

تدوین و اعتبارسنجی مدل علی باور به دنیای عادلانه بر اساس حمایت اجتماعی با نقش میانجی طرحواره‌های هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۰۳ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۰۲

خلاصه

مقدمه: مطالعه حاضر با هدف بررسی تدوین و اعتبارسنجی مدل علی باور به دنیای عادلانه بر اساس حمایت اجتماعی با نقش میانجی طرحواره‌های هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، انجام گرفت.

روش کار: روش پژوهش توصیفی-همبستگی و به شکل خاص مدل‌یابی معادلات ساختاری است. جامعه این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی دیابت در تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود، که ۳۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس باور به دنیای عادلانه (دالبرت، ۱۹۹۹ و ساتون و داگلاس، ۲۰۰۵)، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده (MPSS)، زیمت، دهلم، زیمت و فارلی، (۱۹۷۷)، مقیاس طرحواره‌های هیجانی (ESS؛ لیهی، ۲۰۰۲) و سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی (CFI؛ دنیس و وندروال، ۲۰۱۰) استفاده و تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش معادلات ساختاری انجام شده است.

نتایج: نتایج نشان داد که شاخص‌های برازش مدل پژوهش وضعیت مطلوبی داشت ($GFI > 0.9$) و طرحواره‌های هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی در رابطه بین تعهد زناشویی و تمایزافتگی نقش میانجی ایفا کردند.

نتیجه‌گیری: این بدان معنی است که طرحواره‌های هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی نقش میانجی‌گری در رابطه بین تعهد زناشویی و تمایزافتگی دارد. بنابراین با در نظر گرفتن طرحواره‌های هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و تمایزافتگی می‌توان نقش مؤثری در روابط زوجین و افزایش تعهد زناشویی، داشت.

کلمات کلیدی: باور به دنیای عادلانه، حمایت اجتماعی، طرحواره‌های هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی، دیابت

طاهره حسینی^۱

مهدی زارع بهرام‌آبادی^{۲*}

رضا قربان جهرمی^۳

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۲ دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

^۳ استادیار، گروه روان‌شناسی تربیتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Email: my.bahramabadi@gmail.com

مقدمه

کنترل مناسب بیماری دیابت، مستلزم توانمندی بیمار در امر مراقبت از خود و پابندی او به حفظ سلامت است. یک بیمار دیابتی باید برنامه غذایی مناسب و دقیقی داشته باشد، به طور مرتب ورزش کند، داروهای خود را مصرف نماید، و گاهی چندین بار در روز انسولین تزریق کند. او باید قند خون و ادرار خود را کنترل کند و به طور مرتب، تحت نظر باشد. پذیرش چنین مسئولیت‌هایی نیازمند آگاهی، مهارت، و تعهد بیمار در جهت مشارکت در درمان و مراقبت از خود می‌باشد. این در حالی است که امروزه سیستم بهداشت و درمان، به خصوص در کشور ما جهت کمک با بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند دیابت، اغلب هنوز از روش‌های مربوط به درمان بیماری‌های حاد استفاده می‌کند. روش‌هایی که در آن تشخیص بیماری، یافتن عامل بیماری‌زا، برطرف کردن آن، درمان بیماری و یا برطرف کردن نشانه‌ها، مهم‌ترین وظایف درمانی تلقی می‌شود و در درمان و مراقبت از بیماری، اثرات مهم روانی و اجتماعی نادیده گرفته می‌شود و درمان، بیمار-محور نیست، بلکه از بیمار انتظار می‌رود مطیع نظرات پزشک باشد و در بیشتر موارد پس از تعیین و تکمیل معالجات، بدون در نظر گرفتن چگونگی آمادگی بیمار جهت مراقبت از خود، کار اتمام یافته تلقی می‌شود (۱).

این بیماری که شایع‌ترین و قدیمی‌ترین بیماری متابولیک در انسان و پنجمین عامل مرگ و میر ناشی از بیماری در جهان محسوب می‌شود، علاوه بر محدودیت‌هایی که در زمینه‌های مختلف زندگی برای مبتلایان ایجاد می‌کند، تأثیر منفی بر کیفیت زندگی و سلامت روانی آنان نیز دارد (۲). چنانچه، اغلب پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج از کشور نشان می‌دهند، بیماران دیابتی به خصوص بیمارانی که گرفتار عوارض مزمن این بیماری شده‌اند، از سطح مطلوب کیفیت زندگی (۳)، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ برخوردار نمی‌باشند.

از سوی دیگر، مطالعات صورت گرفته حاکی از شیوع بالای افسردگی و اضطراب (۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴) در بیماران

دیابتی در مقایسه با افراد غیر دیابتی است. ابعاد روانی بیماری‌های مزمن، اغلب نادیده گرفته می‌شود. به عبارتی دیگر، تصور می‌شود، که اکثر بیماران به خوبی با جنبه‌های روانی بیماری‌های مزمن سازگار می‌شوند. اما هنگامی که بیماران نقصی را در وضعیت سلامت جسمی‌شان تجربه می‌کنند، سازگاری روانی دشوارتر می‌شود و بر شناخت و باورهای فرد اثر می‌گذارد (۱۵). هر فردی باورهایی در خزانه ذهن خود دارد و نظریه‌ای در باب دنیای پیرامون ما انسان‌ها که مسیر زندگی را می‌تواند عوض کند، مفهوم باور به دنیای عادلانه^۱ است. هر انسانی در طول دوره حیات خود با تجارب مثبت و منفی متعددی مواجه می‌شود. این تجارب به تدریج زمینه را برای شکل‌گیری باورهای خرد و کلان زیادی فراهم می‌سازد. یکی از باورهای به نسبت کلان، که دارای توزیع جهانی است، باور به دنیای عادلانه است (۱۶). درواقع، مجموعه‌ای از شناخت‌های انسان درباره عدالت، در نهایت منجر به شکل‌گیری باورهای کلی عمومی درباره عادلانه یا ناعادلانه بودن شرایط دنیا می‌شود. اینگونه باورها را لرنر^۲ به عنوان باور به دنیای عادلانه مطرح کرده است (۱۷، ۱۸). طبق این مفهوم، افراد به این باور می‌رسند که هر کسی (اعم از خودشان و یا دیگران) چیزی را بدست می‌آورد که شایسته و سزاوار آن است. براساس چنین فرضیه‌ای، افراد خوب به فرجامی نیک و افراد بد به فرجامی بد می‌رسند (۱۹). این نظریه اشاره دارد به اینکه افراد ذاتاً تمایل دارند باور کنند در جهانی عادل زندگی می‌کنند که در آن هر کس چیزی را بدست می‌آورد که سزاوار آن است (۱۶).

تحقیقات صورت گرفته حاکی از آن است، که باور به دنیای عادلانه آنگونه که در مفهوم‌سازی اولیه مطرح شده، چندان هم تک‌بعدی نیست. در پیشینه تحقیقات این حوزه، اشکالی از این نوع باورها نظیر باور به دنیای عادلانه برای خود، دیگران و عموم، ناعادلانه مطرح شده است (۱۹، ۲۰). انجم‌شعاع

¹ a just world belief

² Lerner

ارزشمندی و رضایت از زندگی داشته باشد (۳۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند، که حمایت اجتماعی، می‌تواند بر میزان سلامت روان، تاب‌آوری و مهم‌تر از آن نگرش افراد به دنیای بیرون تأثیر بگذارد (۳۳، ۳۴). بسیاری از نظریه‌پردازان در حوزه آسیب‌شناسی روانی هیجان‌ها را هم‌تراز با شناختارها در ایجاد اختلالات روانی می‌دانند و به سمت مدل‌های شناختی-هیجانی حرکت کرده‌اند. از این مدل‌ها می‌توان به مدل درمانی هیجان‌محور^۶ گرینبرگ (EFT)؛ (۳۵)، مدل‌های فراشناختی هیجان^۷ (۳۶) و مدل طرحواره هیجانی^۸ اشاره کرد.

مدل درمانی هیجان‌محور گرینبرگ، بیان می‌کند که هیجان شکلی از پردازش اطلاعات است که به موجب آن فرد رویدادها را تجربه می‌کند (۳۵). گرینبرگ و همکارانش (۱۹۹۸) (۳۵) بر این باورند که طرحواره‌های هیجانی به واسطه محتوای هیجانی «معانی» یا «شناختارها»، ساختاری سازمان دهنده را تشکیل می‌دهند. در این مدل هیجان‌محور، ممکن است هیجان‌ها یک «عامل محرک» برای شناختارها باشد و برای فردی که تحت سيطرة محتوای منطقی و خشک و بی‌روح هیجان‌ها قرار ندارد، حاوی یک «حقیقت» باشد.

مدل‌های فراشناختی نیز بیانگر این هستند، که هیجان‌ها رویدادهایی تجربه‌ای هستند، که افراد مختلف، به آن پاسخ‌های متفاوتی می‌دهند (۳۶). برای مثال، زمانی که یک فرد اظهار می‌کند که مضطرب و نگران است، موضوع دیگری که در اینجا مطرح می‌شود، تعبیر و تفسیری است که فرد به این تجارب نسبت می‌دهد (۳۷). بنابراین، در الگوهای فراشناختی، بالاختصاص الگوی فراشناختی ولز (۳۷)، رویداد نگرانی‌زا (به عنوان یک تجربه هیجانی اضطرابی) ممکن است باورهایی را درباره مفهوم این حالت هیجانی ایجاد کند.

مدل طرحواره‌های هیجانی بیانگر این مهم است که ممکن است افراد در چگونگی مفهوم‌پردازی هیجان‌هایشان با یکدیگر متفاوت باشند و یا به عبارتی بهتر، افراد طرحواره‌های متفاوتی در مورد هیجان‌هایشان دارند. این طرحواره‌ها منعکس‌کننده

(۱۳۹۱)، زانگ و زانگ^۱ (۲۰۱۵)، نودلمن^۲ (۲۰۱۳) و ایکسوفیا، هیومین و پیکوئن^۳ (۲۰۱۱) (۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴) نشان داده‌اند بین باور به دنیای عادلانه و سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی افراد رابطه وجود دارد که سازگاری را در افراد افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن تحت تأثیر قرار می‌دهد.

یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های باور به دنیای عادلانه می‌تواند مؤلفه حمایت اجتماعی^۴ باشد، که یکی از عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت است، که به اهمیت بعد اجتماعی انسان اشاره می‌کند و در سال‌های اخیر در کانون توجه قرار گرفته است (۲۵). برای اولین بار کوب^۵ (۱۹۷۶) (۲۶)، حمایت اجتماعی را به عنوان آگاهی تعریف کرد، که به واسطه آن فرد باور می‌کند، که مراقبت شده و دوست داشته می‌شود، دارای ارزش، اعتبار و احترام است و متعلق به شبکه‌ای از ارتباطات و تعهدات دوسویه می‌باشد (۲۷). در واقع حمایت اجتماعی مفهومی چندبعدی است که به اشکال و طرق مختلفی تعریف شده است، برای مثال می‌توان آن را به عنوان یک منبع فراهم‌شده توسط دیگران، به عنوان امکاناتی برای مقابله با استرس، یا یک مبادله‌ای از منابع تعریف کرد (۲۸). از سویی برخی از پژوهشگران حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافت‌شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان و دیگران، مهم تعریف کرده‌اند (۲۹). برخی حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر آن را ناشی از ادراک و تصور فرد می‌دانند. ساراسون (۱۹۹۸) (۳۰)، حمایت اجتماعی را مفهومی چندبعدی می‌داند که هر دو بعد واقعی و تصویری را دربر می‌گیرد (۳۰، ۳۱). در نهایت رایج‌ترین تعریف حمایت اجتماعی بر دسترس بودن و کیفیت ارتباط با افرادی تأکید دارد که در مواقع نیاز، منابع حمایت را فراهم می‌کنند و موجب می‌شوند که فرد احساس مراقبت، مورد علاقه بودن، عزت نفس،

¹ Zhang & Zhang

² Nudleman

³ Xiaofei, Huimin & Yigun

⁴ social support

⁵ Cobb

⁶ emotional focus therapy

⁷ meta-cognition models of emotions

⁸ emotional schema

شیوه‌هایی‌اند که افراد هیجان‌های خود را مناسب برای اقدام (یا چگونگی عمل کردن در هنگام برانگیخته شدن هیجان‌های ناخوشایند) در ذهن دارند (۳۸). یکی از مزایای این مدل تلفیقی، تشخیص ارزش توجه و ابراز هیجانی در بافت معنایی است که فرد به هیجان‌های خود می‌دهد. پر واضح است که همه انسان‌ها خشم، اضطراب، ناراحتی، یا دیگر هیجان‌ها را تجربه می‌کنند، اما تنها افراد کمی هستند که این هیجان‌ها در آن‌ها اختلالی شدید یا مزمن هیجانی و عاطفی ایجاد می‌کند. اینها همگی شهادی بر این امرند که طرحواره‌های شناختی در مورد هیجان‌ها ممکن است بر ایجاد و توسعه این اختلالات تاثیر گذارند (۳۹). ارزش خاص مدل طرحواره‌های هیجانی این است که مستقیماً مفهوم‌سازی و تدابیر بیمار در مورد هیجان‌های ناخوشایند را هدف‌گیری می‌کند. به طور کلی، این مدل شکلی از درمان فراشناختی است که به بیمار کمک می‌کند تا نظریه خود را در مورد چگونگی کارکرد هیجان‌ها، طول دوره و کنترل پذیری هیجان‌ها، و تدابیر معیوب برای مدیریت کردن هیجان‌ها را شناسایی کند. همچنین، این مدل تصدیق می‌کند که ممکن است مشکلات انگیزشی بیمار دیدگاه‌های مشکل‌زای فراگیرتری در مورد هیجان‌های ناخوشایند را منعکس کند.

طبق این مدل، پس از ظاهر شدن یک هیجان، توجه به آن و اجتناب شناختی و هیجانی از آن، دو گام متوالی مدل فراهیجانی لیبی را تشکیل می‌دهند که بر پریشانی روان‌شناختی اثر می‌گذارند و با اضطراب، افسردگی و استرس رابطه دارند (۳۹، ۴۰، ۴۱) تاکنون پژوهشی به رابطه طرحواره‌های هیجانی و باور به دنیای عادلانه نپرداخته است.

یکی دیگر از متغیرهای که به عنوان متغیر میانجی در پژوهش حضور دارد و ممکن است که بتواند بر باور به دنیای عادلانه اثرگذار باشد، انعطاف‌پذیری شناختی^۱ است که شامل توانایی بازنگری در برنامه به هنگام برخورد با موانع اطلاعات یا خطای جدید (سازگاری با شرایط) است. انعطاف‌پذیری شناختی، توانایی توجه پایایی به دو هدف همزمان است (۴۲).

انعطاف‌پذیری شناختی که بر اساس نظریه طرحواره‌ها توسعه پیدا کرده است، فکر و اعمال افراد را در بازخورد به دیگران و محیط افراد متعادل کرده و بر قدرت سازگاری و بهزیستی‌اش می‌افزاید (۴۳).

انعطاف‌پذیری افراد در میزان بروز آسیب‌ها و سطح عملکرد اجتماعی آن‌ها بسیار تعیین‌کننده است. به طور کلی، توانایی تغییر آمایه‌های شناختی، به منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر، عنصر اعصلی در تعریف انعطاف‌پذیری شناختی می‌باشد (۴۴). در پژوهش‌های سلطانی، شاره، بحرینیان، فرمانی (۱۳۹۲)، دیکستین و همکاران (۲۰۱۶) و هاگلوند^۲ و همکاران (۲۰۰۷) (۴۵، ۴۳، ۴۶) گفته شده که افرادی که تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجهات جایگزین استفاده می‌کنند، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند از نظر روان‌شناختی سالم‌تر هستند و با توجه به مسائل و موانع پیش‌رو در دنیای واقعی، داشتن انعطاف‌پذیری شناختی برای افراد به خصوص افرادی که مبتلا به بیماری‌های مزمن هستند لازم است، که می‌تواند بر مولفه‌های متعددی از نگرش آنان به دنیای اطراف و خود اثرگذار باشد. اما پژوهشی بطور خاص اثر انعطاف‌پذیری شناختی را بر باور به دنیای عادلانه بررسی نکرده است. با توجه به توضیحات و مسائل تبیین شده در زمینه‌های فوق، پژوهش حاضر به دنبال ارائه مدل علی پاسخگویی به این سؤال کلی است که آیا مدل مفروض، تبیین باور به دنیای عادلانه براساس حمایت اجتماعی با نقش میانجی‌گری طرحواره‌های هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، برازش مطلوب دارد یا خیر؟

روش پژوهش

با توجه به اینکه هدف پژوهش حاضر توسعه دانش کاربردی در یک زمینه خاص بود، پس این پژوهش از نظر هدف، یک پژوهش کاربردی است و از لحاظ ماهیت توصیفی است. همچنین طرح این پژوهش همبستگی از نوع معادلات

² Haglund

¹ cognitive flexibility

ساتون و داگلاس (۲۰۰۵) (۴۸) به ترتیب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و ۰/۸۲ را برای این زیرمقیاس‌ها گزارش کرده‌اند. خرده‌مقیاس باور به دنیای عادلانه عمومی براساس گزارش دالبرت^۵ (۲۰۰۱) (۴۷)، دارای آلفای کرونباخ ۰/۸۸ است. همچنین دالبرت و همکاران (۲۰۰۱) (۴۷)، آلفای کرونباخ ۰/۶۶ تا ۰/۶۷ و شاخص همسانی ۰/۳۳ تا ۰/۳۴ را برای خرده‌مقیاس باور به دنیای عادلانه گزارش کرده‌اند. در پژوهش گلپور و عریضی (۱۳۸۶) (۴۹)، پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های باورهای دنیای عادلانه برای خود و باورهای دنیای عادلانه برای دیگران به ترتیب برابر با ۰/۷۲ و ۰/۸۴ و در پژوهش گلپور و جوادی (۱۳۸۵) (۲۰)، آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های باورهای دنیای عادلانه عمومی و باورهای دنیای ناعادلانه به ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۵۳ به دست آمد که میزان رضایت‌بخشی است. همچنین، نتایج پژوهش گلپور و عریضی (۱۳۸۶) (۴۹)، جهت تعیین روایی محتوایی با استفاده از نظر متخصصان حاکی از روایی محتوایی و همزمان پرسشنامه و نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل مؤلفه‌های اصلی (PC) از طریق چرخش واریماکس مؤید وجود چهار عامل دارای ارزش ویژه بزرگتر از یک تحت عنوان «باورهای دنیای عادلانه برای خود»، «باورهای دنیای عادلانه برای دیگران»، «باورهای دنیای عادلانه عمومی» و «باورهای دنیای ناعادلانه» بوده است.

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده^۶ (MPSS): مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده که یک ارزیابی ذهنی از بسندگی حمایت اجتماعی^۷ به عمل می‌آورد، توسط زیمت و همکاران^۸ (۱۹۸۸) (۵۰)، طراحی شده است. این مقیاس ادراکات از بسندگی حمایت اجتماعی را در سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی می‌سنجد. مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده به مثابه یک ابزار خودتبیینی^۹ است. شامل ۱۲ سؤال که هر سؤال بر روی یک

ساختاری است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی دیابت در تهران، تشکیل دادند.

نمونه این پژوهش به‌طور تصادفی ۳۵۰ نفر مبتلا به دیابت نوع ۲ که به کلینیک دیابت تابان واقع در منطقه ۲ تهران در سه ماه پاییز سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ مراجعه کرده بودند، انتخاب شد. تمامی پرونده‌های پژوهش به دلیل دوران پاندمی ویروس کووید-۱۹ به صورت مجازی انجام شد. ملاقات‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به بیماری دیابت نوع ۲ و افراد در رده سنی بین ۳۵-۶۵ بود. و ملاک‌های خروج، شامل مصرف داروهای روانپزشکی بود.

ابزار گردآوری اطلاعات

مقیاس باور به دنیای عادلانه^۱: پرسشنامه باور به دنیای عادلانه توسط دالبرت (۱۹۹۹) و ساتون و داگلاس^۲ (۲۰۰۵) (۴۷)، (۴۸) براساس باورهای عمومی (عادلانه بودن دنیا) و باورهای شخصی (عادلانه بودن وقایعی که در زندگی خود فرد اتفاق می‌افتند) طراحی شده است. این پرسشنامه ابتدا توسط گلپور و عریضی (۱۳۸۶) (۴۹) به زبان فارسی ترجمه و سپس نسخه ترجمه شده فارسی به انگلیسی برگردانده شده که مشتمل بر ۲۷ گویه و ۴ خرده‌مقیاس «باور به دنیای عادلانه برای خود^۳»، «باور به دنیای عادلانه برای دیگران^۴»، «باور به دنیای عادلانه عمومی^۴» و «باور به دنیای ناعادلانه» را می‌سنجد. گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ خرده‌مقیاس «باور به دنیای عادلانه برای خود»، گویه‌های ۹ تا ۱۶ خرده‌مقیاس «باور به دنیای عادلانه برای دیگران»، گویه‌های ۱۷ تا ۲۳ خرده‌مقیاس «باور به دنیای عادلانه عمومی» و گویه‌های ۲۴ تا ۲۷ خرده‌مقیاس «باور به دنیای ناعادلانه» را اندازه‌گیری می‌کنند. نمره‌گذاری گویه‌ها روی مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً موافقم=۵ تا کاملاً مخالف=۱) انجام می‌شود (۴۹). پایایی و روایی زیرمقیاس‌های باور به دنیای عادلانه برای خود و دیگران در مطالعات ساتون و داگلاس (۲۰۰۵) (۴۸) در حد قابل قبولی گزارش شده است.

⁵ Dalbert

⁶ social support scale

⁷ Adequacy of social support

⁸ Zimet, Dahlem, Zimet & Farley

⁹ Self-explanatory

¹ Belief in a Just World Scale's

² Sutton & Douglas

³ personal belief in a just world

⁴ general belief in a just world

درست) نمره گذاری شده است. دامنه نمرات از ۰ تا ۱۸۵ خواهد بود. زیرمقیاس های پرسشنامه عبارتند از: تأییدطلبی^۴، قابلیت درک^۵، گناه^۶، ساده اندیشی درباره هیجان^۷، ارزش های بالاتر^۸، کنترل^۹، بیحسی^{۱۰}، منطقی^{۱۱}، مدت زمان^{۱۲}، توافق^{۱۳}، پذیرش احساسات^{۱۴}، اندیشناکی^{۱۵}، بیان احساسات^{۱۶} و سرزنش، برای محاسبه امتیاز هر زیرمقیاس، نمره تک تک گویه های مربوط به آن زیرمقیاس را با هم جمع کنید. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه های پرسشنامه را با هم جمع کنید. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۰ تا ۱۴۸ خواهد بود. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر طرحواره های هیجانی خواهد بود و بالعکس. حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۱۴۸ خواهد بود. نمره بین ۰ تا ۴۹ میزان طرحواره های هیجانی در حد پایین، نمره بین ۴۹ تا ۹۸ میزان طرحواره های هیجانی در حد متوسط و نمره بالاتر از ۹۸ میزان طرحواره های هیجانی در حد بالا می باشد. در پژوهش لیهی مشخص شد بیشتر ابعاد چهارده گانه این مقیاس با اضطراب و افسردگی همبستگی معناداری دارند. همبستگی بین ابعاد این پرسشنامه نشان داد، این مقیاس اعتبار قابل قبولی دارد (۳۸). ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب اعتبار دو نیمه مقیاس برابر ۰/۷۰ گزارش شده است (۵۳).

خانزاده، ادیسی، محمدخانی و سعیدیان (۱۳۹۲)(۵۴)،

ساختار عاملی و مشخصات روانسنجی مقیاس طرحواره های هیجانی را در ایران بررسی کردند. برای اجرای این پرسشنامه بر روی نمونه ایرانی ابتدا این مقیاس از طریق روش ترجمه

طیف پنج درجه ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) درجه بندی می شود. در این مقیاس، هر چهار سوال بر اساس منابع حمایت اجتماعی به یکی از گروه های عاملی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی منتسب شده است. خرده مقیاس خانواده شامل سؤالات ۳، ۴، ۸ و ۱۱؛ دوستان شامل سؤالات ۶، ۷، ۹ و ۱۲؛ افراد مهم شامل سؤالات ۱، ۲، ۵ و ۱۰ می شود. در این مقیاس افزایش نمره افراد، نمره آن ها در عامل کلی حمایت اجتماعی ادراک شده را نشان می دهد. علاوه بر این از حاصل جمع نمره افراد در سؤالات هر مقیاس نمره کلی فرد در هر یک از زیر مقیاس های سه گانه به دست می آید. نتایج مطالعه زیمت و همکاران (۱۹۸۸) (۵۰)، با هدف بررسی ویژگی های روانسنجی مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده نشان داد که این ابزار برای بررسی حمایت اجتماعی ادراک شده روا و پایا است. نتایج مطالعه براور، امسلی، کاید، لوچنر و سیدات^۱ (۲۰۰۸) (۵۱)، در بررسی ویژگی های روانسنجی مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که ساختار سه عاملی این مقیاس (خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی) برازش قابل قبولی با داده ها دارد. شکری (۱۳۹۱) (۵۲)، ضرایب آلفای کرونباخ عامل کلی حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد سه گانه آن (خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی) در نمونه ایرانی را به ترتیب برابر ۰/۸۹، ۰/۸۴ و ۰/۸۵ به دست آورده است (۵۲).

مقیاس طرحواره های هیجانی (ESS):^۲

لیهی^۳ (۲۰۰۲) (۳۸)، مقیاس طرحواره های هیجانی را بر مبنای مدل طرحواره های هیجانی به صورت مقیاس خودگزارشی تهیه کرد. از این پرسشنامه می توان برای شناسایی طرحواره های هیجانی استفاده کرد، که بطور کلی مشخص می کند، که فرد در طی ماه گذشته با احساس ها و هیجان های خود چگونه برخورد می کند. این مقیاس ۳۷ گویه دارد، که در طیف شش نمره ای لیکرت (کاملاً غلط، تقریباً غلط، بیشتر غلط است تا درست، بیشتر درست است تا غلط، تقریباً درست و کاملاً

⁴ Validati

⁵ Comprehensibility

⁶ Guilt

⁷ Simplistic View of Emotion

⁸ Higher Values

⁹ Control

¹⁰ Numbness

¹¹ Rational

¹² Duration

¹³ Consensus

¹⁴ Acceptance of Feelings

¹⁵ Rumination

¹⁶ Expression

¹ Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner, Seedat

² emotion schema scale (ESS)

³ Leahy

خود گزارشی کوتاه ۲۰ سؤالی می‌باشد که برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موقعیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمد لازم است، به کار می‌رود. شیوه‌ی نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرتی از ۱ تا ۷ می‌باشد و تلاش دارد تا سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی را بسنجد: الف) میل به درک موقعیت‌های سخت به عنوان موقعیت‌های قابل کنترل، ب) توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسانها و ج) توانایی ایجاد چندین راه حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت. این پرسشنامه در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی- رفتاری بیماری‌های روانی به کار می‌رود. دنیس و وندروال (۲۰۱۰) (۴۴) در پژوهشی نشان دادند که این پرسشنامه از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی همزمان مناسبی برخوردار است. در ایران سلطانی، شاره، فرمانی و سلطانی (۱۳۹۲) (۴۵) ضریب اعتبار بازیابی کل مقیاس را ۰/۷۱ و خرده مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۲ و ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. این پژوهشگران ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ گزارش نموده‌اند.

شیوه اجرای پژوهش

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات از نمونه گیری تصادفی استفاده شد، بدین صورت که به طور تصادفی از میان افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ که به انجمن دیابت گابریک تهران در سه ماه پاییز سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ مراجعه کرده بودند، ۳۵۰ نفر انتخاب شدند. به دلیل شرایط پاندمی ویروس اجرای پژوهش به صورت غیرحضور انجام شد. اهداف تحقیق برای شرکت‌کنندگان از طریق کانل تلگرام توضیح داده شد و سپس چهار پرسشنامه؛ مقیاس باور به دنیای عادلانه (دالبرت^۳، ۱۹۹۹ و ساتون و داگلاس، ۲۰۰۵) (۴۷، ۴۸)، مقیاس حمایت اجتماعی

مضعف به فارسی برگردانده شد. به منظور بررسی روایی همگرای آن از ضرایب همبستگی این مقیاس با سیاهه‌های اضطراب و افسردگی بک و مقیاس مشکلات در نظم بخشی هیجانی (۵۵) استفاده شد و اعتبار همگرای مقیاس مورد تأیید قرار گرفت. برای بررسی روایی سازه این مقیاس نیز از روش‌های همبستگی‌های درونی و تحلیل عامل اکتشافی استفاده شد. نتایج حاصل از پایایی به روش بازآزمایی طی دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ به دست آمده است. همسانی درونی کل مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ گزارش شد. نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی و همبستگی درونی آنها نیز اعتبار سازه مطلوب را نشان داده است (همبستگی هر آئیم با نمره کل زیرمقیاس مربوط به آن، بین ۰/۵۹ تا ۰/۹۲ و همبستگی هر آئیم با کل مقیاس بین ۰/۱۲ تا ۰/۵۲ گزارش شده است. نتایج حاصل از تحلیل عامل اکتشافی نشان داد که از ۱۶ عامل استخراج شده از این مقیاس، ۱۲ عامل با طرحواره‌های هیجانی لیهی هماهنگ هستند، ۳ عامل به خاطر بارگزاری تنها یک گویه حذف شدند و یک عامل جدید به نام خودآگاهی هیجانی به مقیاس اضافه شد.

۱۳ طرحواره این پرسشنامه هنجاریابی شده عبارتند از: قابل کنترل بودن، تلاش برای منطقی بودن، خودآگاهی هیجانی، قابل درک بودن، نشخوار ذهنی، توافق، پذیرش احساسات، تأییدطلبی از دیگران، ارزش‌های والاتر، ساده اندیشی هیجانی، احساس گناه، ابراز احساسات و سرزنش همچنین همبستگی بالای این مقیاس مؤید روایی همگرا و همبستگی درونی بالای گویه‌ها مؤید روایی سازه این مقیاس است. به علاوه نتایج حاصل از بررسی پایایی این مقیاس نیز نشان‌دهنده پایایی مطلوب این مقیاس است. و با توجه به نتایج حاصل، می‌توان از LESS در جهت نیل به اهداف پژوهشی و درمانی در جمعیت ایرانی استفاده کرد.

سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی (CFI): این سیاهه

توسط دنیس و وندروال^۲ (۲۰۱۰) (۴۴) ساخته شده و ابزار

2. Dennis & Vander Wal

3 Dalbert

1. cognitive flexibility inventory (CFI)

جنسیت گروه نمونه نشان داد از ۳۵۰ نفر گروه نمونه، ۵۹ درصد (۲۰۸ نفر) از گروه نمونه را زنان و ۴۱ درصد (۱۴۲ نفر) را مردان تشکیل داده‌اند. بررسی توصیفی وضعیت تأهل گروه نمونه نیز نشان داد که از ۳۵۰ نفر گروه نمونه، ۹۲ درصد (۳۲۱ نفر) از گروه نمونه متأهل و ۸ درصد (۲۹ نفر) مجرد می‌باشند. بررسی توصیفی تحصیلات گروه نمونه نیز نشان داد که از ۳۵۰ نفر گروه نمونه، ۴۹ درصد (۱۷۳ نفر) دارای تحصیلات دیپلم، ۲۶ درصد (۹۲ نفر) دارای تحصیلات لیسانس و ۱۱ درصد (۳۷ نفر) دارای تحصیلات فوق لیسانس هستند. همچنین، بررسی توصیفی مدت ابتلای گروه نمونه به دیابت نوع دوم در جدول ۱. درج شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مدت ابتلا به دیابت نوع

دوم گروه نمونه (n=۳۵۰)

متغیر	فراوانی	درصد
کمتر از یک سال	۳۰	۸/۶
۱ الی ۵ سال	۹۹	۲۸/۳
۶ الی ۱۰ سال	۴۹	۱۴/۰
۱۱ الی ۱۵ سال	۵۱	۱۴/۶
بالای ۱۵ سال	۱۲۱	۳۴/۶
کل	۳۵۰	۱۰۰

همانطور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، از ۳۵۰ نفر گروه نمونه، ۳۵ درصد (۱۲۱ نفر) بالای ۱۵ سال مبتلا به دیابت نوع دوم بوده‌اند، ۲۸ درصد (۹۹ نفر) بین ۱ تا ۵ سال مبتلا به دیابت نوع دوم بوده و ۱۵ درصد (۵۱ نفر) بین ۱۱ تا ۱۵ سال مبتلا به دیابت نوع دوم می‌باشند. بررسی توصیفی مبتلا بودن به بیماری دیگر گروه نمونه نیز بررسی شد، که نتایج نشان داد، از ۳۵۰ نفر گروه نمونه، ۵۴ درصد (۱۸۸ نفر) به بیماری دیگری مبتلا نبوده و ۴۶ درصد (۱۶۲ نفر) مبتلا به بیماری‌های دیگری از جمله بیماری‌های قلبی، تیروئید، کلیوی، کیسه صفرا و غیره می‌باشند.

ادراک شده (MPSS؛ زیمت، دهلم، زیمت و فارلی، ۱۹۷۷) (۵۰)، مقیاس طرحواره‌های هیجانی (ESS؛ لیهی، ۲۰۰۲) (۳۸) و سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی (CFI؛ دنیس و وندروال، ۲۰۱۰) (۴۴) به صورت نرم‌افزار در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و از آنها خواسته شد که به دقت سؤالات را مطالعه نموده و پاسخ‌های مورد نظر را به بهترین شکل انتخاب کنند. در نهایت داده‌های آماری با روش تحلیل رگرسیون چندگانه و الگوی معادلات ساختاری در نرم‌افزار ایموس^۱ نسخه ۲۲، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

پس از گردآوری اطلاعات، داده‌ها به صورت کمی تعریف شدند و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. بدین منظور ابتدا با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی، اطلاعات توصیفی متغیرها از قبیل میانگین، انحراف معیار و حداقل و حداکثر نمرات با استفاده از برنامه اسپس^۲ نسخه ۲۳ مشخص شد. پس از آن به منظور بررسی فرضیه‌های تحقیق از روش رگرسیون چندگانه و الگوی معادلات ساختاری در نرم‌افزار ایموس^۳ نسخه ۲۲ استفاده شد. لازم به تذکر است که آزمون معناداری به روش بوت استرپ و پیش‌فرض‌های بهنجاری تک‌متغیری (با بررسی چولگی و کشیدگی)، بهنجاری چند متغیری (آزمون ماهالانوبیس^۴)، خطی بودن (با ترسیم ماتریس‌های نمودار پراکنده‌گی)، چند هم‌خطی بودن (با بررسی عامل تورم واریانس و ضریب تحمل)، و آزمون برازندگی مدل مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج

نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۵۰ نفر از مبتلایان به دیابت نوع دوم بود. بیشترین فراوانی را پاسخگویان با سن بین ۴۶ الی ۵۵ سال با ۱۵۶ نفر (۴۴/۶ درصد) و سپس پاسخگویان بین ۳۵ الی ۴۵ سال با ۱۳۱ نفر (۳۷/۴ درصد) دارا هستند. بررسی توصیفی

1. Amos

2. SPSS

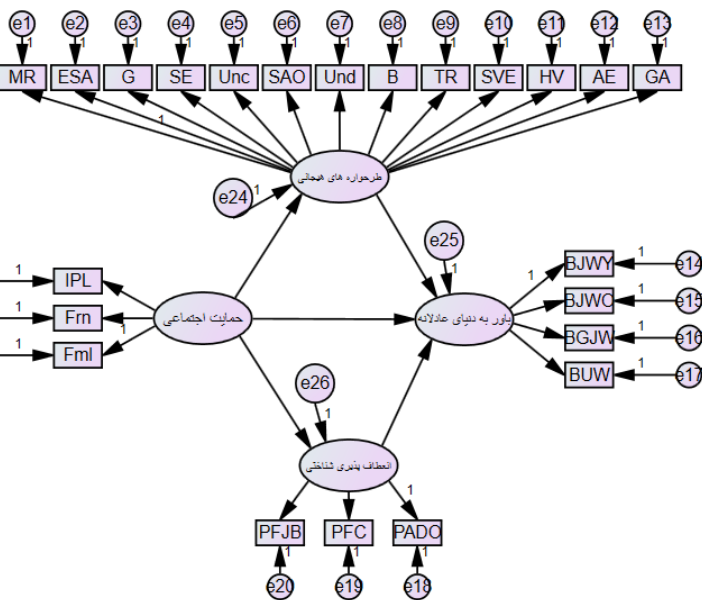
3. Amos

4. Mahalanobis test

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای آشکار پژوهش (n=۳۰۰)

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	چولگی ی	کشیدگی
حمایت اجتماعی	۴۱/۸۸	۸/۳۹	۱۹	۶۰	۰/۳۱۲	-۰/۳۸۵
خانواده	۱۳/۵۷	۳/۳۸	۴	۲۰	۰/۲۹۱	-۰/۵۲۷
دوستان	۱۳/۶۱	۳/۴۶	۴	۲۰	۰/۳۱۴	-۰/۳۹۴
افراد مهم زندگی	۱۴/۷۰	۳/۱۷	۸	۲۰	۰/۲۶۳	-۰/۵۸۱
انعطاف پذیری شناختی	۷۱/۷۷	۱۱/۸۳	۴۷	۹۹	۰/۱۳۶	-۰/۴۳۶
ادراک گزینه های مختلف	۳۵/۸۲	۶/۵۶	۲۲	۵۰	۰/۰۶۶	-۰/۴۹۳
ادراک کنترل پذیری	۲۹/۲۰	۵/۰۷	۱۸	۴۰	۰/۲۶۸	-۰/۴۶۴
ادراک توجیه رفتار	۶/۷۵	۱/۸۲	۲	۱۰	۰/۱۱۶	-۰/۵۳۳
باور به دنیای عادلانه	۸۸/۰۵	۱۱/۶۰	۵۹	۱۱۳	۰/۲۷۰	۰/۰۲۸
باورهای دنیای عادلانه برای خود	۲۶/۶۶	۴/۳۵	۱۴	۳۶	۰/۳۲۰	۰/۳۹۰
باورهای دنیای عادلانه برای دیگران	۲۶/۶۴	۴/۲۳	۱۲	۳۶	۰/۳۲۱	۰/۲۵۳
باورهای دنیای عادلانه عمومی	۲۳/۷۵	۳/۸۱	۱۱	۳۱	۰/۵۵۵	۰/۷۰۱
باورهای دنیای ناعادلانه	۱۱/۰۰	۳/۰۷	۴	۱۸	۰/۰۰۱	-۰/۳۸۲
طرحواره های هیجانی	۱۲۳/۶۲	۱۹/۴۷	۷۵	۱۷۲	۰/۴۲۱	۰/۱۳۶
نشخوار ذهنی	۱۵/۲۳	۲/۸۸	۵	۲۰	۰/۶۴۰	۰/۴۷۶
خودآگاهی هیجانی	۱۱/۲۵	۱/۸۴	۵	۱۵	۰/۳۹۸	۰/۸۷۲
گناه	۸/۷۸	۲/۶۲	۳	۱۴	۰/۱۴۶	-۰/۶۸۰
ابراز احساسات	۵/۹۷	۱/۴۲	۲	۹	۰/۰۶۷	۰/۰۲۴
غیرقابل کنترل بودن	۱۰/۶۰	۲/۳۶	۳	۱۵	۰/۷۴۸	۰/۰۷۸
تایید طلبی از دیگران	۷/۱۶	۲/۰۶	۲	۱۰	۰/۴۷۴	-۰/۴۰۵

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	چولگی ی	کشیدگی
قابل درک بودن	۹/۰۳	۲/۶۲	۳	۱۵	۰/۲۵۳	-۰/۲۰۴
سرزنش	۶/۲۵	۱/۸۶	۲	۱۰	۰/۰۵۸	-۰/۷۳۹
تلاش برای منطقی بودن	۸/۵۸	۲/۰۷	۵	۱۴	۰/۳۵۷	-۰/۵۹۳
دیدگاه ساده انگارانه در مورد هیجانات	۶/۵۲	۱/۷۵	۲	۱۰	۰/۳۰۶	۰/۷۴۶
ارزش‌های وال‌تر	۱۰/۴۱	۲/۴۰	۴	۱۵	۰/۲۹۳	-۰/۳۸۹
پذیرش هیجانات	۱۰/۲۴	۲/۴۶	۳	۱۵	۰/۴۴۴	-۰/۳۷۶
توافق عمومی	۱۳/۶۱	۳/۴۶	۴	۲۰	۰/۳۱۴	-۰/۳۹۴



شکل ۱. مدل ساختاری اولیه باور به دنیای عادلانه بر اساس حمایت اجتماعی با نقش میانجی طرحواره‌های هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی با توجه به نتایج حاصل از بررسی ضرایب مسیر، رابطه بین حمایت اجتماعی و باور به دنیای عادلانه ($\beta=0/46$, $p=0/001$)، رابطه بین حمایت اجتماعی و طرحواره‌های هیجانی ($\beta=-0/42$, $p=0/001$)، رابطه بین حمایت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی ($\beta=0/54$, $p=0/001$)، رابطه بین طرحواره‌های هیجانی و باور به دنیای عادلانه ($\beta=-0/56$, $p=0/001$) و رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی و باور به دنیای عادلانه ($\beta=0/58$, $p=0/001$)، در سطح $P<0/05$ ، معنی‌دار است.

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود میانگین نمرات بیماران در حمایت اجتماعی $41/88 \pm 8/39$ ، در انعطاف‌پذیری شناختی $71/11 \pm 77/83$ ، در باور به دنیای عادلانه $88/05 \pm 11/60$ و در معنای زندگی $123/62 \pm 19/47$ است. هم‌چنین، نتایج مندرج در جدول بالا نشان می‌دهد، هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش انحراف جلدی از توزیع بهنجار تک‌متغیری ندارند. بر اساس اغلب منابع چولگی و کشیدگی توزیع نمره‌ها در دامنه (۲ و -۲) را می‌توان بهنجار فرض کرد (۵۶، ۵۷، ۵۸). در نتیجه توزیع داده‌های هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش از این دامنه تخطی نکرده است، بنابراین می‌توان توزیع تک‌متغیری داده‌ها را بهنجار فرض کرد. پیش از انجام تحلیل، مفروضه توزیع بهنجار تک‌متغیری بر اساس ارزیابی چولگی و کشیدگی، توزیع نرمال چند متغیری بر اساس ارزیابی فاصله ماحالونوبیس بررسی شد. نتایج بررسی نشان داد متغیرهای پژوهش دارای چولگی و کشیدگی در محدوده ± 2 است. هم‌چنین نتایج فاصله ماحالونوبیس بیانگر نرمال بودن توزیع چند متغیره بود ($P>0/05$).

جهت بررسی مدل علی باور به دنیای عادلانه بر اساس حمایت اجتماعی با نقش میانجی طرحواره‌های هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی، مدل اولیه زیر اجرا شد. مدل ساختاری اولیه در شکل ۱. نشان داده شده است.

جدول ۳. ضرایب مسیر مدل ساختاری باور به دنیای عادلانه بر اساس حمایت اجتماعی با نقش میانجی طرحواره‌های هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی

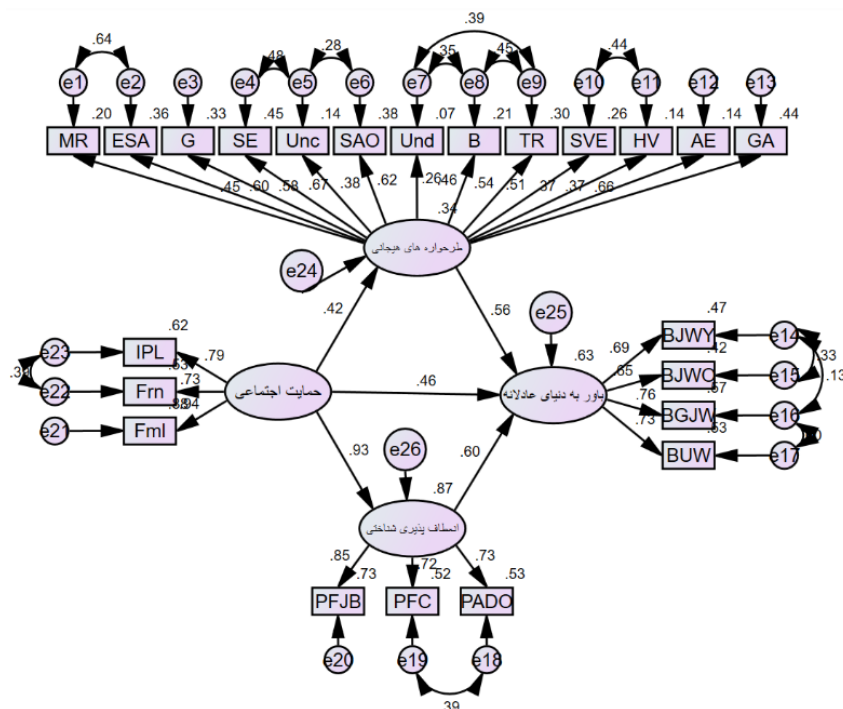
مسیرهای موجود	برآورد پارامتر b	خطا استاندارد	پارامتر استاندارد β	سطح بحرانی
حمایت اجتماعی ← باور به دنیای عادلانه	۰/۶	۱۹۷	۰/۴۶	۱۷۸ ** ۳/
حمایت اجتماعی ← طرحواره‌های هیجانی	-۰/۵	۰/۳۹	-۰/۴۲	۵۱۳ ** ۵/
حمایت اجتماعی ← انعطاف‌پذیری شناختی	۰/۹	۰/۴۸	۰/۵۴	۸۵۵ ** ۱۱/
طرحواره‌های هیجانی ← باور به دنیای عادلانه	-۰/۷	۰/۵۵	-۰/۵۶	۴۰۰ ** ۷/
انعطاف‌پذیری شناختی ← باور به دنیای عادلانه	۰/۴	۱۱۲	۰/۵۸	۴۸۲ ** ۵/

بنابنه پیشنهاد نرم افزار اصلاحات (برقراری ارتباط بین خطاها) تا رسیدن به برازش مطلوب انجام شد. نتایج حاصل از برازش الگوی نهایی در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۴. شاخص‌های نیکویی برازش مدل ساختاری باور به دنیای عادلانه بر اساس حمایت اجتماعی با نقش میانجی طرحواره‌های هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی

الگوی پیشنهادی	χ^2/df	P	GFI	CFI	NFI	RMSEA
الگوی پیشنهادی	۷/۲۶	۰/۰۰	۰/۲	۰/۳	۰/۲	۰/۰۷

نتایج مندرج در جدول بالا نشان می‌دهد، نسبت کای دو به درجه آزادی ۲/۷۶ محاسبه شده که کمتر از ۳ بوده و نشان از برازش قابل قبول مدل است. هم‌چنین ضرایب GFI (۰/۹۲)، CFI (۰/۹۳)، NFI (۰/۹۲)، بالاتر ۰/۹۰ بوده و نشان از برازش قابل قبول مدل با داده‌هاست. هم‌چنین شاخص مربوط به باقی مانده‌ها RMSEA (۰/۰۷) کمتر از ۰/۰۸ بوده و نشان از برازش قابل قبول مدل با داده‌هاست. هم‌چنین شاخص مربوط به باقی مانده‌ها RMSEA (۰/۰۶) کمتر از ۰/۰۸ بوده و میزان قابل قبولی برای برازش مدل به‌شمار می‌آید. تأیید برازش بر اساس مقادیر تعریف شده در مدل کلاین (۲۰۰۵) (۵۹)، انجام شده است. در نتیجه می‌توان گفت، مدل ساختاری باور به دنیای عادلانه بر اساس حمایت اجتماعی با نقش میانجی طرحواره‌های هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به هیپاتیت نوع دوم از برازش مناسبی برخوردار است. شکل ۲. الگوی برازش شده پژوهش را نمایش می‌دهد. اعداد روی پیکان‌ها ضرایب بتای استاندارد شده، و اعداد داخل بیضی‌ها مقدار واریانس تبیین شده را نشان می‌دهد. این مدل ۶۳ درصد از واریانس باور به دنیای عادلانه را تبیین می‌کند. حمایت اجتماعی، ۳۴ درصد واریانس طرحواره‌های هیجانی، و ۸۷ درصد از واریانس انعطاف‌پذیری شناختی را تبیین می‌کند.



شکل ۲. الگوی نهایی مدل ساختاری باور به دنیای عادلانه بر اساس حمایت اجتماعی با نقش میانجی طرحواره های هیجانی و انعطاف پذیری شناختی

نتایج آزمون سوبل ($p \leq 0/01$)، انعطاف پذیری شناختی می تواند در رابطه بین حمایت اجتماعی و باور به دنیای عادلانه ($\beta = 0/31$)، نقش میانجی داشته باشد. ($p = 0/001$)

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش انجام شده تبیین باور به دنیای عادلانه بر اساس حمایت اجتماعی با نقش میانجی طرحواره های هیجانی و انعطاف پذیری شناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود. بدین منظور ۳۵۰ نفر از افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ در رده سنی بین ۳۵-۶۵ سال به روش تصادفی انتخاب شدند. شرکت کنندگان با استفاده از مقیاس باور به دنیای عادلانه (دالبرت، ۱۹۹۹ و ساتون و داگلاس، ۲۰۰۵) (۴۷، ۴۸)، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده (MPSSS؛ زیمت، دهلم، زیمت و فارلی، ۱۹۷۷) (۵۰)، مقیاس طرحواره های هیجانی (ESS؛ لیهی، ۲۰۰۲) (۳۸) و سیاهه انعطاف پذیری شناختی (CFI؛ دنیس و وندروال، ۲۰۱۰) (۴۴) مورد بررسی

نتایج نشان می دهد، رابطه مستقیم حمایت اجتماعی و باور به دنیای عادلانه ($\beta = 0/46$) در سطح $p \leq 0/01$ معنی دار است. رابطه مستقیم انعطاف پذیری شناختی و باور به دنیای عادلانه ($\beta = 0/58$) در سطح $p \leq 0/01$ معنی دار است. و رابطه مستقیم طرحواره های هیجانی و باور به دنیای عادلانه ($\beta = -0/56$) در سطح $p \leq 0/01$ معنی دار است. و رابطه مستقیم حمایت اجتماعی و باور به دنیای عادلانه ($\beta = 0/63$)، در سطح $p \leq 0/01$ معنی دار است. هم چنین برای تعیین نقش میانجی طرحواره های هیجانی از آزمون سوبل استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۴-۲۳ آمده است. مطابق با نتایج آزمون سوبل ($p \leq 0/01$)، طرحواره های هیجانی می تواند در رابطه بین حمایت اجتماعی و باور به دنیای عادلانه ($\beta = 0/24$)، نقش میانجی داشته باشد. رابطه مستقیم حمایت اجتماعی و باور به دنیای عادلانه ($\beta = 0/63$)، در سطح $p \leq 0/01$ معنی دار است. هم چنین برای تعیین نقش میانجی انعطاف پذیری شناختی از آزمون سوبل استفاده شد، که مطابق با

ادراکات فرد از حضور عدالت در وقایع و اتفاقاتی است که برای خود وی و دیگران اتفاق می‌افتد (۶۷). افرادی که از باورهای دنیای عادلانه بالاتری برخوردار هستند در قیاس با افرادی که از باورهای دنیای عادلانه پایین‌تری برخوردار هستند به طور کلی ادراک مثبت‌تری از دیگران دارند (۴۷). این باورها می‌تواند وضعیت زندگی و سلامت افراد را تحت تأثیر قرار دهد.

در تبیین نتیجه این فرضیه اینگونه می‌توان گفت وجود حمایت اجتماعی در افراد مبتلا به بیماری‌های خاص باعث افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان و بالطبع آن افزایش باور به دنیای عادلانه در آنها می‌شود. حمایت اجتماعی از طریق دو فرایند عمده می‌تواند بر باور به دنیای عادلانه مؤثر باشد؛ (۱) اثر مستقیم حمایت اجتماعی از طریق رفتارهای مرتبط با سلامت مثل تشویق رفتارهای سالم و (۲) اثر تعدیل‌کننده حمایت اجتماعی که به تعدیل آثار فشار عصبی حاد و مزمن بر سلامت و همچنین افزایش سازگاری با فشار عصبی بیماری دیابت کمک می‌کند که به دنبال آن این اثرات باور به دنیای عادلانه در فرد افزایش می‌یابد.

هم‌چنین به طور کلی مبتلا به دیابت احتمالاً به دلیل شرایط نامطلوب جسمانی که دارند، خود را دوست‌نداشتنی و منفی ارزیابی می‌کنند. برخورداری از حمایت اجتماعی، دوستان و خویشاوندان و شبکه‌های حمایت اجتماعی، ضمن فراهم کردن رفاه جسمانی می‌تواند از لحاظ عاطفی و هیجانی نیز روی این بیماران اثر گذاشته و به بهبود کیفیت زندگی و افزایش رضایت از زندگی آنان منجر گردد (۶۸، ۶۹) و بالطبع زمانی که کیفیت زندگی افزایش می‌یابد در باور و شناخت فرد نسبت به خود و دنیای اطراف مثبت می‌شود. باید اشاره شود که باور به دنیای عادلانه افراد را قادر می‌سازد تا با محیط اجتماعی و فیزیکی خود طوری رفتار کنند که گویی با ثبات و منظم است. و بنابراین فرد معتقد است که این قابلیت را دارد که وقایع زندگی خود را کنترل و با اطمینان بیشتری برای آینده خود برنامه‌ریزی کند.

قرار گرفتند. نتیجه اصلی حاصل از این پژوهش حاکی از آن بود که مدل علی مبتنی بر تبیین باور به دنیای عادلانه بر اساس حمایت اجتماعی با نقش میانجی طرحواره‌های هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو از برازش خوبی برخوردار است.

قبل از اینکه به تبیین مدل پیشنهادی بپردازیم باید اشاره کنیم که الگویی مطابق با مدل پیشنهادی در پژوهش‌های دیگر بررسی نشده تا ما بتوانیم همسویی یا ناهمسویی نتایج این تحقیق را با دیگر پژوهش، در کلیت مدل، بررسی کنیم. با توجه به این نکته، اکنون به بررسی تبیین‌های احتمالی مدل پیشنهادی می‌پردازیم.

نتایج حاصل از بررسی داده‌های پژوهش نشان داد رابطه مستقیم حمایت اجتماعی و باور به دنیای عادلانه معنادار است. این نتیجه با پژوهش‌های کریمی، کوهستانی و آرابان (۲۰۱۸)؛ میلر و دی‌متیو (۲۰۱۳)؛ هیروشی و همکاران (۲۰۰۱) (۶۰، ۶۱، ۶۲) همسو می‌باشد.

همان‌طور که می‌دانیم در حال حاضر بیماری دیابت قابل علاج نیست ولی قابل کنترل و مهارشدنی می‌باشد و باید مدیریت گردد که این امر مستلزم اجرای یک برنامه چند جانبه خودمراقبتی است، که معمولاً شامل تعیین قند خون، رژیم غذایی، ورزش، معالجه با دارو، کنترل وزن بدن و آموزش می‌باشد. این چنین فعالیت‌های خودمراقبتی، ممکن است بسیار پرزحمت بوده و اغلب مستلزم تغییرات اساسی در شیوه زندگی باشد که گاهی این تغییرات باعث تغییر نگرش فرد نسبت به زندگی، کاهش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی (۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸) و کاهش سلامت روان (۶۳، ۳۴، ۶۴، ۲، ۶۵) در افراد می‌شود.

افراد مبتلا به دیابت به علت مواجهه شدن با یک بیماری خاصی که شرایط زندگی آن‌ها را تغییر داده با شرایط ناعادلانه‌ای روبرو هستند، که طبق نتایج پژوهش‌های اشاره شده در فرد کیفیت زندگی و سلامت روان کاهش پیدا می‌کند و به دنبال آن در نگرش فرد به عادلانه یا ناعادلانه بودن دنیا تغییر ایجاد می‌شود (۶۶). باور به دنیای عادلانه مشتمل بر مجموعه

نتایج حاصل از بررسی داده‌های پژوهش نشان داد رابطه مستقیم انعطاف‌پذیری شناختی و باور به دنیای عادلانه $\beta = 0/46$ ، $p \leq 0/01$ در سطح $p \leq 0/01$ معنادار است. براساس بررسی پژوهش‌های پیشین، تاکنون پژوهشی به رابطه مستقیم این دو متغیر نپرداخته است و این رابطه برای اولین بار توسط پژوهشگر انجام شده است.

در تبیین این نتیجه می‌توان به این نکته اشاره کرد که افراد انعطاف‌پذیر، دارای ویژگی‌هایی مانند کنترل درونی، خود پنداره مثبت‌تر، بلوغ اجتماعی، مهرورزی، احساس مسئولیت و استقلال هستند. در پژوهش‌های سلطانی، شاره، بحرینیان، فرمانی (۱۳۹۲) (۴۵)، دیکستین و همکاران (۲۰۱۶) (۴۳) و هاگلوند و همکاران (۲۰۰۷) (۴۶)، گفته شده که افرادی که تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجیحات جایگزین استفاده می‌کنند، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند. در این شرایط می‌توان انتظار داشت فردی که در موقعیت چالش‌انگیزی مثل ابتلا به بیماری خاص روبرو است، با تفکر انعطاف‌پذیر توانایی بیشتری برای حل مسئله دارد و همانطور که گفته شد توانایی آن را دارد که به صورت مثبت چارچوب فکری خود را در مورد مسئله چالش‌انگیز (بیماری) بازسازی کند.

در واقع انعطاف‌پذیری افراد در میزان برزو آسیب‌ها و سطح عملکرد اجتماعی آن‌ها بسیار تعیین‌کننده است. به طور کلی، توانایی تغییر آمایه‌های شناختی، به منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر، عنصر اعصلی در تعریف انعطاف‌پذیری شناختی می‌باشد (۴۴). طبق این تعریف افراد با انعطاف‌پذیری پایین شناختی، افرادی با سطح اطمینان به خودپایین هستند و نسبت به اهداف و تصمیمات خود نیز بی‌اعتماد هستند. این عدم اطمینان به خود از تلاش، پشتکار و ارزیابی‌های مثبت از خود و دنیای اطراف می‌کاهد و زمینه‌ساز بدبینی نسبت به خود و دنیای اطراف می‌شود.

نتایج حاصل از بررسی داده‌های پژوهش نشان داد، رابطه مستقیم طرحواره‌های هیجانی و باور به دنیای عادلانه $\beta = 0/56$ ، $p \leq 0/01$ در سطح $p \leq 0/01$ معنی‌دار است.

در تبیین این نتیجه اینطور می‌توان گفت که همانطور که ما مفهوم‌سازی‌ها و راهبردهایی داریم که از آن برای درک هیجان‌های دیگران و پاسخ دادن به این هیجان‌ها استفاده می‌کنیم (و آن‌ها را «طرحواره» می‌نامیم)، همین طرحواره‌ها را برای پاسخ دادن به هیجان‌های خود نیز در اختیار داریم.

افراد در مفهوم‌سازی هیجان‌ها و راهبردهای کنارآمدن با هیجان‌ها، کاملاً با یکدیگر فرق می‌کنند. وقتی که هیجان ناخوشایندی (مثل ناراحتی، خشم یا اضطراب) فعال می‌شود، افراد با افکار و رفتارهای مختلفی به آن پاسخ می‌دهند. وقتی فرد متوجه بیماری خاص خود می‌شود؛ غمگین («چرا به همچین بیماری‌ای مبتلا شدم»)، مضطرب («آیا می‌تونم مثل سابق زندگی کنم»)، ترسیده («نکنه بخاطر دیابت کور بشم»)، و حتی ناامید («دیگه هیچوقت نمی‌تونم زندگی راحت داشته باشم») است. مشکل این فرد بیمار، تجربه بیماری نیست، بلکه روبرو شدن به دردسرسازترین شیوه ممکن با هیجان‌های خود، است. در واقع در این زمان اتفاق تنش‌زا (بیماری) طرحواره‌های هیجانی متعددی را در بیمار فعال و روبرو شدن با هیجان‌های مختلف را برای او سخت و دشوار کرده و همچنین فرد با افکار مختلفی مواجه می‌شود، مثل: «این اضطراب حالا حالاها طول خواهد کشید»، «روی این هیجان هیچ کنترلی ندارم»، «هیچکس چنین احساساتی ندارد»، «هیچوقت به زندگی قبلی برنمی‌گردم» و غیره. به همین دلیل آن‌ها از داشتن احساس اضطراب خجالت می‌کشند یا احساس گناه می‌کنند و ممکن است هیجان را نپذیرند. علاوه بر این چنین افرادی ممکن است اعتقاد داشته باشند، که نباید هیجان خاصی را تجربه کنند، چون دیگران آن‌ها را درک نمی‌کنند. آن‌ها ممکن است فکر کنند باید منطقی باشند و نباید احساس‌های پیچیده‌ای داشته باشند.

نتایج بدست آمده نشان داد رابطه مستقیم حمایت اجتماعی و باور به دنیای عادلانه $\beta = 0/63$ ، $p = 0/001$ ، در سطح

هیجانی (لیهی، ۲۰۰۷) (۷۲)، پس از ظاهر شدن یک هیجان، توجه به آن و اجتناب شناختی و هیجانی از آن، دو گام متوالی مدل فراهیجانی لیهی را تشکیل می‌دهند که بر پریشانی روان‌شناختی اثر می‌گذارند و با اضطراب، افسردگی و اضطراب رابطه دارند (۳۹، ۴۰، ۴۱).

نتایج مندرج نشان داد رابطه مستقیم حمایت اجتماعی و باور به دنیای عادلانه، در سطح $p \leq 0/01$ معنادار است. همچنین مطابق با نتایج آزمون سویل ($p \leq 0/01$)، انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند در رابطه بین حمایت اجتماعی و باور به دنیای عادلانه نقش میانجی داشته باشد.

بیماری‌های مزمنی مانند دیابت، باعث پایین آمدن کیفیت، امید و جهت‌گیری زندگی بیماران می‌شود. اصولاً تشخیص دیابت و ابتلای به آن ممکن است افراد را در معرض این سؤال قرار دهد که ادامه زندگی با این مشکل چه معنایی خواهد داشت و بایستی از چه ماهیتی برخوردار باشد و این که اساساً در چنین شرایطی مبهم، آن هم برای مدت زمانی طولانی چگونه باید ادامه حیات داد. همانطور که گفته شد افراد در این شرایط اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند که بر کیفیت زندگی آنان اثرگذار است.

با توجه به آنچه گفته شد، نتایج پژوهش حاکی از اثر حمایت اجتماعی بر باور به دنیای عادلانه در افراد مبتلا به دیابت است. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند در رابطه بین حمایت اجتماعی و باور به دنیای عادلانه نقش میانجی داشته باشد. سازه انعطاف‌پذیری شناختی نشانگر تلاش فرد برای درک موقعیت و شرایط سخت به عنوان موقعیت تحت کنترل است (۴۴). معنادار بودن قوی مسیر رابطه سبک‌باور به دنیای عادلانه با حمایت اجتماعی از طریق انعطاف‌پذیری شناختی، نشان‌دهنده آن است که ایجاد اعتماد حمایت اجتماعی از سمت خود و دیگران، موجب افزایش انعطاف‌پذیری در حوزه شناختی فرد می‌شود به گونه‌ای که فرد انعطاف بسیاری در فکر و رفتار در پاسخ به تغییرات محیط از خود نشان می‌دهد (۴۶). این توانایی سازگاری، یافتن راه-حل‌های جایگزین برای موقعیت‌های سخت، کشف توجه‌های مختلف برای تفسیر هر موقعیت و تلاش برای کنترل شرایط سخت و تسلط بر محیط منجر به بهبود کیفیت زندگی به‌عنوان تلاش فردی

$p \leq 0/01$ معنی‌دار است. همچنین، طرحواره‌های هیجانی می‌تواند در رابطه بین حمایت اجتماعی و باور به دنیای عادلانه ($p = 0/001, \beta = 0/24$) نقش میانجی داشته باشد.

بنابر نظریه جانوف بولمن (۱۹۹۲) (۷۰)، باورهای هر انسانی درباره دیگر انسان‌ها و فراتر از آن، درباره دنیایی که در آن زندگی می‌کند مفروضات اساسی زندگی هر انسانی هستند، که از طریق نظام‌های شناختی هر فرد تعبیر و تفسیر حوادث و رخدادها را تحت تأثیر قرار می‌دهند. مجموعه‌ای از باورهای انسان در باب عدالت، در نهایت منجر به شکل‌گیری باورهای کلی و عمومی در باب عادلانه یا ناعادلانه بودن شرایط دنیا می‌گردد که این گونه باورها را به‌عنوان باور به دنیای عادلانه مطرح کرده شده است (به نقل از فریدونی، برقی و اسدیان، ۱۳۹۷) (۷۱). این باور تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد که طبق نتیجه پژوهش حاضر یکی از این عوامل مؤلفه حمایت اجتماعی است.

درواقع درک حمایت اجتماعی می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری در فرد جلوگیری نموده، میزان مراقبت از خود و اعتماد به نفس فرد را افزایش دهد و تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد بر جای گذارد و بطور واضح باعث افزایش عملکرد و بهبود کیفیت زندگی فرد شود. حمایت اجتماعی در کل باعث افزایش سازگاری افراد با بیماری، ارتقاء کیفیت زندگی، مدت بقاء، و نتایج مراقبت‌های حرفه‌ای، بهبود وضعیت اقتصادی، حفظ احساس همسانی اجتماعی، تسهیل خود ارزشیابی، پیوند با اجتماع و مقابله با احساس تنهایی می‌گردد. در حقیقت حمایت اجتماعی بالا سبب لذت از فعالیت‌های تفریحی احساس بهتر از زندگی و رضایت از آن شده و از طریق فراهم کردن کمک‌های ملموس روی کیفیت زندگی و وضعیت سلامت فرد تأثیر می‌گذارد و همانطور که پیش‌تر به آن اشاره کردیم بر افزایش باور به دنیای عادلانه اثرگذار است. بنابراین طبق تبیین گفته شده حمایت اجتماعی بر باور به دنیای عادلانه اثر مستقیم دارد اما این اثر با نقش میانجی طرحواره هیجانی کاهش پیدا می‌کند. طبق مدل طرحواره‌های

تأثیرات قرنطینه خانگی، احتمال دارد نتایج تحقیق از وضعیت خاص پاندومی تحت تأثیر قرار گرفته باشد. با توجه به محدودیت منطقه‌ای گروه نمونه، پیشنهاد می‌شود پژوهش در سایر نقاط ایران نیز انجام شود. با توجه به انتخاب روش پژوهش همبستگی و محدودیت‌های آن پیشنهاد می‌شود جهت تبیین متغیر مستقل این پژوهش با دیگر روش‌های پژوهش نیز انجام شود. با توجه به نتیجه پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود به درمان‌های شناختی جهت افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ توجه شود.

برای کمال در مسیر تحقق توانایی‌های بالقوه است، که همین امر می‌تواند باور فرد را به دنیای اطرافش تحت تأثیر قرار دهد. این پژوهش به روش توصیفی از نوع همبستگی انجام شده است و در پژوهش‌های توصیفی امکان دستکاری متغیر مستقل از محقق سلب می‌شود. بعلاوه امکان کنترل همه متغیرهایی که می‌تواند بر متغیر وابسته اثر بگذارند نیز کمتر وجود دارد. بنابراین نمی‌توان نتایج حاصل از بررسی متغیر مستقل و وابسته را قطعی تلقی کرد. روش جمع‌آوری اطلاعات تنها از روش مداخله کاغذی بوده و دارای محدودیت‌های این شیوه می‌باشد. به علت شیوع ویروس کرونا و

References

- Garrett, C., & Doherty, A. (2014). Diabetes and mental health. *Clinical Medicine*, 14(6), 669.
- Ducat, L., Rubenstein, A., Philipson, L. H., & Anderson, B. J. (2015). A review of the mental health issues of diabetes conference. *Diabetes care*, 38(2), 333-338.
- Soleimani, Z.; Barati, H.; Mozaffari-Jovin, A; Ershadi-Moghadam, H.; Mohammadi, M. (2015). Studying the quality of life of diabetic patients in Sabzevar city in 2015. *Military Care Sciences*, 26(4), 271-264.
- Shokohifar, M. and Fallahzadeh, H. (2013). Investigating the quality of life in patients with type 2 diabetes and presenting a structural model. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 24(116), 92-84.
- Hafer, C. L., Busseri, M. A., Rubel, A. N., Drolet, C. E., & Cherrington, J. N. (2020). A latent factor approaches belief in a just world and its association with well-being. *Social justice research*, 33(1), 1-17.
- Speight, J., Hendrieckx, C., Pouwer, F., Skinner, T. C., & Snoek, F. J. (2020). Back to the future: 25 years of 'Guidelines for encouraging psychological well-being' among people affected by diabetes. *Diabet Med*, 37(8), 1225-1229.
- Hadjiconstantinou, M., Byrne, J., Bodicoat, D. H., Robertson, N., Eborall, H., Khunti, K., & Davies, M. J. (2016). Do web-based interventions improve the well-being in type 2 diabetes? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 18(10), e270.
- Hajos, T. R., Pouwer, F., Skovlund, S. E., Den Oudsten, B. L., Geelhoed-Duijvestijn, P. H. L. M., Tack, C. J., & Snoek, F. J. (2013). Psychometric and screening properties of the WHO-5 well-being index in adult outpatients with Type 1 or Type 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 30(2), e63-e69.
- Haji Arabi, A.; Nobahar, M.; Ghorbani, R. (2017). The relationship between depression and awareness of diabetes with the level of self-care in patients with type 2 diabetes. *Komesh*, 20(2), 210-220.
- Ramesh, S; Alizadeh Moghadam, A.; Safari, A.R.; Faizi, M. (2017). The relationship between anxiety, depression and stress with the severity of diabetes: the mediating role of quality of life. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*, 18(2), 80-89.
- Zhou, X., Gan, T., Fang, G., Wang, S., Mao, Y., & Ying, C. (2018). Zeaxanthin improved diabetes-induced anxiety and depression through inhibiting inflammation in hippocampus. *Metabolic Brain Disease*, 33(3), 705-711.
- Sartorius, N. (2018). Depression and diabetes. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 47.
- Bădescu, S. V., Tătaru, C., Kobylinska, L., Georgescu, E. L., Zăhău, D. M., Zăgrean, A. M., & Zăgrean, L. (2016). The association between diabetes mellitus and depression. *Journal of Medicine and Life*, 9(2), 120.
- Holt, R. I., De Groot, M., & Golden, S. H. (2014). Diabetes and depression. *Current Diabetes Reports*, 14(6), 1-9.
- Samadzadeh, N.; Poursharifi, H; Babapour Khairuddin, J. (2013). Investigating the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on psychosocial adaptation to the disease and symptoms of depression in people with type 2 diabetes. *Clinical Psychology Studies*, 17(5), 78-96.
- Golparvar, M.; Kamkar, M.; Javadi, S. (2011). The relationship between the beliefs of a just world for others and oneself with general health, life satisfaction, positive and negative effects, and automatic thoughts. *Knowledge and Research in Psychology*, 31, 68-39.
- Lerner, M. J. (1980). *The belief in a just world: A fundamental delusion*. New York: plenum press.
- Rahpardaz, F. and Shirazi, M. (2015). The role of belief in an unfair world in predicting life satisfaction of female students of Sistan and Baluchistan University. *Educational Psychology Studies*, 24, 52-40.
- MC Partland, J., Knussen, C. (2010). Just world beliefs moderate the relationship of pain intensity and disability with psychological distress in chronic pain support group members. *European Journal of Pain*, 14, 71 - 76.

- 20- Golperor, M.; Javadi, S. (2006). Correlation pattern between the beliefs of a just world for oneself and others with psychological index. *Journal of Principles of Mental Health*, 8(32), 109-112.
- 21- Anjam Sha'a, F. (2012). Examining the relationship between belief in a just world and perceived organizational justice with employees' well-being. Master's thesis. Shahid Bahonar University of Kerman.
- 22- Zhang, Z., Zhang, J. (2015). Belief in a just world mediate the relationship between institutional trust and life satisfaction among the elderly in China. *Personality and Individual Differences*, 83, 164-169.
- 23- Nudelman, G. (2013). Belief in a just world and personality: A Meta-analysis. *Social Justice Research*, 26(2), 105-119.
- 24- Xiaofei, X., Huimin, L. & Yigun, G. (2011). Belief in a just world when encountering the 5/12 Wenchuan. *Environment and Behavior*, 43(4), 566-586.
- 25- Lang, J. F., Stein, M. B. (2001). Anxiety disorder: How to recognize and treat the medical symptoms of emotional illness. *Geriatrics*, 56(5), 24-32.
- 26- Cobb, S. (1976). Social Support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- 27- Farhadi, A.; Barazande Chaghaei, S.; Mukhtarpour, H.; and Karami, K.; Daraeizadeh, A. (2014). The role of social support, spiritual well-being and self-efficacy in predicting the mental well-being of the elderly. *Psychology of Aging*, 1(2), 35-48.
- 28- Schulz, U., Schwartzberg, R. (2004). Long- Term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 716- 32.
- 29- Sarafino, F. P. (2011). *Health Psychology*. New York. John Wiley & Sons.
- 30- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1988). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Support*, 44, 127-139.
- 31- Javadian, R., and Frost, H. (2016). Investigating the relationship between social support and social security with social trust of public transportation users. *Social Order*, 9(2), 190-222.
- 32- Poursharifi, H., Farhamand Sabet, M. (2015). The relationship between social support and sleep quality with the general health of nursing home residents. *Psychology of Aging*, 1(1), 31-39.
- 33- Boland, H; Entezari, M.; Saadat, S. (2015). The relationship between perceived social support from the family and psychological resilience with academic self-efficacy in students. *Education Strategies in Medical Sciences*, 10(2), 115-122.
- 34- Hassanzadeh Firouzabad, Y.; Mohammadabadi, M.S.; Mousavi, A. (2015). Investigating the relationship between mental health and quality of life in patients with diabetes. *Research-Analytical Journal of Aliguderz School of Nursing*, 7(1), 66-57.
- 35- Greenberg, L. S., Watson, J. C., & Lietaer, G. (1998). *Handbook of experiential psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- 36- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32, 85-102.
- 37- Wells, A. (1999). A Cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 23(4), 526-536.
- 38- Leahy, R. L. (2002). Metacognition, emotional schemas and personality disorders.
- 39- Leahy, R. L. (2016). Emotional schema therapy: A meta-experiential model. *Australian Psychologist*, 51(2), 82-88.
- 40- Ahadianfard, P.; Asgharanjadfarid, A.A.; Lavasani, F.; Ashuri, A. (2016). The role of cognitive, metacognitive and metaemotional components in predicting emotional distress in students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 23(2), 178-191.
- 41- Karami, S.; Banijamali, S.A.; Khosravi, Z; Parhun, H. (2016). The role of emotional schemas in predicting anxiety and depression in cancer patients. *Behavioral Science Research*, 15(3), 298-291.
- 42- Seifi, S.; Ebrahimi-Ghawam, p.; Aoshori, H; Farrokhi, N.A.; Dortaj, F. (2016). The effect of brain-adaptive learning on students' cognitive flexibility and selective attention. *Cognitive Science Updates*, 19(3), 51-61.
- 43- Dickstein, D. P., Axelson, D., Weissman, A. B., Yen, S., Hunt, J. I., Goldstein, B. I., & Keller, M. B. (2016). Cognitive flexibility and performance in children and adolescents with threshold and sub-threshold bipolar disorder. *European child & adolescent psychiatry*, 25(6), 625-638.
- 44- Dennis, J. P., Vander Wal, J. S. (2010). the cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cogn Ther Res*, 34(3), 241-53.
- 45- Soltani, A; Shareh, H.; Bahreynian, S.A.H.; Farmani, A. (2012). The mediating role of cognitive flexibility in the relationships between coping styles and resilience with depression. *Researcher*, 2(92), 96-88.
- 46- Haglund, M., Nestadt, P. S., Cooper, N. S., Southwick, S. M., Charney, D. S. (2007). Psychobiological mechanisms of resilience: relevance to prevention and treatment of stress related psychopathology. *Dev Psychopathological*, 19(3), 889-920.

- 47- Dalbert, C. (2001). *The justice motive as a personal resource: Dealing with challenges and critical life events*. New York: Kluwer Academic / plenum publishers.
- 48- Sutton, R. M., Douglas, K. M. (2005). Justice for all, or just for me? More evidence of the importance of the self - other distinction in just - world beliefs. *Personality and Individual Differences*, 39, 637 - 645.
- 49- Golparvar, M. and Arizi, H.R. (2007). Validation of the questionnaire of belief in a just world for oneself and others. *Isfahan University Humanities Research Journal*, 25(4), 193-212.
- 50- Zimet, GD., Dahlem, NW., Zimet, SG., Farley, GK. (1988). the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*, 52(1), 30- 41.
- 51- Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C, Seedat S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 20.
- 52- Shokri, Omid., Farahani, M.N., Karminuri, R., Moradi, A.R. (2011). Perceived social support and academic stress: The role of gender and cultural differences. *Transformational psychology: Iranian psychologists*. 9(34), 143-156.
- 53- Yavuz, K. F., Türkçapar, M. H., Demirel, B., & Karadere, E. (2011). Adaptation, validity and reliability of the Leahy Emotional Schema Scale Turkish version based on Turkish university students and workers. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 24(4), 273.
- 54- Khanzadeh, M., Edrisi, F., Mohammadkhani, S., and Saidian, M. (2012). Examining the factor structure and psychometric characteristics of emotional schemas scale on students. *Studies in Clinical Psychology*, 3(11), 91-119.
- 55- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- 56- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE.
- 57- Trochim, W. M., & Donnelly, J. P. (2006). *The research methods knowledge base (3rd ed)*. Cincinnati, OH: Atomic Dog.
- 58- Gravetter, F., & Wallnau, L. (2014). *Essentials of statistics for the behavioral sciences (8th ed)*. Belmont, CA: Wadsworth.
- 59- Kline, R. B. (2005). *Principles and practices of Structural Equation Modeling (2nd edition)*. New York: Guilford.
- 60- Karimy, M., Koohestani, H. R., & Araban, M. (2018). The association between attitude, self-efficacy, and social support and adherence to diabetes self-care behavior. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 10(1), 1-6.
- 61- Miller, T. A., & DiMatteo, M. R. (2013). Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 6, 421.
- 62- Hiroshi, O., Kenji, K., Narutsugu, E., Hiroshi, Y., Haruko, K. (2001). Effect of social support on treatment in diabetes. *Journal of Osaka Medical College*, 60(9), 103-8.
- 63- Hor, M., Monshei, G.R. (2017). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment to the mental health of patients with type 2 diabetes in Isfahan city. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*, 16(6), 316-309.
- 64- Mukhtar, S., & Mukhtar, S. (2020). Letter to the editor: Mental health and psychological distress in people with diabetes during COVID-19. *Metabolism-Clinical and Experimental*, 108.
- 65- Robinson, D. J., Luthra, M., & Vallis, M. (2013). Diabetes and mental health. *Canadian Journal of Diabetes*, 37, S87-S92.
- 66- Farnam, A. and Nazari, R. (2016). Investigating the relationship between belief in a just world and mental health and the addiction tendency of Velayat University students. *Second National Congress of Psychology and Psycho-Social Injuries*, Chababar.
- 67- Lu, M. H., Wang, G. H., Lei, H., Shi, M. L., Zhu, R., & Jiang, F. (2018). Social Support as Mediator and Moderator of the Relationship between parenting stress with autistic disorder: A sample from the Arab world. *Research in of Autism and Developmental Disorders*, 48(4), 1181-1188.
- 68- Cheraghi M, Salavati M, Moghimbeigi A. Association between Perceived Social Support and Quality of Life in Patients with heart failure. *Iran Journal of Nursing* 2012; 25(75): 21-31.
- 69- Harding, W. G., McConatha, J. T., & Kumar, V. K. (2020). The Relationship between Just World Beliefs and Life Satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6410.
- 70- Janoff – Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma*. New York: Free press.
- 71- Feridouni, S.; Barghi, A.; Asadian, S. (2017). Investigating the effect of the teaching method based on Henry Giraud's critical pedagogy on multiple literacies and belief in a just world. *Master's thesis in psychology*, Shahid Madani University of Azerbaijan.
- 72- Leahy, R. L. (2010). *Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders*. New York: Rou Ledge.

*Original Article***Compilation and validation of the model of belief in a just world based on social support with the mediating role of emotional schemas and cognitive flexibility in patients with type 2 diabetes**

Received: 29/06/2024 - Accepted: 22/11/2024

Tahereh Hosseini¹
 Mehdi Zare Bahramabadi^{2*}
 Reza Ghorban Jahromi³

¹ Ph.D. student of General Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

² Associate Professor, Department of Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

³ Assistant Professor, Department of Educational psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email:
 my.bahramabadi@gmail.com

Abstract

Introduction: The present study was conducted with the aim of evaluating the formulation and validation of the model of belief in a just world based on social support with the mediating role of emotional schemas and cognitive flexibility in patients with type 2 diabetes.

Methods: The research method is descriptive-correlation and structural equation modeling in a special way. The population of this study was all patients with type 2 diabetes referred to specialized diabetes clinics in Tehran in 2020-2021, and 350 people were selected as samples by random sampling. To collect data from the Belief in a Just World Scale (Dalbert, 1999 and Sutton & Douglas, 2005), Perceived Social Support Scale (MPSSS; Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1977), Emotional Schemas Scale (ESS; Leahy, 2002) and Cognitive Flexibility Inventory (CFI; Dennis and Vanderwaal, 2010) using and analyzing data using structural equation method.

Results: The results showed that the fit indices of the research model were favorable (GFI>0.9) and emotional schemas and cognitive flexibility played a mediating role in the relationship between marital commitment and differentiation.

Conclusion: This means that emotional schemas and cognitive flexibility play a mediating role in the relationship between marital commitment and differentiation. Therefore, considering emotional schemas, cognitive flexibility and differentiation can play an effective role in couples' relationships and increase marital commitment.

Keywords: belief in a just world, social support, emotional schemas, cognitive flexibility