

ازدواج از نگاه دختران نوجوان مبتلا به دیابت: یک تحقیق کیفی

Diabetic Adolescent Girls' Perspective on Marriage: a Qualitative Study

F. Ahmadi, Ph.D.

دکتر فضل‌ا... احمدی ✉

دانشیار دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی

M. Hemati Maslakpak, MS.c.

معصومه همتی مسلک‌پاک

دانشجوی دکترای پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی

M. Anoosheh, Ph.D.

دکتر منیره انوشه

دانشیار دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی

E. Hajizadeh, Ph.D.

دکتر ابراهیم حاجی‌زاده

دانشیار دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی

A. Rajab, M.D.

اسد... رجب

متخصص غدد، رئیس انجمن دیابت ایران

دریافت مقاله: ۸۸/۱/۱۵

دریافت نسخه اصلاح شده: ۸۸/۹/۱

پذیرش مقاله: ۸۸/۱۰/۱۲

Abstract

Chronic diseases like Diabetes affect quality of life, family relations, marriage and sexual relations. Diabetes Mellitus may afflict men and women equally, but the suffering associated with the disease when it appears in an adolescent girl will have disastrous impact on her life.

چکیده:

بیماری‌های مزمن از جمله دیابت می‌توانند اثرات قابل ملاحظه‌ای را بر کیفیت زندگی روزمره مانند ارتباطات خانوادگی، ازدواج و ارتباطات زناشویی داشته باشند. اگرچه تأثیر دیابت در زندگی هر دو جنس مشهود است ولی این تأثیر در تمام جوانب زندگی یک دختر نوجوان برجسته‌تر می‌باشد.

✉Corresponding author: Tarbiat Modares University, Medical Sciences Faculty, Tehran, Iran.

Tel: +9821-82883553

Fax: +9821-82884555

Email: ahmadif@modares.ac.ir

✉ نویسنده مسئول: تهران، پل نصر، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی

تلفن: ۸۲۸۸۳۵۵۳ - ۰۲۱ دورنما: ۸۲۸۸۴۵۵۵ - ۰۲۱

پست الکترونیکی: ahmadif@modares.ac.ir

The aim of the study was to explore Iranian diabetic adolescent girls' perspective on marriage problems.

A qualitative design using content analysis was applied including unstructured interviews conducted on 28 adolescent girls, aged 13 to 18, with type I diabetes. The participants were recruited through purposeful sampling of "West Azerbaijan Diabetes Association" members' as well as some patients from Uremia city hospitals. Qualitative content analysis demonstrated three original categories related to marriage problems: 1- Adolescents attitude toward negative effects of diabetes 2-Social and family negative attitude toward diseases 3-psychological issues. Also it was shown that the cultural habits and attitudes can change, and the marriage problems among adolescent girls are decreased by developing coping strategies in adolescents and providing suitable interventions.

KeyWords: Type I Diabetes Mellitus, Adolescence Girls, Marriage Problems, Qualitative research.

هدف این مطالعه تبیین مشکلات ازدواج و تشکیل خانواده از دیدگاه دختران نوجوان مبتلا به دیابت است. در این مطالعه کیفی، تعداد ۲۸ دختر نوجوان، بین ۱۳-۱۸ سال، مبتلا به دیابت نوع ۱ مراجعه-کننده به انجمن دیابت آذربایجان غربی و درمانگاه-های بیمارستان‌های شهر ارومیه با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف مورد مطالعه قرار گرفتند. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه عمیق انفرادی و گروه‌های متمرکز و تجزیه و تحلیل به روش تحلیل محتوا انجام شد.

یافته‌های بدست آمده از تحلیل محتوا نشان داد که مشکلات ازدواج از دیدگاه دختران مبتلا به دیابت متأثر از سه عامل نگرش دختر نوجوان نسبت به تأثیر نامناسب بیماری، نگرش خانواده و جامعه نسبت به بیماری و مسائل روان‌شناختی می‌باشد. با توجه به این‌که جوامع مختلف دارای نگرش‌ها و باورهای متفاوتی هستند که تغییر دادن آن‌ها مشکل و نیاز به زمان داشته و از سوی دیگر با توجه به ماهیت مزمن دیابت، نگاه جامعه و خانواده به بیماری دیابت، ویژگی‌های سنی نوجوانان و با توجه به این‌که در حال حاضر در کشور ما احتمال ازدواج در این رده سنی وجود دارد و از آنجایی که مشکلات ازدواج و تشکیل خانواده دختران نوجوان مبتلا به دیابت مربوط به عوامل متعددی می‌باشد، انجام مداخلات مناسب و اصلاح الگوهای سازگاری در این نوجوانان ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: دیابت نوع ۱، دختران نوجوان، مشکلات ازدواج، مطالعه کیفی

مقدمه

ازدواج به عنوان یکی از وقایع مهم و حیاتی در زندگی افراد جامعه محسوب می‌شود و از جنبه‌های گوناگون اهمیت دارد (جعفری مؤدهی، ۱۳۸۲). ازدواج سنتی الهی برای آرامش انسان و امتداد نسل

بشری است. بر اساس احادیث نبوی از سنت‌های مورد تأکید می‌باشد و موجب تکمیل ایمان شده، استنکاف از آن مذموم و موجب جدایی از پیروی رسول گرامی اسلام می‌گردد «النکاح سنتی فمن رغب عن سنتی فلیس منی». بدون شک ازدواج یکی از مراحل مهم در مسیر تکامل زندگی فردی و اجتماعی افراد است (اکرمی، ۱۳۸۵). نهاد خانواده در فرهنگ ایرانی حائز اهمیت است و در مقایسه با سایر نهادهای جامعه از نظر اندازه کوچک‌ترین ولی از نظر اعتبار و اثربخشی عظیم‌ترین و پایدارترین نهاد اجتماعی است، زیرا لازمه بقای جامعه تشکیل خانواده است (بنی‌جمالی و همکاران، ۱۳۸۳). با توجه به نقش فرهنگ و اعتقادات مذهبی و پای‌بندی جامعه به سنن و آداب به نظر می‌رسد در جامعه ایرانی ازدواج و تشکیل خانواده مهم‌ترین نقش را در دوره بزرگسالی داشته باشد (حرازی و همکاران، ۱۳۸۰). با وجود چنین ذهنیتی در مورد ازدواج و خانواده، واقعیات موجود حاکی از آن است که مشکلاتی در زمینه ازدواج افراد وجود دارد. این مشکلات می‌تواند به واسطه عوامل متعددی به وجود آید. وجود مشکلات اقتصادی، معیشتی و رفاهی در جامعه و موانع فرهنگی مرتبط با ازدواج از جمله این عوامل است (جعفری مؤدبی، ۱۳۸۲).

از موانع فرهنگی مربوط به ازدواج می‌توان دیدگاه جامعه به بیماران مزمن را ذکر کرد (ساتو و همکاران، ۲۰۰۳). به طور فزاینده‌ای تشخیص داده شده که بیماری‌های مزمن مانند دیابت می‌تواند اثرات قابل ملاحظه‌ای را بر کیفیت زندگی روزمره مانند محدودیت‌های شغلی، زندگی اجتماعی، ارتباطات خانوادگی، ازدواج و ارتباطات زناشویی داشته باشد (میرجانا، ۲۰۰۱). دیابت ملیتوس یکی از شایع‌ترین بیماری‌های غدد درون‌ریز است که در اثر نقص ترشح یا عملکرد انسولین (هورمون مترشح از پانکراس) و یا ناتوانی سلول‌ها در پاسخ به انسولین ایجاد می‌شود که با افزایش قند خون مشخص شده و به دو نوع ۱ و ۲ تقسیم می‌شود (اسملترز و بره، ۲۰۰۰). دیابت نوع یک که دیابت جوانان یا وابسته به انسولین نامیده می‌شود، اغلب در دوران کودکی اتفاق می‌افتد (پیلیتری، ۲۰۰۲). اگرچه تأثیر دیابت در زندگی هر دو جنس مشهود است ولی این تأثیر در تمام جوانب زندگی یک دختر نوجوان برجسته‌تر می‌باشد. به عنوان یک نوجوان رشد و تکامل و همچنین عملکرد عاطفی و ذهنی دختران ممکن است، مختل گردد. در ضمن دیابت باعث تأخیر بلوغ یا زودرس بودن آن می‌شود و زمانی که دختر نوجوان آماده بارداری است وضعیت سلامتی وی می‌تواند مانع حاملگی موفقیت‌آمیز شده و یا شانس به دنیا آوردن نوزاد سالم، ضعیف می‌شود (جوانویک، ۲۰۰۴). سطح گلوکز کنترل نشده، باعث بروز مشکلات بهداشت باروری می‌شود (چارون و همکاران، ۲۰۰۶).

تحقیقات قبلی نشان داده‌اند که دختران نوجوان مبتلا به دیابت، بیماری خود را به عنوان ننگی تلقی کرده، که منجر به ضربه روحی در آن‌ها شده است. آن‌ها تصور می‌کردند که نباید ازدواج کنند و همچنین ایشان مصمم بودند که در صورت ازدواج هم هیچ وقت بچه‌دار نشوند. زنان مبتلا به

دیابت اذعان داشتند که دیابت روی جوانب ویژه‌ای از زندگی زناشویی‌اشان مؤثر بوده، و منجر به برخی مشکلات در زندگی آنان خواهد شد (ساتو همکاران، ۲۰۰۳؛ آلفی‌الد و همکاران، ۱۹۸۵).
اطلاع از مشکلات ازدواج و تشکیل خانواده دختران نوجوان مبتلا به دیابت، توانایی ما را در کمک به آن‌ها در امر فائق آمدن بر این مشکلات، تصحیح باورهای جامعه و برنامه‌ریزی مناسب جهت فراهم آوردن زمینه ازدواج برای افراد با بیماری‌های خاص افزایش داده و در ایجاد مراکزی برای ثبت افرادی با این بیماری‌ها برای آشنایی و ازدواج کمک خواهد کرد. لذا با توجه به مطالب فوق مطالعه حاضر با این پرسش که «مسائل مربوط به ازدواج و تشکیل خانواده از منظر دختر نوجوان مبتلا به دیابت چیست» صورت پذیرفت.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

مطالعه‌ای به روش تحلیل محتوای کیفی در سال ۱۳۷۸ انجام شد. تحلیل محتوا یک روش تحقیق، برای تفسیر اطلاعات ذهنی با یک فرایند طبقه‌بندی سیستماتیک از کدگذاری و تشخیص درونمایه و الگوها می‌باشد. از سوی دیگر آنالیز محتوای کیفی یک رویکرد تجربی از تجزیه و تحلیل مطالب در زمینه و بستر ارتباطات، و رعایت گام به گام قوانین بدون گرفتاری در کمیت است (سیه و شانون، ۲۰۰۵؛ میرینگ، ۲۰۰۰). شرکت‌کنندگان این مطالعه ۲۸ دختر نوجوان مبتلا به دیابت نوع ۱ با سن بین ۱۸-۱۳ سال که برای یک سال یا بیشتر از ابتلاشان به دیابت می‌گذشت، بودند. همه شرکت‌کنندگان عضو انجمن دیابت آذربایجان غربی بوده، که به بیماری مزمن دیگر و یا مشکلات روانی مبتلا نبودند. شرکت‌کنندگان به روش هدفمند انتخاب شده و نمونه‌گیری تا اشباع اطلاعات و عدم استخراج و ظهور مفهوم جدید از داده‌ها ادامه پیدا کرد (کندال، ۱۹۹۹). داده‌ها توسط مصاحبه عمیق نیمه ساختاری جمع‌آوری گردید. مدت زمان انجام مصاحبه‌ها بین ۸۰-۳۰ دقیقه طول کشید. شرکت‌کنندگان برای بیان تجارب شخصی‌شان از دیابت، تشویق شده و سؤالات مصاحبه برای دستیابی به مفاهیم از نوع سؤالات با انتهای باز انتخاب گردید. (به‌طور مثال: آیا از زندگی خود راضی هستید؟ شما در مورد ازدواج و تشکیل خانواده چگونه فکر می‌کنید؟) مصاحبه‌ها به ترجیح بیمار در منزل یا انجمن دیابت انجام شد. جهت تکمیل داده‌ها دو مصاحبه گروهی با ۵ و ۶ نوجوان دیابتی که در بحث‌های انفرادی شرکت نکرده بودند، انجام شد.

شیوه اجرا

تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های مکتوب شده، توسط تحلیل محتوا انجام شد. تحلیل محتوای کیفی، فرایندی است که طی آن داده‌های خام بر اساس تفسیر و استنباط دقیق محقق به طبقاتی تبدیل

می‌گردند. این فرایند با استفاده از منطق استقراء صورت می‌گیرد که با بررسی دقیق محقق و مقایسه مداوم داده‌ها، طبقات و تم‌ها از داده‌های خام استخراج می‌گردند. در این مطالعه تحلیل محتوای کیفی بر اساس روش تحلیل محتوای قراردادی^۱ صورت گرفت. تحلیل محتوا چیزی فراتر از استخراج محتوای عینی برگرفته از داده‌های متنی می‌باشد، زیرا از این طریق می‌توان تم‌ها و الگوهای پنهان را از درون محتوای داده‌های شرکت‌کنندگان در مطالعه را آشکار کرد (سیه و شانون، ۲۰۰۵؛ میرینگ، ۲۰۰۰). بنابراین در این مطالعه با استفاده از این روش هر نوار ضبط شده مصاحبه بلافاصله بعد از هر مصاحبه کلمه به کلمه مکتوب شده و سپس نسخه مکتوب شده چندین نوبت برای آشنایی با داده‌ها خوانده می‌شد. در ادامه مصاحبه مکتوب شده در بررسی مجدد خط به خط توسط محقق اول برای تشخیص واحد تجزیه خوانده شد. مناسب‌ترین واحد تجزیه در این مطالعه تمام یک مصاحبه انتخاب گردید، که به اندازه کافی برای توجه به کل، بزرگ و به اندازه کافی برای مد نظر داشتن مطالب در ضمن تجزیه و تحلیل کوچک بود. فرایند تجزیه تحلیل با خلاصه کردن داده‌ها به طبقات با رعایت قوانین معتبر شروع شد. در تفسیر داده‌ها محتواهای ظاهری و نهانی مدنظر بود (جدول ۱). در این نوع فرایند با استفاده وسیع از رویکرد استقرایی، درونمایه‌ها و طبقات از داده‌های خام با دقت و بررسی مقایسه‌ای مداوم محقق استخراج می‌گردد (گرانیهام و لاندمن، ۲۰۰۴؛ اسپانجل و همکاران، ۲۰۰۵)

جدول ۱: مثالی از واحد تجزیه کد، طبقه فرعی و طبقه اصلی

طبقه	زیرطبقه	کد	واحد تجزیه
نگرش خانواده و جامعه نسبت به بیماری	مشکلات اجتماعی ازدواج دختر نوجوان دیابتی	ترس از عدم قبول شرایط دختر نوجوان توسط خواستگار و خانواده وی	«چه طور بگم اگر بخوام ازدواج کنم علاوه بر شوهر آینده‌ام خانواده‌اش هم باید قبول کند اما می‌ترسم اگه بگم من دیابت دارم هر کی بیاید خواستگاریم این بیماری منو بفهمه قبول نکنه. حالا اگر یکی هم قبول کند خانواده‌اش مخالفت خواهد کرد.»

روایی و پایایی طبقات و کدها به این روش دنبال شد: بعد از کدگذاری داده‌ها توسط محقق اصلی، کدها توسط محققان همکار بررسی گردید. محققان در موارد مشابه و اختلافی خود در کدها بحث کرده و طبقات تا ایجاد لیست اولیه با یکدیگر مقایسه شدند. سپس محقق اصلی لیست طبقات را با مصاحبه‌های مکتوب اولیه مقایسه کرده، و داده‌ها را برای تأیید یا رد طبقات بررسی کرد. برای بازنگری ناظرین، متن برخی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر محققان توسط ۵ نفر از صاحب‌نظران مورد بررسی قرار گرفت. در نوبت بعدی محققان لیست اصلاح شده‌ای از طبقات را آماده کردند. محققان به این فرایند تا رسیدن توافق کامل ادامه دادند. برای جلوگیری از سوگیری نیز

محققان در طول تحقیق نظرات خود را درباره پدیده مورد بررسی نوشته و از این طریق سعی نمودند آن‌ها را با دیدگاه مشارکت‌کنندگان افتراق گذارند.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد میانگین سن نوجوانان شرکت‌کننده در این پژوهش ۱۶/۷ سال بود که به شکل میانگین در ۸/۴ سالگی دیابتشان تشخیص داده شده بود و اکثریت آن‌ها (۹۶/۴ درصد) دو بار در روز انسولین تزریق می‌کردند. در این مطالعه با ۲۸ نفر از نوجوانان دختر مبتلا به دیابت نوع ۱ مصاحبه گردید. بر اساس داده‌ها ۱۵۷ کد اولیه استخراج که پس از تجزیه و تحلیل در سه گروه کلی‌تر (نگرش دختر نوجوان نسبت به تأثیر نامناسب بیماری، نگرش خانواده و جامعه نسبت به بیماری و مسائل روان‌شناختی) طبقه‌بندی شدند.

نگرش دختر نوجوان نسبت به تأثیر نامناسب بیماری

تأثیرات منفی دیابت شامل تأثیر دیابت در ظاهر، مشکلات جسمی و فیزیولوژیک ناشی از آن، تأثیر در باروری و اثرات دیابت در کودک مادر دیابتی از عواملی بودند که در این تحقیق دختران مبتلا آن‌ها را از مشکلات ازدواج و تشکیل خانواده برشمردند. در زیر به برخی از نقل قول‌های مشارکت‌کنندگان در ارتباط با تأثیرات منفی دیابت در ظاهر، پرپود و باروری اشاره می‌شود.

شرکت‌کننده ۲: «دیابت در ظاهر من تأثیر داشته است مثلاً من قبلاً انسولین را به پاهام می‌زدم آن‌ها الان مشکل پیدا کرده‌اند. وقتی که از دست‌هام هم تزریق می‌کنم اونها هم سیاه و کبود می‌شوند و از شکمم هم که می‌زنم ورم می‌کند و جلو می‌آید ... شما که می‌دانید زیبایی چه نقش مهمی در ازدواج یک دختر داره».

شرکت‌کننده ۲: «من فکر می‌کنم دیابت در رشد قدم هم تأثیر گذاشته چون من خودم قدم کوتاه است».

شرکت‌کننده ۱۲: «الان هم پرپوده‌های من نامنظم است. من از مهر پارسال پرپود نشده بودم تا خرداد امسال که دوباره پرپود شدم».

شرکت‌کننده ۷: «ن بچه‌دار شدن را دوست دارم، ولی می‌دونم در دوران بارداری باید ۱۰۰٪ تحت نظر باشم چون ممکن است قندم بالا و پایین بشه، در کنار دوست داشتن خیلی زیاد بچه‌دار شدن باید خیلی زیاد هم حساس بود چون هر لحظه خطری است».

شرکت‌کننده ۴: «می‌دونم اگر کنترل نکنم در آینده اگر بچه‌دار بشم ممکنه بچه‌ام ناقص بشود و بیماری من به نوزادم منتقل بشود».

نگرش خانواده و جامعه نسبت به بیماری

شرکت‌کنندگان در این تحقیق برخی عوامل مربوط به جامعه را از مشکلات ازدواج و تشکیل خانواده ذکر کردند: عکس‌العمل ناصحیح جامعه به دیابت، فرهنگ نامناسب و سنتی جامعه، نگرش منفی پسرها به دختران دیابتی و نگرش منفی خانواده‌های پسر دار به دختر دیابتی.

شرکت‌کننده ۲۰: «مردم نسبت به یک دختر مریض گارد می‌گیرند، من استرس دارم که کسی نفهمه. من وقتی کسی می‌فهمه یک حس خیلی بدی به من دست می‌دهد من سعی می‌کنم کسی نفهمد».

شرکت‌کننده ۱۷: «الان با این شرایط دخترهای سالم هم مشکل ازدواج دارند، فرهنگ جامعه ما مردسالاری است الان خانم‌های سالم را نگه نمی‌دارند آمار طلاق این همه بالا رفته است. بابام به مادرم گفته، دخترم اصلاً احتیاج نداره ازدواج کند می‌مونه پیش خودم».

شرکت‌کننده ۹: «من با پسر همسایه‌امون در اول دبیرستان که بودم حرف زدم ما به هم علاقمند شدیم و قرار بود با هم ازدواج کنیم ولی وقتی من صادقانه به اون گفتم که دیابتی هستم اون برخوردش با من عوض شد و ارتباطش را با من قطع کرد».

شرکت‌کننده ۱۳: «تو که می‌خواهی ازدواج کنی آیا طرف مقابل می‌تونه قبول کنه یا نه من چه طوری به طرف آینده‌ام باید بگم دیابت دارم، خوب کسی نیست و خیلی سخت قبول می‌کنه که یک دختر خانم هر روز انسولین بزنه».

شرکت‌کننده ۲۳: «چه طور بگم اگر بخوام ازدواج کنم علاوه بر شوهر آینده‌ام خانواده‌اش هم باید قبول کند اما می‌ترسم اگه بگم من دیابت دارم هر کی بیاید خواستگاریم این بیماری منو بفهمه قبول نکنه. حالا اگر یکی هم قبول کند خانواده‌اش مخالفت خواهند کرد».

شرکت‌کننده ۱۰: «من فکر می‌کنم خانواده‌ها هم کمی حق دارند آیا مادر من حاضر میشه برادرم با یک دختر دیابتی ازدواج کنه با این همه مشکلاتی که یک دختر دیابتی داره».

شرکت‌کنندگان در تحقیق واکنش‌ها و عملکرد سنتی و ارتباط نامناسب خانواده را از مشکلات ازدواج و تشکیل خانواده برشمردند. دختران نوجوان بیان کردند که خانواده، آن‌ها را به علت دختر بودن بیش از حد محدود کرده و کنترل می‌کند.

شرکت‌کننده ۱۲: «در خانه که هستم خانواده‌ام مخصوصاً مادرم همه‌اش با حرف‌هایی که می‌زند بیماریم را به من یادآوری می‌کند، او می‌گوید تو با بقیه دختران فرق داری، تو باید بیشتر به فکر خودت باشی تو تنها با پیشرفت در درس می‌توانی در جامعه مطرح شوی و...».

شرکت‌کننده ۱۳: «من وقتی با دوستهام هستم مشکل ندارم ولی وقتی کنار خانواده‌ام باشم مشکل دارم. از وقتی مریض شدم خیلی بیشتر امر و نهی می‌کنند، من با این سن و سالم الان فکر می‌کنم بلوغ فکری ندارم و رفتارم مثل بچه‌هاست».

مسائل روان‌شناختی

نگرش منفی نسبت به ازدواج و خودکم‌بینی و اعتماد به نفس پایین از مشکلات روان‌شناختی بودند که از گفته‌های دختران نوجوان مبتلا به دیابت به عنوان مشکلات ازدواج و تشکیل خانواده استخراج گردید.

شرکت‌کننده ۲۵: «من اگر هم ازدواج کنم فردا همه‌اش باید توسری بخورم از شوهرم، مادر شوهرم و فامیل‌های اون. می‌دونید همه دخترها آرزوی یک ازدواج خوب و موفق را دارند ولی برای افرادی مثل من این شرایط خیلی کم پیش می‌آید».

شرکت‌کننده ۹: «من از ازدواج می‌ترسم من اصلاً به آن فکر نمی‌کنم. من فکر می‌کنم با توجه به شرایطم بهتر است اصلاً ازدواج نکنم».

شرکت‌کننده ۲۱: «من خیلی فکر می‌کنم دیابت باعث می‌شود من فکر کنم از هم‌دوره‌ای‌هایم یک چیزی کم دارم، و یک پله از اون‌ها پایین‌تر هستم».

شرکت‌کننده ۱۱: «من با یک دختر سالم فرق می‌کنم مثلاً مهمونی که می‌روم مشکل دارم، من همیشه معذب هستم من نمی‌توانم به راحتی در اردوهای مدرسه شرکت کنم».

بحث

دختران نوجوان دیابتی شرکت‌کننده در این مطالعه عنوان کردند که دیابت در ظاهر آن‌ها و بلوغ‌شان تأثیر داشته است. آن‌ها بیان کردند که تزریق مکرر انسولین باعث سوراخ شدن بدن آن‌ها و ورم قسمت‌های مختلف بدنشان از جمله شکم آن‌ها شده است. در تحقیق انجام شده توسط سالیوان تقریباً ۱/۲ دختران نوجوان مبتلا به دیابت ذکر کردند که نقاط برآمده زیادی در بدن دارند که آن‌ها را نیازمند به پوشاندن نواحی برآمده ناشی از تزریق انسولین می‌کند (سولیوان، ۱۹۷۹). دختران دیابتی اغلب دچار مشکلات رشدی مانند کوتاهی قد و اختلال در بلوغ جنسی می‌شوند که به علت تأخیر در بلوغ تخمدان‌هاست (جنسترل و همکاران، ۲۰۰۴). برخی از دختران نوجوان دیابتی شرکت‌کننده در این مطالعه ذکر کردند که پرپودشان نامنظم بوده، گاهی با وقفه‌های طولانی در سیکل پرپود خود مواجه می‌شوند. بیماری‌های مزمن مانند دیابت منجر به تأخیر در جهش رشدی و تأخیر در بلوغ جنسی می‌شوند. این عوامل ممکن است با تأثیر عمیق در محور هیپوفیز-تخمدان

باعث تأخیر در آزاد شدن گنادوتروپین‌ها شده و منجر به تأخیر بلوغ تخمدانی در نوجوانان دختر شود (جوآنویک، ۲۰۰۴). پرپود نوجوانان دیابتی همیشه نامنظم است (جنسترل و همکاران، ۲۰۰۴). شرکت‌کننده‌های این مطالعه اظهار داشتند که دیابت بر حاملگی و نوزاد آن‌ها تأثیر سوء خواهد داشت. دیابت، بلوغ و حاملگی دختران را تحت تأثیر قرار داده و می‌تواند باعث مشکلاتی برای مادر و کودک گردد (جوآنویک، ۲۰۰۴). دیابت و سطح گلوکز کنترل نشده، باعث بروز مشکلات باروری می‌شود، به طوری که حاملگی با گلوکز کنترل نشده عوارض خطرناکی برای مادر و نوزاد به دنبال خواهد داشت (چارون - پروچونیک و همکاران، ۲۰۰۶).

واکنش‌ها و عکس‌العمل نامناسب جامعه مانند احساس ترحم، شایعه‌سازی توسط مردم و بزرگ جلوه دادن بیماری توسط جامعه از مشکلاتی بودند که شرکت‌کننده‌ها در این تحقیق آن‌ها را بر شمردند. سالیوان نشان داد که شرکت‌کننده‌های در تحقیق بیان کرده‌اند، مردم به خاطر دیابت به آنان احساس ترحم داشته‌اند (سولیوان، ۱۹۷۹). ساتو و همکارانش گزارش کرده‌اند بیشترین تعداد نوجوانان دیابتی از خبر دادن بیماری خود به دیگران بی‌میل و مردد هستند (ساتو و همکاران، ۲۰۰۳). دختران نوجوان در مطالعه حاضر ذکر کردند اطلاع بیماری و قبول شرایط آن‌ها برای خواستگارشان سخت بوده، هم‌چنین بیان کردند که پسرها و خانواده‌شان نسبت به دختران دیابتی نگرش منفی دارند. تحقیقات قبلی گزارش کرده‌اند که دختران نوجوان دیابتی فکر می‌کردند نباید ازدواج کنند و برخی از آن‌ها با اطلاع بیماری خود به خواستگار و والدین نامزد خود احساس پریشانی کرده (تجربه آن‌ها از طلاق و یا فسخ نامزدی به علت بیماری) و آن را به عنوان ننگی دانسته که منجر به ضربه روحی در آن‌ها شده است (ساتو و همکاران، ۲۰۰۳؛ سولیوان، ۱۹۷۹).

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر عکس‌العمل نامناسب، عملکرد منفی و ارتباط نامناسب خانواده با دختران نوجوان مبتلا به دیابت بود که برخی از شرکت‌کنندگان در این مطالعه آن‌ها را بر شمردند. آنان ذکر کردند که به دلیل جنسیت و هم‌چنین بیماری خود از طرف خانواده بیشتر تحت کنترل هستند و فکر می‌کردند اگر آن‌ها پسر بودند آزادتر بوده و استقلال بیشتری داشتند. در مطالعه قبلی انجام شده توسط محقق و همکاران با عنوان مشکلات روانی - اجتماعی دختران نوجوان مبتلا به دیابت: یک مطالعه کیفی «یکی از مضمون‌های استخراج شده از بیانات مشارکت‌کنندگان در ارتباط با مشکلات روانی - اجتماعی آن‌ها مشکلات مرتبط با خانواده بود». در آن مطالعه نیز دختران نوجوان مبتلا به دیابت ذکر کرده بودند که والدینشان به دلیل بیماری و هم‌چنین محیط ناامن جامعه آن‌ها را مرتب کنترل کرده و همیشه نگران آن‌ها هستند (همتی مسلک پاک و همکاران، ۱۳۸۸).

در ایران دختران نوجوان از طرف جامعه و خانواده به علت ویژگی‌های زندگی و رفتاری تحت کنترل و محدودیت بیشتری می‌باشند (امامی و همکاران، ۲۰۰۷). نوجوانان دیابتی احساس می‌کنند دیابت یک بیماری جدی است که باعث اضطراب شدید والدین، و کنترل شدید از طرف آن‌ها شده

است. این دخترها آرزومند استقلال بیشتر بودند و برخی از آنها بیان کردند که برادر و خواهر آنها به علت دیابت، آنها را اذیت می‌کنند (سولیوان، ۱۹۷۹).

دختران نوجوان مبتلا به دیابت در این مطالعه نگرش منفی به ازدواج داشتند و بعضی از آنها عقیده داشتند که با شرایطی که دارند نباید به ازدواج فکر کنند، همچنین شرکت‌کننده‌ها با توجه به بیاناتشان اعتماد به نفس پایین داشتند. سالیوان در تحقیق خود با عنوان قضاوت، اعتماد به نفس و افسردگی در دختران نوجوان دیابتی، ذکر کرد که نوجوانانی که نگرش منفی به بیماری دیابت داشته و در تعادل بین استقلال و وابستگی مشکل داشتند از سطح اعتماد به نفس پایین برخوردار بودند (سولیوان، ۱۹۷۹). بیماری دیابت در سنین نوجوانی بسیار تنش‌زا می‌باشد (چانگ و همکاران، ۲۰۰۶). دیابت پیچیده‌ترین و پرتقاضاترین بیماری مزمن است که مدیریت آن نیازمند اقدامات متعددی است (اسریدهار و مادهو، ۲۰۰۲).

با توجه به ماهیت مزمن دیابت و نگاه جامعه و خانواده به بیماری دیابت و ویژگی سنی نوجوانان و با توجه به این که مشکلات ازدواج و تشکیل خانواده دختران نوجوان مبتلا به دیابت مربوط به عوامل متعددی می‌باشد، انجام مداخلات مناسب و اصلاح الگوهای سازگاری در این نوجوانان ضروری به نظر می‌رسد.

یادداشت‌ها

1. Conventional

منابع

- اکرمی، م. (۱۳۸۵). ازدواج فامیلی از دیدگاه مشاوره ژنیتیک و عقاید. *مجله بیماری‌های کودکان ایران*، ۳(۱۶)، ۳۶۵-۳۵۹.
- بنی‌جمالی، ش.، نفیسی، غ.، و یزدی، م. (۱۳۸۳). ریشه‌یابی علل از هم پاشیدگی خانواده‌ها در رابطه با ویژگی‌های روانی - اجتماعی دختران و پسران قبل از ازدواج. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۳(۱)، ۱۷۰-۱۴۳.
- جعفری مذهبی، ا. (۱۳۸۲). عدم تعادل در وضعیت ازدواج در ایران. *پژوهش زنان*، ۱(۵)، ۸۳-۱۰۴.
- حرازی، م. ع.، حسینی مطلق، م.، و صدریان، م. (۱۳۸۰). بررسی دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد پیرامون عوامل مؤثر بر ازدواج. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد*، ۱(۹)، ۳۷-۴۳.
- همتی مسلک پاک، م.، احمدی، ف.، انوشه، م.، حاجی زاده، ا.، اصغرزاده، ح. (۱۳۸۸). مشکلات روانی - اجتماعی دختران نوجوان مبتلا به دیابت. *مجله علوم رفتاری*، ۳(۱)، ۷۷-۷۱.

- Ahlfield, J. E., Soler, N. G., & Marcus, S. D. (1985). The young adult with diabetes: Impact of the disease on marriage and having children. *Diabetes Care Journal*, 8(1), 52-56.
- Charron, P. D., Hannan, M. F., Sereika, S. M., Becker, D., & Rodgers, F. A. (2006). How to develop CD-ROMs for diabetes education: Exemplar reproductive-health education and awareness of diabetes in youth for girls (READY-Girls). *Diabetes Spectrum*, 19(2), 110-115.
- Cheung, R., Young, C. V., & Canham, D. L. (2006). Quality of life in adolescents with type 1 diabetes who participate in diabetes camp. *The Journal of School Nursing*, 12(1), 53-58.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Jensterle, M., Janez, A., Vrtovec, B., Meden-Vrtovec, H., Pfeifer, M., & Prezelj, J. (2004). Growth, development, and the normal menstrual cycle. *Medscape General Medicine*, 6(3), 3-11.
- Jovanovic, L. (2004). Advances in diabetes for the millennium: Diabetes in Women. *Medscape General Medicine*, 6(3), 3-12.
- Kendall, J. (1999). Axial coding and the grounded theory controversy. *Western Journal Nursing Research*, 21(6), 743-757.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum: Qualitative Social Research*, 1(2), 1-10.
- Mirjana, P. (2001). Psychometric properties of the WHO quality of life questionnaire (WHO QOL -100) in diabetic patients. *Journal of Diabetes Care*, 189.
- Pilitteri, A. (2002). *Maternal & child health nursing* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sato, E., Ohsawa, I., Kataoka, J., Miwa, M., Tsukagoshi, F., Sato, J., Oshida, Y., & Sato, Y. (2003). Psychological problems of patients with late adolescents' onset 1Diabetes: Analysis by qualitative research. *Nagoya Journal Medical Science*, 66(21), 21-29.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. B. (2000). *Text book of medical-surgical nursing* (9th ed.). Philadelphia, USA: Lippincott-Williams & Wilkins.
- Spannagel, C., Michaela, G. Z., & Schroeder, U. (2005). Application of qualitative content analysis in user-program interaction research. *Forum: Qualitative Social Research*, 6(2), 1-15.
- Sridhar, G. R., & Madhu, K. (2002). Psychosocial and cultural issues in diabetes mellitus. *Current Science*, (12), 1556-1564.
- Sullivan, B. J. (1979). Adjustment in diabetic adolescent girls: Development of the diabetic adjustment scale. *Psychosomatic Medicine*, 41(2), 119-126.