

مطالعه جامعه‌شناختی تأثیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی بر
خشونت‌دیدگی زنان در جریان زندگی زناشویی
(مطالعه موردی کارمندان و کارکنان دانشگاه آزاد شهر تهران)

**A Sociological Study on the Effect of Social-Economic Status
of Violence Against Women During Marital life
(Case Study: Employees and Staff of Azad University of Tehran)**

A. Tavasoli, Ph.D.

دکتر افسانه توسلی ✉

عضو هیأت علمی دانشگاه الزهرا

S. Monirifar

سارا منیری‌فر

دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال

دریافت مقاله: ۸۸/۴/۳۰

دریافت نسخه اصلاح شده: ۸۸/۱۰/۲۸

پذیرش مقاله: ۸۸/۱۱/۱۳

Abstract

The study aims on “violence against women” during marital life from a sociological point of view. Assumptions are based on the perspective of three theoretical views including Sources Theory, Learning Theory and Conflict theory. The study population includes academic and non-academic staff of Azad University of Tehran in 1387-1388.

چکیده:

تحقیق حاضر به بررسی جامعه‌شناختی خشونت علیه زنان در جریان زندگی زناشویی می‌پردازد. بر همین اساس فرضیاتی از سه دیدگاه منابع، نظریه یادگیری و نظریه تضاد استنتاج شده است. روش تحقیق به صورت پیمایشی بوده و واحد تحلیل آن فرد می‌باشد. جامعه آماری شامل کارگران، کارمندان و اعضای هیأت علمی دانشگاه آزاد شهر تهران در سال ۱۳۸۷-۱۳۸۸ است. در این تحقیق انتخاب نمونه‌ها از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای صورت گرفته است.

✉Corresponding author: Vanak-Dehe Vanak Al-zahra University Faculty of Social Sciences and Economics Department of Women and Family Studies.Afsaneh Tavassoli Phd
Tel: +9821- 88058491
Fax: +9821-88058490
Email: afsantava@yahoo.com

✉ نویسنده مسئول: ونک، ده ونک، دانشگاه الزهرا، دانشکده علوم اجتماعی اقتصادی گروه مطالعات زنان و خانواده
تلفن: ۰۲۱-۸۸۰۵۸۴۹۱-۸۸۰۵۸۴۹۰ دورنما:
afsantava@yahoo.com پست الکترونیکی:

The sample size consists of 533 married women, who were selected through the year multistage cluster sampling? The results show that variables such as woman decision making in important situations of life, women experience of observation violence in family of origine, men experience of violence in family of origine, women family support, women social-economic status, and social-economic status differences between men and women have significant relationship with violence. However, there was no significant relationship between men family support and social-economic status and violence. Final results show that in these three groups the most violence rate against women is among non-academic and the least is among staff. Also higher social-economic status of women compared with their husbands is related to higher rates violence against wives.

KeyWords: violence against women, violence experience, violence observation, social-economic status, marital life, family support.

حجم نمونه برابر ۵۳۳ نفر از زنان متأهل می‌باشد. تجزیه و تحلیل داده‌ها، در دو سطح (آمار توصیفی و آمار استنباطی) انجام گرفته است. نتایج حاصله نشان داد که متغیرهای تصمیم‌گیری زن در امور مهم زندگی، تجربه و مشاهده خشونت زن در خانواده پدری، تجربه و مشاهده خشونت مرد در خانواده پدری، حمایت خانوادگی زن، پایگاه اقتصادی اجتماعی زن و تفاوت پایگاهی بین زن و مرد رابطه معناداری با خشونت دارند و بین حمایت خانوادگی مرد و پایگاه اقتصادی اجتماعی مرد و خشونت رابطه معناداری وجود ندارد. نتیجه کلی این است که بیشترین خشونت از سوی همسر در میان کارگران و کمترین میزان آن در میان کارمندان برآورد شده است.

کلیدواژه‌ها: خشونت‌دیدگی، خشونت علیه زنان، تصمیم‌گیری در امور مهم، مشاهده و تجربه خشونت، فراگیری خشونت، حمایت خانوادگی، پایگاه اقتصادی - اجتماعی

مقدمه

در بین تمامی نهادها و سازمان‌ها و مؤسسات اجتماعی، خانواده مهم‌ترین و ارزشمندترین نقش‌ها را دارد و افراد از سوی آن گام به عرصه هستی می‌گذارند.

به درستی جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامتی کند اگر از خانواده سالم برخوردار نباشد (ساروخانی، ۱۳۷۵: ۱۱). مردم عموماً خانواده را کانون آرامش و سازش و آسایش تصور می‌کنند، در حالی که خانواده محل برخورد عقاید، سلیقه‌ها و سوءتفاهم و تناقض فرهنگی است. در جوامعی با بافت سنتی و مذهبی به پدیده خشونت علیه زنان به عنوان یک پدیده روزمره نگاه می‌کنند تا به عنوان یک بحران اجتماعی. متأسفانه خشونت خانوادگی بخشی از تجربه بسیاری از زنان است. تا سه دهه قبل، جامعه‌شناسان، خشونت در خانواده را امری استثنائی قلمداد می‌کردند و آن را خاص خانواده‌هایی می‌دانستند که دارای مشکلات مادی، سطح فرهنگی پایین و شرایط بحرانی مانند طلاق بودند؛ اما نتایج تحقیقات برخلاف تصور رایج نشان داد که خشونت در میان همه خانواده‌ها وجود دارد و معمولاً قربانیان خشونت در خانواده، زنان و کودکان هستند (اعزازی، ۱۳۸۰: ۷۷) در نتیجه می‌توان گفت که تنها خانواده‌های مسئله‌دار به خشونت متوسل نمی‌شوند، بلکه خانواده‌هایی به ظاهر معمولی و مطلوب نیز نسبت به اعضای خود بدرفتارند. خشونت علیه زنان خاص یک طبقه اجتماعی نیست، کتک زدن همسر یا شریک جنسی در همه قشرها و طبقات جامعه اتفاق می‌افتد. متأسفانه با توجه به پژوهش‌های گسترده‌ای که در زمینه خشونت علیه زنان انجام شده است در ایران به تعداد معدودی از مقالات می‌توان اشاره نمود از جمله مقاله شهلا اعزازی تحت عنوان «ساختار جامعه و خشونت علیه زنان» که با توجه به دیدگاه فمینیستی سعی در مشخص کردن اهمیت ساختار نابرابر قدرت در حوزه‌های اقتصاد، قوانین، نیروهای نظارتی جامعه و نهادهای حمایتی جامعه دارد و بر ساختار جامعه که مردان را تشویق به اعمال خشونت و زنان را وادار به تحمل آن می‌کند، تأکید می‌نماید (اعزازی، ۱۳۸۳: اینترنتی). هم‌چنین پژوهشی تحت عنوان «بررسی وضعیت خشونت در جامعه تهران» توسط تقی آزادارمکی به صورت نظرسنجی در سطح شهر تهران انجام گرفته است و به دنبال دستیابی به این هدف می‌باشد که آیا در جامعه خشونت وجود دارد؟ (ارمکی، ۱۳۷۹). از آن‌جا که یکی از ویژگی‌های اصلی خشونت علیه زنان پنهانی بودن آن است و زنان به دلایلی چون عدم آگاهی، ترس از مواجهه با فقر، عدم پذیرش مجدد در خانواده، بی‌آبرویی، گناه، حرف‌های مردم و ترس از دست دادن کودکان، مشکلات خود را گزارش نمی‌کنند یا به عبارتی تا خطر را کاملاً احساس نکنند لب به شکایت نمی‌کشایند، آمار و ارقام مشخصی درباره وضعیت خشونت علیه زنان در ایران وجود ندارد.

خشونت علیه زنان در ایران همواره به عنوان ابزاری برای تثبیت قدرت مردانه به کار رفته و به‌طور مشخص در دو حوزه خصوصی و عمومی اتفاق افتاده است (کار، ۱۳۷۹: ۳۴). آن‌چه که مسلم است خشونت خانگی شایع‌ترین شکل خشونت علیه زنان در خانواده‌های ایرانی می‌باشد که در برگیرنده کلیه رفتارهای هجومی و سرکوب‌گرانه هم‌چون حملات فیزیکی (ضربه زدن و هل دادن و...)،

حملات روانی (حملات کلامی و...)، فشارهای اجتماعی (ممانعت از برقراری ارتباط با خانواده، دوستان و...)، فشارهای اقتصادی (محروم کردن زن از پول، ممانعت از کار کردن در بیرون از منزل و...) و تجاوز جنسی است که از ناحیه افرادی که با فرد ارتباط نزدیک دارند، اعمال می‌شود. اما ابعاد، گستردگی و نوع خشونت در بین خانواده‌ها متفاوت می‌باشد.

با توجه به آن‌چه بیان شد در این تحقیق سعی شده، پدیده خشونت در میان خانواده‌هایی مطالعه شود که به ظاهر مطلوب می‌باشند. از این‌رو میزان و نوع خشونت و تأثیر تفاوت پایگاه اقتصادی و اجتماعی زن در بین سه گروه شغلی مورد نظر سنجیده شده است.

روش

تحقیق حاضر از لحاظ روش، یک تحقیق پیمایشی به حساب می‌آید و واحد تحلیل در آن فرد است. از لحاظ معیار زمان یک تحقیق مقطعی است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این تحقیق را کلیه کارکنان و کارمندان زن دانشگاه آزاد اسلامی شهر تهران تشکیل می‌دهند که با توجه به موضوع تحقیق پاسخگویان شامل زنان متأهلی می‌باشند که بیش از یک سال از ازدواج آن‌ها گذشته است. تعداد آن‌ها بر اساس آماری که از هر واحد گرفته شد شامل ۱۵۰۳ کارمند، ۵۲۲ هیأت علمی و ۴۴ کارگر می‌باشد. در این تحقیق انتخاب نمونه‌ها از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای صورت گرفته است. برای محاسبه نمونه از فرمول کوکران استفاده گردید.

حجم نمونه ۵۴۹ نفر برآورد گردید که به دلیل سختی کار و همکاری نکردن تعدادی از پاسخگویان به ۵۳۳ نفر که شامل ۳۱۱ نفر کارمند، ۱۹۱ نفر هیأت علمی و ۳۱ نفر کارگر می‌باشند، تقلیل یافت.

ابزار پژوهش

ابزار سنجش در این تحقیق پرسشنامه محقق ساخته می‌باشد که از ۱۴۹ سؤال، تشکیل شده، شامل سؤالات باز و بسته و با روش حضوری جمع‌آوری شده است. ۴۲ سؤال آن که به صورت طیف لیکرت ۵ قسمتی طراحی گردیده متغیر خشونت‌دیدگی را مورد سنجش قرار می‌دهد و دیگر سؤال‌ها (گویه) که اکثراً به صورت طیف لیکرت ۵ قسمتی طراحی گردیده، برای آزمون سایر متغیرها طراحی شده‌اند.

اعتبار به صورت‌های مختلف بدست می‌آید از جمله اعتبار صوری و تحلیل عامل. در این تحقیق از هر دو نوع اعتبار استفاده شده است. منظور از اعتبار صوری «شناسایی اعتبار شاخص‌ها با معرف‌های پژوهش است از طریق مراجعه به داوران و کتب و یا تحقیقات دیگر» (ساروخانی، ۱۳۷۷: ۱۲۹).

پرسشنامه در اختیار تعدادی از اساتید و کارشناسان امر قرار گرفت و از نظرات آن‌ها استفاده شد. تحلیل عامل برای همبستگی همه متغیرها با هم به منظور کاهش داده‌ها و کاراتر کردن داده‌ها انجام می‌گیرد. در ابتدا یک تحقیق مقدماتی با حجم نمونه‌ای معادل ۵۱ نفر از کارگران، کارمندان، هیأت علمی صورت گرفت. تحلیل عامل متغیر خشونت‌دیدگی زنان در جریان زندگی زناشویی برابر با $0/69$ $kmo=$ و $Bartlett's= 0/000$ می‌باشد که نشان می‌دهد گویه‌های مورد نظر برای تحلیل عاملی مناسب می‌باشند. زمانی که تحلیل عامل را برای تک‌تک ابعاد خشونت انجام دادیم بارهای عاملی در یک عامل جمع می‌شوند و این تأکید بر چندبعدی بودن خشونت دارد. جهت بررسی اعتماد نیز از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده است. خروجی‌های مربوط به همگنی مقیاس خشونت‌دیدگی زنان با نرم‌افزار SPSS محاسبه شده است و نشان می‌دهد که آلفای کرونباخ برای متغیر خشونت‌دیدگی با ۴۲ گویه برابر ۹۶٪ است.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح «آمار توصیفی» و «آمار استنباطی» صورت گرفت. در ابتدا از آزمون Explor برای بررسی نرمال بودن جامعه استفاده گردید و بعد از اثبات نرمال بودن از آمارهای پارامتریک برای آزمون فرضیه‌ها استفاده شد. در انتها، آزمون فرضیه‌ها (پیرسون برای متغیرهای فاصله‌ای - فاصله‌ای و آزمون F برای متغیرهای فاصله‌ای - اسمی بیش از دو حالت) رگرسیون و تحلیل مسیر با تفسیر بیان شده است.

یافته‌های تحقیق

• بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی زن و میزان خشونت همبستگی معناداری وجود دارد. با توجه به نتایج آزمون در فاصله اطمینان ۹۹٪ سطح معناداری آن برابر است با $Sig < 0/001$. به عبارت دیگر همبستگی معناداری بین دو متغیر وجود دارد و میزان شدت رابطه بین دو متغیر (پایگاه اقتصادی اجتماعی زن و خشونت‌دیدگی) برابر با $r=0/141$ مثبت می‌باشد که بیانگر رابطه ضعیفی است یعنی هر چه پایگاه اقتصادی و اجتماعی زنان در خانواده افزایش یابد، خشونت نسبت به آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. در مجموع با توجه به اطلاعات موجود فرضیه تحقیق تأیید و فرضیه صفر رد می‌شود، بنابراین بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی زن و میزان خشونت همبستگی معناداری وجود دارد.

جدول ۱: آزمون همبستگی

خشونت دیدگی		متغیر وابسته
سطح معناداری	ضریب همبستگی	متغیر مستقل
۰/۰۰۱	۰/۱۴۱ **	پایگاه اقتصادی اجتماعی زن
۰/۰۰۱	۰/۳۱۲	تفاوت پایگاه اقتصادی اجتماعی بین زن و مرد
۰/۰۰۱	۰/۳۲۱ **	حمایت خانواده زن
۰/۰۰۱	۰/۳۷۷ **	تجربه و مشاهده خشونت زن در خانواده پدری
۰/۰۰۱	۰/۴۴۰ **	تجربه و مشاهده خشونت مرد در خانواده پدری
۰/۰۰۱	۰/۴۴۱ **	تصمیم‌گیری در امور مهم

• بین تفاوت پایگاهی بین زن و مرد و میزان خشونت همبستگی معناداری وجود دارد. با توجه به نتایج آزمون در فاصله اطمینان ۹۹٪ سطح معناداری آن برابر است با $\text{Sig} < 0/001$. به عبارت دیگر همبستگی معناداری بین دو متغیر وجود دارد و میزان شدت رابطه بین دو متغیر $r = 0/312$ مثبت بیانگر رابطه نسبتاً متوسط می‌باشد، در مجموع با توجه به اطلاعات موجود فرضیه تحقیق تأیید و فرضیه صفر رد می‌شود. بنابراین بین تفاوت پایگاهی بین زن و مرد و میزان خشونت، همبستگی معناداری وجود دارد.

• بین حمایت خانواده زن و میزان خشونت همبستگی معناداری وجود دارد. با توجه به نتایج آزمون در فاصله اطمینان ۹۹٪ سطح معناداری آن برابر است با $\text{Sig} < 0/001$ به عبارت دیگر همبستگی معناداری بین دو متغیر وجود دارد و میزان شدت رابطه بین دو متغیر $r = 0/321$ مثبت بیانگر رابطه نسبتاً متوسط می‌باشد، یعنی هر چه حمایت خانواده زن افزایش یابد، خشونت نسبت به آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. در مجموع با توجه به اطلاعات موجود فرضیه تحقیق تأیید و فرضیه صفر رد می‌شود. بنابراین بین حمایت خانواده زن و میزان خشونت، همبستگی معناداری وجود دارد.

• بین تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدری زن و میزان خشونت همبستگی معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج آزمون در فاصله اطمینان ۹۹٪ سطح معناداری آن برابر است با $\text{Sig} < 0/001$. به عبارت دیگر همبستگی معناداری بین دو متغیر وجود دارد و میزان شدت رابطه بین دو متغیر $r = 0/377$ مثبت بیانگر رابطه نسبتاً متوسط می‌باشد یعنی هر چه تجربه و مشاهده خشونت زن در خانواده پدری افزایش یابد، خشونت نسبت به آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. در مجموع با توجه به اطلاعات موجود فرضیه تحقیق تأیید و فرضیه صفر رد می‌شود. بنابراین بین تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدری زن و میزان خشونت همبستگی معناداری وجود دارد.

• بین تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدری همسر و میزان خشونت همبستگی معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج آزمون در فاصله اطمینان ۹۹٪ سطح معناداری آن برابر است با $Sig < 0/001$. به عبارت دیگر همبستگی معناداری بین دو متغیر وجود دارد و میزان شدت رابطه بین دو متغیر $r = 0/440$ مثبت بیانگر رابطه متوسط می‌باشد یعنی هر چه تجربه و مشاهده خشونت همسر یا مرد در خانواده پدری افزایش یابد، خشونت آن‌ها نسبت به همسرشان نیز افزایش می‌یابد. در مجموع با توجه به اطلاعات موجود فرضیه تحقیق تأیید و فرضیه صفر رد می‌شود. بنابراین بین تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدری همسر و میزان خشونت همبستگی معناداری وجود دارد.

• بین تصمیم‌گیری زن در امور مهم زندگی و میزان خشونت همبستگی معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج آزمون در فاصله اطمینان ۹۹٪ سطح معناداری آن برابر است با $Sig < 0/001$. به عبارت دیگر همبستگی معناداری بین دو متغیر وجود دارد و میزان شدت رابطه بین دو متغیر $r = 0/441$ مثبت بیانگر رابطه متوسط می‌باشد یعنی هر چه تصمیم‌گیری زن در امور مهم افزایش یابد، خشونت نسبت به آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. در مجموع با توجه به اطلاعات موجود فرضیه تحقیق تأیید و فرضیه صفر رد می‌شود. بنابراین بین تصمیم‌گیری زن در امور مهم زندگی و میزان خشونت همبستگی معناداری وجود دارد.

بین سه گروه (کارگر، کارمند و هیأت علمی) و میزان خشونت تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۲: آزمون تحلیل واریانس

Sig.	F	Ms	df	ss	منبع تغییرات
0/001	۲۶/۴۴	۹۳۴۸/۵۷	۲	۱۸۶۹۷/۱۵۸	بین گروهی
		۳۵۲/۵۶۶	۵۳۰	۱۸۷۳۸۹/۷۶	درون گروهی
			۵۳۲	۲۰۶۰۸۶/۹۲	جمع

از آنجایی که هدف در بالا مشخص کردن تفاوت معناداری در بین سه گروه می‌باشد از آزمون F سه گروه مستقل یا تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA) استفاده شد. نتایج آزمون F با سطح معناداری $Sig < 0/001$ نشان می‌دهد که میزان خشونت در بین سه گروه (کارگر، کارمند و هیأت علمی) تفاوت معناداری وجود دارد یعنی با توجه به اطلاعات موجود فرضیه صفر تأیید نمی‌شود و فرضیه پژوهشگر تأیید می‌شود. در ادامه جهت دستیابی به تفاوت‌ها در بین گروه‌ها نیازمند آزمون

پس تجربی می‌باشیم. بنابراین جهت تعیین نوع آزمون پس‌تجربی باید در ابتدا از آزمون Leven استفاده شود.

از آنجایی که میزان سطح معناداری آزمون لیون $Sig < 0/001$ معنادار می‌باشد در نتیجه باید از آزمون‌های واریانس‌های نابرابر یا ناهمگن Post Hoc که در جدول بعدی آمده، استفاده کرد تا پی ببریم که تفاوت در بین چه گروه‌هایی وجود دارد. در این جا از مهم‌ترین آزمون ناهمگن یعنی آزمون Dunnett T3 استفاده شده است.

جدول ۳: آزمون تفاوت میانگین در بین سه گروه مورد مطالعه

نوع شغل	نوع شغل	تفاوت میانگین‌ها	Std. Error	Sig.	۹۵٪ فاصله اطمینان؟	
					کرانه پایین	کرانه بالا
کارگر	کارمند	۱۷/۶۴۹۱۰*	۵/۸۱۵۱۱۷	۰/۰۱۴	۳/۰۱۸۹	۳۲/۲۷۹۳
	هیأت علمی	۶/۹۷۰۴۴	۵/۹۳۳۸۶	۰/۵۶۸	-۷/۸۹۷۵	۲۱/۸۳۸۴
کارمند	کارگر	-۱۷/۶۴۹۱۰*	۵/۸۱۵۱۱۷	۰/۰۱۴	-۳۲/۲۷۹۳	-۳/۰۱۸۹
	هیأت علمی	-۱۰/۶۷۸۶۶*	۱/۷۲۶۴۹	۰/۰۰۰	-۱۴/۸۲۱۶	-۶/۵۳۵۷
هیأت علمی	کارگر	-۶/۹۷۰۴۴	۵/۹۳۳۸۶	۰/۵۶۸	-۲۱/۸۳۸۴	۷/۸۹۷۵
	کارمند	۱۰/۶۷۸۶۶*	۱/۷۲۶۴۹	۰/۰۰۰	۶/۵۳۵۷	۱۴/۸۲۱۶

با توجه به نتایج آزمون Dunnett T3 که برای تشخیص تفاوت معناداری در بین گروه‌ها می‌باشد. طبق نتایج در جدول بالا اختلاف میانگین بین کارگران و کارمندان برابرست با ۱۷/۶۴۹ که با توجه به سطح معناداری $Sig = 0/014$ تفاوت معناداری بین آن‌ها وجود دارد. یعنی خشونت کارگران بیشتر از خشونت کارمندان است اما میانگین خشونت بین کارگران و هیأت علمی برابر است با ۶/۹۷۰۴۴ که با توجه به سطح معناداری $Sig = 0/568$ تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین میانگین خشونت بین کارمندان و هیأت علمی برابر است با ۱۰/۶۷۸۶۶ که با توجه به سطح معناداری $Sig < 0/001$ تفاوت معنادار وجود دارد. یعنی خشونت کارمندان کمتر از خشونت هیأت علمی می‌باشد.

رگرسیون چندمتغیری: در این تحقیق رگرسیون چند متغیری به شیوه توأم (Enter) انجام شده است که متغیرهای مستقل: تصمیم‌گیری زن در امور مهم زندگی، تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدری زن، تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدری مرد، فراگیری نقش جنسیتی، حمایت

خانوادگی توسط خانواده زن، پایگاه اقتصادی اجتماعی زن و تفاوت پایگاهی و متغیر وابسته: خشونت دیدگی زن توسط همسرش در خانواده می‌باشند.

بعد از بررسی های انجام شده مقدار ضریب تعیین $0/387$ می‌باشد. این میزانی است که با متغیر میزان خشونت دیدگی زنان توسط متغیرهای مستقل تبیین می‌شود، در مجموع در علوم انسانی مقدار نسبتاً مناسبی بوده هم‌چنین مقدار ضریب تعیین تعدیل شده برابر $0/378$ می‌باشد.

جدول ۴: آزمون تحلیل واریانس یکطرفه

Sig.	F	M S	df	Ss	
a) 0/001	57/86	13425/71	5	67128/588	رگرسیون
		232/03	465	107894/5	پسمانده
			470	175023/1	جمع

با توجه به معناداری نتیجه در جدول آزمون F با سطح معناداری $\text{sig}=0/000$ می‌توان به جدول بعد برای نوشتن فرمول رگرسیون رجوع کرد.

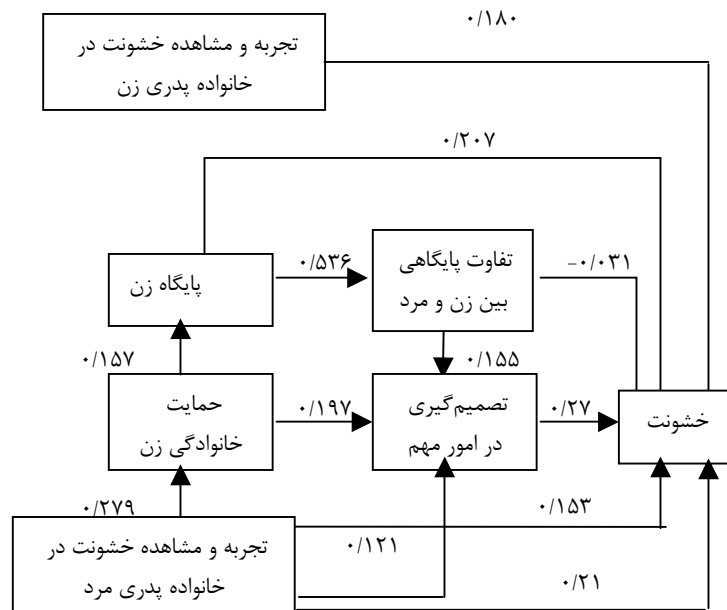
جدول ۵: ضرایب رگرسیون

Sig.	t	ضرایب استاندارد شده	ضرایب استاندارد نشده		
			Beta	Std.Error	
0/001	4/38		4/77	20/917	ضریب ثابت
0/001	7/09	0/274	0/128	0/908	تصمیم‌گیری در امور مهم
0/001	4/49	0/185	0/101	0/454	تجربه و مشاهده خشونت زن
0/001	4/84	0/213	0/077	0/373	تجربه و مشاهده خشونت مرد
0/001	3/87	0/151	0/067	0/258	حمایت خانواده زن
0/001	5/02	0/191	0/161	0/808	تفاوت پایگاه

$Zy =$ (تصمیم‌گیری در امور مهم) $+0/274$ (تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدری زن) $+0/185$ (تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدری مرد) $+0/213$ (حمایت خانواده زن) $+0/151$ (تفاوت پایگاه بین زن و مرد) $+0/191$ با توجه به معادله خطی استاندارد بیشترین تأثیر را متغیر تصمیم‌گیری

در امور مهم بر متغیر وابسته خشونت‌دیدگی زنان گذاشته است و به مراتب سهم بیشتری در مقایسه با سایر متغیرها دارد. پس از آن به ترتیب تفاوت پایگاهی بین زن و مرد و تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدری مرد و تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدری زن و حمایت خانوادگی زن، مؤثر واقع شده است.

نمودار ۱: مدل تحلیلی



بر اساس مدل فوق، مهم‌ترین متغیری که بر میزان خشونت‌دیدگی زنان مؤثر بوده، متغیر تصمیم‌گیری در امور مهم زندگی است که دارای بتای معادل ۰/۲۷۵ است. لذا می‌توان ادعا نمود که فرضیه ای که به بیان رابطه «تصمیم‌گیری در امور مهم زندگی» و «خشونت‌دیدگی» اشاره نموده، بالاترین قدرت را در توضیح متغیر وابسته (در مقایسه با دیگر متغیرها) داشته است. آخرین متغیر تأثیرگذار، عبارت است از: تجربه و مشاهده خشونت در خانواده پدری مرد. این متغیر از پنج راه بر خشونت‌دیدگی تأثیر می‌گذارد. میزان تأثیر مستقیم این متغیر بر متغیر وابسته، معادل ۰/۲۱۴ و میزان تأثیر غیرمستقیم این متغیر بر متغیر وابسته برابر است با ۰/۰۹. برحسب نتایج بدست آمده از تحقیق حاضر، میانگین خشونت در بین کارگران برابر است با ۹۵ که با توجه به دامنه نمرات که می‌توانسته بین ۴۲ تا ۲۱۰ باشد خشونت در حد متوسط می‌باشد.

میانگین خشونت در بین کارمندان برابر است با ۷۸/۲۲ که این میانگین با توجه به دامنه نمرات در حد پایین می‌باشد و میانگین خشونت در بین افراد هیأت علمی برابر است با ۸۸/۹۰ که با توجه به دامنه نمرات در حد متوسط می‌باشد.

۷۲/۳ درصد پاسخگویان هیأت علمی پایگاه اقتصادی - اجتماعی بالا دارند، ۳۵/۷ درصد پاسخگویان کارمند پایگاه اقتصادی - اجتماعی متوسط، ۳۸/۹ درصد دارای پایگاه پایین و بسیار پایین و ۹۶/۸ درصد پاسخگویان کارگر دارای پایگاه بسیار پایین.

۴۱/۸٪ کسانی که خشونت بالایی از طرف همسرشان بر آنها اعمال می‌شود دارای همسرانی با پایگاه اقتصادی و اجتماعی پایین، ۳۳/۳٪ متوسط و ۲۵٪ درصد دارای پایگاه اقتصادی و اجتماعی بالایی هستند. این نشان‌دهنده این نکته است که هرچه پایگاه اقتصادی - اجتماعی بالا می‌رود خشونت کمتر شده ولی مشاهده می‌شود که حتی در پایگاه بالا نیز خشونت در حد کم وجود دارد. شوهران خشونت‌ورز در سطوح گوناگون قرار داشته و هرگز نمی‌توان بروز چنین واقعه‌ای را به فقرا، طبقات کارگر و افراد کم‌سواد محدود دانست.

۳۸/۵٪ کسانی که خشونت بالا از طرف همسرشان بر آنها اعمال می‌شود دارای پایگاه اقتصادی و اجتماعی پایین، ۲۳/۱٪ متوسط و ۳۸/۵٪ درصد دارای پایگاه اقتصادی و اجتماعی بالا می‌باشند. در نتیجه می‌توان گفت که تنها خانواده‌هایی مسئله‌دار به خشونت متوسل نمی‌شوند بلکه خانواده‌هایی که به ظاهر معمولی یا مطلوب نیز هستند، نسبت به اعضای خود بدرفتارند و این مسئله در میان همه خانواده‌ها چه قشر پایین و متوسط و بالا وجود دارد. نتیجه دیگری که می‌توان گرفت آن است، افرادی که دارای پایگاه متوسطی هستند نسبت به دیگر پایگاه‌ها دارای خشونت کمتری هستند.

۵/۷ درصد پاسخگویان که خشونت متوسطی بر آنها اعمال می‌شود کارگر، ۴۶/۷٪ آنها کارمند و ۴۷/۶٪ درصد هیأت علمی هستند. ۳۸/۵٪ پاسخگویانی که خشونت بالایی از طرف همسرشان بر آنها اعمال می‌شود کارگر می‌باشند، در بین کارمندان خشونت زیاد وجود ندارد و ۶۱/۵ درصد هیأت علمی هستند و این تأیید سخنان بالا می‌باشد که خشونت به صورت پنهان در تمام قشرها وجود دارد و در خانواده‌های به ظاهر معمولی خشونت در حد متوسط دیده می‌شود. نتیجه کلی که از این جدول می‌توان گرفت این است که کارمندان نسبت به کارگران و هیأت علمی زندگی بهتری دارند و خشونت کمتری نسبت به آنها اعمال می‌شود.

در این تحقیق علاوه بر این که میزان خشونت در بین سه گروه مورد مطالعه به‌طور کلی مورد بررسی قرار گرفت، میزان هر نوع خشونت (روانی، اجتماعی، اقتصادی و فیزیکی) نیز در جامعه مورد بررسی قرار گرفته و بر اساس آزمون کروسکال والیس این نتیجه حاصل شد که خشونت روانی در بین افراد هیأت علمی بیشتر از کارمندان و کارگران می‌باشد و بعد از آن کارگران قرار دارند و در نهایت آن کارمندان می‌باشند.

میانگین خشونت اجتماعی نیز نشان می‌دهد که خشونت اجتماعی در بین کارگران بیشتر از دو گروه دیگر است و بعد از آن هیأت علمی، در نهایت کارمندان قرار دارند. همچنین خشونت اقتصادی و فیزیکی در بین کارگران بیشتر از دو گروه دیگر می‌باشد و بعد هیأت علمی و در نهایت کارمندان قرار دارند. می‌توان از بحث بالا نتیجه گرفت که خشونت به طور کلی در بین کارمندان کمتر از کارگران و افراد هیأت علمی است.

بحث

مطالعه حاضر به بررسی تأثیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی زنان بر میزان خشونت‌دیدگی آن‌ها در جریان زندگی زناشویی می‌پردازد تا از این طریق میزان خشونت‌دیدگی زنان در پایگاه‌های مختلف مورد ارزیابی قرار گیرد.

ابراین و گلس در نظریه ناسازگاری پایگاهی خود معتقد بودند که شوهران از خشونت به عنوان ابزاری برای حفظ پایگاه انتسابی خودشان استفاده می‌کنند. اطلاعات بدست آمده در پژوهش‌هایی مانند اندرسون (۱۹۹۷)، محمد زنگنه (۱۳۸۰)، بگرضایی (۱۳۸۲) نشان دادند، تفاوت پایگاهی بین زن و مرد عامل مهمی در بروز خشونت می‌باشد. اما فتاحی مفرح (۱۳۷۹) در پژوهش خود بر این نکته اشاره کرد که زنانی که دارای پایگاه بالاتری هستند از آزادی عمل بیشتری برخوردار می‌باشند و خشونت کمتری را متحمل می‌شوند ولی زنانی که پایگاه اقتصادی - اجتماعی پایین‌تری دارند غالباً خود را متحمل زندگی خشونت‌بار می‌دانند.

در حالی که مهم‌ترین یافته پژوهش حاضر مبتنی بر تأیید نظریات ابراین و گلس است و نشان می‌دهد که خشونت در تمام پایگاه‌ها وجود دارد، حتی خشونت بین افراد هیأت علمی با خشونت افراد کارگر تفاوت چندانی نمی‌کند. همچنین خشونت روانی در افراد هیأت علمی بیشتر از دو گروه دیگر می‌باشد و تنها افراد کارمند می‌باشند که از میزان خشونت (روانی، اجتماعی، اقتصادی، فیزیکی) کمتری نسبت به دو گروه دیگر برخوردارند.

نتیجه دیگر پژوهش حاضر که به دنبال یافته‌های فوق بدست آمد رابطه معناداری بین تفاوت پایگاه اقتصادی - اجتماعی بین زن و مرد و خشونت‌دیدگی را نشان می‌دهد. بدین معنا که هرچه پایگاه زن نسبت به همسرش بالاتر باشد مرد برای حفظ قدرت خود در خانواده از خشونت به عنوان یک ابزار استفاده می‌کند. در جامعه آماری مورد مطالعه کارمندان نسبت به دو گروه دیگر خشونت کمتری را متحمل می‌شوند این موضوع می‌تواند به دلیل همسان همسری بیشتر این گروه شغلی نسبت به سایر گروه‌ها یعنی کارگران و اعضای هیأت علمی باشد. همچنین فرضیه مربوط به تصمیم‌گیری در امور مهم زندگی و حمایت خانوادگی رابطه معناداری با خشونت دارد و خود مهر

تأییدی بر گفته‌های بالا می‌باشد. به طور کلی از آن‌جا که زنان عضو هیأت علمی از پایگاه بالاتری نسبت به همسران خود برخوردار می‌باشند، بیش از کارمندان زن مورد خشونت قرار می‌گیرند. یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه تجربه و مشاهده خشونت نشان می‌دهد زنانی که در کودکی خود خشونت را تجربه و یا مشاهده کرده‌اند در زندگی زناشویی این امر را به عنوان یک عرف قبول می‌کنند و لب به شکایت نمی‌کشایند و مردانی که شاهد خشونت پدر علیه مادر خود بوده‌اند یا خود مورد خشونت واقع شده‌اند نیز به احتمال زیاد خشونت را فرا گرفته و از آن به عنوان وسیله‌ای برای اثبات قدرت در خانواده استفاده می‌کنند و همسران خود را مورد خشونت قرار می‌دهند. این موضوع در پژوهش‌های دیگر (ماریا روی، ۱۳۷۷)، البرایچ و جان هوبر (۱۹۸۱)، محمد زنگنه (۱۳۸۰) بگرضایی (۱۳۸۲) و محسن مارابی (۱۳۸۴) نیز تأیید شده است. بر اساس نظریه یادگیری می‌توان گفت خشونت از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شود و یادگیری خشونت خانوادگی از طریق مشاهده و تجربه خشونت باعث انجام دادن رفتار خشن در خانواده خواهد شد (اعزازی: ۱۳۸۰، ۶۲-۶۱). البته باید خاطر نشان کرد، همه افرادی که در خانواده‌های خشونت‌گر بزرگ می‌شوند در بزرگسالی رفتارهای خشونت‌آمیز از خود نشان نمی‌دهند اما وجود خشونت در خانواده، خطر وقوع خشونت در بزرگسالی را نیز افزایش می‌دهد. در نهایت باید اشاره کرد که بین متغیر میزان «خشونت‌دیدگی» و متغیرهای پایگاه اقتصادی - اجتماعی زن، تفاوت پایگاه اقتصادی - اجتماعی بین زن و مرد، حمایت خانوادگی زن، تجربه و مشاهده خشونت زن در خانواده پدری، تجربه و مشاهده خشونت مرد در خانواده پدری، تصمیم‌گیری در امور مهم زندگی، همبستگی معناداری وجود داشته و این ضرایب در سطح اطمینان ۹۵٪ می‌باشند.

بر خلاف تصورات موجود که حاکی از کاهش خشونت در پایگاه اقتصادی - اجتماعی بالا می‌باشد مشاهده می‌کنیم که حتی در پایگاه بالا نیز خشونت به میزان کم وجود دارد و شوهران خشونت‌ورز در سطوح گوناگون قرار دارند. اما چیزی که مشهود است این است، افرادی که دارای پایگاه متوسطی هستند نسبت به دیگر پایگاه‌ها خشونت کمتری را متحمل می‌شوند و میزان خشونت در تمامی ابعاد آن (فیزیکی، روانی، اقتصادی و اجتماعی) نسبت به افراد هیأت علمی و کارگر کمتر می‌باشد. نکته شایان توجه این‌که پایگاه اقتصادی - اجتماعی به تنهایی تأثیری بر خشونت ندارد، این تفاوت پایگاهی بین زن و مرد است که باعث تشدید خشونت در خانواده می‌شود. خانواده‌هایی که زن و شوهر از نظر پایگاهی با هم همسان هستند خشونت کمتری بین آن‌ها دیده می‌شود. به طور کلی در جامعه مورد بررسی دیده شد که کارمندان نسبت به کارگران و هیأت علمی کمتر مورد خشونت قرار می‌گیرند.

منابع

- آزاد ارمکی، ت. (۱۳۷۹). *آینده‌نگری مردم تهران، نگرانی‌ها و آینده*. تهران: مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های اجتماعی دانشگاه تهران.
- اعزازی، ش. (۱۳۸۰). *خشونت خانوادگی - زنان کتک خورده*. تهران: نشر سالی.
- باندورا، آ. (۱۳۷۳). *نظریه یادگیری اجتماعی* (ترجمه ف. ماهر). شیراز: نشر رهگشا. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۲۵)
- بگریزایی، پ. (۱۳۸۲). *بررسی عوامل مؤثر بر میزان خشونت مردان نسبت به زنان در خانواده: مطالعه موردی شهرستان ایلام*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.
- توسلی، غ. ع. (۱۳۷۹). *نظریه‌های جامعه‌شناسی*. تهران: انتشارات سمت.
- درویش‌پور، م. (۱۳۷۸). *چرا مردان به اعمال خشونت علیه زنان ترغیب می‌شوند*. *مجله زنان*، ۵۶(۸)، ۵۴-۵۰.
- روی، م. (۱۳۷۷). *زنان کتک‌خورده* (ترجمه م. قراچه‌داغی). تهران: نشر علمی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۴۸)
- زنگنه، م. (۱۳۸۰). *بررسی جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر خشونت شوهران علیه زنان در خانواده: مطالعه موردی شهر بوشهر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز، شیراز.
- ساروخانی، ب. (۱۳۷۵). *مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی خانواده*. تهران: نشر سروش.
- صبوری، م. (۱۳۷۸). *جامعه‌شناسی سازمان‌ها*. تهران: نشر شب تاب.
- فتاحی مفرح، م. (۱۳۷۹). *بررسی وضعیت خشونت نسبت به زنان در خانواده‌های تهرانی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران، تهران.
- قاسم‌زاده، ف. (۱۳۷۵). *بد رفتاری با زنان*. *مجله سالم*، ۲۸، ۵۹-۵۶.
- کار، م. (۱۳۷۹). *پژوهشی درباره خشونت علیه زنان در ایران*. تهران: انتشارات روشنگران و مطالعات زنان.
- گیدنز، آ. (۱۳۷۸). *جامعه‌شناسی* (ترجمه م. صبوری). تهران: نشر نی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۸۷).
- مارابی، م. (۱۳۸۴). *بررسی عوامل خانوادگی مؤثر بر خشونت علیه زنان در شهرستان کامیاران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.
- معمدی مهر، م. (۱۳۸۰). *حمایت از زنان در برابر خشونت سیاسی جنایی انگلستان*. تهران: انتشارات برگ زیتون.
- میلر، د. س. (۱۳۸۰). *راهنمای سنجش در پژوهش‌های اجتماعی* (ترجمه ه. نایبی). تهران: نشر نی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۱۳)

- Anderson, K. (1997). Gender, status, and domestic violence. *Journal of Marriage and Family*, 59(30), 655-669.
- Good, W. J. (1971). Force and violence in the family. *Journal of Marriage and Family*, 3(4), 29.
- Ulbrich, P., & Huber, J. (1981). Observing parental violence: Distribution and effects. *Journal of Marriage and Family*, 43(3), 623-631.
- Van Hasselt. V. B. Morrison, R. L., Bellack, A. S., Hersen, M. (1987). *Handbook of family violence*. New York: Plenum press.

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 مؤدهی، 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 بهداشتی 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

واحد تجزیه	کد	زیر طبقه	طبقه
«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.»	ترس از عدم قبول شرایط دختر نوجوان توسط خواستگار و خانواده وی	مشکلات اجتماعی ازدواج دختر نوجوان دیابتی	نگرش خانواده و جامعه نسبت به بیماری

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 ژنتیک 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.