

بررسی حمایت اجتماعی درک شده و عوامل مرتبط با آن در نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن

ساره جعفری*، جمیله محتشمی**، فاطمه علایی کرهرودی***، سمانه منصوری****، مریم رسولی*****

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های مزمن یکی از شایع‌ترین مشکلات بهداشتی محسوب می‌شود که بر کیفیت تعامل نوجوان با دیگران تأثیر می‌گذارد. حمایت اجتماعی به خصوص در دوران نوجوانی به دلیل تغییرات زیاد درونی و بیرونی که برای فرد اتفاق می‌افتد، می‌تواند حایز اهمیت باشد. هدف این مطالعه تعیین میزان حمایت اجتماعی درک شده و عوامل مؤثر بر آن در نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن بوده است. روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-همبستگی ۱۷۲ نوجوان ۱۶-۱۱ مبتلا به بیماری‌های مزمن مراجعه کننده به بیمارستان‌های منتخب تهران، با استفاده از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف طی ۳ ماه در سال ۱۳۹۳ وارد مطالعه شدند. داده‌ها از طریق پرسشنامه «حمایت اجتماعی کودکان و نوجوانان» جمع‌آوری شد. داده‌ها به وسیله آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه در نرم‌افزار SPSS v.22 تجزیه و تحلیل گردید. یافته‌ها: نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده $(45/46 \pm 5/88)$ در حیطه حمایت اجتماعی بالا قرار داشت. از بین عوامل جمعیت‌شناختی، جنس ($p < 0/01$)، قومیت، تحصیلات پدر و مادر، درآمد خانواده، تعداد فرزندان، رتبه تولد و دارا بودن بیمه ($p < 0/001$) با حمایت اجتماعی درک شده ارتباط معناداری را نشان داد. از بین عوامل مربوط به بیماری نیز نوع بیماری مزمن ($p < 0/01$)، دفعات بستری در بیمارستان ($p < 0/001$)، ممانعت بیماری از حضور در فعالیت گروهی ($p = 0/04$)، میزان غیبت از مدرسه ($p = 0/002$) و افت تحصیلی ($p < 0/001$) با حمایت اجتماعی درک شده ارتباط معنادار داشت. نتیجه‌گیری: با توجه به حمایت اجتماعی درک شده و عوامل مرتبط با آن، توجه بیشتر به مراقبت از نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن در سطح جامعه، براساس شواهد به دست آمده از این مطالعه توصیه می‌شود.

نویسنده مسؤول: جمیله محتشمی؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

e-mail: j_mohtashami@sbm.ac.ir

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی درک شده، بیماری مزمن، نوجوان

دریافت مقاله: دی ماه ۱۳۹۴ - پذیرش مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۹۵

مقدمه

پیشرفت‌های شگرف در تشخیص و درمان بیماری‌های مزمن در کودکان و نوجوانان، چشم‌انداز بالینی این بیماران را تغییر داده است. بیماری مزمن یک مشکل سلامت است که سه ماه یا بیشتر به طول می‌انجامد،

فعالیت‌های طبیعی کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نیازمند بستری شدن مکرر، مراقبت داخل منزل و یا مراقبت‌های خاص پزشکی می‌باشد (۱). بیماری‌های مزمن یکی از شایع‌ترین مشکلات بهداشتی محسوب می‌شود که کودک و خانواده را از تمامی جنبه‌های گوناگون متأثر می‌سازد. برخی از این بیماری‌ها در گروه خاصی بیشتر دیده می‌شود که یکی از پرخطرترین آن‌ها، کودکان و نوجوانان هستند (۲). در سال‌های اخیر با توجه به بهبود

* کارشناس ارشد پرستاری

** استادیار گروه آموزشی روان‌پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

*** مربی گروه آموزشی پرستاری کودکان و دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

**** دانشجوی دکتری آمار زیستی دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

***** دانشیار گروه آموزشی پرستاری کودکان و مراقبت ویژه نوزادان دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

در وضعیت تغذیه، بهداشت و کنترل بیماری‌های عفونی، بیماری‌های غیر مسری نظیر بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌ها رو به افزایش است (۳). اطلاعات آماری از شیوع بیماری‌های مزمن در کودکان و نوجوانان نگران‌کننده است. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که یک دهم کودکان زیر ۱۵ سال به یک بیماری مزمن مبتلا هستند. همچنین دیگر مطالعات تخمین می‌زنند که یک سوم کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال به یک بیماری مزمن و یا بیشتر مبتلا هستند (۴). بیماری‌های خاص شامل مجموعه‌ای از بیماری‌های مزمن و پیشرونده می‌باشد که می‌توان به بیماری تالاسمی، هموفیلی، دیابت و نارسایی مزمن کلیوی اشاره نمود. در ایران حدود ۲۰۰۰ بیمار تالاسمی، ۶۰۰۰ بیمار هموفیلی، ۷۰۰۰ بیمار کلیوی و دو میلیون بیمار دیابتی وجود دارد که تعداد قابل توجهی از آنان را نوجوانان تشکیل می‌دهند (۵).

این در حالی است که تشخیص این بیماری‌ها سبب بروز مشکلاتی در روند زندگی و بلوغ نوجوانان می‌شود (۳). از جمله این مشکلات می‌توان به شوک روانی، استرس، درجاتی از خشم، نگرانی و اختلال در روابط بین فردی برای کودک و خانواده اشاره کرد. سایر واکنش‌های روانی-اجتماعی کودک و نوجوان به بیماری مزمن، شامل ترس از طرد شدن، کاهش اعتماد به نفس، احساس ناامنی به دنبال محدودیت پیشرفت تحصیلی، ترس از محدود شدن به دلیل موقعیت خود است و اضطراب در مورد این که دیگران به ویژه گروه همسالان چگونه نسبت به بیماری او واکنش

نشان می‌دهند (۶). در دوران نوجوانی تغییرات قابل توجهی از نظر جسمی، روانی، هیجانی جنسی و اجتماعی به وقوع می‌پیوندد. بروز هرگونه بیماری به ویژه بیماری‌های مزمن، می‌تواند بحران‌های این دوره از زندگی را تشدید نماید و با توجه به ماهیت آن که محدودیت‌های فراوانی را سبب می‌شود، قادر به ایجاد عوارض گوناگون از جمله اختلالات روانی می‌باشد (۵). همچنین نحوه واکنش مناسب اعضای خانواده، مدرسه و گروه همسالان به نوجوان مبتلا به بیماری مزمن، می‌تواند به بهبود عملکرد طبیعی او کمک کند. به هر حال، بیماری مزمن بر کیفیت تعامل نوجوان با دیگران تأثیر می‌گذارد (۷). در واقع روند رو به رشد تعداد بازماندگان از بیماری‌های مزمن، موجب می‌شود تا به جای مداخلات بحرانی در مورد پیشگیری از مرگ نوجوان، بیش‌تر بر مشکلات روانی ناشی از درمان طولانی مدت بیماری و مقابله و سازگاری با این بیماری توجه شود (۸).

به دلیل طولانی بودن دوره درمان و بروز مشکلات فراوانی که این بیماران با آن روبه‌رو هستند، به مرور زمان میزان توجه اعضای خانواده و دوستان به این افراد کاهش می‌یابد (۹). مزمن بودن بیماری و مشکلاتی که این بیماران با آن مواجه می‌شوند، منجر به کاهش اعتماد به نفس و احساس تنهایی بیمار می‌شود و نیاز به حمایت از جانب دیگران را افزایش می‌دهد (۱۰).

حمایت اجتماعی مفهومی نسبتاً جدید است که امروزه هر مشکل سلامتی در ارتباط با آن مورد مطالعه قرار می‌گیرد. یافته‌ها نشان می‌دهد که کاهش در سطح حمایت

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی-همبستگی از بین نوجوانان مراجعه‌کننده به درمانگاه یا بستری در بخش‌های بیمارستان‌های کودکان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران و ایران، طی ۳ ماه در سال ۱۳۹۳ تعداد ۱۷۲ نوجوان ۱۱ تا ۱۶ ساله (محدوده سنی بستری در بخش کودکان) مبتلا به بیماری‌های مزمن غیر تهدیدکننده زندگی وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود، از: سن ۱۱ تا ۱۶ سال، تشخیص بیماری توسط پزشک متخصص تأیید شده باشد، حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری گذشته باشد، شرکت‌کننده در مرحله انتهایی بیماری قرار نداشته و قادر به خواندن زبان فارسی باشد.

حداقل حجم نمونه مورد نیاز طبق رابطه زیر با در نظر گرفتن مقدار سیگما ۴ و دقت ۰/۶ تعداد ۱۷۲ نفر برآورد شد.

$$n \geq \frac{z_{1-\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2}$$

ابزار گردآوری داده‌ها مشتمل بر پرسشنامه عوامل مرتبط با حمایت اجتماعی درک شده (عوامل جمعیت‌شناختی و عوامل مربوط به بیماری) و پرسشنامه «حمایت اجتماعی کودکان و نوجوانان» بوده است (۱۴). منظور از عوامل جمعیت‌شناختی در این مطالعه، سن، جنس، قومیت، محل سکونت، تحصیلات پدر و مادر، درآمد خانواده، تعداد فرزندان خانواده، رتبه تولد و بیمه می‌باشد. همچنین منظور از عوامل مربوط به بیماری، نوع بیماری، سن نوجوان در هنگام ابتلا، مدت ابتلا و تعداد دفعات نیاز به بستری در سال،

اجتماعی دریافت شده با افزایش دفعات بستری در بیماری مزمن ارتباط دارد (۱۱). حمایت اجتماعی به معنی امکاناتی که دیگران برای فرد فراهم می‌کنند، تعریف شده است. همچنین به عنوان آگاهی که باعث می‌شود فردی باور کند که مورد احترام و علاقه دیگران بوده، عنصری ارزشمند و دارای شأن به شمار آمده و به یک شبکه اجتماعی روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد، در نظر گرفته می‌شود (۱۲).

حمایت اجتماعی می‌تواند به خصوص در دوران نوجوانی به دلیل تغییرات زیاد درونی و بیرونی که برای فرد اتفاق می‌افتد، حایز اهمیت باشد. نوجوانان دوست دارند خوب به نظر بیایند، آن‌ها نمی‌خواهند خاص و متفاوت از دیگران باشند، در حالی که بیماری مزمن باعث متمایز شدن آن‌ها از دیگران و در نتیجه عدم تطابق روانی-اجتماعی آن‌ها می‌شود (۱۳). با توجه به نقش حمایتی پرستاران، آن‌ها می‌توانند با شناسایی گروه‌های آسیب‌پذیر از نظر دریافت حمایت اجتماعی، از انزوای این گروه از بیماران جلوگیری کنند و با ارائه مداخلات حمایتی مناسب در جهت ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها قدم بردارند (۹). به طور کلی، با توجه به تأثیرات نامطلوب بیماری‌های مزمن بر نوجوانان و تأثیرات مثبت حمایت اجتماعی و نقش پرستاران در ارائه مداخلات حمایتی به بیماران این گروه سنی جهت کاهش آثار سوء بیماری و ارتقای کیفیت زندگی آنان، این پژوهش با هدف تعیین درک نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن از حمایت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن انجام یافته است.

سابقه وجود بیماری مشابه در خانواده، عضویت در سازمان‌ها یا انجمن‌های مربوط به بیماری، ارتباط با سایر مبتلایان، حضور در فعالیت‌های گروهی و مدرسه، غیبت از مدرسه، افت تحصیلی، آگاهی مسئولان مدرسه و هم‌کلاسی‌ها از وضعیت نوجوان می‌باشد. این موارد براساس پژوهش‌های انجام یافته در مورد عوامل مرتبط با حمایت اجتماعی که در قسمت بحث توضیح داده شده است و براساس تأیید ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی در نظر گرفته شدند. پرسشنامه حمایت اجتماعی کودکان و نوجوانان توسط طهماسیان در سال ۱۳۸۴ تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۱۹ گویه است و به چهار حیطه حمایت عاطفی (گویه‌های ۶، ۷، ۱۰ و ۱۴)، تنهایی (گویه‌های ۵، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۷، ۱۸ و ۱۹)، حمایت بازخوردی (گویه‌های ۱، ۲، ۳ و ۱۶) و حمایت ابزاری (گویه‌های ۴، ۸، ۱۳ و ۱۵) طبقه‌بندی می‌شود. سؤالات پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت ۳ گزینه‌ای از ۱ (در مورد من صادق نیست) تا ۳ (در مورد من صادق است) درجه‌بندی شده است. کسب نمره بالاتر نشانگر درک حمایت اجتماعی بیش‌تر می‌باشد. دامنه تغییرات نمره کلی از ۱۹ تا ۵۷ متغیر است. نمرات به دست آمده به سه گروه حمایت اجتماعی بالا (۵۷-۴۵)، متوسط (۴۴-۳۲) و پایین (۳۱-۱۹) طبقه‌بندی می‌شود.

در پژوهشی که اناری و همکاران با هدف شناخت رابطه بین نگرانی و حمایت اجتماعی در دوره نوجوانی انجام دادند، روایی ابزار به روش روایی صوری و محتوا تعیین گردید و

پایایی آن به طریق بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۶۵ برآورد شده است (۱۵). در پژوهش حاضر پایایی ابزار به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و بازآزمایی سنجیده شد که آلفای کرونباخ کل ۰/۹۵ و آلفای کرونباخ در حیطه‌های عاطفی ۰/۷۵، تنهایی ۰/۹۰، بازخوردی ۰/۹۰ و ابزاری ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین پایایی ابزار از طریق بازآزمایی در کل ۰/۹۲ و در حیطه‌های عاطفی، تنهایی، ابزاری و بازخوردی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۹۳، ۰/۷۶ و ۰/۹۱ به دست آمد. روش کار به این ترتیب بود که بعد از انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولان دانشکده پرستاری و مامایی و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران و همچنین بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های مورد پژوهش با حضور در محیط‌های پژوهش و ارائه توضیحات لازم درباره اهداف تحقیق و اطمینان دادن درباره محرمانه ماندن اطلاعات نمونه‌ها و کسب رضایت از نوجوانان و خانواده‌هایشان، نمونه‌گیری انجام یافت و پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. ملاحظات اخلاقی در پژوهش شامل موارد زیر بوده است: کسب مجوز از دانشکده پرستاری و مامایی و دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران و ایران، کسب اجازه از مدیریت بیمارستان‌های مورد پژوهش، کسب اجازه شفاهی از نمونه‌های مورد پژوهش و ارائه توضیحات کافی در مورد لزوم انجام و اهداف پژوهش، دادن اطمینان به نمونه‌ها جهت محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و آزاد گذاشتن آنان جهت خروج از پژوهش، در هر زمانی که مایل به ادامه همکاری نباشند، ارائه خلاصه نتایج به

مسئولان بیمارستان‌ها و نمونه‌های مورد پژوهش در صورت تمایل، رعایت امانت‌داری در بررسی متون و سایر مراحل تحقیق. همچنین پژوهش حاضر با کد ۱۳۴۹۱-۱۳۶-۱-۱۳۹۳ در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به تأیید رسیده است.

داده‌ها با استفاده از آمارهای توصیفی و آزمون‌های تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون، آنووا و رگرسیون چندگانه با سطح معناداری $p < 0/05$ ، در نرم‌افزار SPSS v.22 تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۱۲/۴۱ سال بود. فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. بیش‌ترین نمونه‌ها در این پژوهش (۳۲٪) مبتلا به بیماری‌های خونی و مدت ابتلا به بیماری در اکثر آن‌ها (۸۶/۶۰٪) دو سال و بیش‌تر بوده است. همچنین دفعات بستری شدن بیش‌تر نمونه‌ها (۵۴/۱۰٪) ۱ تا ۲ بار در سال، سابقه خانوادگی بیماری اکثر آن‌ها (۷۷/۳۰٪) نبوده است. اطلاعات مرتبط با بیماری در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

حمایت اجتماعی درک شده بیش‌ترین نمونه‌ها در حیطه حمایت اجتماعی بالا قرار داشت و میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده ۴۵/۴۶ با انحراف معیار ۵/۸۸ بود. میانگین و انحراف معیار نمره حمایت اجتماعی درک شده برای جمعیت مورد مطالعه به طور کلی در ابعاد مختلف در جدول شماره ۳ منعکس شده است.

در بررسی عوامل جمعیت‌شناختی، هیچ ارتباط معناداری بین «سن» ($I=0/1$ و $p=0/19$) و محل سکونت ($p=0/09$) با «حمایت اجتماعی درک شده» مشاهده نگردید. اما بین متغیرهای «جنس» ($p < 0/01$)، «قومیت» ($p < 0/01$)، «تحصیلات پدر» ($p < 0/01$)، «تحصیلات مادر» ($p < 0/01$)، «درآمد ماهیانه» ($p < 0/01$)، «تعداد فرزندان خانواده» ($p < 0/01$)، «رتبه تولد» ($I = -0/48$ و $p = 0/01$) و «دارا بودن بیمه» ($p < 0/01$) با «حمایت اجتماعی درک شده» ارتباط معناداری مشاهده شده است.

در مورد نقش عوامل مربوط به بیماری در حمایت اجتماعی درک شده نیز نتایج بدین گونه بوده است: «نوع بیماری مزمن» ($p < 0/01$)، «دفعات بستری شدن در سال» ($p < 0/01$)، «مانعت بیماری از حضور در فعالیت گروهی» ($p = 0/03$)، «میزان غیبت از مدرسه در سال تحصیلی گذشته» ($p = 0/03$) و «افت تحصیلی» ($p < 0/01$) با «حمایت اجتماعی درک شده» دارای ارتباط معنادار بود. در حالی که بین «سن ابتلا به بیماری» ($I = -0/12$) و $p = 0/12$ ، «مدت ابتلا به بیماری» ($p = 0/58$)، «سابقه خانوادگی بیماری» ($p = 0/22$)، «عضویت در سازمان یا انجمن‌های مربوط به بیماری» ($p = 0/60$)، «ارتباط با سایر مبتلایان به بیماری مشابه» ($p = 0/40$)، «اطلاع اولیای مدرسه از بیماری» ($p = 0/42$) و «اطلاع همکلاسی‌ها از بیماری» ($p = 0/82$) با «حمایت اجتماعی درک شده» ارتباط معنادار مشاهده نشد.

در آنالیز رگرسیون خطی چندگانه نیز که به روش گام به گام صورت پذیرفت، اثر تمامی عوامل جمعیت‌شناختی و عوامل مرتبط

دانشگاهی داشتند ۰/۹۸ برابر نسبت به سایر نوجوانان بیشتر بوده است. با افزایش رتبه تولد ۱/۷۲ برابر میانگین حمایت اجتماعی درک شده کاهش می‌یابد. با افزایش میزان غیبت از مدرسه ۲/۲۵ برابر میانگین حمایت اجتماعی درک شده کاهش می‌یابد. میانگین حمایت اجتماعی درک شده در نوجوانانی که دارای بیمه هستند ۵/۹۷ برابر بالاتر از نوجوانان بدون بیمه می‌باشد (جدول شماره ۴). معیار نیکویی برازش تعدیل شده ۰/۳۹ می‌باشد که نشان‌دهنده مناسب بودن مدل رگرسیون خطی چندگانه است.

با بیماری با استفاده از روش انتخاب مدل Back Ward مورد بررسی قرار گرفت که از بین تمامی عوامل بررسی شده پنج عامل «جنس»، «تحصیلات مادر»، «رتبه تولد»، «میزان غیبت از مدرسه در سال تحصیلی گذشته» و «دارا بودن بیمه»، مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار (بیش‌ترین ارتباط) بر حمایت اجتماعی درک شده نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن، تعیین گردید. میانگین حمایت اجتماعی درک شده در دختران ۲/۳۳ برابر بالاتر از پسران بوده است. میانگین حمایت اجتماعی درک شده نوجوانانی که مادرانشان تحصیلات

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن در بیمارستان‌های منتخب تهران در سال ۱۳۹۳ (n=۱۷۲)

مشخصات جمعیت‌شناختی		تعداد (درصد)	مشخصات جمعیت‌شناختی		تعداد (درصد)		
سن	≤۱۳	۱۳۶ (۷۹/۱۰)	قومیت	فارس	۱۱۱ (۶۴/۵۰)		
	۱۳<	۳۶ (۲۰/۹۰)		ترک	۲۸ (۱۶/۳۰)		
تحصیلات پدر	محل سکونت	جنس	کرد	۱۰ (۵/۸۰)	تحصیلات مادر		
			لر	۱۶ (۹/۳۰)			
			سایر	۷ (۴/۱۰)		بی‌سواد	۶ (۳/۵۰)
			ابتدایی	۲۵ (۱۴/۵۰)			
رتبه تولد	تعداد فرزندان خانواده	دارا بودن بیمه	زیردیپلم	۴۳ (۲۵)	تحصیلات دانشگاهی		
			دیپلم	۵۲ (۳۰/۸۰)			
			اول	۳۴ (۱۹/۸۰)			
			دیپلم	۳۷ (۲۱/۵۰)			
درآمد خانواده	تک فرزند	بلی	دوم	۵۲ (۳۰/۲۰)	خیر		
			سوم	۶۷ (۳۹)			
رتبه تولد	۲ تا ۳ فرزند	خیر	چهارم	۱۴ (۸/۱۰)	بلی		
			پنجم به بالا	۵ (۲/۹۰)			
درآمد خانواده	۴ فرزند و بیشتر	خیر	کافی	۹۳ (۵۴/۱۰)	بلی		
			ناکافی	۷۹ (۴۵/۹۰)			
درآمد خانواده	بلی	خیر	کافی	۱۶۲ (۹۴/۲۰)	خیر		
			ناکافی	۱۰ (۵/۸۰)			

جدول ۲- توزیع فراوانی اطلاعات مرتبط با بیماری نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن در بیمارستان‌های منتخب تهران در

سال ۱۳۹۳ (n=۱۷۲)

تعداد (درصد)	اطلاعات مرتبط با بیماری		تعداد (درصد)	اطلاعات مرتبط با بیماری	
	مدت ابتلا (ماه)	بیش‌تر از ۲۴ تا ۶		نوع بیماری	هیچ
(۱۳/۴)۲۳ (۸۶/۶)۱۴۹	۶ تا ۲۴	بیش‌تر از ۲۴	(۳۲)۵۵ (۸/۱)۱۴ (۱۰/۵)۱۸ (۱۲/۸)۲۲ (۹/۹)۱۷ (۲۱/۵)۳۷ (۱/۲)۲ (۴)۷	خونی قلبی اعصاب غدد و متابولیک تنفسی کلیوی کبدی عضلانی/اسکلتنی	نوع بیماری
(۲۲/۷)۳۹ (۷۷/۳)۱۳۳	دارد ندارد	سابقه خانوادگی بیماری	(۲/۳)۴ (۵۴/۱)۹۳ (۴۲/۶)۷۵	هیچ ۱ تا ۲ بار ۳ بار و بیش‌تر	دفعات بستری شدن در سال
(۶۵/۱)۱۱۲ (۳۴/۹)۶۰	بلی خیر	ارتباط با سایر مبتلایان به بیماری مشابه	(۴۵/۹)۷۹ (۵۴/۱)۹۳	بلی خیر	عضویت در سازمان یا انجمن مربوط به بیماری
(۶۵/۱)۱۱۲ (۳۴/۹)۶۰	بلی خیر	ممانعت بیماری از حضور در فعالیت گروهی	(۴/۱)۷ (۷۰/۹)۱۲۲ (۲۰/۳)۳۵ (۴/۷)۸	هیچ چند روز چند ماه یک سال	غیبت از مدرسه (در سال گذشته)
(۸۳/۷)۱۴۴ (۱۶/۳)۲۸	بلی خیر	اطلاع هم‌کلاسی از بیماری	(۳۹)۶۷ (۶۱)۱۰۵	دارد ندارد	افت تحصیلی

جدول ۳- حمایت اجتماعی درک شده و حیطه‌های مختلف آن در نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن در بیمارستان‌های منتخب

تهران در سال ۱۳۹۳ (n=۱۷۲)

انحراف معیار	میانگین	ابعاد حمایت اجتماعی		
		پایین تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	بالا تعداد (درصد)
۱/۵۹	۹/۷	(۱/۷)۳	(۴۳)۷۴	(۵۵/۲)۹۵
۲/۲	۱۸/۵۸	(۱۰/۵)۱۸	(۲۴/۴)۴۲	(۶۵/۱)۱۱۲
۱/۷۴	۹/۷۷	(۱۲/۸)۲۲	(۴۴/۲)۷۶	(۴۳)۷۴
۱/۸۶	۷/۴۵	(۳۰/۸)۵۳	(۵۷/۶)۹۹	(۱۱/۶)۲۰

جدول ۴- نتیجه آزمون رگرسیون چندگانه گام به گام در متغیرهای مرتبط با حمایت اجتماعی درک شده، در نوجوانان

مبتلا به بیماری مزمن در بیمارستان‌های منتخب تهران در سال ۱۳۹۳

متغیر	مقیاس	B	Std. Error	Beta	T	p-value
جنس	زن/مرد	۲/۳۳	۰/۷۱	۰/۲۰	۳/۲۸	۰/۰۰۱
تحصیلات مادر	بی‌سواد/ ابتدایی/ زیردیپلم/ دیپلم/ تحصیلات دانشگاهی	۰/۹۸	۰/۳۳	۰/۲۱	۳/۰۲	۰/۰۰۳
رتبه تولد	اول/ دوم/ سوم/ چهارم/ پنجم و بالاتر	-۱/۷۲	۰/۳۸	-۰/۳۱	-۴/۵۶	۰/۰۰۱
میزان غیبت از مدرسه در سال تحصیلی گذشته	هیچ/ چند روز/ چند ماه/ یک سال	-۲/۲۵	۰/۶	-۰/۲۳	-۳/۶۹	۰/۰۰۱
دارا بودن بیمه	بلی/ خیر	-۵/۹۷	۱/۵۳	-۰/۲۴	-۳/۹۱	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که حمایت اجتماعی درک شده نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن در سطح بالا قرار دارد. درک بالای حمایت اجتماعی در این پژوهش با یافته‌های مطالعه اناری و همکاران که در مورد نوجوانان صورت گرفته و از همین ابزار استفاده نموده است و یافته‌های مطالعه Geckoa و همکاران مطابقت دارد (۱۶ و ۱۵). این در حالی است که نتایج مطالعه طل و همکاران، قدوسی بروجنی و همکاران و Yan و Sellick نشان داد که بیش‌تر بیماران از سطح حمایت اجتماعی متوسط برخوردار هستند (۱۷-۱۹).

درصد بالایی از نوجوانان در مطالعه حاضر متعلق به خانواده‌هایی بودند که بیش از یک فرزند داشتند و ۱۰۰٪ آن‌ها به مدرسه می‌رفتند که خود نشان از بزرگ بودن شبکه اجتماعی نمونه‌های مورد پژوهش می‌باشد. این موضوع می‌تواند ارتباط مستقیم با حمایت اجتماعی درک شده را مطرح کند (۹). بنابراین درک بالای حمایت اجتماعی در این پژوهش را می‌توان بر این اساس توجیه کرد.

براساس آنالیز رگرسیون چندگانه از بین تمامی عوامل، پنج عامل «رتبه تولد»، «دارا بودن بیمه»، «میزان غیبت از مدرسه در سال تحصیلی گذشته»، «تحصیلات مادر» و «جنس» به ترتیب بیش‌ترین ارتباط را با حمایت اجتماعی درک شده، در نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن داشتند. نتایج نشان داد که با افزایش رتبه تولد میزان درک حمایت اجتماعی درک شده کاهش یافته است. در مطالعه رفیعی و همکاران ارتباط تعداد فرزندان با حمایت

اجتماعی درک شده معنادار نبود (۲۰). برخی پژوهشگران معتقدند که اندازه شبکه اجتماعی و تعداد افرادی که در تماس با بیمار قرار دارند، به معنی بالاتر بودن درک حمایت اجتماعی نمی‌باشد. بنابراین زیادتر بودن تعداد فرزندان دال بر ارایه بیش‌تر حمایت نیست (۲۱). اگرچه برخی پژوهش‌ها بیان می‌کنند هرچه تعداد افراد موجود در شبکه اجتماعی افراد بیش‌تر باشد، بیماران حمایت بیشتری دریافت می‌کنند، اما به همان اندازه بر کیفیت و عمق روابط در دریافت حمایت اجتماعی تأثیرگذار خواهد بود (۹). هرچه تعداد افراد خانواده بیش‌تر باشد به همان اندازه زمان و هزینه که توسط پدر و مادر برای فرزندان صرف می‌شود نیز کم‌تر خواهد بود (۲۲). در نتیجه نوجوانان بیمار در خانواده‌های پرجمعیت حمایت کم‌تری دریافت می‌کنند. تحت پوشش بیمه قرار داشتن دومین عاملی است که بیش‌ترین تأثیر روی درک نوجوانان از حمایت اجتماعی را داشته است یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که نوجوانان بیماری که تحت پوشش بیمه قرار داشتند نسبت به نوجوانانی که دارای بیمه نبودند به طور معناداری از حمایت اجتماعی درک شده بالاتری برخوردار بودند. در حالی که Yan و Sellick در مطالعه خود در مورد بیماران مبتلا به سرطان‌های گوارشی ارتباط معناداری بین این دو نیافتند. از دست دادن بیمه و نداشتن هزینه‌های درمان و پرستاری یکی از عواملی است که در بیماران مبتلا به سرطان باعث نگرانی می‌شود (۱۹) به هر حال، دارا بودن بیمه یک نوع حمایت مالی محسوب می‌شود و می‌تواند متعاقباً روی درک نوجوانان بیمار از حمایت اجتماعی تأثیر مثبت بگذارد.

طبق یافته‌ها میزان غیبت از مدرسه با حمایت اجتماعی درک شده رابطه معکوس داشته است. نوجوانانی که یک سال تحصیلی غیبت از مدرسه داشتند نسبت به آن‌ها که هیچ غیبتی نداشتند یا چند روز از سال تحصیلی را غیبت داشتند به طور معناداری حمایت اجتماعی درک شده کم‌تری را گزارش کردند. غیبت طولانی مدت منجر به از دست دادن تعدادی از دوستان و همسالان و کاهش روابط اجتماعی نوجوان می‌شود. بنابراین می‌توان به این صورت این یافته را توجیه کرد که با کاهش روابط بین همسالان میزان حمایت اجتماعی درک شده کاهش یافته است. تحصیلات پدر و مادر به طور مستقیم ارتباط معناداری با حمایت اجتماعی درک شده در نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن داشت. با افزایش تحصیلات پدر و مادر میزان حمایت اجتماعی درک شده نوجوانان افزایش یافته است. نتایج به دست آمده با نتایج مطالعه Geckova و همکاران هم‌خوانی دارد. طبق یافته‌های Geckova و همکاران با افزایش تحصیلات پدر و مادر میزان حمایت اجتماعی درک شده نوجوانان افزایش یافته است (۱۶). با توجه به دو طرفه بودن حمایت اجتماعی، افراد با تحصیلات بالاتر دارای قدرت برقراری ارتباط بیش‌تر بوده و حمایت اجتماعی بیش‌تری ارایه می‌دهند (۲۰). از این رو نتایج مطالعه حاضر در مورد معنادار بودن ارتباط تحصیلات پدر و مادر با حمایت اجتماعی درک شده قابل توجیه است و با توجه به نقش مؤثر مادران در برقراری ارتباط با فرزندان، در مدل رگرسیون چندگانه تأثیر بیش‌تری را نشان داد.

در این مطالعه بین جنس و حمایت اجتماعی درک شده ارتباط معنادار دیده شد. حمایت اجتماعی درک شده در دختران نسبت به پسران به طور معناداری بالاتر بود. یافته‌های این پژوهش با مطالعه Kef و Dekovic، طل و همکاران و Rigby مطابقت دارد (۱۷، ۲۳). در حالی که Yan و Sellick و رفیعی و همکاران حمایت اجتماعی در مردان را به طور معناداری بالاتر گزارش کردند (۱۹ و ۲۰). Geckova و همکاران، Stanton و همکاران و Janowski و همکاران به ترتیب در مورد نوجوانان اسلواکی، نوجوانان ایسلندی و بیماران مبتلا به پسوریازیس ارتباط معناداری بین جنس و حمایت اجتماعی درک شده گزارش نکردند (۱۶، ۲۴ و ۲۵). طبق یافته‌های پژوهشگران جنس مؤنث سطح بالاتری از حمایت اجتماعی را درک می‌کنند و بیش‌تر از جنس مذکر به دنبال دریافت کمک از سوی دیگران هستند (۱۶). از طرفی نتایج پژوهشی در مورد نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن نشان داد که طردشدگی از سوی همسالان در نوجوانان پسر مبتلا به بیماری مزمن بیش‌تر از دختران بوده است (۷). از این رو می‌توان بالاتر بودن حمایت اجتماعی دختران در این پژوهش را توجیه کرد. قومیت، تحصیلات پدر، درآمد خانواده، تعداد فرزندان، نوع بیماری مزمن، دفعات بستری در بیمارستان، ممانعت بیماری از حضور در فعالیت گروهی، میزان غیبت از مدرسه و افت تحصیلی از بین عوامل مورد بررسی در تحلیل تک متغیره با حمایت اجتماعی درک شده ارتباط معناداری داشتند.

ارتباط بین قومیت و حمایت اجتماعی درک شده در نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن معنادار بوده است. Stanton و همکاران نیز بین حمایت اجتماعی درک شده و نژاد نوجوانان ایسلندی ارتباط معنادار یافتند (۲۴). در حالی که رفیعی و همکاران در مطالعه خود در مورد بیماران تحت همودیالیز رابطه معناداری بین قومیت و حمایت اجتماعی نیافتند (۲۰) که بر خلاف نتایج مطالعه حیدری نیز بوده است و حمایت اجتماعی درک شده در قومیت گیلک و کرد طبق مطالعه حیدری بالاتر بوده است (۹). Wellisch و همکارانش دریافتند، که عوامل فرهنگی اجتماعی در درک حمایت خانوادگی و مبادلات داخل گروهی بعضی خانواده‌ها و گروه‌های قومی نسبت به گروه‌های قومی دیگر بیشتر است، این موضوع روی حمایت اجتماعی درک شده تأثیر می‌گذارد. قومیت بر نحوه پاسخ خانواده‌ها به شرایط تنش‌زا و حمایت یکدیگر تأثیر می‌گذارد (۹).

طبق یافته‌ها درآمد خانواده با حمایت اجتماعی درک شده در نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن ارتباط معناداری داشته است که با نتایج حاصل از مطالعه حیدری، قدوسی بروجنی و همکاران، Yan و Sellick و رفیعی و همکاران هم‌خوانی دارد (۹ و ۲۰-۱۸). در حالی که با نتایج مطالعه العربی در مورد بیماران تحت درمان با همودیالیز تفاوت دارد (۱۰). به دلیل وجود عوامل فرهنگی اقتصادی و ساختارهای متفاوت در میان خانواده‌ها، سازگاری و رفتارهای جستجوکننده کمک نیز در میان آن‌ها متفاوت است. برای مثال در میان

خانواده‌های فقیر دیده شده که شبکه اجتماعی غیرخانوادگی کوچکی دارند. هزینه‌های مورد نیاز برای حمایت دوطرفه در خانواده‌های فقیر می‌تواند روی حمایتی که دریافت می‌کنند، تأثیر بگذارد (۲۰). از این رو نوجوانان بیمار در خانواده‌های با درآمد ناکافی از حمایت اجتماعی کم‌تری برخوردار بودند.

همچنین نتایج نشان داد که بین حمایت اجتماعی درک شده و نوع بیماری مزمن که نوجوانان به آن مبتلا بودند، ارتباط معناداری وجود دارد. طبق یافته‌ها حمایت اجتماعی درک شده در بیماران مبتلا به بیماری‌های خونی کم‌ترین میزان بوده است. در حالی که نوجوانان مبتلا به بیماری‌های قلبی بیش‌ترین درک از حمایت اجتماعی را داشتند. از آن‌جا که بیماران خونی و کلیوی در این مطالعه تعداد دفعات بستری شدن بیش‌تری داشتند، همچنین میزان غیبت از مدرسه بیش از چند ماه و افت تحصیلی در این بیماران نسبت به بیماران قلبی بیش‌تر بوده است، می‌توان پایین‌تر بودن حمایت اجتماعی در نوجوانان مبتلا به بیماری‌های خونی و کلیوی را در این مطالعه توجیه کرد.

نتایج این مطالعه ارتباط معناداری را بین دفعات بستری شدن در بیمارستان با حمایت اجتماعی درک شده نشان می‌دهد. در واقع نوجوانانی که ۱ تا ۲ بار در سال بستری می‌شوند، نسبت به بیمارانی که هیچ‌مورد بستری شدن در سال ندارند، به طور معناداری حمایت اجتماعی بالاتری دریافت کرده‌اند. قدوسی بروجنی و همکاران ارتباطی بین سابقه بستری شدن و حمایت اجتماعی یافت نکردند (۱۸). بستری شدن در بیمارستان و ارتباط با

دست می‌آید، منجر به افزایش درک حمایت اجتماعی می‌گردد (۲۱).

بین افت تحصیلی و درک حمایت اجتماعی در نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن ارتباط معناداری یافت شد. همچنین براساس نتایج، اطلاع اولیای مدرسه و همکلاسی‌ها از بیماری نوجوان با میزان درک حمایت اجتماعی در نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن معنادار نبود. نتایج مطالعه Rigby در مورد نوجوانان استرالیایی نیز نشان داد که نوجوانان از جانب والدین خود نسبت به معلمان و همکلاسی‌ها حمایت بیش‌تری دریافت می‌کنند (۲۳). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد میزان دریافت حمایت از سوی والدین نوجوانان بیش‌تر از دوستان و همسالان می‌باشد و نوجوانان از حمایت‌های والدین نسبت به دوستان احساس رضایت بیش‌تری دارند (۲۷).

بین سن نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن با حمایت اجتماعی درک شده ارتباط معناداری مشاهده نشد. Kef و Dekovic و Stanton و همکاران نیز ارتباط معناداری را بین سن با حمایت اجتماعی درک شده نیافتند (۱۳ و ۲۴). در حالی که نتایج مطالعه حیدری، طل و همکاران و قدوسی بروجنی و همکاران مغایر این مطالعه است. نتایج این سه پژوهش حاکی از آن است که با افزایش سن میزان حمایت اجتماعی درک شده افزایش می‌یابد (۹، ۱۷ و ۱۸). Carcone و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسید که با افزایش سن، حمایت اجتماعی درک شده به طور معناداری کاهش می‌یابد (۲۸). لذا با توجه به این که نمونه‌های این پژوهش همگی نوجوان و از نظر سنی به هم نزدیک بودند، تفاوت معناداری بین سن و حمایت اجتماعی درک شده مشاهده نشد.

سایر بیماران و کادر درمان خود منجر به گسترش شبکه اجتماعی بیماران می‌شود. همچنین در این مطالعه بیمارانی که بیش از ۳ بار در سال بستری بودند، نسبت به افرادی که ۱ تا ۲ بار بستری بودند میزان دریافت حمایت اجتماعی کم‌تری داشتند. این مطلب را نیز این‌گونه می‌توان توجیه کرد که گاه شبکه اجتماعی بزرگ‌تر و در دسترس بودن حمایت اجتماعی دلیل بر درک بهتر آن نمی‌باشد (۲۰). چرا که بستری شدن بیش از ۳ بار در سال خود می‌تواند دلیل بر شدت بیماری مزمن بوده و منجر به افسردگی نوجوان گردد. در نتیجه آن‌ها قادر به درک حمایت اجتماعی نباشند. اگرچه در مورد این یافته، مطالعه مشابهی یافت نشد.

براساس نتایج به دست آمده ممانعت بیماری از حضور در فعالیت‌های گروهی به طور معناداری منجر به درک پایین‌تر حمایت اجتماعی درک شده در نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن می‌شود. رفیعی و همکاران نیز ارتباط بین فعالیت جسمانی و حمایت اجتماعی را معنادار گزارش کردند. در واقع بیمارانی که توانایی انجام کار و شرکت در فعالیت‌ها را داشتند، نسبت به افرادی که در این زمینه ناتوان بودند، حمایت اجتماعی بیش‌تری دریافت کرده بودند. ایفای نقش از عواملی است که در ایجاد احساس ارزشمندی مؤثر است. به علاوه نقش‌های اجتماعی و عمل به مسؤولیت‌ها باعث ایجاد هویت فرد می‌شود. در نتیجه ارتباط فرد با دیگران و دریافت حمایت اجتماعی، میزان خودارزشمندی و اعتماد به نفس را افزایش می‌دهد (۲۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اعتماد به نفس بالا و احساس ارزشمندی که به دنبال توانایی فرد در انجام فعالیت جسمی به

داشتند. با توجه به سطوح درک متفاوت نوجوانان از حمایت اجتماعی، پرستاران لازم است پیوسته با تمرکز بر عوامل مؤثر بر دریافت حمایت اجتماعی نوجوانان، نیازهای حمایتی این دسته از بیماران را از نظر کمیت و کیفیت بررسی کرده و با شناسایی گروه‌های پرخطر در جهت بالا بردن دریافت حمایت اجتماعی و گسترش شبکه حمایتی‌شان اقدام کنند. همچنین با بسیج منابع حمایتی موجود در جامعه و مشارکت خانواده در جهت ارتقای رایجه حمایت به این بیماران قدم بردارند و از انزوای اجتماعی این بیماران جلوگیری کنند.

تشریح و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی و طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به شماره ۱۳۹۳-۱-۸۶-۱۳۴۹۱ می‌باشد. پژوهشگران مراتب سپاس خود را از نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن که در این پژوهش شرکت کردند و کارکنان پرستاری بیمارستان‌های مورد پژوهش، همچنین از دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران و ایران اعلام می‌دارند.

در این مطالعه نوجوانانی که مدت بیش‌تری از بیماری آن‌ها می‌گذشت نسبت به بقیه افراد درک بالاتری از حمایت اجتماعی داشتند. ولی از نظر آماری ارتباط معناداری بین طول مدت بیماری با حمایت اجتماعی درک شده یافت نشد. محققان اشاره می‌کنند که با مرور زمان میزان سازگاری فرد با بیماری مزمن افزایش پیدا می‌کند (۱۰).

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به محدود بودن نمونه مورد مطالعه و استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف اشاره کرد که سبب کاهش قابلیت تعمیم یافته‌ها می‌گردد. لذا توصیه می‌شود در مطالعات بعدی برای دستیابی به نتایج قطعی‌تر از حجم نمونه وسیع‌تر و روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد.

در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن از حمایت اجتماعی درک شده در سطح بالایی برخوردارند و پنج عامل «رتبه تولد»، «دارا بودن بیمه»، «میزان غیبت از مدرسه در سال تحصیلی گذشته»، «تحصیلات مادر» و «جنس» به ترتیب بیش‌ترین ارتباط را با حمایت اجتماعی درک شده، در نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن

منابع

- 1 - Compas BE, Jaser SS, Dunn MJ, Rodriguez EM. Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescence. *Annu Rev Clin Psychol*. 2012 Apr 27; 8: 455-480.
- 2 - Mirlashari J, Rassouli M. [Nursing care of infant and children 2]. 2nd ed. Tehran: Andisheh Rafi Publications; 2010. (Persian)
- 3 - Suris J, Michaud P, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. *Arch Dis Child*. 2004 Oct; 89(10): 938-942.
- 4 - Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Jan; 45(1): 8-25.
- 5 - Mostafaie MR, Bashirian S. [Comparative survey of depression among chronic disease and healthy adolescences of Hamadan city]. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2012; 20(2): 65-71. (Persian)

- 6 - Theofanidis D. Chronic illness in childhood: psychosocial adaptation and nursing support for the child and family. *Health Science Journal*. 2007; 1(2): 1-9.
- 7 - Tahmassian K, Anari A, Karamlo S, Shafiee Tabar M. [Experiencing depression and peer rejection in chronically ill adolescents]. *Journal of Iranian Psychologists*. 2009; 6(21): 7-14. (Persian)
- 8 - Sanjari M, Jafarpour M, Safarabadi T, Hosseini F. [Coping with cancer in teenagers and their parents]. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2005; 18(41,42): 111-122. (Persian)
- 9 - Heidari S. [Assessing size of social network and emotional support sources and related factors among cancer patients]. *Iranian Journal of Nursing Research (IJNR)*. 2009; 4(12,13): 91-101. (Persian)
- 10 - Al-Arabi S. Quality of life: subjective descriptions of challenges to patients with end stage renal disease. *Nephrol Nurs J*. 2006 May-Jun; 33(3): 285-92.
- 11 - Cheraghi MA, Davari Dolatabadi E, Salavati M, Moghimbeigi A. [Association between Perceived Social Support and Quality of Life in Patients with Heart Failure]. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2012 Apr; 25(75): 21-31. (Persian)
- 12 - Zare Shahabadi A, Hajizade Meimandi M, Ebrahimi Sadrabadi F. [Influence of social support on treatment of type II diabetes in Yazd]. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2010; 18(3): 277-283. (Persian)
- 13 - Kef S, Dekovic M. The role of parental and peer support in adolescents well-being: a comparison of adolescents with and without a visual impairment. *J Adolesc*. 2004 Aug; 27(4): 453-66.
- 14 - Tahmassian K, Jazayeri A, Mohamad Khani P, Ghazi Tabatabaei M. [Direct & indirect impact of social self-efficacy on adolescents depression: social-efficacy pathways to depression]. *Social Welfare Quarterly*. 2006; 5(19): 113-124. (Persian)
- 15 - Anari A, Tahmassian K, Fathabadi M. [Worry and social support in adolescence]. *Journal of Iranian Psychologists*. 2011; 8(29): 27-34. (Persian)
- 16 - Geckova A, van Dijk JP, Stewart R, Groothoff JW, Post D. Influence of social support on health among gender and socio-economic groups of adolescents. *Eur J Public Health*. 2003 Mar; 13(1): 44-50.
- 17 - Tol A, Majlessi F, Rahimi Foroshani A, Shojaeezadeh D, Mohebbi B. [The relation between perceived social support and related factors with Glycemic control among type 2 diabetic patients]. *Journal of Health System Research*. 2012; 8(4): 695-705. (Persian)
- 18 - Ghodusi Burojeni M, Heidari M, Sharifi Neyestanak N, Shahbazi S. [Correlation of perceived social support and some of the demographic factors in patients with Multiple Sclerosis]. *Journal of Health Promotion Management (JHPM)*. 2013; 2(1): 24-31. (Persian)
- 19 - Yan H, Sellick K. Symptoms, psychological distress, social support, and quality of life of Chinese patients newly diagnosed with gastrointestinal cancer. *Cancer Nurs*. 2004 Sep-Oct; 27(5): 389-99.
- 20 - Rafii F, Rambod M, Hosseini F. [Perceived social support in hemodialysis patients]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2009; 15(1): 5-12. (Persian)
- 21 - Sit JW, Wong TK, Clinton M, Li LS, Fong YM. Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. *J Clin Nurs*. 2004 Oct; 13(7): 816-24.
- 22 - Masrou Roudsari D, Chehrehgosha M, Seyyedolshohadayee M, Hosseini AF. [Quality of life and its related factors in adolescents with epilepsy]. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2011 Des; 24(73): 47-54. (Persian)
- 23 - Rigby K. Effects of peer victimization in schools and perceived social support on adolescent well-being. *J Adolesc*. 2000 Feb; 23(1): 57-68.
- 24 - Stanton CA, Green SL, Fries EA. Diet-specific social support among rural adolescents. *J Nutr Educ Behav*. 2007 Jul-Aug; 39(4): 214-8.
- 25 - Janowski K, Steuden S, Pietrzak A, Krasowska D, Kaczmarek L, Gradus I, et al. Social support and adaptation to the disease in men and women with psoriasis. *Arch Dermatol Res*. 2012 Aug; 304(6): 421-32.
- 26 - Chan CW, Hon HC, Chien WT, Lopez V. Social support and coping in Chinese patients undergoing cancer surgery. *Cancer Nurs*. 2004 May-Jun; 27(3): 230-6.
- 27 - Decker CL. Social support and adolescent cancer survivors: A review of the literature. *Psychooncology*. 2007 Jan; 16(1): 1-11.
- 28 - Carcone AI, Ellis DA, Weisz A, Naar-King S. Social support for diabetes illness management: supporting adolescents and caregivers. *J Dev Behav Pediatr*. 2011 Oct; 32(8): 581-590.

Perceived social support and its correlated factors in adolescents with chronic disease

Sareh Jafari* (MSc.) - Jamileh Mohtashami** (Ph.D) - Fatemeh Alae Karahroudi*** (MSc.) - Samaneh Mansouri**** (MSc.) - Maryam Rassouli***** (Ph.D).

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Jan. 2016
Accepted: Apr. 2016

Background & Aim: Chronic diseases are one of the most prevalent health problems affecting the quality of an adolescent's interaction with others. Social support can be important particularly during adolescence due to the many internal and external changes that happen to a person. This study aimed to determine the levels of perceived social support and its correlated factors in adolescents with chronic disease.

Methods & Materials: In this cross-sectional study, 172 adolescents 11-16 years with a chronic disease referred to Tehran's selected hospitals, were included using purposive sampling during three months in 2014. Data were collected through "children and adolescents social support questionnaire". Data were analyzed by independent *t*-tests, one-way ANOVA, Pearson correlation coefficient and multiple linear regression on SPSS software v.22.

Results: The total score of perceived social support (45.46 ± 5.88) was at a high level. Among the demographic factors, gender ($P < 0.01$), ethnicity, parental education, family income, number of children, birth order, and having insurance ($P < 0.001$) showed a significant correlation with perceived social support. Among the factors related to illness, the type of chronic disease ($P < 0.01$), the number of hospitalizations ($P < 0.001$), the lack of participation in group activities due to illness ($P = 0.04$), school absenteeism rates ($P = 0.002$) and academic failure ($P < 0.001$) were significantly associated with perceived social support.

Conclusion: According to the findings of this study, given the level of perceived social support and its related factors, it is recommended to pay more attention to caring for adolescents with chronic disease at the community level.

Key words: perceived social support, chronic disease, adolescent

Corresponding author:
Jamileh Mohtashami
e-mail:
j_mohtashami@sbmu.
ac.ir

Please cite this article as:

- Jafari S, Mohtashami J, Alae Karahroudi F, Mansouri S, Rassouli M. [Perceived social support and its correlated factors in adolescents with chronic disease]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2016; 22(1): 65-78. (Persian)

* MSc. in Nursing

** Dept. of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*** Dept. of Pediatric Nursing, Ph.D Student in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**** Ph.D Student in Biostatistics, School of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***** Dept. of Pediatric and NICU Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran