

بررسی مقایسه‌ای اضطراب بیماری و رضایت جنسی زناشویی در زنان متأهل شاغل و خانه‌دار

سوفیا خانقاهی^۱، نرگس بامدی^۲، صفورا خوشدل دریاسری^{۳*}

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۳/۰۹ صص ۹۹-۱۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۵/۲۰

چکیده

هدف: امروزه به دلیل تغییر شرایط اجتماعی و اقتصادی، شاهد حضور روزافزون اشتغال زنان می‌باشیم. بر این اساس این تحقیق با هدف مقایسه اضطراب بیماری و رضایت جنسی زناشویی در زنان متأهل شاغل و خانه‌دار در سال ۱۳۹۸ انجام شده است.

روش: روش پژوهش، علی-مقایسه‌ای و تعداد ۸۷ نفر از زنان شاغل در بیمارستان علی ابن ابیطالب و خاتم الانبیاء شهر زاهدان و ۸۹ نفر از زنان خانه‌دار این شهر به صورت در دسترس انتخاب شدند. سپس با استفاده از پرسشنامه اضطراب بیماری سالکوویس و رضایت جنسی زناشویی مصطفوی مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره و t دو نمونه مستقل استفاده گردید.

یافته‌ها: یافته‌ها گویای آن بود که زنان شاغل از اضطراب بیماری بالاتری برخوردار هستند ($p < 0/01$). در رضایت جنسی زناشویی نیز این تفاوت در زنان خانه‌دار بیشتر بود ($p < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد چنانچه شغل دارای تنش‌های زیاد باشد می‌تواند تأثیرات منفی بر سلامت روانی و جسمی و کیفیت زناشویی زنان شاغل داشته باشد. لذا فراهم نمودن اقدامات لازم جهت کاهش تنش‌های وارده به این گروه از زنان شاغل می‌تواند در کاهش بیماری‌های روان‌تنی و بهبود روابط زناشویی مؤثر باشد.

کلمات کلیدی: اضطراب بیماری، رضایت جنسی زناشویی، زنان شاغل، زنان خانه‌دار.

^۱ عضو هیئت علمی، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

* نویسنده مسئول: safoorakhoshdel91@yahoo.com

مقدمه

صنعتی شدن جوامع، موجب گشته است که زنان نیز مانند مردان بیرون از خانه به کار و فعالیت‌های مختلف بپردازند و به زندگی اقتصادی خانواده کمک نمایند (Babaeigivi, Nazari & Mohsenzadeh, 2015). کار بخش مهمی از زندگی به شمار می‌آید و از یک‌سو می‌تواند نیازهای اساسی هر فردی مانند پرورش روح و جسم، برقراری تعاملات اجتماعی، ایجاد اعتماد به نفس و ... را ارضا نماید و از سوی دیگر می‌تواند منبع اصلی استرس باشد (Abbasi Asfajir & Amiri, 2018). سطح بالایی از شرایط کاری استرس‌زا، فقدان حمایت مناسب از سوی همکاران و کارفرما، اضافه کاری و نوبت‌های کاری پی در پی می‌تواند بر روی سلامت جسمی و روانی کارکنان زن تأثیر منفی گذارد. مطالعات وجود علائم روان‌تنی را در بین افراد شاغل تأیید نموده‌اند (Jaradat, et al, 2016). علائم قلبی- عروقی، تنش عضلانی، سردرد، مشکلات خواب، اضطراب و افسردگی از جمله این علائم هستند (Berland, Natvig & Gundersen, 2008). در حقیقت نگرانی مرتبط با ماهیت شغلی می‌تواند کارکنان زن را در معرض خطرات جدی و نگرانی‌های مرتبط با سلامتی‌شان قرار دهد (Hosseini Ghomi, Salimi Bajestani & Zakeri, 2014). مفهوم اضطراب بیماری^۱ هنگامی به کار برده می‌شود که هم نگرانی سلامتی خفیف و هم خودبیمارانگاری^۲ در فرد وجود داشته باشد (Davoudi, Nargesi, & Mehrabi honarmand, 2013). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، نسخه پنجم^۳ نیز پیشنهاد داده است که ۷۵ درصد از افراد مبتلا به خودبیمارانگاری بیش از حد با علائم جسمی و ذهنی خود درگیر هستند، که به آن اختلال نشانه‌های جسمی^۴ گفته می‌شود. ۲۵ درصد افراد مبتلا نیز ممکن است تنها چند مورد علائم و نشانه‌های جسمی داشته باشند که ویژگی اصلی آن‌ها اضطراب، شک نسبت به وجود بیماری و ابتلاء به یک بیماری جدی (اختلال اضطراب بیماری) است (Starcevic, 2013).

بطور کلی ملاک‌های تشخیصی DSM-5، برای اختلال اضطراب بیماری به ترتیب زیر است:

الف) مشغولیت ذهنی با ابتلاء به کسب یک بیماری جدی

¹ Illness anxiety

² hypochondriasis

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

⁴ somatic symptom disorder

ب) علایم جسمی وجود ندارند یا در صورت وجود، فقط شدت خفیفی دارند. اگر یک بیماری طبی وجود دارد یا احتمال خطر بالایی برای ابتلاء به یک بیماری طبی وجود دارد (مثل وجود سابقه خانوادگی محکم) مشغولیت ذهنی به وضوح، افراطی یا نامتناسب با آن است.

ج) سطوح بالای اضطراب در مورد سلامتی وجود دارد و فرد به سهولت درباره وضعیت سلامتی خود هراسان می‌شود.

د) فرد به اقدامات افراطی در مورد سلامتی خود می‌پردازد (مثل واریسی مکرر بدن خود برای یافتن علایم بیماری) یا اجتناب‌های نامناسب دارد (مثل خودداری از ویزیت توسط پزشک یا رفتن به بیمارستان).

ر) مشغولیت ذهنی در مورد بیماری باید حداقل ۶ ماه وجود داشته باشد، اما نوع بیماری عامل ترس بیمار در طول این مدت ممکن است تغییر کند.

ز) مشغولیت ذهنی مربوط به بیماری را نتوان با اختلال روانی دیگری مثل اختلال علائم جسمی، اختلال پانیک، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال بدریخت انگاری بدن، اختلال وسواسی- جبری یا اختلال هذیانی نوع جسمی بهتر توضیح داد (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015, P34).

پژوهش‌ها نیز وجود اضطراب بیماری و علائم روان‌تنی را در بین زنان شاغل تأیید نموده‌اند. نتایج مطالعه لیزانو (Lizano, 2015) بر روی کارکنان خدماتی نشان داد که این گروه به وفور علائمی مانند درد گردن و پشت و بیماری‌های کرونری را گزارش می‌کردند. هیومیدا (Humaida, 2012) در پژوهشی بر روی پرستاران، گزارش نمود که شیوع شکایات روان‌تنی مانند فشار خون بالا، درد پشت و آگزاما، زخم‌های گوارشی و سردرد در بین این گروه زیاد است. کان (Kane, 2009) در پژوهشی بر روی پرستاران زن به این نتیجه دست یافت که این گروه از استرس بسیار بالایی برخوردارند و شکایات روان‌تنی مانند اسیدیته، درد پشت، سفتی گردن و شانه در آن‌ها به وفور دیده می‌شود. نتایج مطالعه بائور (Bauer, 2006) در بین معلمان زن، حاکی از وجود نشانه‌های روان‌تنی و شکایات جسمانی نظیر سردرد، احساس گرفتگی در ناحیه قلب و سینه، درد پشت و تنگی نفس بود. نتایج پژوهش بابامیری، ظهیری، نیسی و ارشادی (Babamiri, Zoheri, Nisi, Arshadi & Shahroie, 2015) در نمونه‌ای از کارکنان اداری بیمارستان‌های شهر تهران نشان داد که فشار شغلی در کارکنان با افزایش علائم روان‌تنی مرتبط است. مشتاقی و علامه (Moshtagi & Alameh, 2012) در بررسی بیماری‌های روان‌تنی در پرستاران گزارش نمودند که اختلال‌های روان‌تنی همانند اسیدیته، کمردرد، گرفتگی عضلات گردن و شانه بطور قابل توجهی در میان پرستاران رو به رشد است و این میزان با افزایش

استرس بیشتر می‌شود. مطالعه‌ای که به مقایسه اضطراب بیماری و اختلالات روان‌تنی بین زنان شاغل و خانه‌دار پردازد یافت نشد.

پژوهش‌ها همچنین توجه بسیاری به کار زنان، تعارض کار- خانواده^۱ و تنش‌های ناشی از دوگانگی نقش در زنان شاغل نموده‌اند (Lian & Tam, 2014). مطالعات نشان می‌دهند که عوامل مربوط به محیط کاری مانند مطالبات، تعارض‌ها و تنش‌های شغلی بر رضایت زناشویی زوجین تأثیرگذار است (Pemanpak, Mansour, Sadeghi & Pour Ebrahim, 2013). به اعتقاد الکویست (Elquist, 2004) فشار کاری زیاد و حجم کاری بالا در زنان شاغل، پیامدهای منفی بر مسائل خانوادگی آن‌ها گذاشته و موجب از هم گسیختگی فعالیت‌های اجتماعی مشترک آنان با همسرشان می‌شود (Gharibi, Sanagoumoharer & Yaghoubinia, 2016). در واقع کار با حجم بالا و اضافه کاری می‌تواند مشکلات زیادی در ارتباط بین زوجین، بالاخص اختلال در عملکرد جنسی ایجاد کند. به نظر می‌رسد این تنش‌های شغلی موجب می‌شوند که فرد زمان کمتری را برای بودن با همسرش داشته باشد، ارتباط صمیمانه کمتری با همسرش برقرار کند، و علاوه بر آن خستگی بیش از حد موجب شود که زمان کمتری را برای روابط جنسی داشته باشد. تمامی این موارد بر رضایت جنسی^۲ فرد تأثیر دارد و سبب اختلالات جنسی بی‌شماری مانند کاهش توان جنسی و آنورگاسمیا^۳ (عدم رسیدن به لذت جنسی) در زنان می‌شود (Jadid Milani, Asadi Noghabi & Valaee, 2006). رضایت زناشویی ارزیابی ذهنی فرد از ازدواج خود است (Mihailova & Tretjakova, 2014). رضایت جنسی زناشویی نیز به عنوان یکی از مؤلفه‌های مربوط به رضایت زناشویی و تمایلات جنسی، واکنش هیجانی ناشی از ارزیابی ذهنی ابعاد مثبت و منفی رابطه جنسی است و در حقیقت به عنوان آخرین مرحله از چرخه پاسخ جنسی شناخته می‌شود (Sanchez-Fuentes, Santos-Iglesias & Sierra, 2014).

نتایج مطالعات نیز نشان می‌دهند که زنان شاغل از رضایت زناشویی پایینی برخوردارند. بارناس، کولپا و رادزیک (Barnaś, Kołpa & Radzik, 2015) در نمونه‌ای از پرستاران زن نشان دادند که کار شیفتی بالا، رضایت جنسی را در این گروه کاهش می‌دهد. چن و لین (Chen & Lin, 2013) در پژوهش خود در نمونه‌ای از پرستاران نشان دادند که کیفیت عملکرد جنسی و ارتباط جنسی در این گروه با افزایش حجم کاری بیشتر می‌شود. نتایج پژوهش اوسچاروف (Oscharoff, 2011) بر روی

¹ work-family conflict

² sexual satisfaction

³ anorgasmia

گروهی از روان‌شناسان نشان داد که تعارضات کار- خانواده و افزایش فشار کاری موجب کاهش قابل توجهی در رضایت زناشویی می‌شود. وان‌استین برگن، کلوور و کارنی (VanSteenbergen, Kluwer & Karney, 2011) در پژوهش خود بر روی زوج‌های شاغل نشان دادند که افزایش حجم کاری و تنش مرتبط با شغل موجب کاهش رضایت زناشویی زوجین می‌شود. مطهری و آیبیغی اصفهانی (Motahari & Aebaghe Esfahani, 2016) در پژوهش خود بر روی کاکنان زن دانشگاه آزاد اسلامی کازرون به این نتیجه دست یافتند که تنش‌های شغلی و روابط بین فردی در محیط کار با رضایت جنسی زناشویی ارتباط منفی و معنادار دارند. جدید میلانی و همکاران (Jadid Milani, et al, 2006) در پژوهش خود در زنان پرستار نشان دادند که بین شیفت‌های کاری با عملکرد جنسی زنان و رضایت جنسی ارتباط معناداری وجود دارد و موجب کاهش قابل توجه در آن می‌گردد. نتایج این پژوهش نشان دهندهٔ تداخل شیفت‌های کاری با عملکرد جنسی در پرستاران زن بود. در مقایسهٔ رضایت زناشویی زنان شاغل و خانه‌دار نتایج پژوهش‌ها متفاوت هستند. برخی از پژوهش‌ها رضایت جنسی زناشویی زنان شاغل را پایین‌تر از زنان خانه‌دار گزارش نموده‌اند (Esfandiari & Aghae, 2015؛ Ahmad Hashmi, Khurshid & Hassan, 2007؛ Asgari, Pasha & Azarkish, 2011). اما برخی دیگر رضایت جنسی زناشویی زنان شاغل را بالاتر از زنان خانه‌دار گزارش نمودند (Esmaili, Amirsardari & Ansary, 2014؛ Mahdizadegan & Sharifiranani, 2015).

بطور کلی نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که حجم کاری زیاد و خسته کننده می‌تواند منجر به بروز شکایات روان‌تنی متعدد در زنان شاغل شود (Humaida, 2012). همچنین موجب می‌شود که زندگی زناشویی و کیفیت روابط جنسی در آن‌ها با مشکل روبه‌رو گردد (Gohari, Zaharakar, Nazari & Salimi, 2016). بروز شکایات جسمانی متعدد و عدم رضایت از زندگی زناشویی نیز به نوبهٔ خود می‌تواند کیفیت و بهره‌وری زنان شاغل را کاهش دهد، بنابراین بررسی این موضوع در پژوهش حاضر حائز اهمیت است. بررسی پیشینهٔ پژوهشی نیز در زمینهٔ اضطراب بیماری نشان می‌دهد که مطالعه‌ای که به مقایسهٔ این متغیر در زنان شاغل و خانه‌دار بپردازد، انجام نگرفته است. در زمینهٔ رضایت جنسی زناشویی نیز نتایج مطالعات متناقض هستند، بنابراین در تحقیق حاضر جهت دستیابی به نتایج دقیق‌تر، به دنبال آن هستیم که آیا تفاوت معناداری بین زنان شاغل و خانه‌دار در اضطراب بیماری و رضایت جنسی زناشویی وجود دارد؟

فرضیه‌های پژوهش

۱. بین زنان شاغل و خانه‌دار در مؤلفه‌های اضطراب بیماری تفاوت معناداری وجود دارد.

۲. بین زنان شاغل و خانه‌دار در رضایت جنسی زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد.

روش پژوهش و ابزار پژوهش

روش پژوهش حاضر پس رویدادی و از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش، کلیه زنان متأهل شاغل در بیمارستان علی ابن ابیطالب و خاتم‌الانبیاء شهر زاهدان و زنان متأهل غیرشاغل این شهر در سال ۱۳۹۸ بودند، که از این تعداد ۱۰۰ نفر زن متأهل شاغل و ۱۰۰ نفر زن متأهل غیرشاغل (مجموعاً ۲۰۰ نفر) با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نهایی نمونه، پس از ریزش پرسشنامه‌ها، ۸۷ نفر زن متأهل شاغل و ۸۹ نفر زن متأهل غیرشاغل (مجموعاً ۱۷۶ نفر) بودند. جهت انتخاب زنان شاغل، نمونه‌ها از بین کارمندان زن متأهل بیمارستان علی ابن ابیطالب و خاتم‌الانبیاء زاهدان انتخاب شدند. با توجه به حجم کاری زیاد و عدم تمایل برخی از کارکنان به شرکت در پژوهش، امکان استفاده از نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت و لذا از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین منظور پس از مراجعه به مراکز نامبرده، پرسشنامه‌ها در بین کارکنان زن در کلیه سطوح کاری توزیع شد. همچنین جهت انتخاب زنان خانه‌دار، در مناطق نزدیک به بیمارستان علی ابن ابیطالب و خاتم‌الانبیاء، به درب منازل مراجعه و زنانی که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، جهت تکمیل پرسشنامه‌ها انتخاب شدند. به منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به صورت کاملاً محرمانه باقی می‌ماند.

بطور کلی دامنه سنی زنان خانه‌دار شرکت‌کننده ۲۶-۴۹ سال با میانگین ۳۷ سال بود. ۵۲/۸ درصد سطح تحصیلات دیپلم و کاردانی، ۳۸/۲ درصد در سطح کارشناسی و ۹ درصد در سطح کارشناسی ارشد بودند. طول مدت ازدواج آن‌ها به طور متوسط ۱۰ سال بود. در زنان شاغل دامنه سنی، ۲۴-۴۸ سال با میانگین ۳۵ سال بود. ۱۴/۹ درصد سطح تحصیلات دیپلم و کاردانی، ۶۷/۸ درصد در سطح کارشناسی و ۱۷/۲ درصد در سطح کارشناسی ارشد بودند. طول مدت ازدواج آن‌ها به طور متوسط ۸ سال بود.

در پژوهش حاضر از ابزارهای زیر استفاده گردید:

پرسشنامه اضطراب بیماری: این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی با ۱۸ عبارت است که توسط سالکوویس و همکاران در سال ۲۰۰۲ ساخته شده و در رابطه با هر یک از عبارات مذکور، ۴ گزینه مطرح است. به هنگام نمره‌گذاری به گزینه‌های مطرح شده برای هر یک از عبارات نمره‌ای بین صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد. این پرسشنامه از ۳ زیرمقیاس احتمال ابتلاء به بیماری (سوالات ۲، ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲)، پیامدهای منفی بیماری (سوالات ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸) و اشتغال ذهنی با بیماری (سوالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۱۰، ۱۳ و ۱۴) تشکیل شده است (Salkovskis, Rimes, Warwick & Clark, 2002).

ضرایب همسانی درونی کل پرسشنامه و دو خرده مقیاس آن (پيامد بيماری و احتمال بيماری) ۰/۷۰ و ضریب همسانی درونی خرده مقیاس اشتغال ذهنی با بيماری برابر با ۰/۶۶ گزارش شد (Panahi, Talkhestani, Asgharimoghadam, Dibajnia & Shaeeri, 2012).

پرسشنامه رضایت جنسی زناشویی (فرم مخصوص زنان): این پرسشنامه توسط مصطفوی در سال ۱۳۹۱ تهیه شده است. دارای ۳۶ عبارت ۵ گزینه‌ای از کاملاً موافقم (۴) تا کاملاً مخالفم (۰) است. برخی سوالات بصورت معکوس نمره‌گذاری می‌گردند. نمره رضایت جنسی فرد با جمع نمرات گزینه‌های انتخاب شده توسط فرد به دست می‌آید. نمرات ۰-۳۶ (رضایت جنسی کم)، ۳۷-۷۲ (رضایت جنسی متوسط)، ۷۳-۱۰۸ (رضایت جنسی خوب) و ۱۰۹-۱۴۴ (رضایت جنسی بسیار خوب) را نشان می‌دهد. مصطفوی پایایی پرسشنامه رضایت جنسی زناشویی را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ ذکر کرده است (Mostavafi, 2012).

در پژوهش حاضر داده‌ها از طریق آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (multivariate) و آزمون t دو نمونه مستقل و با نرم افزار Spss نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

فرضیه اول: بین زنان شاغل و خانه‌دار در مؤلفه‌های اضطراب بيماری تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های اضطراب بيماری در زنان خانه‌دار و شاغل

متغیرها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
احتمال ابتلاء به بيماری	خانه‌دار	۸۹	۹/۴۹	۴/۰۳۹
	شاغل	۸۷	۱۳/۱۶	۲/۹۶۵
	کل	۱۷۶	۱۱/۳۰	۳/۹۸۸
پيامدهای منفی بيماری	خانه‌دار	۸۹	۴/۹۲	۳/۰۳۳
	شاغل	۸۷	۷/۵۶	۱/۷۴۳
	کل	۱۷۶	۶/۲۲	۲/۸۰۶
اشتغال ذهنی با بيماری	خانه‌دار	۸۹	۱۰/۰۷	۳/۵۴۶
	شاغل	۸۷	۱۲/۲۹	۲/۳۷۴
	کل	۱۷۶	۱۱/۱۷	۳/۲۱۴

جدول شماره ۱ نشانگر آمار توصیفی برای زنان خانه‌دار و شاغل در مؤلفه‌های اضطراب بیماری می‌باشد، پس از بررسی آمار توصیفی، آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (multivariate) محاسبه شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

جدول ۲- نتایج آزمون‌های معناداری MANOVA برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته

متغیر	آزمون	ارزش	F	P
گروه	اثر پیلای-بارلت	۰/۲۸۲	۲۲/۵۶۲	۰/۰۰۰
	لامبدای ویلکز	۰/۷۱۸	۲۲/۵۶۲	۰/۰۰۰
	اثر هتلینگ-لای	۰/۳۹۴	۲۲/۵۶۲	۰/۰۰۰
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۳۹۴	۲۲/۵۶۲	۰/۰۰۰

پیش از استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره، جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون باکس‌ام و لوین استفاده و شرط همگنی واریانس/کواریانس بررسی شد. سطح معناداری آماره باکس‌ام از عدد ۰/۰۰۱ کوچکتر گزارش شد. بنابراین در گزارش جدول ۲ باید ردیف آزمون اثر پیلای را بررسی نمود. با توجه به سطح معناداری این آزمون، که کوچکتر از ۰/۰۵ است، می‌توان نتیجه گرفت که میانگین مؤلفه‌های اضطراب سلامت در بین دو گروه تفاوت معناداری دارد. نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که در هر سه مؤلفه، این آزمون معنادار شده است ($p < 0.05$)، و این یافته گویای آن است که فرضیه همسانی واریانس‌ها برقرار نمی‌باشد. هومن (Human, 2005) و سرمد (Sarmad, 2005) خاطر نشان می‌کنند که چنانچه حجم گروه‌های مطالعه برابر یا تقریباً برابر باشد، با اطمینان می‌توان از تحلیل واریانس استفاده کرد، حتی اگر واریانس آن‌ها برابر نباشند و تحلیل واریانس نسبت به عدم همسانی واریانس‌ها توانمند و مقاوم است (Rezaei, 2014).

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بر میانگین نمره‌های مؤلفه‌های اضطراب بیماری در زنان خانه‌دار و شاغل

متغیرها	مجموع مجذورات	Df	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
احتمال ابتلاء به بیماری	۵۹۱/۸۰۳	۱	۴۶/۹۷۲	۰/۰۰۰	۰/۲۱۳
پیامدهای منفی بیماری	۳۰۷/۰۹۶	۱	۴۹/۸۹۵	۰/۰۰۰	۰/۲۲۳
اشتغال ذهنی با بیماری	۲۱۶/۲۸۶	۱	۲۳/۶۳۸	۰/۰۰۰	۰/۱۲۰

در جدول شماره ۳، تحلیل واریانس چند متغیره یک‌راهه بین‌گروهی جهت بررسی تفاوت زنان خانه‌دار و شاغل در نمرات مؤلفه‌های اضطراب بیماری به کار گرفته شد. ۳ متغیر وابسته (احتمال ابتلاء به بیماری، پیامدهای منفی بیماری و اشتغال ذهنی با بیماری) مورد بررسی قرار گرفتند. متغیر مستقل، زنان خانه‌دار و شاغل بودند و با استفاده از مقدار تعدیل شده بونفرینی که برابر با ۰/۰۱ بود، نتایج نشان داد که تفاوت آماری معناداری بین زنان خانه‌دار و شاغل در احتمال ابتلاء به بیماری (partial Eta=۰/۲۱۳، $p < ۰/۰۱$ ، $F=۴۶/۹۷۲$)، پیامدهای منفی بیماری (partial Eta=۰/۲۲۳، $p < ۰/۰۱$ ، $F=۴۹/۸۹۵$) و اشتغال ذهنی با بیماری (partial Eta=۰/۱۲۰، $p < ۰/۰۱$ ، $F=۲۳/۶۳۸$) وجود دارد ($p < ۰/۰۱$). در نتیجه فرض نخست پذیرفته می‌شود.

جدول ۴- مقایسه دو به دوی میانگین نمره مؤلفه‌های اضطراب بیماری در زنان خانه‌دار و شاغل

متغیر	گروه (i)	گروه (j)	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
احتمال ابتلاء به بیماری	خانه‌دار	شاغل	-۳/۶۶۸ *	۰/۵۳۵	۰/۰۰۰
پیامدهای منفی بیماری	خانه‌دار	شاغل	-۲/۶۴۲ *	۰/۳۷۴	۰/۰۰۰
اشتغال ذهنی با بیماری	خانه‌دار	شاغل	-۲/۲۱۷ *	۰/۴۵۶	۰/۰۰۰

(* $p < ۰/۰۰۵$): The mean difference is significant at the 0/05 level

طبق جدول شماره ۴، براساس تفاوت میانگین‌ها، نتایج حاکی از بالاتر بودن میانگین نمره زنان شاغل در تمامی مؤلفه‌های اضطراب بیماری نسبت به زنان خانه‌دار بود ($p < ۰/۰۱$). فرضیه دوم: بین زنان شاغل و خانه‌دار در رضایت جنسی زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد. جهت بررسی این فرضیه از آزمون t دو نمونه مستقل استفاده گردید.

جدول ۵- نتایج آزمون t گروه‌های مستقل برای رضایت جنسی زناشویی در زنان خانه‌دار و شاغل

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	F-leven	p-leven	t	Df	P
رضایت جنسی زناشویی	خانه-دار	۱۰۵/۶۰	۱۵/۴۷	۱۲/۷۸۶	۰/۰۰۰	۶/۸۸۹	۱۵۹/۴۹۲	۰/۰۰۰
	شاغل	۸۶/۶۳	۲۰/۶۳					

طبق جدول شماره ۵، تفاوت معناداری بین زنان خانه‌دار و شاغل در نمره رضایت جنسی زناشویی مشاهده شد. به طوری که میانگین نمره رضایت جنسی زناشویی زنان شاغل پایین‌تر از زنان خانه‌دار گزارش شد ($t = -6/889$ ، $P = 0/000$ ؛ $P < 0/01$).

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این تحقیق، مقایسه اضطراب بیماری و رضایت جنسی زناشویی در زنان متأهل شاغل و خانه‌دار بود که یافته‌های بدست آمده نشان داد که اضطراب بیماری و تمامی مؤلفه‌های مربوط به آن در زنان شاغل بالاتر از زنان خانه‌دار است. پژوهشی که به مقایسه اضطراب بیماری و شیوع بیماری‌های روان‌تنی در زنان شاغل و خانه‌دار پردازد، یافت نشد، با این حال نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بطور کلی اضطراب و نگرانی‌های مرتبط با بیماری، مانند احتمال ابتلاء به یک بیماری، شکایات جسمی متعدد و افسردگی و اضطراب در زنان شاغل به وفور دیده می‌شود که نتایج پژوهش حاضر به نوعی تأیید کننده این پژوهش‌ها و همسو با آن‌ها می باشد (Lizano, 2015؛ Moshtagi & Alameh, 2015؛ Babamiri, et al, 2015؛ Bauer, 2006؛ Kane, 2009؛ Lizano, 2015). در تبیین احتمالی یافته پژوهش حاضر می‌توان این نکته را مدنظر داشت که مشاغل درمانی انرژی و توان بیش از حدی را می‌طلبند که می‌تواند موجبات فرسودگی در زنان شاغل را فراهم آورد. فرسودگی نیز به نوبه خود بر سلامت روانی و جسمی افراد تأثیر منفی می‌گذارد که موجب بروز بیماری‌های روان‌تنی می‌شود (Qu & Wang, 2015). حجم کاری بالا، اضافه کاری، شیفت‌های پی در پی در این‌گونه مشاغل می‌توانند منجر به بروز بیماری‌های قلبی و گوارشی شوند. از طرفی حجم بالای مطالبات بیماران و خانواده‌های آن‌ها که می‌تواند در برخی اوقات غیرمنطقی نیز باشد، موجبات استرس در این زنان را فراهم می‌آورد و منجر به بروز خشم در آن‌ها می‌شود، که تمامی این عوامل می‌توانند اضطراب و نگرانی‌های مرتبط با سلامتی را در آنها به وجود آورد (Moshtagi & Alameh, 2012). همچنین به این نکته نیز می‌توان اشاره نمود که کارکنان مشاغل درمانی به دلیل مواجه بودن با بیماری‌های مختلف، آگاهی از علائم و شیوع بیماری‌ها، نسبت به این علائم حساسیت بیشتری نشان می‌دهند و ممکن است هر نوع احساسی را در خود دال بر وجود یک بیماری در نظر بگیرند و همواره اشتغال ذهنی در مورد ابتلاء به یک بیماری را داشته باشند.

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین رضایت جنسی زناشویی زنان شاغل و خانه‌دار وجود دارد، به نحوی که زنان شاغل از رضایت جنسی زناشویی پایین‌تری برخوردار بودند. بطور کلی نتایج پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند که زنان شاغل از کیفیت زناشویی و

رضایت جنسی زناشویی پایینی برخوردارند که نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های آن‌ها است (VanSteenbergen, et al, 2011؛ Oscharoff, 2011؛ Chen & Lin, 2013؛ Barnaś, et al, 2015)؛ یافته پژوهش حاضر مبنی بر پایین‌تر بودن رضایت جنسی در زنان شاغل نسبت به زنان خانه‌دار را می‌توان همسو با نتایج پژوهش‌های (Ahmad Hashmi, et al, 2007؛ Asgari, et al, 2011؛ Esfandiari & Aghae, 2015) و ناهمسو با یافته‌های تحقیق (Esmaili, et al, 2014؛ Mahdzadegan & Sharifiranani, 2015) دانست. دلیل احتمالی برای عدم توافق نتیجه برخاسته از پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های ذکر شده را می‌توان این‌گونه بیان کرد که جامعه آماری این دو پژوهش زنان شاغل در بانک‌ها و سازمان‌های دولتی بودند، که در مقایسه با زنان شاغل شرکت کننده در پژوهش حاضر که شاغل در بیمارستان هستند با تنش‌های کمتری در محل کار خود مواجه هستند. شاغلان مراکز درمانی بخاطر حجم کاری سنگین‌تر و شیفت‌های پی در پی، مواجهه با بیماری‌های مختلف و درد و رنج بیماران و حتی مرگ و مسئولیت بالاتر در قبال جان بیماران و خانواده‌های آن‌ها، با استرس بالاتری مواجه هستند که خستگی، اختلالات خواب، سردرد و بسیاری دیگر از مشکلات را برای آن‌ها به همراه دارد که این امر می‌تواند تأثیرات منفی بر رضایت زناشویی آن‌ها بگذارد.

در تبیین یافته پژوهش حاضر مبنی بر پایین‌تر بودن سطح رضایت جنسی زناشویی در زنان شاغل نسبت به زنان خانه‌دار می‌توان به این نکته توجه نمود که دشواری‌های کار کردن در محیط خانه و همزمان بیرون از خانه، فشار مضاعفی بر زنان شاغل وارد می‌آورد. زنان خانه‌دار نسبت به زنان شاغل فرصت بیشتری برای رسیدگی به کارهای منزل و استراحت دارند، در حالی که زنان شاغل در کنار انجام فعالیت‌های منزل، باید در مقابل تکالیف و خواسته‌های محل کار خود نیز پاسخ‌گو باشند، بنابراین امکان استراحت کمتری برای آنان وجود دارد. در چنین شرایطی فشار کاری دو برابر شده و بالطبع زمان و توان لازم برای رسیدگی به امور شخصی و زناشویی را در آن‌ها کاهش می‌دهد (Asgari, et al, 2011). بطور کلی به نظر می‌رسد عوامل تنش‌زا و هیجانی در محیط کاری، بخصوص مشاغل درمانی، احساس تحریک‌پذیری و تنش را در زنان افزایش می‌دهد و این گروه ناخواسته ممکن است این حجم از فشار را با خود به منزل منتقل کنند که موجب می‌شود زوجین نشانه‌های پریشانی و درگیر شدن را بروز دهند که بالطبع کیفیت روابط جنسی و زناشویی متأثر از این پریشانی‌ها کاهش می‌یابد (Story & Repetti, 2006).

از نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر می‌توان این‌طور نتیجه‌گیری نمود که زنان شاغل نگرانی و اضطراب بالاتری در مورد سلامتی خود نسبت به زنان خانه‌دار دارند. همچنین کیفیت روابط

زناشویی آنان می‌تواند متأثر از شرایط شغلی‌شان قرار بگیرد که این به نوبه خود رضایت جنسی زناشویی را در آنان کاهش می‌دهد. با این حال مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که از آن جمله، نمونه‌گیری محدود به زنان متأهل شاغل در بیمارستان علی ابن ابیطالب و خاتم‌الانبیاء شهر زاهدان بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی، سایر مراکز و سازمان‌ها، مردان متأهل و سایر شهرستان‌ها را نیز مورد هدف قرار دهند. با توجه به نتایج بدست آمده و سطح بالاتر اضطراب بیماری و رضایت جنسی زناشویی پایین‌تر در زنان شاغل نسبت به زنان خانه‌دار، پیشنهاد می‌گردد مراکز درمانی و بیمارستان‌ها اقدامات خاصی جهت کاهش تنش‌های کاری در این گروه در دستور کار خود قرار دهند.

تشکر و قدردانی

به این وسیله از تمامی کسانی که محقق را در انجام این پژوهش یاری نمودند، به ویژه کارکنان زن محترم بیمارستان علی ابن ابیطالب و خاتم‌الانبیاء شهر زاهدان که در روند اجرای پژوهش صمیمانه محقق را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References:

- Abbasi Asfajir, A.A. Amiri Mousavi, S.S. (2018). Relationship between job stress and marital adjustment and quality of life of female physicians in the Amol city. *Quarterly Journal of Woman & Society*, 9(35), 271-288.
- Ahmad Hashmi, A. Khurshid, M. & Hassan, I. (2007). Marital Adjustment, Stress and Depression among Working and Non-Working Married Women. *Internet Journal of Medical Update*, 2(1), 19-26.
- Asgari, P. Pasha, Gh. & Azarkish, M. (2011). Comparison of marital commitment, sexual satisfaction and life satisfaction of employed and housewives. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 6(21), 60-53.
- Babaeigivi, R. Nazari, A.M. & Mohsenzadeh, F. (2015). The Comparison of Psychological Well-Being and Marital Burnout and Their Dimensions among Employed and Unemployed Women. *Quarterly Journal of Woman & Society*, 5(20), 71-88.
- Babamiri, M. Zoher, Nisi, A. Arshadi, N. & Shahroie, S. (2015). Job Stressors as Predictors of Psychosomatic Symptoms. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 23 (1), 45-55.
- Barnaś, E. Kołpa, M. & Radzik, B. (2015). The impact of shift work on sexual satisfaction perceived by nurses. *PARIPEX - Indian Journal of research*, 4(8), 30-31.
- Bauer, J. Stamm, A. Virnich, K. Wissing, K. Müller, U. Wirsching, M. & Schaarschmidt, U. (2006). Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 79(3), 199-204.

- Berland, A. Natvig, G.K. & Gundersen, D. (2008). Patient safety and job-related stress: a focus group study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(2), 90-97.
- Chen, R.Y. Lin, Y. (2013). Effects of rotating-shift work on female sexual function in nurse - two hospitals study. *Occupational and Environmental Medicine*, 70(1), A33. <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2013-101717.98>
- Davoudi, I. Nargesi, F. & Mehrabi honarmand, M. (2013). Gender Differences in Health Anxiety and Its Related Dysfunctional Beliefs: with Control of Age. *Health Psychology*, 1(3), 30-38.
- Esfandiari, A. Aghaee, H. (2015). Study of marital satisfaction and quality of life in families of employed and housewives in Gorgan. The second international conference on humanities, psychology and social sciences, Turkey, the leading institute of the Karin conference, https://www.civilica.com/Paper-HPSCONF02-HPSCONF02_096.html
- Esmaili, A. Amirsardari, L. & Ansary, B. (2014). Comparison of Sexual Dysfunctions Among Employed Women and Housewives Attending's to Tabriz Counseling Crescent Center, Iran. *Iranian Journal of Health Sciences*, 2(4), 46-51.
- Gharibi, M. Sanagouymoharer, Gh. & Yaghoubinia, F. (2016). The Relationship Between Quality of Life With Marital Satisfaction in Nurses in Social Security Hospital in Zahedan. *Global Journal of Health Science*, 8(2), 178-184.
- Gohari, Sh. Zahrakar, K. Nazari, A.M. & Salimi, H. (2016). Prediction of marital burnout based on personality traits and sexual intimacy in married woman nurses in selected private hospitals in tehran. *Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal*, 6(3), 59-70.
- Hosseini Ghomi, T. Salimi Bajestani, H. & Zakeri, N. (2014). Relationship religious orientation and hope with health anxiety among women nurses in Imam Khomeini hospital of Tehran. *Iranian Journal of Nursing Research*, 9(1), 17-24.
- Humaida, I.A.I. (2012). Relationship between Stress and Psychosomatic Complaints among Nurses in Tabarjal Hospital. *Open Journal of Medical Psychology*, 1(3), 15-19.
- Human, H.A. (2005). Statistical deduction in behavioral research. Tehran: Organization of Study and Compilation (position).
- Jadid Milani, M. Asadi Noghabi, A.M. & Valaee, N. (2006). The effect of job shifts on sexual function of nursing women in Tehran in 2006. Second National Congress on Family and Sexual Problems. Tehran, Shahed University, Family Health Clinic, https://www.civilica.com/Paper-NCFSP02-NCFSP02_144.html
- Jaradat, Y. Nijem, K. Lien, L. Stigum, H. Bjertness, E. & Bast-Pettersen, R. (2016). Psychosomatic symptoms and stressful working conditions among Palestinian nurses: a cross-sectional study. *Contemporary Nurse*, 52(4), 381-397.
- Kane, P.P. (2009). Stress causing psychosomatic illness among nurses. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 13(1), 28-32.
- Lian, S.Y. Tam, C.L. (2014). Work Stress, Coping Strategies and Resilience: A Study among Working Females. *Asian Social Science*, 10(12), 41- 52.

- Lizano, E.L. (2015). Examining the Impact of Job Burnout on the Health and Well-Being of Human Service Workers: A Systematic Review and Synthesis. *Journal Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 39(3), 167-181.
- Mahdizadegan, I. Sharifiranani, Z. (2015). Comparison of sexual satisfaction, marital commitment, marital intimacy and body image in married and employed women and housewives. *Journal of Woman & study of family*, 7(29), 135-150.
- Mihailova, S. Tretjakova, I. (2014). Monetary and marital satisfaction as factors facilitating birth-rate in Latvian families. *SHS Web of Conferences*, 10(24), 1-10.
- Moshtagi, M. Alameh, S.F. (2012). Stress and psychosomatic diseases in nurses in Isfahan. The Fourth International Congress of Psychosomatic, Islamic Azad University, Khorasgan Branch (Isfahan), https://www.civilica.com/Paper-PSYSO04-PSYSO04_034.html
- Mostavafi, S.A. (2012). Marital Sexual Satisfaction Questionnaire (Women's Form). AzmonyarPooya Institute, <http://www.azmonyar.com>
- Motahari, S.S. Aebaghe Esfahani, S. (2016). Study of the relationship between job stress and its coping strategies with job satisfaction and marital satisfaction among female employees of Islamic Azad University, Kazeroon Branch. International Management Conference, Economic Culture and Development, Mashhad, Raymand Pajoh Research Institute, <http://www.civilica.com/Paper-MCED01->
- Osharoff, A. (2011). Emotional Exhaustion, Work-Family Conflict, and Marital Satisfaction among Professional Psychologists. A Thesis submitted to the faculty of Master of Arts program in clinical psychology, Loyola University Chicago, Paper 494.
- Panahi Talkhestani, S. Asgharimoghadam, M.A. Dibajnia, P. & Shaeeri, M. (2012). Investigating the Factor Structure and Validity of the Farsi Version of the Short Form of Health Anxiety Questionnaire. *Quarterly Counseling and Psychotherapy*, 1(2), 53-67.
- Pemanpak, F. Mansour, L. Sadeghi, M. & Pour Ebrahim, T. (2013). Relationship between job stress and marital satisfaction and mental health among nurses in Tehran hospitals. *Quarterly journal of career & organizational counseling*, 4(13), 27-54.
- Qu, H.Y. Wang, C.M. (2015). Study on the relationships between nurses' job burnout and subjective well-being. *Chinese Nursing Research*, 2, 61-66.
- Rezaei, H. (2014). A Comparison of the Effectiveness of Group-Based Rational-Emotive Behavior Therapy (REBT) and Logotherapy in Reducing Depression in Multiple Sclerosis (MS) Patients. *Clinical Psychology Studies*. 4(16), 49-77.
- Sadock, B.J. Sadock, V.A. & Ruiz, P. (2015). Synopsis of Psychiatry: behavioral sciences/ clinical psychiatry. Translated by: F. Rezaee. Arjmand publication.
- Salkovskis, P.M. Rimes, K.A. Warwick, H.M. & Clark, D.M. (2002). The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32, 843–853.
- Sánchez-Fuentes, M.M. Santos-Iglesias, P. & Sierra, J.C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 67–75.
- Sarmad, Z. (2005). Selection of univariate statistical analyzes. Tehran: Organization of Study and Compilation (position).

-Starcevic, V. (2013). Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges. *The British Journal of Psychiatry*, 202(1), 7-8.

-Story, L.B. Repetti, R. (2006). Daily occupational stressors and marital behavior. *Journal of Family Psychology*, 20(4), 690-700.

-Van Steenbergen, E.F. Kluwer, E.S. & Karney, B.R. (2011). Workload and the trajectory of marital satisfaction in newlyweds: job satisfaction, gender, and parental status as moderators. *Journal of Family Psychology*, 25(3), 345-55.

