

مقایسه وضعیت زناشویی بیماران دیابتی و گروه شاهد

دکتر مصطفی نجفی^(۱)، دکتر محمود میرحسینی^(۲)، دکتر شروین آثاری^(۳)، مریم مغانی لنگرانی^(۴)،
دکتر زهرا طهماسبی^(۳)

چکیده

مقدمه: با توجه به نقش حمایتی خانواده در القای تطابق مبتلایان به بیماری‌های مزمن و اثرات مثبت روابط خانوادگی بر بهبود پیامد بیماران، تحقیق حاضر با سه هدف (۱) مقایسه وضعیت زناشویی بیماران دیابتی و گروه شاهد، (۲) بررسی رابطه وضعیت زناشویی در بیماران دیابتی در ارتباط با سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، نوع دیابت، طول مدت ابتلا، نوع درمان و میزان داروی مصرفی، (۳) مقایسه فراوانی اختلالات عملکرد جنسی در بیماران دیابتی و گروه شاهد انجام گرفت. **مواد و روش‌ها:** این تحقیق با استفاده از پرسشنامه وضعیت زناشویی گریمس در ۲۰۰ نفر (۱۰۰ بیمار مبتلا به دیابت و ۱۰۰ نفر به عنوان گروه شاهد) از مراجعان به درمانگاه دیابت شهرکرد در سال ۱۳۸۲ انجام گرفت. یافته‌ها: مبتلایان دیابت و گروه شاهد از نظر جنس، میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی همسان بودند، اگر چه سن مبتلایان به دیابت از گروه شاهد بیشتر بود. وضعیت زناشویی بیماران دیابتی مبتلایان به نوع یک دیابت و افرادی که میزان داروی بیشتری استفاده می‌کردند، در مقایسه با افراد دیگر نامطلوب بود ($p < 0/05$). ارتباط معنی‌داری بین وضعیت زناشویی بیمار دیابتی و سن، جنس، وضعیت اقتصادی، میزان تحصیلات، نوع درمان و طول مدت ابتلا به دست نیامد. سهم ناتوانی عملکرد جنسی و کاهش میل جنسی در بیماران دیابتی (۷۶٪ و ۳۲٪) در مقایسه با گروه شاهد (۲۹٪ و ۱۲٪) بیشتر بود ($p < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** وضعیت زناشویی و اختلالات عملکرد جنسی در بیماران دیابتی احتمالاً با یکدیگر ارتباط دارد و انجام تحقیقات در زمینه این ابعاد از زندگی بیماران دیابتی توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: دیابت قندی، وضعیت زناشویی، اختلال عملکرد جنسی

مقدمه

مسئولیت منحصر به فرد زمینه‌سازی رشد فرزندان بر عهده خانواده است. همچنین خانواده عهده‌دار تأمین نیازهای فیزیکی، احساسی و روانی فرزندان است. روابط خانوادگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن پیش از این بررسی شده است. بیماری‌های مزمن و روابط خانوادگی تقابل دوسویه دارند. از یک سو بیماری، روابط خانوادگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از سوی دیگر روابط خانوادگی بر پیامد بیماری تأثیر می‌گذارند. دیابت نیز همچون بسیاری از این بیماری‌ها بر روابط خانوادگی مبتلایان اثر می‌گذارد.^۱ ارتباط بین برخی

(۱) گروه روانپزشکی،
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهرکرد
(۲) گروه داخلی، بخش غدد درون‌ریز،
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهرکرد
(۳) پزشک عمومی
(۴) دانشکده پزشکی،
دانشگاه آزاد اسلامی، تهران
نشانی مکاتبه: تهران، خیابان کامرانیه جنوبی، خیابان شهید
معصومی، پلاک ۹ / الف، دکتر شروین آثاری
E-mail: assarish@yahoo.com

ویژگی‌های روابط زناشویی و پیامدهای جسمی و روانی دیابت در برخی مطالعات مطرح شده است.^۲

درمان دیابت مستلزم اعمال انضباطی مشخصی است که از جهاتی نیازمند بستر مناسب حمایتی در خانواده است.^۳ متغیرهای سیستم خانوادگی با تطابق روانی اجتماعی بیماران مبتلا به دیابت مرتبط بوده است.^۴ حمایت دیگران می‌تواند بهبود افراد را از بیماری‌های جسمی سهولت بخشد و به تطابق فرد با نتایج و عواقب بیماری‌های مزمن منجر می‌گردد.^۲ برخی از تحقیقات اخیر بر نقش مهم حمایتی خانواده در بیماران مزمن تأکید کرده‌اند.^۲ مطالعات پیشین بر روی خانواده مبتلایان به دیابت، اهمیت حمایت اجتماعی خانواده را به خوبی نشان داده است.^۲ مشاهده شده است که نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک و همچنین بزرگسالان مبتلا به دیابت نوع دو که تضاد کمتری را در خانواده تجربه می‌کرده‌اند، در مقایسه با دیگران درمان مناسب‌تری انجام می‌دهند و با بیماری خود تطابق بیشتری حاصل کرده بودند.^۲ مطالعات مقطعی رابطه معنی‌داری بین میزان حمایت اجتماعی و کنترل قند خون به طور جداگانه در نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به دیابت نشان داده است.^۲ شوارتز و همکاران در یک مطالعه آینده‌نگر در بزرگسالان مبتلا به دیابت نوع دو مشاهده کردند که کاهش حمایت اجتماعی می‌تواند پیشگویی‌کننده کنترل ضعیف قند خون در آینده باشد. پشتیبانی و حمایت همسر مهمترین منبع حمایت فرد در دوره‌های بیماری شناخته شده است.^۵ کتز و همکاران مشاهده کردند که کنترل بیماری توسط شوهر دیابتی معمولاً در هنگام تضاد با همسر ضعیف‌تر انجام می‌گیرد.^۶ برخی از تحقیقات نشان داده‌اند که آنچه با کنترل دقیق قند خون بیمار دیابتی همبستگی بیشتری دارد، بیش از آنچه باور شخص پیرامون مزایای کنترل بهتر قند خون باشد، نگرش همسر پیرامون این موضوع است.^۶ برخی از تحقیقات اخیر بار دیگر اهمیت توجه به خانواده به عنوان بخشی از رویکرد به بیماری دیابت را یادآور شده‌اند.^۶

با وجود اثرات مثبت حمایت خانوادگی و اثرات زیانبار تضاد زناشویی بر بیماری‌های مزمن، بیماران دیابتی از این جهت کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. از تحقیقات اختصاص یافته به وضعیت روانی اجتماعی مبتلایان به دیابت، بخش اندکی به وضعیت زناشویی اختصاص داشته است که در این بین سهم کشور ما بسیار ناچیز است. تنها مطالعه منتشر شده در کشورمان توسط والائی و همکاران در سال ۱۳۸۱

انجام شده است که وضعیت زناشویی بیماران دیابتی را با گروه شاهد مقایسه نمود اما تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه از نظر روابط خانوادگی کلی نشان نداد.^۷

تحقیق حاضر با سه هدف اصلی انجام گرفت: (۱) مقایسه وضعیت زناشویی بیماران دیابتی و غیر دیابتی (۲) بررسی ارتباط وضعیت زناشویی با متغیرهایی از قبیل سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، نوع دیابت، مقدار داروی مصرفی، طول مدت بیماری و نوع درمان (۳) مقایسه فراوانی ناتوانی جنسی و کاهش میل جنسی در بیماران دیابتی و غیر دیابتی.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت مقطعی بر روی دو گروه افراد: گروه دیابت (شامل ۱۰۰ بیمار دیابتی) و گروه شاهد (۱۰۰ نفر) انجام گرفت. روش نمونه‌گیری در این تحقیق غیرتصادفی ساده بوده است. تمامی نمونه‌ها از بین مراجعه‌کنندگان به درمانگاه دیابت شهرستان شهرکرد در سال ۱۳۸۲ انتخاب گردیدند. شرایط کلی ورود به مطالعه، سن ۷۰-۲۰ سال، تأهل، سپری شدن بیش از ۳ سال از زندگی مشترک، تک همسری و فقدان بیماری جسمی یا روانی مزمن در همسر بود. شرایط ورود به مطالعه برای بیماران دیابتی علاوه بر شرایط کلی شامل مدت زمان ابتلا به دیابت بیش از ۱ سال، عدم ابتلا به رتینوپاتی، نارسایی کلیه، آمپوتاسیون اندام‌ها و وقوع حادثه عروق مغزی یا قلبی در ۱ سال گذشته در نظر گرفته شد. شرایط ورود به مطالعه برای بیماران غیردیابتی علاوه بر شرایط کلی، همراه داشتن مدرک آزمایشگاهی دال بر قند خون طبیعی بود که در یک سال گذشته انجام شده باشد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این تحقیق، یک پرسشنامه خود ساخته متشکل از اطلاعات فردی (شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی) و بیماری (شامل نوع دیابت، مقدار داروی مصرفی، طول مدت ابتلا، عوارض بیماری، نوع درمان، داروی مصرفی و میزان مصرف دارو) و پرسشنامه ۲۸ سؤالی گلوبوک راس (گریمس)^۸ بود.

جدول ۱- مقایسه متغیرهای دموگرافیک در گروه دیابت و گروه شاهد

گروه دیابت	گروه شاهد	P value-آزمون آماری
میانگین (انحراف معیار)	۴۸/۱ (۹/۵۷)	۴۳/۸۰ (۱۰/۹۲) - P<0.05-آزمون t مستقل
جنس	مرد ٪۷۶	p>0.05-آزمون مربع کای
سطح تحصیلات	پایین تر از دیپلم ٪۶۷	p>0.05-آزمون مربع کای
	دیپلم ٪۱۶	
	بیشتر از دیپلم ٪۱۷	
وضعیت اقتصادی	ضعیف ٪۲۸	p>0.05-آزمون مربع کای
	متوسط ٪۵۱	
	قوی ٪۲۱	

یافته‌ها

گروه‌ها

متغیرهای دموگرافیک در دو گروه در جدول (۱) مقایسه شده‌اند. این دو گروه از نظر جنس، میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی تفاوت معنی‌داری نشان نمی‌دادند ($p>0.05$) اما میانگین سنی گروه دیابت (48.1 ± 9.57) در مقایسه با گروه شاهد بیشتر بود ($p<0.05$).

از بیماران دیابتی ۱۵ نفر (۱۵٪) به دیابت نوع یک و ۸۵ نفر (۸۵٪) به دیابت نوع دو مبتلا بودند. ۱۷ نفر (۱۷٪) از بیماران دیابتی از انسولین و ۸۳ نفر (۸۳٪) از قرص استفاده می‌کردند. ۲ نفر از کسانی که از انسولین استفاده می‌کردند، به دیابت نوع دو و بقیه به دیابت نوع یک مبتلا بودند. میانگین طول مدت ابتلای به دیابت در کل بیماران دیابتی، دیابت نوع یک و دیابت نوع دو به ترتیب 6.3 ± 4.11 ، 6.3 ± 4.11 و 7.13 ± 5.96 سال بود ($p>0.05$). (آزمون t مستقل).

وضعیت زناشویی

وضعیت زناشویی بیماران دیابتی، مبتلایان به نوع یک دیابت و افرادی که میزان داروی بیشتری استفاده می‌کردند، در مقایسه با افراد دیگر نامطلوب بود ($p<0.05$). آنالیز واریانس ارتباط معنی‌داری بین وضعیت زناشویی بیمار دیابتی و سن، جنس، وضعیت اقتصادی، میزان تحصیلات، نوع داروی مصرفی و طول مدت ابتلا نشان نداد ($p<0.05$).

پرسشنامه‌هایی نیز در زمینه وجود ناتوانی جنسی و کاهش میل جنسی برای تمامی بیماران تکمیل شد. اگر چه اعتبار و پایایی پرسشنامه گریس در کشور ما بررسی نشده است، میزان‌های حساسیت و ویژگی آن در تحقیقات کشورهای دیگر مناسب گزارش شده است. همچنین در این پرسشنامه میزان آلفای کرونباخ^۱ بین ۰/۵۹ تا ۰/۹۱ و ضریب همبستگی درون‌گروهی^۲ بیش از ۰/۶۲ بوده است.^۳

به منظور نمردهی پرسشنامه گریس از مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای استفاده کردیم و هر پرسش از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شد. بنابراین نمره کل پرسشنامه افراد ۰-۸۴ بود که نمره بالاتر نشانه نامناسب بودن وضعیت زناشویی است. نمرات خام پرسشنامه طبق الگوی زیر به یک متغیر کیفی با ۹ سطح بسیار وخیم تا عالی (وضعیت کلی زناشویی) تبدیل شد. نمره ۴۷ یا بیشتر بسیار وخیم، نمره ۴۲ تا ۴۶ وخیم، نمره ۳۸ تا ۴۱ بد، نمره ۳۴ تا ۳۷ ضعیف، نمره ۳۰ تا ۳۳ متوسط، نمره ۲۶ تا ۲۹ بالای متوسط، نمره ۲۲ تا ۲۵ خوب، نمره ۱۷ تا ۲۱ خیلی خوب و نمره ۱۶ یا کمتر عالی در نظر گرفته شد. اطلاعات با استفاده از Excel جمع‌آوری و با استفاده از آمار توصیفی، مربع کای، آزمون t مستقل، آنالیز واریانس (ANOVA) و... در نرم‌افزار SPSS آنالیز شد. استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف^۳ نشان داد که وضعیت زناشویی کل بیماران دیابتی، مبتلایان به نوع یک، نوع دو و گروه شاهد از توزیع نرمال برخوردار بوده است.

i- Cronbach's alpha

ii- Intraclass correlation coefficient

iii- One sample kolmogrov-smirnov

جدول ۲- مقایسه وضعیت زناشویی در گروه دیابت و گروه شاهد

وضعیت زناشویی	بیماران نوع یک دیابت	بیماران نوع دو دیابت	گروه دیابت	گروه شاهد
بسیار وخیم	۰٪	۱۷/۶٪	۱۵٪	۸٪
وخیم	۴۶/۷٪	۳۸/۸٪	۴۰٪	۳۷٪
بد	۴۶/۷٪	۳۱/۷٪	۳۴٪	۳۵٪
ضعیف	۰٪	۱۰/۵٪	۹٪	۱۸٪
متوسط	۰٪	۱/۲٪	۱٪	۷٪
بالای متوسط	۶/۶٪	۱/۲٪	۱٪	۰٪
کل	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
P value		p=۰/۰۴۹		p=۰/۰۵

جدول ۳- مقایسه میانگین (± انحراف معیار) نمره پرسشنامه وضعیت زناشویی در گروه دیابت و گروه شاهد

میانگین نمره پرسشنامه GRIMS	دیابت نوع ۱	دیابت نوع ۲	گروه دیابت	گروه شاهد
	۷۶/۱۳ (۴/۱۷)	۷۸/۰۰ (۳/۶۸)	۷۷/۷۲ (۳/۷۹)	۷۶/۶۴ (۴/۲۷)
p value *		۰/۰۷۹		۰/۰۶۱

* - آزمون t مستقل

جدول ۴- مقایسه ناتوانی عملکرد جنسی و کاهش میل جنسی در گروه دیابت و گروه شاهد

ناتوانی عملکرد جنسی	دیابت نوع ۱	دیابت نوع ۲	گروه دیابت	گروه شاهد
	۸۷٪	۷۴٪	۷۶٪	۲۹٪
* p value		p>۰/۰۵		p=۰/۰۰۱
کاهش میل جنسی	دیابت نوع ۱	دیابت نوع ۲	گروه دیابت	گروه شاهد
	۱۳٪	۳۵٪	۳۲٪	۱۲٪
p value *		p=۰/۰۹۵۲		p=۰/۰۰۱

* - آزمون مربع کای

بحث

در این مطالعه وضعیت زناشویی بیماران دیابتی نامطلوبتر از گروه شاهد دیده شد. در منابع نیز تأثیر بیماری مزمن یکی از زوجین بر خانواده ذکر شده است. والائی و همکاران در سال ۱۳۸۱ با مقایسه روابط خانوادگی بانوان دیابتی و غیردیابتی در جمعیت ساکن شهرک‌های غرب تهران تفاوت معنی‌داری بین روابط خانوادگی کلی آنان نیافتند^۷ اما در مطالعه آنان، میزان عشق در روابط بانوان دیابتی با همسرانشان به میزان معنی‌داری کمتر از گروه

وضعیت زناشویی بیماران دیابتی نوع یک، نوع دو، کل بیماران دیابتی و گروه شاهد در جدول‌های (۲) و (۳) مقایسه شده است.

ناتوانی عملکرد جنسی

فراوانی نسبی ناتوانی جنسی و کاهش میل جنسی در بیماران دیابتی نوع یک، نوع دو، کل بیماران دیابتی و بیماران غیر دیابتی در جدول (۴) مقایسه شده است.

میخائیلیچنکو و همکاران سهم اختلال عملکرد جنسی را در مبتلایان به دیابت ۵۱٪ و سهم کاهش میل جنسی را در این بیماران ۱۹٪ گزارش کردند.^{۱۱} به هر حال، به دلیل تفاوت جمعیت‌های مورد بررسی از نظر متغیرهای دموگرافیک و بسیاری از عوامل دیگر تأثیرگذار در وضعیت زناشویی، تحقیقات متفاوت، نتایج متفاوتی را از نظر فراوانی ابتلا به ناتوانی جنسی و کاهش میل جنسی در بیماران دیابتی به دست می‌دهند. یاماگوچی و همکاران سهم کاهش میل جنسی را در بیماران مبتلا به دیابت در مقایسه با گروه شاهد، بیشتر نشان دادند.^{۱۲} در تحقیق شیایوی و همکاران نیز کاهش میل جنسی در بیماران دیابتی در مقایسه با گروه شاهد بیشتر بوده است.^{۱۳} چنانکه که مشاهده می‌شود، نتایج مطالعه حاضر با اکثر مطالعات انجام شده در این زمینه همخوانی دارد.

در یک تحقیق شیوع ناتوانی جنسی در بیماران نوع دو دیابت در مقایسه با نوع یک از نظر آماری بیشتر بوده است.^{۱۴} در زمینه ارتباط وضعیت زناشویی و طول مدت ابتلا، تحقیقات مختلف نتایج متضادی نشان داده‌اند. از یک طرف الساکا و همکاران گزارش نمودند که طول مدت بیشتر ابتلا به دیابت با سهم بیشتر اختلالات عملکرد جنسی همراه است.^{۱۴} همچنین دینولوویک و همکاران نیز نشان دادند که بروز اختلالات عملکردی جنسی در بیماران دیابتی با مدت زمان بیماری مرتبط است.^{۱۵} اما کمپیل و همکاران رابطه‌ای بین اختلال عملکرد جنسی و طول مدت بیماری دیابت نشان ندادند.^{۱۶} نتایج تحقیق بووا و همکاران نیز در زنان دیابتی، رابطه‌ای بین بروز اختلالات عملکردی جنسی و طول مدت ابتلا به دیابت نشان نداد.^{۱۷} بنابراین نتایج مطالعه اخیر با مطالعات کمپیل و بووا همخوانی دارد.

لازم به ذکر است که به دلیل آنکه معیار خروج از مطالعه در مطالعه حاضر، عوارضی همچون رتینوپاتی، نارسایی کلیه، آمپوتاسیون اندام و حادثه عروق مغزی یا قلبی بوده است، این مطالعه نتوانست رابطه وضعیت زناشویی و عوارض دیابت را مورد سنجش قرار دهد و از سوی دیگر، شاید بتوان مطرح کرد که این بیماران، نمونه‌ای از کل بیماران دیابتی نیستند. با توجه به اینکه این مطالعه در نظر داشت رابطه وضعیت زناشویی و برخی از متغیرها همچون نوع دیابت، نوع دارو، میزان مصرف دارو و ... را بسنجد، می‌توان حجم کم نمونه (در زیر گروه‌های این جمعیت) را به عنوان یک نقطه ضعف برای تحقیق حاضر تلقی کرد و توصیه

شاهد و میزان استقلال در بانوان دیابتی بیشتر از گروه شاهد گزارش شد.^۷ در تحقیق والایی و همکاران از پرسشنامه استیونس (SRQ) و در تحقیق حاضر از پرسشنامه GRIMS استفاده شده است. ابزار متفاوت سنجش وضعیت زناشویی در دو تحقیق، ساختار متفاوت نمونه‌های مورد بررسی از نظر متغیرهای دموگرافیک و ... ممکن است به عدم همخوانی نسبی نتایج این دو منجر شده باشند.

با توجه به آنکه دو گروه مورد بررسی در این مطالعه از نظر جنس، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی همسان بودند، تفاوت‌های به دست آمده در وضعیت زناشویی در دو گروه، ناشی از اثر این عوامل نبوده است و احتمالاً به ابتلا به دیابت در گروه مورد مربوط می‌شود. اگر چه با توجه به بیشتر بودن سن در گروه دیابت، این متغیر می‌تواند در تفاوت وضعیت زناشویی مؤثر بوده باشد.

در این تحقیق، وضعیت زناشویی بیمار دیابتی با تیپ دیابت و میزان مصرف دارو ارتباط داشت اما با سن، جنس، وضعیت اقتصادی، میزان تحصیلات، نوع درمان و طول مدت ابتلا رابطه‌ای نداشت. پس می‌توان گفت که وضعیت زناشویی بیماران دیابتی تحت تأثیر نوع دیابت و میزان مصرف دارو است، حال آنکه تحت تأثیر سن، جنس، وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات، نوع درمان و طول مدت ابتلا نیست. همچنین در گروه شاهد، ارتباط معنی‌داری بین وضعیت زناشویی و سن مشاهده شد. بنابراین در بیماران غیر دیابتی، افزایش سن با بدتر شدن وضعیت زناشویی همراه است. در جمعیت عمومی نیز، افزایش سن با کاهش عملکرد جنسی همراه است که شاید بتواند به بدتر شدن وضعیت زناشویی منجر شود.

در این تحقیق فراوانی نسبی ناتوانی جنسی و کاهش میل جنسی در بیماران دیابتی برابر ۷۶٪ و ۳۲٪ بود. فراوانی نسبی هر دو اختلال مذکور در افراد دیابتی در مقایسه با گروه شاهد بیشتر بود. فراوانی نسبی ناتوانی جنسی در بیماران دیابتی بسیار بالا و در برخی منابع تا حدود ۷۵٪ ذکر شده است^۹ که با نتایج این تحقیق همخوانی دارد. همچنین این تحقیق نشان داد که در اکثر افراد دچار ناتوانی جنسی ناشی از دیابت، میل جنسی همچنان باقی می‌ماند. در تحقیق سیوم و همکاران نیز در ۹۲/۵٪ بیماران دیابتی لیبیدو باقی بوده است.^{۱۰}

شاید به عنوان یک فرضیه بتوان یکی از علل نامناسب بودن وضعیت زناشویی را در مبتلایان به دیابت، سهم قابل توجه اختلالات عملکردی جنسی در این گروه داشت که لازم است در تحقیقات آتی مورد بررسی قرار گیرد. در صورت اثبات صحت این فرضیه، درمان اختلالات عملکرد جنسی، احتمالاً از طریق بهبود وضعیت زناشویی، می‌تواند نقش حمایتی خانواده را نیز در بیماران دیابتی بهبود بخشد. این تغییر می‌تواند علاوه بر ارتقای سلامت بیماران دیابتی و افزایش تطابق آنها با بیماری خود، بستر مناسبی نیز جهت رشد فرزندان آنان فراهم آورد.

سپاسگزاری

تمامی هزینه‌های این تحقیق را معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و در قالب طرح تحقیقاتی متحمل گردیده است. به این ترتیب از آن معاونت محترم کمال قدردانی را داریم.

می‌شود که در تحقیقات آتی مشابه از حجم نمونه بیشتری استفاده گردد. همچنین توصیه می‌شود که اعتبار و پایایی ابزارهای سنجش وضعیت زناشویی در کشور ما در مطالعه‌ای مورد بررسی قرار گیرد تا نتایج تحقیقات آتی به میزان بیشتری قابلیت اعتماد داشته باشند.

با توجه به نتایج این تحقیق، به نظر می‌رسد که بیماران مبتلا به دیابت در مقایسه با گروه شاهد، مبتلایان به نوع یک دیابت در مقایسه با نوع دو دیابت و همچنین بیماران مصرف‌کننده میزان بیشتر دارو، وضعیت زناشویی نامطلوب‌تری داشته باشند. با این توصیف، توجه به وضعیت زناشویی بیماران دیابتی به ویژه بیماران نوع یک دیابت و آنان که میزان بیشتری دارو مصرف می‌نمایند، ضروری‌تر از دیگر افراد به نظر می‌رسد. همچنین با توجه به بیشتر بودن فراوانی نسبی ناتوانی جنسی و کاهش میل جنسی در بیماران دیابتی در مقایسه با گروه شاهد، توجه به روابط جنسی نیز در خانواده‌هایی که یکی از زوجین به بیماری دیابت مبتلا می‌باشند، حایز اهمیت است.

References

- Holmes AM, Deb P. The effect of chronic illness on the psychological health of family members. *J Ment Health Policy Econ*. 2003 Mar;6(1):13-22.
- Trief PM, Himes CL, Orendorff R, Weinstock RS. The marital relationship and psychosocial adaptation and glycemic control of individuals with diabetes. *Diabetes Care*. 2001 Aug;24(8):1384-9.
- Laffel LM, Vangsness L, Connell A, Goebel-Fabbri A, Butler D, Anderson BJ. Impact of ambulatory, family-focused teamwork intervention on glycemic control in youth with type 1 diabetes. *J Pediatr*. 2003 Apr;142(4):409-16.
- Trief PM, Grant W, Elbert K, Weinstock RS. Family environment, glycemic control, and the psychosocial adaptation of adults with diabetes. *Diabetes Care*. 1998 Feb;21(2):241-5.
- Schwartz LS, Coulson LR, Toovy D, Lyons JS, Flaherty JA. A biopsychosocial treatment approach to the management of diabetes mellitus. *Gen Hosp Psychiatry*. 1991 Jan;13(1):19-26.
- Katz AM. Wives of diabetic men. *Bull Menninger Clin*. 1969 Sep;33(5):279-94.
- والائی فراز، صالحی پیام، اعتمادی آرش، محمدی حمیدرضا، زند رامین، امامی حبیب. مقایسه چگونگی روابط خانوادگی در بانوان دیابتی و غیردیابتی در جمعیت ساکن شهرک‌های غرب تهران. *مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران*، ۱۳۸۱؛ سال ۴، شماره ۲، صفحات ۸۹ تا ۹۶.
- Quek KF, Low WY, Razack AH, Chua CB, Loh CS. The feasibility of the Golombok-Rust Inventory of Marital State (GRIMS) in assessing marital satisfaction in a Malaysian population. *J Sex Marital Ther*. 2002 Oct-Dec;28(5):423-6.
- Wilson C, Brown T, Acton K, Gilliland S. Effects of clinical nutrition education and educator discipline on glycemic control outcomes in the Indian health service. *Diabetes Care*. 2003 Sep;26(9):2500-4.
- Seyoum B. Impotence in Ethiopian diabetic men. *East Afr Med J*. 1998 Apr;75(4):208-10.
- Mikhailichenko VV, Tiktinskii OL, Sil'nitskii PA, Vorokhobina NV, Aleksandrov VP. [The pathogenesis of sexual disorders in men with diabetes mellitus] *Urol Nefrol (Mosk)*. 1993 Mar-Apr;(2):47-50. Russian.
- Yamaguchi Y, Kumamoto Y. [Study of sexual function of male diabetics] *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi*. 1994 Sep;85(9):1327-35. Japanese.
- Schiavi RC, Stimmel BB, Mandeli J, Rayfield EJ. Diabetes mellitus and male sexual function: a controlled study. *Diabetologia*. 1993 Aug;36(8):745-51.
- El-Sakka AI. Premature ejaculation in non-insulin-dependent diabetic patients. *Int J Androl*. 2003 Dec;26(6):329-34.
- Dinulovic D, Radonjic G. Diabetes mellitus/male infertility. *Arch Androl*. 1990;25(3):277-93.
- Campbell LV, Redelman MJ, Borkman M, McLay JG, Chisholm DJ. Factors in sexual dysfunction in diabetic female volunteer subjects. *Med J Aust*. 1989 Nov 20;151(10):550-2.
- Buvat J, Lemaire A. [Sexuality of the diabetic woman] *Diabetes Metab*. 2001 Sep;27(4 Pt 2):S67-75. French.