و این احساس نقش مهمی در میزان کارکردهای بهنجار خانواده ایفا می‌کند

سلامتی از مهم‌ترین ارکان زندگی و از حقوق اولیه و اساسی بشر به شمار می‌آید (۱) که درگرو آگاهی از مسائل و مقوله‌هایی است که به‌نوعی بر سلامت آدمیان تأثیر می‌گذارد (۲). یکی از مقوله‌های مهم در بحث سلامت افراد، توجه به باروری آن‌هاست (۳). سلامت باروری به مجموعه سلامت جسمی، روانی، فرهنگی و اجتماعی مرتبط با دستگاه تولیدمثل و عملکرد آن گفته می‌شود (۴). این حیطه از سلامت، جنبه مهمی از سلامت عمومی به‌ویژه سلامت زنان را شامل می‌شود و نقشی کلیدی در سلامت زنان دارد (۳). تحقیقات نشان داده‌اند مشکلات سلامت باروری، بار مسئولیت تقریباً ۴۶ درصد از بیماری‌های زنان را در سن باروری بر دوش دارد (۵).

سلامت باروری یکی از ضرورت‌ها و پیش‌نیازهای رسیدن به توسعه پایدار در جوامع کنونی به شمار می‌آید (۶) و یونیسف (UNICEF: United Nations Children's Fund)، صندوق جمعیت سازمان ملل متحد (UNFPA: United Nations Population Fund) و سازمان بهداشت جهانی (Organization WHO: World Health) بر اهمیت آن تأکید کرده‌اند (۲). امروزه سلامت باروری به‌عنوان حقوق باروری یاد می‌شود که بخشی از حقوق بشر به شمار می‌آید و گسترش آن یکی از گام‌های اساسی در تأمین سلامت خانواده و جامعه به حساب می‌آید (۱). این در حالی است که دیابت (Diabetes) از راه‌های متعددی بر سلامت باروری (Fertility health) افراد تأثیر منفی می‌گذارد (۷، ۸) و به همین دلیل همواره چالش‌برانگیز بوده است.

دیابت که از آن به‌عنوان اپیدمی خاموش نام برده می‌شود، در کشورهای درحال توسعه افزایش چشمگیری داشته است (۹) و علت‌های مختلفی دارد (۱۰). دیابت نوع ۱ مانند دیگر بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده برای فرد مشکلاتی به وجود می‌آورد و تمام جنبه‌های زندگی فرد را

بلوک‌های چهارتایی در نظر گرفته شد که جمعاً ۶ حالت را شامل می‌شد. این ۶ حالت از شماره ۱ تا ۶ شماره‌گذاری و تعداد بلوک ۴ تایی مورد نیاز بر اساس تعداد نمونه مشخص شد. سپس با توجه به تعداد بلوک مورد نیاز و بر اساس جدول اعداد تصادفی، بلوک‌های مربوط به هر شماره جدول به ترتیب لیست شد. در نهایت هنگام ورود نمونه‌ها به مطالعه، هر فرد حرف خاصی را طبق ترتیب به دست‌آمده تصاحب کرد؛ برای مثال، طبق ترتیب AAB/ ABAB، فرد ۵ام در گروه A (مداخله) قرار گرفت.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: ۱. شرکت‌کننده بین ۲۰ تا ۴۵ سال باشد؛ ۲. متأهل باشد و زندگی مشترک او با همسرش تداوم داشته باشد (در شرف طلاق نباشد)؛ ۳. تشخیص بیماری دیابت نوع ۱ در او تأیید شده باشد (عضویت در انجمن دیابت مستلزم ارائه تأییدیه کتبی بیماری توسط متخصص غدد یا زنان و زایمان است)؛ ۴. به بیماری زمینه‌ای یا مزمن دیگری به جز دیابت نوع ۱ مبتلا نباشد؛ ۵. در مرحله‌ای از بیماری دیابت نوع ۱ قرار داشته باشد که امکان انجام فعالیت‌های معمول را داشته باشد ($EDSS \leq 3$)؛ ۶. برای درمان مشکلات مربوط به مسائل جنسی خود در حال دریافت درمان ویژه‌ای (از جمله روان‌درمانی یا کلاس‌های آموزشی و سکس‌تراپی) نباشد؛ ۷. همسر فرد بنا به اظهار او، به هیچ‌گونه اختلال عملکرد جنسی مبتلا نباشد؛ ۸. امکان دسترسی به فرد طی حداقل ۴ ماه آینده وجود داشته باشد.

معیارهای خروج از مطالعه عبارت بود از: ۱. پیدایش هرگونه بیماری جسمی یا روانی با تأیید پزشک در فرد یا همسرش که بر عملکرد جنسی آن‌ها تأثیرگذار باشد؛ ۲. عود یا حمله بیماری دیابت در طول مطالعه (مانند قطع عضو یا مشکل در سیستم بدن که نیاز فوری به اقدام درمانی و استراحت مطلق دارد)؛ ۳. تمایل نداشتن شرکت‌کننده برای ادامه مطالعه (غیبت فرد در جلسه

(۵). یکی از شاخص‌های مهم رضایتمندی زوجها از یکدیگر، رضایت جنسی است (۱۰). رضایت جنسی به احساس خوشایند شخص از روابط جنسی خود اطلاق می‌شود (۱۴).

با توجه به اینکه رضایت جنسی بر زنان مبتلا به دیابت نوع ۱ تأثیر می‌گذارد، لذا این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی مداخله مبتنی بر نگرانی‌های جنسی (مشاوره زوجی مبتنی بر مدل BETTER) بر رضایت جنسی زنان مبتلا به دیابت نوع ۱ انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه پژوهش را تمام زنان متأهل مبتلا به دیابت نوع ۱ شهرستان همدان تشکیل دادند که در انجمن دیابت و کلینیک حامی و خضریان و مطب متخصص زنان و متخصص غدد پرونده داشتند. با توجه به اینکه این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی بود، انحراف معیار عملکرد جنسی در زنان $S = 15$ در نظر گرفته شد. با فرض اینکه میزان خطای قابل قبول $d = 10$ باشد تا تأثیر مشاوره بر رضایت جنسی زنان بررسی شده از نظر آماری معنی‌دار تلقی شود، با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و استفاده از فرمول، تعداد نمونه در هر گروه ۱۸ نفر برآورد شد که با در نظر گرفتن ریزش، ۲۰ نفر در هر گروه انتخاب شدند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس و مستمر انجام شد؛ به این ترتیب که تمام افراد واجد شرایط پس از ارائه توضیحات کامل در خصوص هدف مطالعه و کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه وارد مطالعه شدند. سپس نمونه‌ها به روش بلوک‌سازی تصادفی (Blocked Randomization) به دو گروه مداخله و مقایسه تقسیم شد. بدین صورت که همه حالت‌های ممکن برای قرارگیری حروف A و B در

است. همچنین پاره‌ای از ماده‌های این پرسش‌نامه، نمره گذاری معکوس دارد. نمره‌گذاری معکوس شامل سؤالات ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۴ و ۲۵ است. نمره بیشتر نشان‌دهنده رضایت جنسی فرد است. در تقسیم‌بندی نهایی نمره کمتر از ۷۰ نشانگر نارضایتی فرد از عملکرد جنسی، نمره ۷۰ تا ۱۰۰ سطح رضایت متوسط و نمره بیشتر از ۱۰۰ نشان‌دهنده رضایت جنسی مطلوب فرد در نظر گرفته می‌شود (۱۷). Hudson و همکاران (۱۷) ثبات درونی این مقیاس را محاسبه و آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۱ به دست آوردند. اعتبار مقیاس نیز با روش بازآزمایی با فاصله یک هفته محاسبه شد که برابر ۰/۹۳ بود. روایی مقیاس از طریق روایی تفکیکی محاسبه شد که نتایج نشان داد مقیاس توانایی تشخیص زوجین با مشکل و بدون مشکلات جنسی را دارد.

روایی این مقیاس از طریق همبستگی آن با خرده مقیاس رضایت جنسی پرسش‌نامه ENRICH نیز محاسبه شد که میزان آن ۰/۷۴ به دست آمد. پوراکیبر (۱۸) طرح مجدد این پرسش‌نامه را با فاصله ۱۵ روز برای بررسی وضعیت هنجاری مقیاس اجرا کرد. نتایج اجرای آزمون و اجرای مجدد آن با کمک آزمون همبستگی تحلیل شد. نتایج این آزمون نشان‌دهنده میزان همبستگی ۰/۹۵۶ در سطح معناداری ۰/۱ بود. ضریب گاتمن محاسبه‌شده نیز ۰/۸۰ به دست آمد. به‌منظور تعیین پایایی این ابزار از روش آزمون مجدد استفاده شد و $r = 0/89$ برای این پرسش‌نامه به دست آمد.

برای تجزیه و تحلیل یافته‌های حاصل از بخش کمی مطالعه از آمار توصیفی به صورت ارائه اطلاعات در جداول توزیع فراوانی استفاده شد. برای بررسی گروه‌ها از نظر متغیرهای دموگرافیک، سوابق مامایی و ویژگی‌های بالینی بیماری دیابت نوع ۱ برحسب نوع داده‌ها از آزمون‌های کای اسکوئر و تی مستقل استفاده شد. برای بررسی عملکرد و

مشاوره؛ ۴. شرکت در سایر جلسات آموزشی یا مشاوره جنسی در طول مطالعه؛ ۵. بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی دیگر که به دارودرمانی نیاز داشته باشد (اختلالات بالینی و نیمه‌بالینی با طول مدت عمر).

ابزار پژوهش

۱. پرسش‌نامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک

سوابق مامایی و مشخصات مربوط به بیماری دیابت فرد شامل سؤالات مربوط به مشخصات فردی و اجتماعی و سوابق مامایی (۱۲ سؤال) شامل سن بیمار، سن همسر، میزان تحصیلات فرد و همسر، وضعیت اشتغال فرد و همسر، کفایت درآمد خانواده، نوع و طول مدت ازدواج، تعداد بارداری و زایمان، تعداد فرزندان، روش فعلی پیشگیری از بارداری و اطلاعات مربوط به وضعیت بیماری فرد (۶ سؤال) از جمله نوع دیابت و طول مدت آن، سن شروع بیماری، نوع و طول مدت مصرف داروها و نمره مقیاس وضعیت ناتوانی گسترده (EDSS: Expanded Disability Status Scale) است. مقیاس EDSS میزان ناتوانی بیمار را بررسی می‌کند که برای بیماران ام‌اس استفاده شده است و با تغییر ماهیت سؤال‌ها برای بیماران مبتلا به دیابت نیز استفاده می‌شود.

۲. پرسش‌نامه رضایت جنسی (ISS: Index of Sexual

Satisfaction)

Hudson و همکاران در سال ۱۹۸۱ برای ارزیابی سطوح رضایت زوجین پرسش‌نامه رضایت جنسی را طراحی کردند و جزء پرسش‌نامه‌های خودگزارش‌دهی محسوب می‌شود. این پرسش‌نامه شامل ۲۵ سؤال است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه بر اساس طیف لیکرت هفت درجه‌ای است و پاسخ آزمودنی به هر ماده آزمون با نمرات ۰ تا ۶ مشخص می‌شود. در مجموع نمره آزمودنی‌ها بین ۰ تا ۱۵۰ در نوسان

رضایت جنسی افراد در دو گروه در برهه‌های زمانی مختلف در طول مطالعه از آزمون تحلیل واریانس با مقادیر تکراری (Repeated Measures Analysis of Variance) استفاده شد. تحلیل‌ها با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری $P < 0.05$ و با استفاده از نسخه ۲۵ نرم‌افزار SPSS صورت گرفت.

نتایج

به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، اطلاعات حاصل از ۳۶ شرکت‌کننده در این بخش از مطالعه، با استفاده از آزمون‌های توصیفی و تحلیلی به ترتیب زیر تهیه و تنظیم شده است.

تعداد افراد در گروه مداخله بین سنین ۲۰ تا ۳۴ سال تقریباً با هم مساوی هستند، ولی در سن ۳۵ تا ۳۹ سال با حدود ۲۸ درصد در بیشترین درصد و در سنین ۴۰ تا ۴۴ سال با حدود ۱۱ درصد در کمترین درصد قرار داشتند. در گروه کنترل نیز درصد افراد بین سنین ۳۵ تا ۴۴ سال بیشتر از گروه سنی ۲۰ تا ۳۴ سال بوده است. نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد دو گروه از نظر میانگین سنی اختلاف آماری معناداری ندارند و از نظر سنی با یکدیگر همگن هستند.

در گروه مداخله افراد بی‌سواد و دارای سواد ابتدایی حدود ۱۷ درصد، راهنمایی حدود ۲۲ درصد و دبیرستان و دیپلم حدود ۲۸ درصد بودند. بیشترین افراد در گروه دانشگاهی قرار داشتند که حدود ۳۴ درصد از شرکت‌کنندگان را تشکیل دادند. در گروه کنترل تعداد افراد با تحصیلات دبیرستان و دیپلم و بی‌سواد و ابتدایی مساوی و حدود ۲۳ درصد بود. در گروه راهنمایی و دانشگاهی نیز با حدود ۲۸ درصد با یکدیگر مساوی بودند. نتیجه آزمون دقیق فیشر نشان داد بین دو گروه از نظر سطح تحصیلات اختلاف معنی‌داری وجود ندارد و گروه‌ها همگن هستند.

بیشتر شرکت‌کنندگان در گروه مداخله و کنترل بازنشسته بودند و بیشترین افراد در گروه مداخله خانهدار و در گروه کنترل خانهدار و آزاد بودند. نتیجه آزمون دقیق فیشر نشان داد بین دو گروه از نظر وضعیت اشتغال اختلاف معنی‌داری وجود ندارد و گروه‌ها از نظر شغل همگن هستند.

سن همسر افراد در گروه مداخله بین ۲۰ تا بالای ۵۰ سال بوده است. کمترین سن افراد در همسران گروه مداخله بین ۲۰ تا ۲۴ سال و در گروه کنترل بالای ۵۰ سال بوده است. تعداد افراد در گروه‌های ۲۵ تا ۲۹ سال، ۳۰ تا ۳۴ سال، ۳۵ تا ۳۹ سال، ۴۰ تا ۴۴ سال و ۴۵ تا ۴۹ سال با هم مساوی بودند و حدود ۱۱ درصد بیشتر از ۵۰ سال سن داشتند. در گروه کنترل افراد سنین ۲۰ تا ۲۴ سال و ۴۵ تا ۴۹ سال حدود ۱۱ درصد و در گروه‌های ۲۵ تا ۲۹ سال، ۲۹ تا ۳۴ سال و ۳۵ تا ۳۹ سال حدوداً ۱۶ درصد بوده است. بیشترین درصد در همسران گروه کنترل بین سنین ۴۰ تا ۴۴ سال و حدود ۲۲ درصد بوده است. نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد دو گروه از نظر میانگین سنی همسران اختلاف آماری معناداری ندارند و از نظر سن همسر همگن هستند.

سطح تحصیلات همسر در گروه مداخله و کنترل تقریباً شبیه به یکدیگر بود. در هر دو گروه کمترین تحصیلات همسر مربوط به سطح تحصیلات دانشگاهی بود. نتیجه آزمون دقیق فیشر نشان داد بین دو گروه از نظر سطح تحصیلات همسر اختلاف معنی‌داری وجود ندارد و گروه‌ها از نظر سطح تحصیلات همسر همگن هستند.

همسران بیشتر افراد شرکت‌کننده در مطالعه در شش گروه بیکار، کارگر، کارمند، آزاد، بازرخید و بازنشسته بودند و در هر دو گروه افراد بیکار و بازنشسته مساوی و حدود ۶ درصد بودند. بیشترین درصد در گروه مشاغل آزاد و در گروه آزمایش با حدود ۳۸ درصد و در گروه کنترل با حدود ۳۴ درصد قرار داشتند. نتیجه آزمون کای اسکور نشان داد

بین دو گروه از نظر شغل همسر اختلاف معنی‌داری وجود ندارد و گروه‌ها از نظر سطح شغل همسر همگن هستند.

حدود ۳۹ درصد از افراد گروه مداخله برای هزینه‌های ماهیانه زندگی در سطح نسبتاً کافی (سطح متوسط) قرار داشتند. حدود ۳۴ درصد درآمد کافی و ۲۸ درصد درآمد ناکافی داشتند. در گروه کنترل در هر سه گروه افراد مساوی و برابر با ۳۴ درصد بودند. نتیجه آزمون کای اسکوئر نشان داد دو گروه از نظر کفایت درآمد خانواده برای هزینه‌های ماهیانه زندگی همگن هستند.

طول مدت ازدواج افراد شرکت‌کننده بین ۳ تا ۲۶ سال بوده است که تنها ۲ نفر در گروه مداخله ۲۵ و ۲۶ سال و در گروه کنترل ۲۵ سال زندگی مشترک را تجربه کرده بودند. تعداد افراد در هر دو گروه تقریباً مساوی بوده است. نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد بین میانگین مدت ازدواج و گروه مطالعه‌شده اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد و از نظر طول مدت ازدواج همگن هستند.

تعداد دفعات بارداری از نداشتن تجربه بارداری تا ۶ تجربه بارداری بوده است که از بین افراد گروه مداخله ۵ نفر تجربه بارداری نداشتند، ۴ نفر یک بار بارداری، ۳ نفر دو و چهار دفعه بارداری و ۲ نفر سه بار را تجربه کردند، ۱ نفر نیز ۶ بار بارداری را تجربه کرده است. در گروه کنترل بیشترین دفعات بارداری یک بار بود، بعدازآن دو بار تجربه بارداری داشتند و تجربه بارداری برای دفعه چهارم را تنها یک نفر تجربه کرده بود. نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد بین تعداد بارداری افراد در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد و از نظر تعداد بارداری همگن هستند.

حدود ۴۵ درصد از افراد در هر دو گروه فرزندی نداشتند یا اینکه بارداری آن‌ها به تولد فرزند منجر نشده بود. نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد بین تعداد فرزندان افراد در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد و از نظر تعداد فرزندان همگن هستند.

متداول‌ترین شیوه پیشگیری از بارداری در افراد هر دو گروه، روش منقطع و سپس کاندوم بود. نتایج آزمون دقیق فیشر نشان داد بین دو گروه از نظر شیوه پیشگیری از بارداری اختلاف معناداری وجود ندارد و با هم همگن هستند. حدود ۷۲ درصد از افراد در گروه مداخله و حدود ۶۷ درصد در گروه کنترل هنگام تشخیص بیماری در سنین کودکی و نوجوانی تا ۱۴ سالگی قرار داشتند. از مهم‌ترین دلایل ابتلا به این بیماری می‌تواند سابقه ژنتیک و سبک زندگی در خانواده باشد. نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد بین میانگین سن شروع بیماری در دو گروه اختلاف آماری معناداری وجود ندارد و از نظر سن شروع بیماری همگن هستند.

حدود هفت بیماری شایع همراه با بیماری دیابت نوع ۱ وجود دارد که عبارت‌اند از: بیماری و سکت قلبی، عوارض چشمی، مشکلات کلیوی، مشکلات پوستی، مشکلات مربوط به وزن و مشکلات معده و روده‌ای. بیشتر افراد در گروه مداخله سه بیماری همراه با بیماری دیابت داشتند. در گروه کنترل نیز بیشتر افراد دو و سه بیماری داشتند. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد دو گروه از نظر تعداد بیماری‌های همراه با دیابت مساوی هستند.

نمره شدت ناتوانی در یک‌سوم از افراد در گروه مداخله و کنترل بین ۱ تا ۳ است. کمترین شدت ناتوانی در هر دو گروه در حدود نمره ناتوانی ۶ بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد بین نمره شدت ناتوانی افراد در دو گروه اختلاف آماری معناداری وجود ندارد و از نظر شدت ناتوانی همگن هستند.

مطابق با یافته‌های آزمون آماری تحلیل واریانس با مقادیر تکراری، بین میانگین مقیاس رضایت جنسی در گروه مداخله و کنترل در زمان‌های مختلف مطالعه (قبل از اجرای مداخله با ۲ ماه بعد از مداخله) اختلاف معنی‌دار آماری وجود ندارد ($P = 0/205$). همچنین با توجه به

تکراری، نتیجه آزمون بنفرونی (Bonferroni) که به مقایسه دوبه‌دوی نقاط مختلف مطالعه می‌پردازد، در جدول شماره ۲ آمده است.

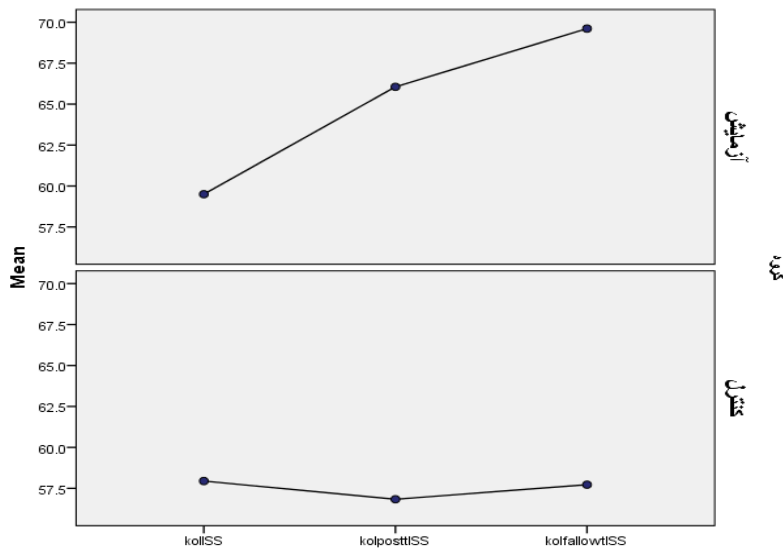
با توجه به آزمون بنفرونی مشاهده شد در گروه مداخله

تعامل گروه و زمان نیز مشاهده شد با در نظر گرفتن تغییرات زمانی طی مطالعه، میانگین رضایت جنسی بین دو گروه اختلاف معنادار آماری ندارد ($P = 0/001$).

با توجه به معناداری آزمون تحلیل واریانس با مقادیر

جدول ۱: توزیع فراوانی مقیاس رضایت جنسی در مراحل قبل و ۲ و ۳ ماه بعد از اجرای مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

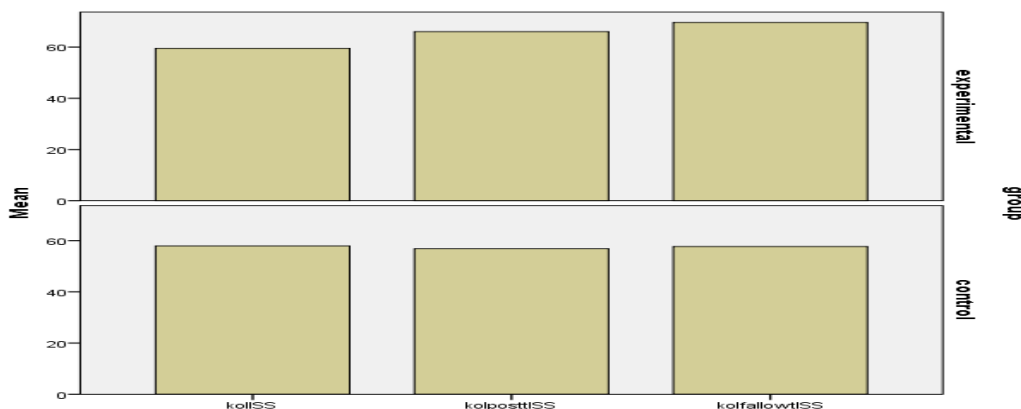
نتیجه آزمون	گروه		زمان
	کنترل	مداخله	
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
FTime = ۵۶۳۴/۷۵۱ P = ۰/۰۰۰	۵/۴۱ \pm ۵۷/۹۴	۴/۸۹ \pm ۵۹/۵۰	قبل از مداخله
	۵/۸۸ \pm ۵۶/۸۳	۳/۸۵ \pm ۶۶/۰۶	۲ ماه بعد از مداخله
	۶/۱۲ \pm ۵۷/۷۲	۴/۱۷ \pm ۶۹/۶۱	۳ ماه بعد از مداخله
Fgroup*Time = ۲۱/۴۱۶ P = ۰/۰۰	P = ۰/۲۰۵	P < ۰/۰۰۱	نتیجه آزمون



نمودار ۱: توزیع فراوانی مقیاس رضایت جنسی در مراحل قبل، ۲ و ۳ ماه بعد از اجرای مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

جدول ۲: مقایسه مقیاس رضایت جنسی در نقاط مختلف قبل و بعد از اجرای مداخله در گروه مداخله

P	گروه		زمان
	اختلاف میانگین	مداخله	
P = ۰/۰۰۰	-۶/۵۶	۲ ماه بعد از مداخله	قبل از مداخله
P = ۰/۰۰۰	-۱۰/۱۱	۳ ماه بعد از مداخله	
P = ۰/۰۰۰	۳/۵۵	۳ ماه بعد از مداخله	۲ ماه بعد از مداخله



شکل ۱: نمودار رضایت جنسی طی مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل

نداشتند و از نظر تمامی این متغیرها همگن بودند؛ بنابراین، این متغیرها به‌عنوان عامل مزاحم (مخدوشگر) عمل نکرده‌اند.

نتایج این پژوهش با پژوهش‌های Rumrill و همکاران (۲۱) Forbes (۲۲) و نجف آبادی و همکاران (۲۳) مبنی بر اینکه اضطراب، افسردگی و استرس در رضایتمندی زناشویی تأثیر مستقیمی دارد، همخوان است. با این تفاوت که این پژوهش فقط روی بیماران زن مبتلا به دیابت انجام شده است، ولی پژوهش‌های ذکر شده روی زنان و مردان مبتلا به بیماری‌های مزمن انجام شده است. در واقع، بیماران مزمن به دلیل ماهیت و تداوم بیماری و نبود حمایت‌های لازم محیطی دچار افسردگی می‌شوند و همین مسئله باعث ایجاد انزوا در افراد و غیرقابل پیش‌بینی بودن بیماری موجب اضطراب و استرس و ایجاد ترس و وابستگی می‌شود. هنگامی که مراقبان نمی‌توانند به نیازهای مورد نظر بیمار پاسخ دهند، چرخه افسردگی و اضطراب تداوم می‌یابد.

بررسی مقایسه‌ای رضایت جنسی زنان حاضر در گروه مداخله و کنترل نیز بیانگر آن است که میانگین نمره رضایت جنسی زنان گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل طی پژوهش اختلاف آماری معناداری نداشته است ($P = 0/001$). با این وجود میانگین نمره رضایت جنسی زنان در گروه مداخله طی پژوهش افزایش آماری معناداری داشت

بین میانگین امتیاز مقیاس رضایت جنسی قبل از اجرای مداخله با ۲ و ۳ ماه بعد از اجرای مداخله ($P = 0/001$) اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد و بین مقاطع زمانی ۲ و ۳ ماه بعد از اجرای مداخله، از نظر میانگین مقیاس رضایت جنسی در گروه مداخله تفاوت معنادار آماری وجود دارد ($P = 0/001$).

بحث

این بخش از پژوهش با هدف تعیین تأثیر مداخله مبتنی بر نگرانی‌های جنسی (مشاوره زوجی مبتنی بر مدل BETTER) بر رضایت جنسی زنان مبتلا به دیابت صورت گرفت. از آنجاکه بر اساس مروری بر متون انجام‌شده توسط محقق، ویژگی‌های دموگرافیک، سوابق مامایی و وضعیت بیماری مبتلایان به دیابت به‌عنوان عوامل تأثیرگذار احتمالی بر پیامدهای این پژوهش شناسایی شدند که شامل عملکرد و رضایت جنسی است (۱۹،۲۰)، لذا در پژوهش حاضر تلاش شد تمامی افراد شرکت‌کننده از نظر این متغیرها بررسی شوند. در این رابطه طبق جداول مقایسه متغیرهای دموگرافیک، مامایی و ویژگی‌های بالینی بیماری در گروه‌های مداخله و کنترل، افراد حاضر در هر دو گروه مداخله و کنترل از نظر ویژگی‌های ذکر شده مقایسه شدند که در هیچ‌یک از موارد اختلاف آماری معناداری

باشد که در پژوهش ما بهبود عملکرد جنسی به‌عنوان یک عامل توانسته بود سبب بهبود رضایت جنسی بیماران مبتلا به دیابت، اما نه به‌طور معنادار شود.

شاید نیاز باشد مشاوره مبتنی بر مدل BETTER با روش‌ها و مداخلات دیگر ترکیب شود تا بتواند اثربخشی خود را بر رضایت جنسی بیماران ظاهر کند. همچنین با توجه به $p = 0/00$ شاید این مسئله متأثر از تعداد کم نمونه نیز باشد؛ لذا توصیه می‌شود در مطالعات آتی با حجم نمونه بیشتری به بررسی رضایت جنسی در بیماران مبتلا به دیابت پرداخته شود.

بر اساس یافته‌ها مشخص شد که مداخله طراحی شده توانسته است بر بهبود عملکرد جنسی زنان متأهل مبتلا به دیابت به‌طور معناداری تأثیرگذار باشد. همچنین با وجود آنکه عملکرد جنسی یکی از عوامل مؤثر بر رضایت جنسی است، به نظر می‌رسد بهبود عملکرد به‌تنهایی نمی‌تواند رضایت جنسی بیماران مبتلا به دیابت را به‌طور معناداری بهبود بخشد. توصیه می‌شود در مطالعات آینده برای بهبود رضایت جنسی بیماران مبتلا به دیابت علاوه بر مداخلات این پژوهش، مداخلات روانی و روانی اجتماعی نیز مورد توجه قرار گیرد و مطالعات در حجم نمونه بیشتری اجرا شوند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله مبتنی بر نگرانی‌های جنسی (مشاوره زوجی مبتنی بر مدل BETTER) بر رضایت جنسی زنان مبتلا به دیابت نوع ۱، با استفاده از رویکرد نیمه‌آزمایشی انجام شد. در پایان این بخش، مشاوره جنسی مبتنی بر مدل BETTER زوجین ارائه شد که توانسته است افزایش معناداری در رضایت جنسی این زنان ایجاد کند. علاوه بر مداخلات پژوهش حاضر، مداخلات روان‌شناختی و روانی و اجتماعی نیز باید

($P = 0/205$)، درحالی‌که در گروه کنترل در زمان‌های مختلف پژوهش اختلاف آماری معناداری مشاهده نشد. به بیان ساده‌تر، در پژوهش حاضر میانگین نمره رضایت جنسی در گروه مداخله به‌تنهایی معنادار شده بود و زمانی که این میانگین با نمره گروه کنترل مقایسه شد، معنادار نبود. این یافته تأیید می‌کند که حضور گروه کنترل در مطالعات کارآزمایی بالینی بسیار ارزشمند است.

مطالعات معدودی به بررسی مشاوره مبتنی بر مدل BETTER بر بهبود رضایت جنسی بیماران پرداخته‌اند. با این وجود این یافته پژوهش حاضر مخالف یافته‌های پژوهش Cieza و همکاران (۱) است که تأکید می‌کنند مدل BETTER سبب رضایتمندی بیشتر بیماران از رابطه جنسی می‌شود. البته باید تأکید کرد که پژوهش Bruce و همکاران (۱۲) با رویکرد کیفی و روی بیماران مراجعه‌کننده به دفتر خدمات سلامت روان صورت گرفته است. از این رو نمی‌توان به‌طور دقیق به مقایسه نتایج این پژوهش با پژوهش حاضر پرداخت که به‌صورت کمی و روی زنان مبتلا به دیابت انجام شده است.

از طرف دیگر، Thornton و همکاران (۱۴) در پژوهش خود اظهار داشتند که بخش زیادی از اختلال عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به دیابت ناشی از تأثیرات فیزیکی و جسمی دیابت است، درحالی‌که رضایت جنسی تجربه‌ای ذهنی است. از این رو این محققان رضایت جنسی در بیماران مبتلا به دیابت را بیشتر با مداخلات روانی اجتماعی قابل تغییر دانسته‌اند. شاید همین مسئله سبب شده است در پژوهش ما نیز با وجود عملکرد جنسی، بهبود معناداری نشان داده شود اما رضایت جنسی به‌طور معناداری بهبود نیابد. با این وجود عملکرد جنسی به‌عنوان عامل مؤثری بر رضایت جنسی افراد شناخته شده است؛ اما عوامل دیگری نظیر عوامل فرهنگی، اجتماعی، روانی و عاطفی نیز بر رضایت جنسی بیماران مؤثر هستند. شاید به همین دلیل

سودمندی و عدم آسیب‌رسانی، اصل عدم تبعیض، اصل توجه به رفاه دیگران و اصل توجه به نظام ارزش‌های جامعه.

مورد توجه قرار گیرد و مطالعات با حجم نمونه بیشتری اجرا شوند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی و در غالب طرح و پایان‌نامه دکترای تخصصی انجام شده است.

تشکر و قدردانی

این پژوهش از پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی سلامت و طرح کشوری در مرکز تحقیقات سلامت جنسی زنان گرفته شده است که با شناسه اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD. REC.1398.075 به ثبت رسیده است. از تمامی بیمارانی که در برابر بیماری سر تسلیم فرونیاروندند تشکر و قدردانی می‌کنیم.

ملاحظات اخلاقی

برای اجرای مداخلات اخلاقی در پژوهش حاضر کدهای اخلاقی مطرح‌شده توسط انجمن روان‌شناسی ایران و آمریکا و سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران مورد توجه قرار گرفته است. بر این اساس، مؤلفه‌های زیر در تمامی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش (در هر یک از مراحل پژوهش) رعایت شدند: اصل احترام به شأن و آزادی انسان، اصل وظیفه‌شناسی و مسئولیت‌پذیری، اصل

References

- Cieza A, Oberhauser C, Bickenbach J, Jones RN, Üstün TB, Kostanjsek N, et al. Health is not just the absence of disease. *Int J Epidemiol*. 2016; 45(2):586-7.
- Alizadeh T, Keshavarz Z, Mirghafourvand M, Zayeri F. Investigation of health promoting lifestyle and social support and their correlation among Iranian women with multiple sclerosis. *Int J Womens Health Reprod Sci*. 2018; 6(2):167-73.
- Sexual and reproductive health. United Nations Population Fund. Available at: URL: <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>; 2016.
- World Health Organization. Sexual and reproductive health beyond 2014: equality, quality of care and accountability. Geneva: World Health Organization; 2014.
- International conference of population and development. United Nations Population Fund. Available at: URL: <https://www.unfpa.org/icpd>; 2014.
- World Health Organization. Developing sexual health programmers: a framework for action. Geneva: World Health Organization; 2010.
- Dwosh E, Guimond C, Sadovnick AD. Reproductive counseling for MS: a rationale. *Int MS J*. 2003; 10(2):52-9.
- Nielsen NM, Jørgensen KT, Stenager E, Jensen A, Pedersen BV, Hjalgrim H, et al. Reproductive history and risk of multiple sclerosis. *Epidemiology*. 2011; 22(4):546-52.
- Ashtari F, Rezvani R, Afshar A. Sexual dysfunction in women with multiple sclerosis: dimensions and contributory factors. *J Res Med Sci*. 2014; 19(3):228-33.
- American Association of Reproductive Health. Women with multiple sclerosis: improving quality of life and reproductive health outcomes. Washington, D.C: American Association of Reproductive Health; 2012.
- Abolhassani S, Yazdannik A, Taleghani F, Zamani A. Expectations of multiple sclerosis patients and their families: a qualitative study in Iran. *Iran Red Crescent Med J*. 2015; 17(2):e18293.
- Bruce JM, Arnett P. Clinical correlates of generalized worry in multiple sclerosis. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2009; 31(6):698-705.
- Ahumuza SE, Matovu JK, Ddamulira JB, Muhanguzi FK. Challenges in accessing sexual and reproductive health services by people with physical disabilities in Kampala, Uganda. *Reprod Health*. 2014; 11:59.
- Thornton EW, Tedman S, Rigby S, Bashforth H, Young C. Worries and concerns of patients with multiple sclerosis: development of an assessment scale. *Mult Scler*. 2006; 12(2):196-203.

15. Heydari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version. *Payesh*. 2008; 7(3):269-87.
16. Miller DH, Fazekas F, Montalban X, Reingold SC, Trojano M. Pregnancy, sex and hormonal factors in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis J*. 2014; 20(5):527-36.
17. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24(2):105-12.
18. Lee K, Devine A, Marco MJ, Zayas J, Gill-Atkinson L, Vaughan C. Sexual and reproductive health services for women with disability: a qualitative study with service providers in the Philippines. *BMC Womens Health*. 2015; 15:87.
19. Nathan DM, Cleary PA, Backlund JY, Genuth SM, Lachin JM, Orchard TJ, et al. Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. *N Engl J Med*. 2015; 353(25):2643-53.
20. Finlayson M. Concerns about the future among older adults with multiple sclerosis. *Am J Occup Ther*. 2004; 58(1):54-63.
21. Rumrill Jr PD, Roessler RT, Koch LC. Surveying the employment concerns of people with multiple sclerosis. *J Vocat Rehabil*. 2000; 12(2):75-82.
22. Forbes A, While A, Taylor M. What people with multiple sclerosis perceive to be important to meeting their needs? *J Adv Nurs*. 2007; 58(1):11-22.
23. Najafidoulatabad S, Mohebbi Z. Yoga effects on physical activity and sexual satisfaction among Iranian women with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Afr J Tradit Complement Altern Med*. 2014; 11(5):78-82.



Original Article

Evaluation of the Effect of Intervention Based on Sexual Concerns (Couple Counseling Based on BETTER Model) on the Sexual Satisfaction of Women with Type 1 Diabetes

Narges Zamani¹, Hassan Rezaee Jamaloe^{1*}, Zahra Behboodi Moghadam², Mahdi Moshki³,
Hamid Reza Peikari⁴

¹ Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

² Associate Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Professor of Health Education and Health Promotion Department, School of Health; Social Development & Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Science, Gonabad, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Public Administration, Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan), Isfahan, Iran

Received: 30 May 2020

Accepted: 03 July 2020

Abstract

Introduction: Diabetes exerts a negative effect on sexual satisfaction in different ways. This disease commonly affects women within the age range of 20-40 years who are at the peak of their sexual activity. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of an intervention based on sexual concerns (couple counseling based on BETTER (bring up, explain, tell, timing, educate, and record) model) in the sexual satisfaction of women with type 1 diabetes.

Materials and Methods: The present study was conducted based on a quasi-experimental pretest-posttest design with a 3-month follow-up period. The study population consisted of all married women with type 1 diabetes with a medical record in the Diabetes Association in Hamadan. Out of this population, 40 cases were selected by purposive sampling randomly and assigned to two groups of experimental and control. Couple counseling intervention based on the BETTER model was performed during four sessions, while the control group did not receive any training. Thereafter, the results were analyzed using the repeated measures AVOVA test.

Results: As evidenced by the obtained results, couple counseling based on the BETTER model was effective in sexual satisfaction and this effect persists 3 months beyond the intervention.

Conclusion: The results of the present study showed that the health and sexual satisfaction of women with physical illnesses are usually neglected. Furthermore, sexual satisfaction was reportedly effective on life satisfaction and health promotion.

Keywords: BETTER model, Couples counseling, Sexual satisfaction