

Quarterly Journal of Health Psychology

Open
Access

ORIGINAL ARTICLE

Prediction of Self-Care based on Problem-Solving Skills, Parent-Child Relationship and Emotional Independence with Regard to the Mediating Role of Social Support in Adolescents with Diabetes

Maryam Karimi¹, Sara Ghorbani^{2*}

¹ M.A., Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

² Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Correspondence

Sara Ghorbani

Email: saraghorbani@pnu.ac.ir

A B S T R A C T

Objective: Over the past decade, the prevalence of diabetes has increased, especially in adolescents. On the other hand, adolescents with diabetes have difficulty controlling blood sugar, and controlling diabetes and taking care of themselves during adolescence is a challenge. Self-care is a set of spontaneous activities that are consciously and consciously carried out by the patient in order to understand the conditions and factors affecting them and to adopt a positive and specific attitude towards themselves and their disease. This disease has many negative effects on the mental health and quality of life of the affected person and their family. In fact, what happens within the family and the interaction between parents and children can be a key factor in creating resilience and reducing current and future risk associated with adverse events and inappropriate conditions. By equipping itself with problem-solving skills, the family can promote the health of its members and act as a mechanism against factors that harm the health of its members. Problem solving is a conscious, rational, and purposeful activity that enables adolescents to identify various possibilities around them when faced with conflicts and controllable events and use them to make appropriate decisions and solve problems. In this regard, adolescent emotional autonomy is one of the crises of adolescence that most parents are involved with their children. In this regard, Chia-Ying Chen et al. (2020) found that high emotional autonomy is significantly associated with poor management of diabetes control. Therefore, the present study aims to answer the research

How to cite

Karimi, M. & Ghorbani, S. (2024). Prediction of self-care based on problem-solving skills, parent-child relationship and emotional independence with regard to the mediating role of social support in adolescents with diabetes. *Quarterly Journal Of Health Psychology*, 13(4). 47-64.

question of whether social support plays a mediating role in predicting self-care based on problem-solving skills, parent-child relationships, and emotional independence? **Method:** The statistical population of the study included all adolescents in Isfahan who were diagnosed with diabetes in 2017 according to clinical diagnoses. Questionnaires were purposefully distributed among 149 adolescents with diabetes. In order to collect data, the Diabetes Self-Care Questionnaire (Summary of Diabetes Self-Care Activities), the Standard Perceived Social Support Questionnaire (MSPSS), the Revised Social Problem-Solving Questionnaire (SPSI-R), the Parent-Child Relationship Assessment Questionnaire (PCRS), and the Stenberg and Silverberg Emotional Independence Questionnaire were used. **Results:** After collecting data and analyzing them descriptively and inferentially and presenting the model using statistical software, the results obtained indicated that social support in the dimensions of family, parent-child relationship, and emotional independence, as well as problem-solving skills in the dimensions of negative, impulsive, and avoidant strategies, played a role in the self-care of adolescents with diabetes in Isfahan ($p < 0.05$). Also, the results of the path analysis showed that social support plays a mediating role in predicting self-care based on problem-solving skills with an effect size of 0.22 and parent-child relationship with an effect size of 0.18. **Conclusion:** Explaining the present findings, it can be stated that today, the analysis of diseases is not limited to biomedical factors, and a wide network of social factors, known as social determinants of health or factors affecting health, has gained a more prominent dimension in the scope and quality of health and disease. People with stronger problem-solving skills are naturally more capable of facing everyday challenges and finding appropriate solutions to their problems. However, the presence of social support from family, friends, and society can strengthen these skills. Also, social support resulting from the parent-child relationship increases the sense of belonging and acceptance in the individual and helps the individual to implement self-care behaviors (such as healthy eating, exercise, stress management, and adherence to medical recommendations) well in their lives.

KEY WORDS

Emotional Independence, Social Support, Diabetes Self-Care, Problem Solving Skills.

نشر به علمی

روان‌شناسی سلامت

«مقاله پژوهشی»

پیش‌بینی خود مراقبتی بر اساس مهارت حل مسئله، رابطه والد-فرزند و استقلال عاطفی با توجه به نقش میانجی‌گری حمایت اجتماعی در نوجوانان مبتلا به دیابت

مریم کریمی^۱، سارا قربانی^{۲*}

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی خودمراقبتی بر اساس مهارت حل مسئله، رابطه والد-فرزند و استقلال عاطفی با توجه به نقش میانجی‌گری حمایت اجتماعی در نوجوانان مبتلا به دیابت به روش توصیفی-همبستگی (مدل معادلات ساختاری) انجام شد.

روش: جامعه آماری پژوهش شامل کلیه نوجوانان شهر اصفهان که طبق تشخیص‌های بالینی طی سال ۱۴۰۰ مبتلا به دیابت بود که به صورت هدفمند پرسشنامه‌ها بین ۱۴۹ نوجوان مبتلا به دیابت توزیع گردید. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های خودمراقبتی دیابت (خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت)، پرسشنامه استاندارد حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS)، پرسشنامه تجدیدنظر شده حل مسئله اجتماعی (SPSI-R)، پرسشنامه ارزیابی رابطه والد - فرزند (PCRS) و پرسشنامه استقلال عاطفی استیبرگ و سیلوربرگ استفاده شده است.

یافته‌ها: پس از جمع‌آوری اطلاعات و تحلیل آن‌ها به شکل توصیفی و استنباطی و ارائه‌ی مدل با استفاده از نرم‌افزارهای آماری نتایج به دست آمده حاکی از آن بود که حمایت اجتماعی در ابعاد خانواده، رابطه‌ی والد فرزند و استقلال عاطفی و همچنین مهارت حل مسئله در ابعاد راهبردهای منفی، تکانشی و اجتنابی در خودمراقبتی نوجوانان مبتلا به دیابت شهر اصفهان نقش داشته‌اند. همچنین نتایج تحلیل مسیر نشان داد که حمایت اجتماعی نقش میانجی در پیش‌بینی خودمراقبتی بر اساس مهارت حل مسئله، رابطه والد-فرزند و استقلال عاطفی ایفا می‌کند.

نتیجه‌گیری: خودمراقبتی در نوجوانان مبتلا به دیابت تحت تاثیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده و رابطه والد فرزند و توانایی حل مساله اجتماعی آنها قرار دارد.

واژه‌های کلیدی

استقلال عاطفی، حمایت اجتماعی، خودمراقبتی دیابت، مهارت حل مسئله.

^۱ کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

نویسنده مسئول:

سارا قربانی

رایانامه:

saraghorbani@pnu.ac.ir

استناد به این مقاله:

کریمی، مریم و قربانی، سارا، (۱۴۰۳). پیش‌بینی خود مراقبتی بر اساس مهارت حل مسئله، رابطه والد-فرزند و استقلال عاطفی با توجه به نقش میانجی‌گری حمایت اجتماعی در نوجوانان مبتلا به دیابت. نشریه علمی روان‌شناسی سلامت، ۱۳(۴)، ۶۴-۴۷.

<https://hpj.journals.pnu.ac.ir/>

مقدمه

(وودمن، بالارد، هیویت و مک فرسون^۵، ۲۰۱۸). خود مراقبتی نه تنها از نظر بهداشتی، بلکه از نظر اقتصادی برای جامعه مهم است و در نهایت منجر به کاهش هزینه‌های بهداشتی می‌گردد (وایز و گیسون^۶، ۲۰۱۲) از این رو، اجرای مداخله‌های روان‌شناختی مؤثر در کنار درمان‌های پزشکی، جهت مدیریت این بیماری و عوارض مرتبط با آن، ضروری می‌باشد (هوگز، برج و وایب^۷، ۲۰۱۴). خود مراقبتی در نوجوانان از مواردی است که در راستای توانمندسازی سلامت هر جامعه، از اقدامات مؤثری محسوب می‌گردد. تخمین زده می‌شود که ۶۵ تا ۸۵ درصد همه مراقبت‌های سلامتی به وسیله خود شخص و خانواده او، بدون دخالت متخصصان صورت می‌گیرد؛ بنابراین با توجه و تقویت این توانمندی‌ها نزد نوجوانان، می‌توان گامی مهم در راستای سلامتی آن‌ها برداشت (مطلق و همکاران، ۲۰۱۳). این امر ایجاب می‌کند که به ارتقای فعالیت‌های خودمراقبتی که شامل ابعاد مختلف همچون فیزیولوژیک، اجتماعی، عاطفی و معنوی می‌باشد، توجه بیشتری نمود (دولوت^۸، ۲۰۱۴).

بسیاری از محققان معتقدند که دیابت متعلق به فرد و خانواده وی است (هیزلر^۹، ۲۰۰۵) در واقع بعد خانواده بیشترین نقش را در تبیین کیفیت زندگی بیماران دیابتی دارد. چنین نتیجه‌ای دور از ذهن نیست؛ زیرا خانواده اولین و مهم‌ترین نهادی است که هر فردی در آن عضویت دارد و با اعضای آن هر روز در ارتباط است لذا بیشترین تأثیر را در کیفیت زندگی افراد خواهد داشت (شاره، سلطانی و قاسمی، ۱۳۹۰). والدین مرز باریکی بین بالا رفتن و پایین افتادن قند خون کودک گزارش می‌کنند و در صورتی که نتوانند این تعادل را برقرار کنند، احساس گناه و تقصیر دارند. محدودیت قائل شدن برای رژیم غذایی و فعالیت‌های کودک و انجام مراقبت‌های درون‌خانواده (اندازه‌گیری قند خون و تزریق انسولین)، علاوه بر استرس و فشار زیادی که به والدین تحمیل می‌کند برای کودکان هم بسیار ناخوشایند است و اغلب نسبت به آن مقاومت نشان می‌دهند. همان‌طور که پژوهش‌ها نشان می‌دهند این بیماری اثرات منفی زیادی بر سلامت روان و کیفیت زندگی فرد مبتلا و خانواده‌اش دارد. به طوری که کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک بیشتر از کودکان سالم درخطر ابتلا به اختلالات روان‌شناختی مثل افسردگی، اضطراب،

دیابت شایع‌ترین بیماری مزمن متابولیک در سراسر جهان می‌باشد و با توجه به عوارض حاد و مزمن متعدد و بسیار جدی این بیماری در صورتی که اقدام مناسب جهت پیشگیری، کنترل و درمان این بیماری صورت نگیرد محدودیت‌ها و معضلات بی‌شماری برای جمعیت رو به ازدیاد و افراد در معرض خطر به وجود خواهد آمد (نوبهار، عسگری، بامحمدی، سلیمانی و وفایی، ۲۰۰۹). از دهه‌ی گذشته، شیوع دیابت به ویژه در نوجوانان افزایش یافته است (رابیو، نوپر، نگین، سوفراتگویی و پولیچروناکوس^۱، ۲۰۰۹) و از سوی نوجوانان مبتلا به دیابت در کنترل قند خون مشکل دارند و کنترل دیابت در طول دوره نوجوانی، یک چالش محسوب می‌شود (شیرازی، انوشه و رجب، ۲۰۱۱). دوره نوجوانی، همراه با عمیق‌ترین تغییرات شخصیتی و فیزیولوژیک ناشی از دوره بلوغ است و نوجوانان در این مرحله به دلایل مختلف از جمله هراس از تفاوت با همسالان خود و طرد شدن از جانب آنان و همچنین تمایل به استقلال‌طلبی خاص این دوران ممکن است برنامه مراقبتی و درمانی خود را به طور کامل و صحیح انجام ندهند. به همین دلیل بیشتر دچار عوارض دیابت می‌شوند و سطح هموگلوبین در آن‌ها علیرغم درمان‌های مشابه نسبت به بالغان بالاتر است (رضاصفت و همکاران، ۲۰۱۴). اگر نوجوانان بتوانند این تفاوت را به عنوان قسمتی از زندگی خود بپذیرند، می‌توانند با حمایت والدین به خوبی با بیماری خود تطابق یابند، بنابراین نیاز به آموزش و اتخاذ رفتارهای خود مراقبتی برای کنترل بیماری و کاهش خطر عوارض آن در نوجوانان مبتلا به دیابت اهمیت ویژه‌ای دارد (شیواستاوا و راماسامی^۲، ۲۰۱۳).

مدیریت مؤثر دیابت نیازمند اجرای رفتارهای خود مراقبتی پیچیده از قبیل تغییر سبک زندگی، کنترل تغذیه‌ای، ورزش منظم، استفاده از داروها، کنترل و ثبت سطح گلوکز و مراقبت از پاها بوده و نتایج درمانی دیابت به طور زیادی به رفتارهای خود مراقبتی بیماران وابسته است (اویانگ^۳، ۲۰۰۷). خود مراقبتی به مجموعه فعالیت‌های خودانگیخته‌ای گفته می‌شود که توسط بیمار و به منظور درک وی از شرایط و عوامل مؤثر بر سلامتی (تاکیزاوا و هوشی^۴، ۲۰۱۱) و با اخذ یک نگرش مثبت و خاص نسبت به خود و بیماری‌اش، به صورت آگاهانه و مهارگرانه انجام می‌شود

5. Woodman, Ballard, Hewitt & MacPherson
6. Wise & Gibson
7. Huges, Berg & Wiebe
8. Duluth
9. Heisler

1. Rabiau, Knäuper, Nguyen, Sufategui & Polychronakos
2. Shrivastava & Ramasamy
3. Ouyang
4. Takizawa & Hoshi

اعضا، مهرورزی و بیان عشق و حفظ آراستگی، تمیزی و زیبایی خود می‌تواند در ارتقای سلامت اعضای خود و به عنوان مکانیسمی در مقابل عوامل آسیب‌رسان به سلامت اعضایش عمل کند (سلیمی، حسین‌زاده، زارعی و بدل‌پور، ۱۳۹۶).

والدین نخستین معلمان آموزش مهارت‌های اساسی به کودکان به شمار می‌روند. آن‌ها باید مهارت‌های حل مسئله، قضاوت اخلاقی، خلاقیت و اشتیاق برای رسیدن به اهداف در زندگی و خود نظم دهی را در طول تحول کودکان به آن‌ها آموزش دهند؛ از فرزندانشان حمایت کنند، رفتارهای آن‌ها را مدیریت کرده و الگوهای مناسبی را برای آن‌ها فراهم نمایند تا به فردی سازنده و مؤثر در جامعه تبدیل شوند. هم‌زمان که والدین فرزندان خردسال خود را یاری می‌دهند تا از مرحله وابستگی به استقلال گام بر دارند، فرصت‌های بی‌شماری برای ایجاد مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری در فرزندان ایجاد می‌شود. کودکان هر روز با تصمیم‌ها و انتخاب‌های هر چند کوچک مواجهند. مهارت حل مسئله کودکان را قادر می‌سازد تا در مواجهه با کشاکش‌ها و رویدادهای مهارپذیر، امکانات گوناگون پیرامون خود را شناسایی کنند و در جهت تصمیم‌گیری مناسب و حل مسئله به کار ببرند. این مهارت کودکان را یاری می‌دهد تا موانع احتمالی انتخاب‌های خود را پیش‌بینی کرده و با هر اشتباه به عنوان تجربه برخورد نمایند (تامپسون و پی کی، ۱۹۸۴؛ پاتریکو، وایزبرگ، ردینگ و والبرگ، ۲۰۰۵).

حل مسئله به عنوان یک فعالیت هوشیار، عقلانی و هدفمند است. بسیاری فرآیند حل مسئله را عالی‌ترین نمونه تفکر می‌دانند (نولن-هکسما، فردریکسون، لافتوس و لوتز، ۲۰۱۴). حل مساله اجتماعی یک فرآیند شناختی و رفتارخود هدایتی است که به شناسایی و کشف راه حل‌های سازگارانه برای مواجه شدن با مسایل اجتماعی اشاره می‌کند (شرف، لاجین و تامسون، ۲۰۱۸). حل مساله از جمله حل مساله اجتماعی از شش مرحله تشکیل شده است: جهت‌گیری کلی، تعریف و صورت بندی مساله، بارش فکری راه حل‌های خلاقانه، انتخاب و اجرای راه حل‌ها و سپس بازخورد (جکسون و دریشل، ۲۰۱۶). حل مساله اجتماعی دو بخش اصلی دارد که شامل حل مساله انطباقی یعنی داشتن جهت‌گیری مثبت نسبت به مساله، تلاش و پافشاری برای حل آن و حل مساله غیر انطباقی یعنی داشتن جهت‌گیری منفی نسبت به

اختلالات خوردن و اختلالات رفتاری مثل پرخاشگری و نافرمانی هستند (رینولد و هلگسون، ۲۰۱۱).

آموزش اصول اولیه فرزندپروری مقتدرانه، اصلاح روابط والد-کودک^۲، آموزش برخورد صحیح با رفتارهای ناسازگارانه کودک با توجه به مشکلات خاص کودکان مبتلا به دیابت و آموزش مهارت مدیریت استرس همسو با مداخلات حکایت از تأثیر مثبت در کاهش نشانه‌های بالینی کودک داشته است. به نظر می‌رسد ارتباط و تعامل مثبت والدین و کودک، صمیمی و پذیرا بودن والدین و وضع قوانین واضح و شفاف با توضیح دلایل آن متناسب با سن کودک، با سازگاری بهتر کودک با بیماری، کاهش اضطراب مادر و احساس کنترل و کفایت بهتر والدین و در نتیجه حس مثبت به خود همراه بوده است (وسترپ، نورمن، لی، اسکراچ و کامرون، ۲۰۱۵). کارکرد خانواده جنبه مهم محیط خانوادگی است که سلامت جسمانی، اجتماعی و هیجانی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع آنچه در درون خانواده اتفاق می‌افتد و چگونگی کارکرد آن می‌تواند عامل کلیدی در ایجاد انعطاف‌پذیری و کاهش خطر فعلی و آینده مرتبط با رویدادهای ناگوار و شرایط نامناسب باشد. محیط برانگیزنده و پرورش‌دهنده، کودکان را قادر می‌سازد تا یاد بگیرند و پیشرفت کنند؛ برعکس، محیط‌های خانوادگی ناکارآمد می‌تواند برای بسیاری از جنبه‌های تحول کودکان و انتقال مثبت آن‌ها به بزرگسالی بسیار مضر باشد (زرگر، عاشوری، اصغری پور و عاقبتی، ۲۰۰۷).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد بین کارکرد ضعیف خانواده و ابتلای فرزندان به علائم جسمی، اضطراب، اختلال خواب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد (کرمی، زکی و علیخانی، ۲۰۱۲). جدا از نقشی که خانواده به طور مستقیم در ابعاد سلامتی فرزندان بازی می‌کند، نقش غیرمستقیم آن از اهمیت فراوانی برخوردار است. از این جمله می‌توان آموزش مهارت‌های زندگی را عنوان کرد که خانواده بستر مناسبی برای آن می‌باشد. علاوه بر ارتقای این مهارت‌ها، خانواده در تمام برهه‌های حساس زندگی و هم‌زمان با پدیداری تغییرات بنیادین و طبیعی نیز به عنوان اولین و مهم‌ترین حامی اعضای خود به ویژه فرزندان خود عمل می‌کند. خانواده تأثیر نیرومندی بر سلامت جسمی و روانی اعضای خود دارد. خانواده با مجهز کردن خود به مهارت‌های حل مسئله^۴، وحدت بخشی و برقراری اتحاد بین

5. Patrikakou, Weissberg, Redding & Walberg
6. Nolen-Hoeksema, Fredrickson, Loftus & Lutz
7. Sharaf, Lachine, & Thompson
8. Jackson & Dritschel

1. Reynold & Helgeson
2. Parent-Child Relationship
3. Westrupp, Northam, Lee, Scratch & Cameron
4. Problem Solving Skills

آدام^۸، (۲۰۰۰). حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل روانشناسی اجتماعی می‌باشد که به عنوان تسهیل‌کننده رفتار بهداشتی شناخته شده است. مشاهده شده است که هم حمایت اجتماعی عمومی و هم حمایت مربوط به دیابت با تبعیت از رفتارهای خود مراقبتی در بیماران دیابتی همبستگی دارد. حمایت اجتماعی ادراک شده از طریق کاهش احساس تنهایی در نوجوانان زمینه را برای انتخاب گزینه‌ی رفتارهای ارتقادهنده سلامت فراهم می‌آورد (بیرا، ورس-بالاجتی و کاسا^۹، ۲۰۱۶). مطالعات قبلی نشان داده که حمایت اجتماعی پایین از جانب دوستان و دیگران می‌تواند روی وضعیت سلامتی تأثیرگذار باشد و سطوح بالای حمایت اجتماعی نیز با سطوح بالاتر فیزیکی و روانی همراه است (بیتی، لب و تای^{۱۰}، ۲۰۱۳). از طرف دیگر بین حمایت اجتماعی، به عنوان یک عامل محیطی و روانی با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط جود دارد (کارکون، ایس، ویسز و نار-کینگ^{۱۱}، ۲۰۱۳) همچنین تاسکو و مینکو^{۱۲} (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای دریافتند که شناسایی حمایت‌های اجتماعی ادراک‌شده و بهبود آن در راستای کمک به بیماران مبتلا به دیابت می‌تواند در ارتقای رفتارهای سازگار مؤثر باشد. طاهر و همکاران (۱۳۹۴) نیز نشان دادند که حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یکی از فاکتورهای تأثیرگذار بر رفتارهای خودمراقبتی افراد باشد. با توجه به مطالعاتی که در این زمینه انجام شده، تاکنون پژوهشی به بررسی این موضوع پژوهشی مبنی بر پیش‌بینی خودمراقبتی بر اساس مهارت حل مسئله، رابطه والد-فرزند و استقلال عاطفی با توجه به نقش میانجی‌گری حمایت اجتماعی در نوجوانان مبتلا به دیابت نپرداخته است؛ بنابراین از آنجایی که بیماری دیابت یک بیماری مزمن از سوی و سن نوجوانی نیز دوران حساسی از سوی دیگر می‌باشد، بررسی عواملی که بر خودمراقبتی نوجوانان مبتلا به دیابت به طور مستقیم و غیرمستقیم تأثیرگذارند، حائز اهمیت می‌باشد؛ بنابراین پژوهش حاضر در راستای پاسخ به این سؤال پژوهشی است که آیا حمایت اجتماعی در پیش‌بینی خود مراقبتی بر اساس مهارت حل مسئله، رابطه والد-فرزند و استقلال عاطفی نقش میانجی بر عهده دارد؟

مساله، تکانشگری، اهمالکاری و اجتناب (کونی، استوارت، ایوانکا و هاسلم^۱، ۲۰۱۸). مشاهدات انجام شده مبنی بر اهمیت این مهارت این نکته را گوشزد می‌کند که برای اینکه بیماران مسئولیت رژیم‌های خود را به عهده بگیرند، باید مهارت‌های خوبی در حل مسئله و حل مساله اجتماعی داشته باشند تا با موانع پیوسته شخصی، اجتماعی و محیطی کنار بیایند (توبرت و گلاسکو^۲، ۱۹۹۱).

استقلال عاطفی^۳ نیز به عنوان یکی از نیازهای رشدی در دوران نوجوانی، بیانگر نوعی تغییر در نوع ارتباط فرزندان و والدین می‌باشد. استقلال عاطفی به عنوان فرایندی توصیف شده است که توسط آن افراد از وابستگی خود به والدین چشم می‌پوشند و شروع به گسترش یک ادراک بالغانه تر، واقعی تر و متعادل تر از والدین خود و نقش‌های خود می‌کنند (بیرز و گووسسنز^۴، ۲۰۰۲). از سوی دیگر افزایش استقلال عاطفی نوجوانان، یکی از بحران‌های دوران نوجوانی است که اغلب والدین با فرزندان خود درگیر هستند. احساس فردیت و میل به استقلال از جمله موضوعات تحولی دوران نوجوانی است که به عنوان نوعی تکلیف تحولی در این دوره محسوب شده و نحوه سازگاری نوجوان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در اثر بروز پدیده استقلال عاطفی، جنبه‌های دیگر شخصیت نیز دستخوش تغییر و دگرگونی می‌شوند (فلمینگ^۵، ۲۰۰۵). همچنین مطالعات پیشین نشان از تأثیر استقلال عاطفی به عنوان یک عامل خطر در سلامتی دارد (چن، لو، شاو و وانگ^۶، ۲۰۲۰). همچنین چیا-ینگ چن و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود به این نتایج رسیدند که خودمختاری عاطفی بالا به طور قابل توجهی با مدیریت ضعیف در کنترل دیابت همراه بود. همچنین توانایی حل مسئله و روابط پدر و نوجوان به طور مستقل و قابل توجهی با مدیریت خود در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ ارتباط دارد.

در ابعاد گسترده‌تر، علاوه بر خانواده، دوستان و جامعه نیز می‌تواند در بالاتر بردن کیفیت خودمراقبتی اثرگذار باشد که تحت عنوان حمایت اجتماعی^۷ یاد می‌شود. حمایت اجتماعی به برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعبیر شده است (آدام، بوودن، همفری و مک

1. Cooney, Stewart, Ivanka & Haslem
2. Toobert & Glasgow
3. Emotional Autonomy
4. Beyers & Goossens
5. Fleming
6. Chen, Lo, Shu & Wang
7. Social Suport

8. Adams, BoWden, Humphrey & McAdams
9. Biro, Veres-Balajti & Kósa
10. Beattie, Lebel & Tay
11. Carcone, Ellis, Weisz & Naar-King
12. Tascu & Mincu

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش به لحاظ هدف جزء مطالعات کاربردی، به لحاظ روش در دسته پژوهش‌های توصیفی-همبستگی از نوع مدل معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش عبارت‌اند از کلیه نوجوانان شهر اصفهان که طبق تشخیص‌های بالینی طی سال ۱۴۰۰ مبتلا به دیابت بوده‌اند. لازم به ذکر است از آنجایی که تمرکز این پژوهش بر نوجوانان بود، نمونه‌ها افراد بین سنین ۱۳ تا ۲۰ ساله بوده‌اند که اکثراً به دلایل تشخیصی مبتلا به دیابت نوع ۲ به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. نمونه‌ها از میان اعضای گروه‌های شبکه‌های اجتماعی و مراجعین به درمانگاه‌ها و کلینیک‌های غدد انتخاب و پس از محرز شدن بیماری بر اساس آزمایش‌های انجام شده در کلینیک و تایید پزشک متخصص غدد و اعلام رضایت به پر کردن پرسشنامه‌ها راهنمایی شدند. پرسشنامه‌های این پژوهش به شکل مجازی و از طریق شبکه‌های اجتماعی در اختیار ۱۴۹ نفر از افراد واجد شرایط قرار گرفت. ابزار پژوهش عبارت‌اند از:

پرسشنامه خودمراقبتی دیابت (خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت): این مقیاس یک پرسشنامه خود گزارشی ۱۵ سؤالی است که معیارهای خود مراقبتی بیماران را در طول هفت روز گذشته بررسی می‌کند و دربرگیرنده جنبه‌های مختلف رژیم‌درمانی دیابت شامل رژیم غذایی عمومی و رژیم غذایی اختصاص دیابت (۵ سؤال)، ورزش (۲ سؤال)، آزمایش قند خون (۲ سؤال)، تزریق انسولین و یا قرص ضد دیابت (۱ سؤال)، مراقبت از پا (۴ سؤال) و سیگار کشیدن (۱ سؤال) است. در تحقیق حمد زاده، عزتی، عابد سعید یو نصیری (۱۳۹۱) روایی محتوایی پرسشنامه توسط ۸ نفر از اساتید مورد تأیید قرار گرفت که میانگین آن ۸۴/۹ بود و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بود.

پرسشنامه مهارت حل مسئله اجتماعی: فرم کوتاه پرسشنامه تجدیدنظر شده حل مسئله اجتماعی (SPSI-R^۱) دزوریلا و همکاران (۲۰۰۲)، یک ابزار خود گزارشی از نوع لیکرت و دارای ۲۵ سؤال بوده و هدف آن اندازه‌گیری مهارت افراد در حل مسئله اجتماعی می‌باشد و خرده مقیاس‌های آن (مقیاس جهت‌گیری مثبت به مسئله، جهت‌گیری منفی به مسئله، حل مسئله منطقی، سبک تکانشی/بی‌احتیاط، سبک اجتنابی) است. این مقیاس مبتنی بر کار قبلی مؤلفان است که پنج خرده مقیاس اصلی داشته و پنج بعد مختلف مدل حل مسئله اجتماعی دزوریلا و همکاران را

اندازه‌گیری می‌کند. پایایی آزمون مجدد برای این پرسشنامه بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ و ضریب آلفای آن بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. روایی سازه این پرسشنامه نیز با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و همبستگی با دیگر مقیاس‌های حل مسئله و سازه‌های روان‌شناختی همپوش، تأیید شده است (دزوریلا و همکاران، ۲۰۰۲). در ایران مخبری، درتاج و دره کردی (۱۳۹۰)، ضریب آلفای ۰/۸۵ را برای پنج عامل سنجیده شده و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۸۸ را برای پرسشنامه حل مسئله اجتماعی کوتاه شده به دست آوردند. همچنین در این تحقیق بررسی ساختار عاملی بیانگر وجود پنج عامل اشاره شده در بالا می‌باشد. همه تحلیل‌های روایی، SPSI را به عنوان یک مقیاس حل مسئله اجتماعی تأیید کرده است.

پرسشنامه استقلال عاطفی: این مقیاس توسط استنبرگ و سیلوربرگ^۲ (۱۹۸۶) به منظور ارزیابی میزان استقلال در نوجوانان و بر اساس مقیاس استقلال عاطفی ساخته شده است. این مقیاس از چهار عامل که دو عامل آن عاطفی و هیجانی (عدم وابستگی و فردیت) و دو عامل دیگر آن مربوط به بعد شناختی استقلال (غیر ایده آل بودن والدین و درک والدین به عنوان افراد عادی) تشکیل شده است. فرم سه عاملی این مقیاس شامل ۱۳ سؤال مدرج چهار نمره‌ای است. نتایج مطالعه سامانی (۱۳۸۱) در ایران حاکی از کفایت این مقیاس برای استفاده در ایران بود. ضریب پایایی نمره کل این مقیاس در مطالعه مقدماتی ۰/۷۰ بود؛ و ضریب اعتبار عوامل این مقیاس به شیوه بازآزمایی به ترتیب برابر با ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۶۱ بود. در پژوهش انجام شده سید فاطمی، رحمانی، رضایی و صداقت (۱۳۸۸) توسط ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۸۲ تعیین شد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده (MSPSS^۳): زیمت و همکاران^۴ (۱۹۸۸) این مقیاس، ادراکات بسندگی حمایت اجتماعی را در سه منبع خانواده، دوستان و دیگران مهم می‌سنجد. نتایج مطالعات زیمت و همکاران (۱۹۸۸)، نقل از افضان، (۱۳۹۳)، با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس نشان داد که این ابزار برای بررسی حمایت اجتماعی ادراک‌شده روا و پایاست. در پژوهش افضان (۱۳۹۳) پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ درصد ذکر شده است.

پرسشنامه ارزیابی رابطه والد - فرزند (PCRS^۵): توسط مورلند

2. Steinberg & Silverberg

3. Multidimensional Scale of Perceived Social Support

4. Zimet et al

5. Parent-Child Relationship Survey

1. Social Problem-Solving Inventory-Revised

سازندگان مقیاس با اجرای پرسشنامه بر ۲۴۱ دانشجو به دست آورده‌اند. در پژوهشی که پرهیزگار (۱۳۸۱) انجام داده است ضرایب پایانی محاسبه شده برای پرسشنامه فرم پدر برابر با ۰/۹۳ و برای فرم مادر ۰/۹۲ بوده است که نشان‌دهنده‌ی همسانی درونی خوبی است (عراقی، ۱۳۸۷).

تحلیل داده‌ها در ابتدا به صورت توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و سپس به صورت استنباطی با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS و PLS به روش مدل معادلات ساختاری انجام شده است.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که از بین ۱۴۹ نفر آزمودنی‌های پژوهش ۸۴ نفر معادل ۵۶/۳ درصد آزمودنی‌های پژوهش دارای جنسیت مؤنث و ۴۳/۷ درصد باقی‌مانده دارای جنسیت مذکر بودند. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد داده‌های توصیفی آزمودنی‌های پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. داده‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
خودمراقبتی	۲۳۹/۴۹	۱۴/۸۱
روابط والد فرزند	۱۰۶/۰۱۴	۲۵/۱۵
مقیاس جهت‌گیری مثبت به مسئله (PPO)	۱۰/۰۸۳	۱/۸۳
مقیاس جهت‌گیری منفی به مسئله (NPO)	۱۳/۲۰۷	۱/۸۷
مقیاس حل مسئله منطقی (RPS)	۲۳/۰۴۹	۳/۷۳
مقیاس سبک تکانشی/بی‌احتیاط	۱۴/۰۵۶	۲/۹۹
مقیاس سبک اجتنابی	۱۴/۶۷۱	۳/۳۴
کل حل مسئله	۷۵/۲۸۳	۸/۲۸
خانواده	۱۵/۰۶۸	۳/۳۶
دوستان	۱۳/۳۱۳	۴/۲۷
دیگران	۱۴/۱۶۴	۴/۰۶
کل حمایت اجتماعی	۴۲/۶۲۷	۹/۶۵
عامل فردیت	۱۲/۴۹۷	۳/۶۳
عامل عدم وابستگی	۶/۱۷۲	۲/۳۹
عامل غیر ایده آل بودن والدین	۱۶/۲۱۵	۳/۶۰
نمره کل استقلال عاطفی	۳۴/۷۵۰	۷/۰۵

و اسپووبل^۱ (۱۹۸۳) ساخته شده است که از ۲۴ گویه تشکیل شده است و به منظور سنجش کیفیت ارتباط والدین و فرزندان بکار می‌رود. PCRS دو فرم دارد که یکی برای سنجش رابطه فرزند با مادر و دیگری برای سنجش رابطه فرزند با پدر است. هر دو فرم برای پدر و مادر یکسان است، به جز کلمات «پدر» و «مادر» که قابل تغییر است؛ بنابراین فقط یک فرم در اینجا آورده شده است؛ اما در فرم‌های پدر و مادر عامل‌های مختلفی وجود دارد. مقیاس رابطه والد - فرزندی با ضرایب آلفای ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ برای خرده مقیاس‌های مربوط به پدر و نیز آلفای کلی ۰/۹۶ و ضرایب آلفای ۰/۶۱ (همانندسازی) تا ۰/۹۴ برای خرده مقیاس‌های مربوط به مادر نیز آلفای کلی ۰/۹۶ همسانی درونی عالی دارد، این ضرایب آلفا را

جدول ۲. شاخص‌های برازش مربوط به الگوی پژوهش

شاخص‌های برازش	مقدار قابل قبول	مقدار محاسبه شده	وضعیت مدل
خی دو بهنجار شده (CMIN/df)	$p > 0.05$	۰/۰۱۶	مطلوب
برازش هنجار شده (NFI)	$0.90 < NFI$	۰/۹۲۷	مطلوب
برازش نسبی (RFI)	$0.90 < RFI$	۰/۹۵۱	مطلوب
برازش افزایشی (IFI)	$0.90 < IFI$	۰/۹۷۸	مطلوب
برازش تطبیقی (CFI)	$0.90 < CFI$	۰/۹۰۳	مطلوب
ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	$0.10 > RMSEA$	۰/۱۰	مطلوب

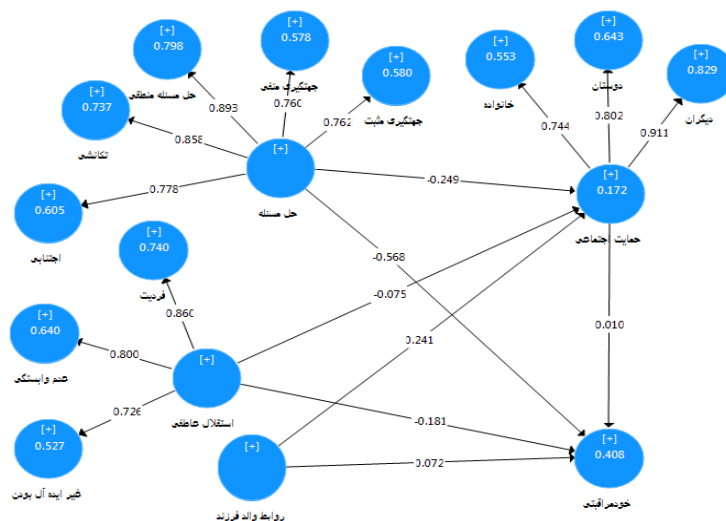
**P<۰/۰۱ *P<۰/۰۵

روش مدل معادلات ساختاری استفاده شد. در شکل ۱ مدل پیشنهادی استاندارد پژوهش ارائه شده است.

با توجه به جدول ۲ شاخص‌های برازندگی مدل مفروض در حد مطلوب و خوبی قرار دارند که این حاکی از برازش خوب مدل است. این مدل با مقدار کای اسکوئر برابر ۰/۰۱۶ و درجه آزادی ۱ در سطح $P < 0.05$ معنادار نمی‌باشد. بدین ترتیب مدل پیشنهادی با مدل مطلوب برازش دارد.

در ادامه در جداول ۳ و ۴ روابط مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش آورده شده است.

همانطور که یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد در پژوهش حاضر میانگین نمره خودمراقبتی برابر با ۴۹/۲۴ و انحراف استاندارد آن برابر با ۱۴/۸۱ بود. میانگین و انحراف استاندارد روابط والد فرزند به ترتیب برابر با ۱۰۶/۰۱ و ۲۵/۱۸ به دست آمد. در متغیر حل مسئله میانگین به دست آمده برای نمونه پژوهش ۷۵/۲۸ انحراف استاندارد آن ۸/۲۸ بود. در متغیر حمایت اجتماعی نیز میانگین برابر ۴۲/۶۳ و انحراف استاندارد برابر با ۹/۶۶ برآورد گردید. برای بررسی سوال پژوهش مبنی بر آیا حمایت اجتماعی در پیش‌بینی خود مراقبتی بر اساس مهارت حل مسئله، رابطه والد-فرزند و استقلال عاطفی نقش میانجی بر عهده دارد؟ از



شکل ۱. مدل پیشنهادی استاندارد پژوهش

جدول ۳. ضرایب تأثیر مستقیم متغیرهای پیش‌بین بر متغیر ملاک

میزان تأثیر	ضریب اصلاح‌شده	انحراف استاندارد	آماره	سطح معنی‌داری
-۰/۰۷۵	-۰/۰۶۷	۰/۰۹۹	۰/۷۶۳	۰/۴۴۶
استقلال عاطفی -> حمایت اجتماعی				
-۰/۱۸۱	-۰/۱۷۳	۰/۰۹۰	۲/۰۰۴	۰/۰۴۶
استقلال عاطفی -> خودمراقبتی				
۰/۸۰۰	۰/۸۰۱	۰/۰۳۴	۲۳/۳۸	۰/۰۰۱
استقلال عاطفی -> عدم وابستگی				
۰/۷۲۶	۰/۷۲۸	۰/۰۵۷	۱۲/۶۴	۰/۰۰۱
استقلال عاطفی -> غیر ایده آل بودن				
۰/۸۶۰	۰/۸۶۴	۰/۰۲۳	۳۷/۲۸	۰/۰۰۱
استقلال عاطفی -> فردیت				
۰/۷۷۸	۰/۷۵۶	۰/۲۲۳	۳/۴۸	۰/۰۰۱
حل مسئله -> اجتنابی				
۰/۸۵۸	۰/۸۰۵	۰/۳۰۵	۲/۸۱	۰/۰۰۵
حل مسئله -> تکانشی				
۰/۷۶۲	۰/۷۵۸	۰/۰۸۵	۸/۹۹	۰/۰۰۱
حل مسئله -> جهت‌گیری مثبت				
۰/۷۶۰	۰/۷۳۶	۰/۲۲۱	۳/۴۴	۰/۰۰۱
حل مسئله -> جهت‌گیری منفی				
۰/۸۹۳	۰/۸۵۶	۰/۲۵۲	۳/۵۴	۰/۰۰۱
حل مسئله -> حل مسئله منطقی				
-۰/۲۴۹	۰/۴۹۱	۰/۲۳۶	۲/۰۵	۰/۳۰۴
حل مسئله -> حمایت اجتماعی				
-۰/۵۶۸	-۰/۲۶۷	۰/۵۲۶	۲/۸۰	۰/۰۳۶
حل مسئله -> خودمراقبتی				
۰/۷۴۴	۰/۷۴۵	۰/۰۴۴	۱۶/۹۶	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی -> خانواده				
۰/۰۱۰	۰/۰۰۴	۰/۰۸۳	۰/۱۲	۰/۹۰۴
حمایت اجتماعی -> خودمراقبتی				
۰/۸۰۲	۰/۸۰۶	۰/۰۳۰	۲۶/۳۴	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی -> دوستان				
۰/۹۱۱	۰/۹۱۱	۰/۰۱۶	۵۷/۷۶	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی -> دیگران				
۰/۲۴۱	۰/۲۵۶	۰/۰۹۴	۲/۵۷	۰/۰۱۰
روابط والد فرزند -> حمایت اجتماعی				
۰/۰۷۲	۰/۰۸۱	۰/۰۸۰	۰/۹۰	۰/۳۶۷
روابط والد فرزند -> خودمراقبتی				

جدول ۴. ضرایب تأثیر غیرمستقیم متغیرهای پیش‌بین بر متغیر ملاک

میزان تأثیر	ضریب اصلاح‌شده	انحراف استاندارد	آماره	سطح معنی‌داری	
-۰/۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۱۰	۰/۰۷۶	۰/۹۳۹	استقلال عاطفی -> حمایت اجتماعی -> خانواده
-۰/۰۰۲	-۰/۰۰۱	۰/۰۲۱	۰/۱۱	۰/۹۰۷	حل مسئله -> حمایت اجتماعی -> خانواده
۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۲۳	۰/۱۰	۰/۹۱۸	روابط والد فرزند -> حمایت اجتماعی -> خانواده
-۰/۰۵۶	-۰/۰۵۱	۰/۰۷۴	۰/۷۵	۰/۴۵۱	استقلال عاطفی -> حمایت اجتماعی -> خودمراقبتی
۰/۲۲۰	۰/۲۳۳	۰/۰۸۵	۲/۵۹	۰/۰۱۰	حل مسئله -> حمایت اجتماعی -> خودمراقبتی
۰/۱۷۹	۰/۱۹۱	۰/۰۷۱	۲/۵۳	۰/۰۱۲	روابط والد فرزند -> حمایت اجتماعی -> خودمراقبتی
-۰/۰۶۰	-۰/۰۵۳	۰/۰۸۰	۰/۷۵	۰/۴۴۹	استقلال عاطفی -> حمایت اجتماعی -> دوستان
-۰/۱۹۹	-۰/۰۸۵	۰/۱۹۱	۱/۰۴	۰/۲۹۶	حل مسئله -> حمایت اجتماعی -> دوستان
۰/۱۹۳	۰/۲۰۶	۰/۰۷۴	۲/۵۹	۰/۰۱۰	روابط والد فرزند -> حمایت اجتماعی -> دوستان
-۰/۰۶۸	-۰/۰۶۱	۰/۰۹۰	۰/۷۶	۰/۴۴۷	استقلال عاطفی -> حمایت اجتماعی -> دیگران
-۰/۲۲۷	-۰/۰۹۵	۰/۲۱۶	۱/۰۵	۰/۲۹۴	حل مسئله -> حمایت اجتماعی -> دیگران
-۰/۱۸۵	-۰/۰۷۸	۰/۱۷۷	۱/۰۴	۰/۲۹۶	روابط والد فرزند -> حمایت اجتماعی -> دیگران

شده ۲/۵۹ و روابط والد فرزند -> حمایت اجتماعی -> خودمراقبتی با تأثیر ۰/۱۸ و آماره t محاسبه شده ۲/۵۳ معنی‌دار می‌باشد ($p < ۰/۰۵$). از این رو فرضیه فرعی پژوهش مبنی بر نقش متغیر میانجی حمایت اجتماعی در رابطه بین حل مسئله و روابط والد و فرزند با خودمراقبتی تأیید می‌گردد.

نتیجه‌گیری و بحث

دیابت یکی از بیماری‌های مهم و مزمن حال حاضر دنیاست که تأثیر بسیار زیادی در کیفیت زندگی افراد مبتلا به آن و در نتیجه کیفیت زندگی اجتماعی افراد درگیر و به تبع آن تمامی افراد مرتبط به آن‌ها دارد. از آنجایی که این بیماری به شکل مزمن قسمت قابل توجهی از زندگی فرد مبتلا و دیگران را درگیر می‌کند، بهترین راه مقابله با عوارض آن خودمراقبتی پیشنهاد شده است تا به واسطه‌ی آن کمترین میزان خسارات و عوارض را در پی داشته

همان‌طور که یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهند میزان رابطه متغیر استقلال عاطفی -> حمایت اجتماعی ۰/۰۸ ($p > ۰/۰۵$)، استقلال عاطفی -> خودمراقبتی ۰/۱۸ ($p < ۰/۰۵$)، حل مسئله -> حمایت اجتماعی ۰/۲۵ ($p < ۰/۰۵$)، حل مسئله -> خودمراقبتی ۰/۵۷ ($p > ۰/۰۵$)، روابط والد فرزند -> حمایت اجتماعی ۰/۲۴ ($p < ۰/۰۵$) و میزان رابطه روابط والد فرزند -> خودمراقبتی ۰/۰۷ ($p > ۰/۰۵$) به دست آمد. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد میزان رابطه مسیر حمایت اجتماعی -> خودمراقبتی ۰/۰۱ برآورد گردید ($p > ۰/۰۵$). در ادامه در جدول ۴ به بررسی نقش متغیر میانجی حمایت اجتماعی در رابطه بین حل مسئله، استقلال عاطفی و روابط والد و فرزند با خودمراقبتی پرداخته شده است.

با توجه به یافته‌های حاصل از جدول ۴ مسیر حل مسئله -> حمایت اجتماعی -> خودمراقبتی با تأثیر ۰/۲۲ آماره t محاسبه

حمایت اجتماعی فاکتور مهم و قابل ملاحظه‌ای در سلامتی افراد به خصوص افراد مبتلا به بیماران مزمنی که ممکن است تا پایان عمر با بیماری خود دست و پنجه نرم کنند، دارد و با توجه به نتایج تحقیقات و آنچه در این پژوهش گذشت حمایت اجتماعی در خودمراقبتی بیماران دیابتی نقش به‌سزایی دارد. این حمایت شامل شبکه‌ای از افراد از قبیل خانواده، دوستان، کادر درمان و سایرین می‌شود و هرچه این حمایت بیشتر و مؤثرتر باشد خودمراقبتی این بیماری نیز به نحو بهتری انجام و فرد کمتر در معرض عوارض این بیماری قرار می‌گیرد. البته در نوجوانان به دلیل مرحله هویت‌یابی، هنوز استقلال عاطفی کامل انجام نشده است به همین دلیل فرد هنوز تعارض بین استقلال و وابستگی را دارد، بنابراین به نظر می‌رسد در انجام رفتارهای خودمراقبتی و یافتن استقلال عاطفی کامل و دریافت حمایت اجتماعی این تعارض بازتاب می‌یابد. نوجوانان در این سن بیشتر با همسالان خود ارتباط دارند و حمایت اجتماعی را از آنها دریافت می‌کنند.

در زمینه تبیین تأثیر مهارت حل مسئله می‌توان اشاره کرد هر یک از ما به کرات با مشکلاتی مواجه بوده‌ایم و تصمیم گرفته‌ایم که چگونه با آن‌ها مقابله کنیم. بسیاری از اوقات، فرآیند حل مسائل زندگی روزمره به گونه‌ای خود به خود صورت می‌گیرد که دقیقاً متوجه چگونگی انجام آن مخصوصاً در مواردی که موقعیت اجتماعی باشد، نمی‌شویم. با این حال باید توجه داشت که بدون توانایی در شناسایی مشکلات و دستیابی به راه‌حل‌های کارآمد، زندگی روزانه ما فلج خواهد بود. در واقع دیابت نیز به عنوان یک بیماری مزمن به یکی از روزمرگی‌های افراد مبتلا و خانواده‌ی ایشان و تعاملات اجتماعی تبدیل می‌شود که نحوه‌ی مواجهه با آن احتیاج به مهارت‌های خاص خود دارد. الیوت، براسارت، بری و فین^۳ (۲۰۰۸) اخیراً مطالعات آموزش حل مسئله را برای ارتقای مهارت‌های خودمدیریتی، همچنین ارتقای عادات زندگی سالم‌تر در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن پیشنهاد کرده‌اند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که اجرای برنامه آموزش حل مسئله موجب افزایش معنادار سطوح خود مدیریتی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک شده است. نتایج پژوهش حاضر با مطالعه گلاسگو و همکاران همخوانی دارد. مطالعه گلاسگو و همکاران^۴ (۲۰۰۷) نشان داد که توانایی حل مسئله با رفتارهای خودمدیریتی مرتبط است و حل مسئله دیابتی یک مهارت مهم برای بیماران است که باید آن را فراگیرند. اما حل مساله لزوماً باعث افزایش حمایت

باشد. خودمراقبتی نیز فرآیندی است که عوامل زیادی در کیفیت آن اثرگذار است؛ از این رو پژوهش حاضر در راستای پیش‌بینی خود مراقبتی بر اساس مهارت حل مسئله، رابطه والد-فرزند و استقلال عاطفی با توجه به نقش میانجی حمایت اجتماعی انجام شد. نتایج تحلیل مسیر بیانگر این بود که حمایت اجتماعی در رابطه بین حل مسئله، روابط والد- فرزند و استقلال عاطفی با خودمراقبتی نقش میانجی ایفا می‌کند. یافته‌های پژوهش حاضر با برخی از نتایج پژوهش‌های چن و همکاران (۲۰۲۰)؛ طاهر و همکاران (۱۳۹۴)؛ تاسکو و مینکو (۲۰۱۵)؛ کریمی و همکاران (۱۳۹۱) همسو و همراستا است. در تبیین یافته‌های حاضر می‌توان بیان داشت که امروزه تحلیل بیماری‌ها به عوامل زیستی- پزشکی محدود نمی‌شود و شبکه وسیعی از عوامل اجتماعی تحت عنوان تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت یا عوامل مؤثر بر سلامت در گستره و کیفیت سلامت و بیماری بعد پررنگ‌تری پیدا کرده است. بیماری‌های مسلط در این دوره، درمان دارویی و جراحی صرف ندارند و بیماری‌های مزمنی هستند که پیشگیری و درمان نهایی آن‌ها به متغیرهای متعدد رفتاری، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی وابسته است (پوررضا و خبیری نعمتی، ۱۳۸۵). جامعه‌شناسان پزشکی و سلامتی در تحلیل پدیده مذکور، نظریه حمایت اجتماعی را ارائه کرده‌اند. این نظریه، از نظریه مشهور دورکهایم^۱ گرفته شده است. بنا بر نظریه دورکهایم، هرچه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش (برای مثال خانواده) قوی‌تر باشد، احتمال به-خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می‌یابد و برعکس حتی ممکن است. از سوی دیگر برکمن و سیم^۲ (۱۹۷۹) به عنوان نظریه‌پردازان ایده تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی بر این نظر هستند که هرچه یگانگی فرد با اطرافیان بیشتر باشد، حمایت اجتماعی بیشتری از او صورت می‌گیرد و به همین دلیل فرد کمتر در معرض بیماری قرار می‌گیرد. این اندیشمندان بر شاخص‌هایی مانند ازدواج، تعداد تماس‌های فرد با دیگران (تماس‌های حضوری تا تماس‌های تلفنی و پستی)، کیفیت تماس‌های مورد بحث و میزان دین‌داری فرد تأکید دارند. اندازه‌گیری همین متغیرها تحت عنوان شاخص اندازه‌گیری شبکه برکمن- سیم مشهور شد و پژوهشگران زیادی در پژوهش‌های خود از آن استفاده کردند؛ آن‌ها استدلال می‌کنند که هرچه شبکه اجتماعی فرد بهتر باشد، او کمتر در معرض بیماری قرار می‌گیرد. همچنین نوع ادراک فرد از تماس‌ها و ارتباطاتش با دیگران اهمیت خاصی در احساس او نسبت به خود و سلامتی‌اش دارد. از این رو

3. Elliott, Brossart, Berry & Fine

4. Glasgow et al

1. Durkheim

2. Berekman & seeman

تشویق شده و کاوش توانایی‌های بالقوه و جدید جسمانی، شناختی و اجتماعی را آسان کند. تکلیف دیگر تعیین و نظارت بر فعالیت‌های کودک است. هنگامی که نوجوان بزرگ می‌شود، فراهم کردن رهنمودهای رفتاری یک نگرانی عمده باقی می‌ماند، اما تدریجاً نسبت به اجازه و تشویق استقلال کودک ثانوی می‌شود. چندین مطالعه نشان داده‌اند که مؤثرترین شیوه والدی در دوره نوجوانی با میزان بالای گرمی و پذیرش، میزان بالای بازبینی و نظارت مشخص می‌شود (ریش و همکاران^۴، ۲۰۰۳). با این تفاسیر رابطه‌ی صحیح و منطقی والد با فرزندش می‌تواند در همه‌ی عرصه‌های زندگی او به ویژه سلامتی اثرگذار بوده و به تناسب هرچه این رابطه بهتر باشد می‌تواند در نحوه‌ی انجام خود مراقبتی فرزند نیز نقش مهمی داشته باشد. بدین معنا که در خانواده‌هایی با رابطه‌ی والد-فرزندی مطلوب‌تر، خودمراقبتی مطلوب‌تری را برای فرزند خود مدیریت می‌کنند که به همان نسبت سلامتی فرزند در آینده تضمین بهتری خواهد داشت. در نتیجه نقش رابطه‌ی والد-فرزند در خودمراقبتی نوجوانان تأیید می‌شود.

همچنین در تبیین تأثیر استقلال عاطفی در خودمراقبتی نوجوانان مبتلا به دیابت می‌توان بیان کرد سال‌های اولیه نوجوانی با تغییرات برجسته جسمانی، شناختی، اجتماعی و هیجانی که با آغاز بلوغ شروع می‌شود، مشخص می‌گردد. این تغییرات با انتقال در روابط خانواده و ظهور و افزایش تعارض بین نوجوان و والدین همراه است. (آلیسون، ۲۰۰۰). از سوی دیگر این تحول استقلال عاطفی در نوجوان موجب بروز مشکلات و نگرانی‌های بسیاری در والدین و چگونگی ارتباط والدین با فرزندان نوجوان می‌گردد. استقلال عاطفی، به عنوان احساس تفرد از والدین و ترک وابستگی به آن‌هاست (استنبرگ و سیلوربرگ، ۱۹۸۶). پس در نتیجه با ورود به دوران نوجوانی همزمان استقلال نوجوان و همین‌طور استقلال عاطفی او در حال شکل‌گیری است و نوجوان به تبع این استقلال تمایل به خودمختاری در تقریباً همه‌ی امور زندگی از جمله مراقبت‌های بهداشتی دارد. در مجموع در نظر گرفتن تمامی ابعاد استقلال نوجوان و مطابقت بهینه با این فرآیندهای رشدی طبیعی نوجوان می‌توان از آن به عنوان تسهیل‌کننده‌ی مسیر سلامتی و به‌طور خاص خودمراقبتی نوجوانان مبتلا به دیابت استفاده کرد؛ یعنی در واقع اگر خانواده به خودمختاری نوجوان در تمامی ابعاد بها و ارزش لازم و کافی را بدهند نوجوانان می‌توانند حتی بدون نیاز به کمک‌های والدین اقدامات خودمراقبتی را انجام بدهند.

اجتماعی در افراد نمی‌شود. حل مساله اجتماعی به توانمندی فرد در جهت گیری برای حل مساله توجه دارد ولی در این توانمندسازی لزوماً ایجاد شبکه‌ی حمایت اجتماعی نقش ندارد. عوامل مختلفی در حل مساله نقش دارد مثل توانایی یافتن راه‌حل‌های خلاقانه یا تحلیل سود و زیان و این لزوماً به یافتن حمایت اجتماعی نقش ندارد.

در تبیین تأثیر والد-فرزند در خودمراقبتی می‌توان گفت نوجوانی دوره منحصر به فرد انتقال است که با تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی مشخص می‌شود. افراد در این مرحله تغییرات وابسته به بلوغ برجسته‌ای را تحمل می‌کنند و قادر به استدلال انتزاعی پیچیده فزاینده هستند. روابط خانواده نیز هنگامی که فرایند تفکیک رخ می‌دهد، تغییر می‌کند (نبل و شوالم^۱، ۲۰۰۶). از سویی هنگامی که اعضای خانواده رشد و تغییر می‌کنند، خانواده با چالش‌ها و تعارض‌های ارتباطی مواجه می‌شود. خانوادگی مستلزم مدیریت مداوم تنش بین خودمختاری و ارتباط است (شیارمن و دوملاو^۲، ۲۰۰۸). موضوعات تعارض بین والدین و نوجوانان بیشتر پیرامون موضوعات روزمره زندگی از جمله کارهای روزانه، رسیدگی به بهداشت و نظافت و انجام تکالیف است تا موضوعاتی مانند سیگار کشیدن و کارهای غیراخلاقی (نبل - شوالم^۳، ۲۰۰۶). این تغییر در روابط خانواده می‌تواند نقش مهمی در سلامتی نوجوان به خصوص نوجوانانی که مبتلا به انواعی از بیماری‌های نیازمند مراقبت هستند. ازین رو ایجاد رابطه‌ی مثبت بین والد و فرزند می‌تواند به طور غیرمستقیم در نحوه‌ی مراقبت‌های نوجوان از خود نقش داشته باشد. رحیمی (۱۳۸۶) رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی را مورد مطالعه قرار داد. یافته‌ها نشان داد که در هر چهار بعد کیفیت زندگی یعنی سلامت جسمانی، سلامت روان، ارتباطات اجتماعی و ادراک محیط زندگی، جهت‌گیری هم‌نمایی پیش‌بینی کننده منفی و معنادار کیفیت زندگی است. اگرچه ویژگی‌های شخصی نوجوان ممکن است به تعارض کمک کند، وقوع واقعی تعارض به چگونگی واکنش والدین به نوجوان و تغییراتی که همراه با این مرحله است نیز بستگی دارد. برای ایجاد فرصت به پاسخ‌دهی حساس به نیازهای رشدی در حال تغییر، تعامل والد - کودک باید تغییر در مدت نوجوانی را تجربه کند. یکی از تکالیف والدین فراهم کردن محیط سالم، ایمن، گرم و بامحبت است که در آن فرد

1. Nebel & Schwalm
2. Shearman & Dumlao
3. Nebel-Schwalm

4. Riesch et al

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش، کلیه ملاحظات اخلاقی مطابق با اصول پژوهش رعایت شده است. به تمامی شرکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه ارائه شد و توضیحات لازم درباره اهداف پژوهش، نحوه جمع‌آوری داده‌ها و محرمانه‌بودن اطلاعات در اختیار آن‌ها قرار گرفت. همچنین، اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات شرکت‌کنندگان محفوظ باقی خواهد ماند و صرفاً در راستای اهداف این پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد.

سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است. بدین‌وسیله از تمامی نوجوانان مبتلا به دیابت که با اختصاص زمان ارزشمند خود، پژوهشگران را در انجام این تحقیق همراهی کردند، صمیمانه قدردانی می‌نماییم. همچنین، از درمانگاه‌ها و کلینیک‌های غدد که با حمایت و همکاری خود، در اجرای این پژوهش نقش بسزایی داشتند، سپاسگزاری می‌کنیم.

با توجه به آن‌که نمونه پژوهش حاضر به نوجوانان مبتلا به دیابت شهر اصفهان محدود بود، در تعمیم یافته‌ها و نتایج پژوهش به آزمودنی‌های شهرهای دیگر باید جوانب احتیاط رعایت گردد. این پژوهش فقط بر روی نوجوانان مبتلا به دیابت انجام گرفته است و پیشنهاد می‌گردد این پژوهش بر روی افراد در سنین دیگر مخصوصاً در کودکان مبتلا به دیابت نیز انجام شود. با توجه به این که بر اساس پژوهش حاضر حمایت اجتماعی، رابطه والد-فرزندی و حل مساله بر خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت تاثیرگذار است و با توجه به این که این عوامل از جمله حمایت اجتماعی می‌تواند تحت تاثیر شرایطی مثل طبقه اقتصادی - اجتماعی، گروه‌های حمایتی و ... باشد، لزوم پرداختن به چنین عواملی در تحقیقات آتی احساس می‌شود. از سوی دیگر در درمان افراد مبتلا به دیابت با توجه به تاثیر حمایت اجتماعی و حل مساله اجتماعی در رفتارهای خودمراقبتی به نظر می‌رسد گروه درمانی برای این بیماران اثرگذار باشد.

References

Adams M H, Bowden A G, Humphrey D S, & McAdams L B. (2000). Social support and health promotion lifestyles of rural women. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 1(1), 43-65.

Afzalan M. (2014). The moderating effect of coping strategies and social supports on quality of life, psychological symptoms and parenting styles of female heads of households. Master's thesis in clinical psychology, Kharazmi University. (Persian)

Allison B A. (2000). Parent-adolescent conflict in early adolescence: Research and implication for middle school programs. *Journal of Family and Consumer Sciences Education*, 18(2).

Araqi, Y. (2008). Examining the quality of the parent-child relationship in two groups of aggressive and non-aggressive male students.

Psychological Studies, 4(4), 113-129. (Persian)
Beattie S, Lebel S, & Tay J. (2013). The influence of social support on hematopoietic

stem cell transplantation survival: a systematic review of literature. *PloS one*, 8(4), e61586. doi.org/10.1371/journal.pone.0061586

Beyers W, & Goossens L. (2002). Developmental trajectories of psychological separation and adjustment to university: A 3-wave longitudinal study. In Biennial conference of the European Association for Research on Adolescence (EARA), Date: 2002/09/01-2002/09/01, Location: Oxford (United Kingdom). doi.org/10.1177/0743558403018004003

Biro E, Veres-Balajti I, & Kosa K. (2016). Social support contributes to resilience among physiotherapy students: a cross sectional survey

and focus group study. *Physiotherapy*, 102(2), 189-195. doi.org/10.1016/j.physio.2015.05.002

Carcone A I, Ellis D A, Weisz A, & Naar-King S. (2011). Social support for diabetes illness management: supporting adolescents and caregivers. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 32(8), 581. doi.org/10.1097/DBP.0b013e31822c1a27

Chen C Y, Lo F S, Shu S H, & Wang R H. (2021). Pathways of emotional autonomy, problem-solving ability, self-efficacy, and self-management on the glycemic control of adolescents with type 1 diabetes: A prospective study. *Research in Nursing & Health*, 44(4), 643-652. doi.org/10.1002/nur.22162

Cooney R, Stewart N, Ivanka T, & Haslem N. (2018). Representational artefacts in social problem solving: A study from occupational rehabilitation. *Design Studies*, 56, 149-168. doi.org/10.1016/j.destud.2017.11.004

D'Zurilla T J, Nezu A M, & Maydeu-Olivares A. (2002). *Social problem-solving inventory-revised: Technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, 475. doi.org/10.1037/10805-001

Duluth M N. (2014). *Overview of medical care* [homepage on the Internet].

D'zurilla T J, & Nezu A M. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem - Solving. *Inventory. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(2), 156. doi.org/10.1037/10805-001

Elliott T R, Brossart D, Berry J W, & Fine P R. (2008). Problem-solving training via

videoconferencing for family caregivers of persons with spinal cord injuries: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 46(11), 1220-1229. doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.004

Fleming M. (2005). Adolescent Autonomy: Desire, Achievement and Disobeying Parents between Early and Late Adolescence. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*, 5, 1-16.

Glasgow R E, Fisher L, Skaff M, Mullan J, & Toobert D J. (2007). Problem solving and diabetes self-management: investigation in a large, multiracial sample. *Diabetes Care*, 30(1), 33-37. doi.org/10.2337/dc06-1390

Hamdzadeh S, Ezzati G, Abedsaedi G, & Nasiri N. (2012). Coping styles and self-care behaviors in patients with diabetes. *Iranian Nursing Journal*, 25 (80), 24-33. https://sid.ir/paper/114283/en

Heisler M. (2005). Helping your patients with chronic disease: Effective physician approaches to support self-management. *Hospital Physician*, 41(8), 45. doi.org/10.2105/AJPH.2014.302041

Hughes A E, Berg C A, & Wiebe D J. (2012). Emotional processing and self-control in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(8), 925-934. doi.org/10.1093/jpepsy/jss062

Iraqi Y. (2008). Investigating the quality of parent-child relationship in two groups of aggressive and non-aggressive male students. *Psychological Studies*, 4(4), 113-129. (Persain)

Jackson S L J, & Dritschel B. (2016). Modeling the impact of social problem-solving deficits on

depressive vulnerability in the broader autism phenotype. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 21, 128-138. doi.org/10.1016/j.rasd.2015.10.002

Karami J, Zakiei A, & Alikhani M. (2013). The relationship between mcmaster model of family functioning and personality disorders based on mcmaster model. *Family Counseling and Psychotherapy*, 2(4), 537-554. doi.org/20.1001.1.22516654.1391.2.4.6.7

Mincu C L, & Taşcu A. (2015). Social support, satisfaction with physician-patient relationship, couple satisfaction, body satisfaction, optimism as predictors of life satisfaction in people having a current perceived health problem. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 187, 772-776. doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.164

Mokhbari A, Dortaj F, & Darreh Kordi A. (2011). Investigating the validity and norming indices of the social problem-solving ability questionnaire. *Educational Measurement Quarterly*, 4(1). (Persian)

Motlagh, M., Kelishadi, R., Golshiri, P., Najimi, A., Mahmoudarabi, M., Ardalani Rad, G., Taheri, M., Asl Rahimi, V., Haj Seyed Azizi, P., Zeinali, M., & Kianpour, N. (2014). Healthy lifestyle educational guide: Self-care educational booklet for adolescents and young adults (Nutrition and diet in adolescents and young adults). Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences and Health Services. (Persian)

Nebel-Schwalm M S. (2006). The relationship between parent-adolescent conflict and academic achievement. LSU Master's Theses. 448. https://digitalcommons.lsu.edu/gradschool_theses/448

Nobahar M, Asgari M R, Baba Mohammadi H, Soleymani M, & Vafaei AA. (2009). *Medical surgical nursing. 1st ed.* Tehran: Boshra publication. doi.org/10.22034/JNE.12.2.48

Nolen-Hoeksema S, Fredrickson B L, Loftus G R, & Lutz C A. (2014). *Hilgard's Introduction to psychology*. 16. uppl. Andover: Cengage Learning EMEA.

Ouyang C M. (2007). *Factors affecting diabetes self-care among patients with type 2 diabetes in Taiwan*. Doctoral dissertation, Tufts University. doi.org/10.6133/apjcn.2015.24.3.03

Patrikakou E N, Weissberg R P, Redding S, & Walberg H J. (2005). School-family partnerships: Enhancing the academic, social, and emotional learning of children. *School-family partnerships for children's success*, 1-17.

Pourreza A, & Khabeiri-Nemati R. (2006). Health economics of aging, Salamand, Iranian Journal of Aging. *Quarterly Journal of Iranian Aging Research Center*, 1(2). (Persian) <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-۱۷-۱-fa.html>

Rabiau M A, Knäuper B, Nguyen T K, Sufategui M, & Polychronakos C. (2009). Compensatory beliefs about glucose testing are associated with low adherence to treatment and poor metabolic control in adolescents with type 1 diabetes. *Health education research*, 24(5), 890-896. doi.org/10.1093/her/cyp032

Rahimi, R. (2008). The simple and multiple relationships between mental health and emotional maturity in second-grade high school students of ordinary and gifted schools in Tehran. [Master's thesis, Shahid Beheshti University]. (Persian)

- Reynolds K A, & Helgeson V S. (2011). Children with diabetes compared to peers: depressed? Distressed? A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 42(1), 29-41. doi.org/ [10.1007/s12160-011-9262-4](https://doi.org/10.1007/s12160-011-9262-4)
- Rezasefat Balesbانه A, Mirhaghjou N, Jafsri Asl M, Kohmanae S H, Kazemnejad Leili E, & Monfared A. (2014). Correlation between self-care and self-efficacy in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*, 24(2), 18-24. URL: <http://hnmj.gums.ac.ir/article-1-132-en.html>
- Riesch S K, Gray J, Hoeffs M, Keenan T, Ertl T, & Mathison K. (2003). Conflict and conflict resolution: Parent and young teen perceptions. *Journal of Pediatric Health Care*, 17(1), 22-31. (perain) doi.org/[10.1067/mp.2003.24](https://doi.org/10.1067/mp.2003.24)
- Salimi E, Hosseinzadeh P, Zarei A, & Badelpour Z. (2017). Predicting physical and mental health based on the components of decision-making and problem-solving, family cohesion, expression of affection and physical appearance in married elementary school teachers in Karaj. *Jorjani Biomedical Research Quarterly*, 5(1), 77-89. <https://sid.ir/paper/241558/fa>
- Seyed Fatemi N, Rahmani F, Baradaran Rezaei M, & Sedaghat K. (2009). Investigating the relationship between parental upbringing style and the level of independence of adolescent students in Tabriz schools. *Journal of the Midwifery Department, Iran University of Medical Sciences*, 22(62), 84-75. (Persian) <http://ijn.iuims.ac.ir/article-1-757-fa.html>
- Sharaf A Y, Lachine O A, & Thompson E A. (2018). Rumination, social problem solving and suicide intent among Egyptians with a recent suicide attempt. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 86-92. DOI: [10.1016/j.apnu.2017.10.008](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.10.008)
- Shareh H, Soltani A, & Ghasemi A. (2012). Predicting the quality of life of type 2 diabetic patients based on perceived social support (short report). *Zahedan Journal of Medical Sciences Research*, 14(2), 82-85. (Persian)
- Shearman S M, & Dumlao R. (2008). A cross-cultural comparison of family communication patterns and conflict between young adults and parents. *Journal of Family Communication*, 8(3), 186-211. doi.org/[10.1080/15267430802182456](https://doi.org/10.1080/15267430802182456)
- Shirazi M, Anousheh M, & Rajab A. (2011). The effect of self care program education through group discussion method on knowledge and practice in diabetic adolescent girls referring to Iranian Diabetes Society. *Iranian Journal of Medical Education*, 10(5). <https://sid.ir/paper/363585/en>
- Shrivastava S R, Shrivastava P S, & Ramasamy J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of diabetes & Metabolic disorders*, 12(1), 1-5. doi.org/[10.1186/2251-6581-12-14](https://doi.org/10.1186/2251-6581-12-14)
- Steinberg L, & Silverberg S B. (1986). The vicissitudes of autonomy in early adolescence. *Child development*, 841-851. doi.org/[10.2307/1130361](https://doi.org/10.2307/1130361)
- Takizawa H, & Hoshi T. (2010). A comparison of diabetes self-care ability scores among inhabitants of urban and rural areas and a group of company employees. *International Journal of Urban Sciences*, 14(1), 86-97. doi.org/[10.1080/12265934.2010.9693666](https://doi.org/10.1080/12265934.2010.9693666)

Thompson R W, & Hixson P K. (1984). Teaching parents to encourage independent problem solving in preschool-age children. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 15(3), 175-181.

Toobert D J, & Glasgow R E. (1991). Problem solving and diabetes self-care. *Journal of behavioral medicine*, 14(1), 71-86.
doi.org/10.2337/dc06-1390

Westrupp E M, Northam E, Lee K J, Scratch S E, & Cameron F. (2015). Reducing and preventing internalizing and externalizing behavior problems in children with type 1 diabetes: a randomized controlled trial of the Triple P-Positive Parenting Program. *Pediatric diabetes*, 16(7), 554-563.
doi.org/10.1111/pedi.12205

Wise E H, Hersh M A, & Gibson C M. (2012). Ethics, self-care and well-being for psychologists: Reenvisioning the stress-distress continuum. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 487. doi.org/10.1037/a0029446

Woodman J, Ballard K, Hewitt C, & MacPherson H. (2018). Self-efficacy and self-care-related outcomes following Alexander Technique lessons for people with chronic neck pain in the ATLAS randomised, controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine*, 17, 64-71.
doi.org/10.1016/j.eujim.2017.11.006

Zargr F, Ashouri A, Asgharipour N, & Aqeebati A. (2007). Comparing the family functioning of patients with major depressive disorder with patients with psychiatric disorders in Isfahan. *Behavioral Sciences Research*, 5(2), 99-107. (Persian)

doi.org/20.1001.1.17352029.1386.5.2.5.6

Zimet G D, Dahlem N W, Zimet S G, & Farley G K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.
doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2