

نقش باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی بهزیستی اجتماعی بیماران دیابتی

سیف‌اله آقاجانی^۱، متینه عبادی کسبخی^۲، حمیدرضا صمدی فرد^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: تأکید سازمان بهداشت جهانی بر اهمیت بهزیستی اجتماعی در کنار تندرستی فیزیکی، سبب شده تا بهزیستی اجتماعی به دغدغه مشترک جامعه‌شناسان و برنامه‌ریزان اجتماعی جوامع تبدیل شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی در پیش‌بینی بهزیستی اجتماعی بیماران دیابتی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری تحقیق کلیه بیماران دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان امام خمینی اردبیل در سال ۱۳۹۸ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۲۰ نفر از بیماران به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از ابزارهای باورهای غیرمنطقی (Irrational beliefs scale)، ذهن آگاهی (Mindfulness scale)، حمایت اجتماعی ادراک شده (Multidimensional scale of perceived social support) و مقیاس بهزیستی اجتماعی (Social health scale) استفاده شد. داده‌های پژوهش با روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین باورهای غیرمنطقی ($r = -0.54, p < 0.05$) و ذهن آگاهی ($r = 0.51, p < 0.05$) با بهزیستی اجتماعی بیماران دیابتی رابطه معناداری وجود داشت. همچنین بین حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده ($r = 0.64, p < 0.05$)، دوستان ($r = 0.62, p < 0.05$) و دیگران ($r = 0.59, p < 0.05$) با بهزیستی اجتماعی بیماران دیابتی رابطه معناداری وجود داشت. نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده در مجموع ۰/۶۰ بهزیستی اجتماعی را در بیماران دیابتی پیش‌بینی می‌کنند ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده در بهبود بهزیستی اجتماعی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو دارای اهمیت است.

واژه‌های کلیدی: باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی ادراک شده، بهزیستی اجتماعی، بیماران دیابتی.

ارجاع: آقاجانی سیف‌اله، عبادی کسبخی متینه، صمدی فرد حمیدرضا. نقش باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی بهزیستی اجتماعی بیماران دیابتی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۸؛ ۱۷(۴): ۵۶۲-۵۵۳.

۱- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳- دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

نویسنده مسئول: متینه عبادی کسبخی
Email: matinehejadi2019@yahoo.com

مقدمه

دیابت مانند دیگر بیماری‌های مزمن برای فرد مشکلاتی به وجود می‌آورد که در نتیجه آن تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. آمار بیماران مبتلا به دیابت در جهان بیش از ۲۵۰ میلیون نفر است و پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ به میزان ۳۵۰ میلیون و در سال ۲۰۳۰ به بیش از ۴۳۸ میلیون نفر افزایش یابد (۱-۲). در ایران مرکز تحقیقات غدد اصفهان، شیوع دیابت را در کل جمعیت ۲ الی ۳ درصد و در افراد بالای ۳۰ سال ۷ درصد برآورد کرده است (۳). مطالعات نشان داده است که بیماری دیابت می‌تواند تأثیرات منفی بر کیفیت زندگی بیماران داشته باشد (۴-۵). بهزیستی اجتماعی (Social Health) در کنار تندرستی جسمی و روانی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است. به‌طوری‌که دیگر، بهزیستی فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی درباره اجتماع نیز به‌عنوان معیارهای ارزیابی بهزیستی فرد در سطح کلان جامعه به شمار می‌رود (۶-۷). اهمیت بهزیستی اجتماعی بیماران در حدی است که اشخاص برخوردار از آن، بهتر می‌توانند با مشکلات ناشی از بیماری کنار بیایند. آنان در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که ثبات و انسجام بیشتری دارند و به فرد در انجام فعالیت‌های درمانی کمک می‌کنند. این وضعیت می‌تواند نقش مهمی در بهبود بیماری داشته باشد (۸-۹).

از عواملی که ممکن است در بهزیستی اجتماعی بیماران دیابتی تأثیرگذار باشند باورهای غیرمنطقی (Irrational Beliefs) و ذهن آگاهی (Mindfulness) است (۱۰). منظور از باورهای غیرمنطقی خواست‌ها و اهدافی است که به‌صورت ترجیحات ضروری درمی‌آیند به‌طوری‌که اگر برآورده نشوند تبدیل به اضطراب و آشفتگی می‌شوند (۱۱). پژوهشگران معتقدند که باورهای غیرمنطقی منجر به هیجانات نامناسب در بیماران می‌شود (۱۲-۱۳). همچنین نتایج مطالعات مختلف نشان داده است که باورهای غیرمنطقی از عوامل تأثیرگذار در بروز افسردگی (۱۳)، کاهش بهزیستی روان‌شناختی (۱۴) و سازگاری اجتماعی (۱۵) بیماران است. از طرفی ذهن آگاهی از طریق آگاهی و هشیاری لحظه‌به‌لحظه، مداوم و غیرارزیابانه نسبت به فرایندهای روانی مشخص می‌شود و شامل آگاهی مداوم از

احساسات فیزیکی، ادراکات، عواطف، افکار و تصورات است (۱۶). افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف درک می‌کنند و توانایی زیادی در رویارویی با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها دارند (۱۷-۱۸). نتایج مطالعات نشان داده‌اند که ذهن آگاهی بالا از عوامل تأثیرگذار در بهبود تندرستی روان‌شناختی (۱۹)، کیفیت زندگی (۲۰) و کاهش اختلالات روانی (۲۱) بیماران است.

متغیر دیگر پژوهش حمایت اجتماعی ادراک‌شده (Perceived Social Support) یک منبع مهم سازگاری است. این مفهوم دارای نقش بسیار مؤثری در پیامدهای حاصل از کارکرد و سازگاری روان‌شناختی افراد است (۲۲). حمایت اجتماعی ادراک‌شده به‌عنوان قوی‌ترین و نیرومندترین نیروی مقابله‌ای برای مواجهه موفقیت‌آمیز و آسان فرد در زمان درگیری با شرایط تنش‌زاست و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند (۲۳). نتایج مطالعات نشان داده است که حمایت اجتماعی ادراک‌شده در امید به زندگی بیماران دیابتی (۲۳)، کیفیت زندگی (۲۴)، افزایش فعالیت بدنی (۲۵) و پیروی از درمان بیماران (۲۶) نقش دارد. درنهایت باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده می‌توانند نقش مهمی در تبیین و بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران داشته باشند (۱۴، ۱۹، ۲۴). در ایران بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده به بررسی نقش متغیرهای ذکرشده با بهزیستی روانی بیماران پرداخته است و در مورد نقش این متغیرها در بهزیستی اجتماعی بیماران دیابتی پژوهشی یافت نشد. دیابت یک بیماری مزمن و پیچیده است که در صورت عدم توجه و چاره‌اندیشی این بیماری به معضلی جدی برای کشورها تبدیل خواهند شد. همچنین تقویت و توسعه شاخص‌های بهزیستی اجتماعی بیماران، کاهش بار بیماری‌های جسمانی و روانی را به دنبال خواهد داشت (۹). با توجه به اهمیت موضوع، این پژوهش با هدف تعیین نقش باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پیش‌بینی بهزیستی اجتماعی بیماران دیابتی انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش اجرای پژوهش توصیفی (غیرآزمایشی) و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران دیابتی نوع دو

مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی اردبیل در سال ۱۳۹۸ بودند که با توجه به محدودیت‌های پژوهشگران، از روش نمونه-گیری در دسترس برای انتخاب نمونه استفاده شد. حجم نمونه بر اساس تعداد متغیرها از طریق نرم‌افزار Gpower (۲۷)، با اندازه متوسط ۰/۱۰، ضریب آلفا ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۹۰، عدد ۱۲۰ به دست آمد. معیارهای ورود به پژوهش شامل موارد زیر بود: تشخیص بیماری دیابت توسط پزشکان متخصص، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن و پرخطر دیگر نظیر سرطان و بیماری‌های قلبی و ریوی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن (به‌طوری‌که قادر به پاسخ‌گویی به مقیاس‌ها باشند)، عدم وجود سابقه اختلال روان‌پزشکی و مشکلات جسمانی شدید (طبق اظهارات خود بیماران) و رضایت آگاهانه بیماران. ملاک خروج نیز شامل عدم ادامه همکاری با پژوهشگران بود. بعد از انتخاب نمونه و دادن اطمینان خاطر از اینکه این آزمون و نتایج به‌دست‌آمده از آن‌ها صرفاً جنبه‌ی پژوهشی دارد ابزارها در آن‌ها به اجرا درآمد. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

مقیاس باورهای غیرمنطقی (Irrational beliefs scale)

این مقیاس دارای ۴۰ سؤال بوده و بر اساس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود که شامل ۴ زیر مقیاس و یک نمره کلی است. عامل درماندگی در برابر تغییر سؤال‌های (۱ تا ۱۵)، توقع تأیید دیگران (۱۶ تا ۲۵)، اجتناب از مشکل (۲۶ تا ۳۰) و بی‌مسئولیتی هیجانی (۳۱ تا ۴۰) را شامل می‌شود. دامنه نمرات مقیاس بین ۴۰ تا ۲۰۰ است. کسب نمره بالا به معنای باورهای غیرمنطقی بالا است. ضریب پایایی مقیاس برای نمره کل ۰/۷۶ و برای زیر مقیاس‌ها بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۱ به دست آمد. همچنین روایی همگرایی مقیاس از طریق همبستگی با آزمون باورهای غیرمنطقی جونز ۰/۸۷ به‌دست‌آمده است (۲۸). در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

مقیاس ذهن‌آگاهی (Mindfulness scale): این

مقیاس توسط Ryan, Brown در سال ۲۰۰۳ برای سنجش ذهن‌آگاهی ساخته شده و دارای ۱۵ سؤال است که به‌صورت طیف لیکرت ۶ درجه‌ای، از ۱ (تقریباً همیشه) تا ۶ (تقریباً هرگز) نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار یک نمره کلی برای ذهن‌آگاهی به

دست می‌دهد که دامنه آن از ۱۵ تا ۹۰ متغیر بوده و نمره بالاتر نشان‌دهنده ذهن‌آگاهی بیشتر است. ضریب اعتبار مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۹). ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس نیز در فاصله زمانی یک‌ماهه ثابت گزارش شده است (۲۹). در نسخه ایرانی ضریب پایایی مقیاس ۰/۸۱ ذکر شد. همچنین روایی مقیاس با توجه به همبستگی منفی آن با ابزارهای سنجش افسردگی و اضطراب و همبستگی مثبت با ابزارهای سنجش عاطفه مثبت و حرمت خود، کافی گزارش شده است (۳۰). در این پژوهش ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده (Multidimensional scale of perceived social support)

مقیاس توسط Zimet به‌منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک‌شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی فرد تهیه شده است (۳۱). این مقیاس ۱۲ گویه دارد و پاسخگو نظر خود را در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای از نمره یک برای کاملاً مخالفم تا پنج برای کاملاً موافقم مشخص می‌کند. پایایی درونی در یک نمونه ۷۸۸ نفری با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ برای خرده مقیاس‌ها و ۰/۸۶ برای کل مقیاس گزارش نموده‌اند (۳۲). در ایران ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل و زیر مقیاس‌ها بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس نشان داده است بین هریک از ماده‌های مقیاس با نمره کل، ۰/۴۶ تا ۰/۷۶ همبستگی وجود داشت (۳۳). در این پژوهش ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۵ به دست آمد.

مقیاس بهزیستی اجتماعی (Social health scale)

این ابزار توسط Keyes برای سنجش بهزیستی اجتماعی افراد ساخته شده و دارای ۲۰ سؤال است. نمره‌گذاری این ابزار به‌صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (خیلی زیاد= ۵ و خیلی کم= ۱) انجام می‌شود. سؤالات (۱، ۶، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰) به‌صورت معکوس نمره‌گذاری شده و دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. اعتبار مقیاس توسط سازندگان آن بالای ۰/۷۰ و در ایران ۰/۷۱ به‌دست‌آمده است (۳۴-۳۵). در این مطالعه ضریب پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

یافته‌ها

در این بخش یافته‌های توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند. جدول ۱ ویژگی جمعیت شناختی بیماران را نشان می‌دهد.

در مطالعه حاضر بیماران اطمینان داده شد که گمنامی در تکمیل ابزارها لحاظ شده و محرمانه بودن اطلاعات حفظ می‌شود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از گزارش فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی به کمک نرم‌افزار SPSS و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده گردید.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی بیماران دیابتی

متغیر	شاخص	F	P
جنسیت	زن	۶۷	۵۵/۸
	مرد	۵۳	۴۴/۲
	کل	۱۲۰	۱۰۰
سن	۳۸-۲۴	۱۵	۱۲/۵
	۵۳-۳۹	۴۸	۴۰
	۶۸-۵۴	۵۷	۴۷/۵
طول مدت بیماری	کل	۱۲۰	۱۰۰
	۶ ماه	۲۶	۲۱/۷
	بین ۶-۱۲ ماه	۴۴	۳۶/۷
شدت بیماری	بالاتر از ۱۲ ماه	۵۰	۴۱/۶
	کل	۱۲۰	۱۰۰
شدت بیماری	پایین	۳۰	۲۵
	متوسط	۵۱	۴۲/۵
	بالا	۳۹	۳۲/۵
	کل	۱۲۰	۱۰۰

در جدول دو میانگین و انحراف معیار باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی اجتماعی بیماران دیابتی گزارش شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مطالعه

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد
باورهای غیرمنطقی	۱۱۸/۳۳	۱۳/۵۵
ذهن آگاهی	۵۱/۲۲	۹/۸۱
حمایت اجتماعی ادراک شده	۱۲/۸۸	۲/۹۸
	۱۱/۸۳	۲/۵۱
	۱۱/۴۴	۲/۳۰
بهزیستی اجتماعی	۵۹/۷۷	۱۲/۱۴

پس از تأیید مفروضه نرمال بودن داده‌ها از طریق آزمون کولموگروف برای بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش (باورهای غیرمنطقی، ذهن‌آگاهی، حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی اجتماعی) از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۳). نتایج نشان داد که بین باورهای غیرمنطقی

($-0/54$)، ذهن‌آگاهی ($0/51$) و حمایت اجتماعی ادراک شده: خانواده ($0/64$)، دوستان ($0/62$) و دیگران ($0/59$) با بهزیستی اجتماعی در بیماران دیابتی رابطه آماری و معناداری وجود داشت ($p < 0/05$).

جدول ۳. ضرایب همبستگی بین متغیرها

متغیرها	ضریب پیرسون	p-value
باورهای غیرمنطقی	$-0/54$	$0/001$
ذهن‌آگاهی	$0/51$	$0/001$
خانواده	$0/64$	$0/001$
دوستان	$0/62$	$0/001$
دیگران	$0/59$	$0/001$

همچنین برای پیش‌بینی بهزیستی اجتماعی بیماران دیابتی بر اساس باورهای غیرمنطقی، ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده از آزمون رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده

شد. همچنین بررسی مفروضه‌های تحلیل رگرسیون نشان داد که بین نمره‌های متغیرهای پژوهش حالت نرمال بودن چندگانه برقرار بود و هم‌خطی چندگانه وجود نداشت (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان برای پیش‌بینی بهزیستی اجتماعی

متغیرهای پیش‌بین	B	STE	β	T	Sig	R	R^2
باورهای غیرمنطقی	$-0/74$	$0/34$	$-0/17$	$-2/20$	$0/001$	$0/64$	$0/60$
ذهن‌آگاهی	$0/66$	$0/37$	$0/14$	$1/78$	$0/001$	$0/64$	$0/60$
حمایت خانواده	$1/67$	$0/46$	$0/26$	$3/65$	$0/001$	$0/64$	$0/60$
حمایت دوستان	$1/25$	$0/33$	$0/23$	$3/79$	$0/001$	$0/64$	$0/60$
حمایت دیگر افراد	$1/43$	$0/45$	$0/20$	$3/17$	$0/001$	$0/64$	$0/60$

طبق نتایج جدول فوق با استفاده از رگرسیون چندگانه $0/60$ بهزیستی اجتماعی بیماران دیابتی توسط متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شود. با توجه به ضرایب بتا، باورهای غیرمنطقی $-0/17$ ، ذهن‌آگاهی ($0/14$) و حمایت اجتماعی ادراک شده (خانواده $0/26$ ، دوستان $0/23$ و دیگران $0/20$) به شکل معناداری بهزیستی اجتماعی بیماران دیابتی را تبیین می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه باورهای غیرمنطقی، ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی اجتماعی در

بیماران دیابتی انجام گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که بین باورهای غیرمنطقی با بهزیستی اجتماعی در بیماران دیابتی رابطه منفی و معناداری وجود داشت. یافته‌های پژوهش‌های دیگر نیز نشان داده است که باورهای غیرمنطقی از عوامل تأثیرگذار در بروز افسردگی (۱۳)، کاهش تندرستی روان‌شناختی (۱۴) و سازگاری اجتماعی (۱۵) بیماران است که یافته مطالعه حاضر با این نتایج همخوانی داشت. در تبیین نتیجه به‌دست آمده می‌توان گفت که طبق نظر Ellis انواع باورهای غیرمنطقی عامل اصلی مشکلات انسانی است. رویدادها و اتفاقات پیرامون افراد باعث تنش نمی‌شود بلکه دیدگاه‌ها و باورهای افراد از

رویدادها و اتفاقات است که منجر به بروز اضطراب و افکار پریشان در آن‌ها می‌شود و زندگی آنان را با مشکل مواجه می‌کند. او ریشه بسیاری از ناراحتی‌ها و اختلالات رفتاری و روانی انسان را در باورهای غیرمنطقی که در مورد جهان پیرامون خود دارد، می‌داند. از نظر وی باورها اساساً به دو دسته منطقی و غیرمنطقی تقسیم می‌شوند. باورهای منطقی باورهای کارآمدی هستند که به فرد کمک می‌کنند تا به اهداف مهم، واقع‌گرایانه، منطقی و انعطاف‌پذیر خود دست یابند. در مقابل، باورهای غیرمنطقی باورهای ناکارآمدی هستند که مانع از رسیدن اشخاص به اهداف شخصی‌شان شده و می‌توانند منجر به کاهش بهزیستی اجتماعی در آن‌ها شوند (۱۱-۱۳). از سوی دیگر بیمارانی که باورهای غیرمنطقی در آن‌ها بالا باشد، هنگام رویارویی با رویدادهای نامطلوب و تنش‌زا پایداری کمتری از خود نشان می‌دهند و تفکرات مثبت درباره خود را نمی‌پذیرند که همین امر می‌تواند باعث کاهش بهزیستی اجتماعی در آن‌ها شود (۱۴-۱۵).

یافته‌ها نشان داد که بین ذهن آگاهی و بهزیستی اجتماعی در بین بیماران رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. نتایج مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که ذهن آگاهی بالا از عوامل تأثیرگذار در بهبود تندرستی روان‌شناختی (۱۹)، کیفیت زندگی (۲۰) و کاهش اختلالات روانی (۲۱) بیماران هست که نتایج مطالعه حاضر با این یافته‌ها همسو بود. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که زندگی به شیوه ذهن آگاهانه باعث می‌شود که بیماران نسبت به خود، توانایی‌ها و محیط اطرافشان آگاهی بیشتری داشته و در نتیجه از امیدواری و خوش‌بینی بیشتری در زندگی برخوردار باشند. افرادی که ذهن آگاهی در آن‌ها بالا باشد، نسبت به فعالیت‌های روزانه خود، آگاهی بیشتری دارند و بیشتر با ویژگی‌های خودکار ذهنشان (به‌طور مثال تمایل به گریز از زمان حال و درگیر در گذشته و آینده) آشنایی پیدا می‌کنند و آگاهی لحظه‌به‌لحظه را در خود پرورش می‌دهند که باعث می‌شود این افراد در روابط اجتماعی خود به شیوه درستی عمل کنند (۱۷). در مقابل افرادی که ذهنی سرگردان دارند، توانایی واقع‌بینی را از دست می‌دهند و بیشتر نقاط ضعف و جنبه‌های تاریک زندگی را در نظر می‌گیرند و از هیجانات ناخوشایندی همچون تنهایی و اضطراب اجتماعی رنج می‌برند که در نهایت منجر به

کاهش بهزیستی اجتماعی در آن‌ها می‌شود (۱۸-۱۹). ذهن آگاهی می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار پریشان، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو می‌تواند نقش مهمی در تنظیم رفتاری و بهبود بهزیستی اجتماعی افراد ایفا کند (۲۰-۲۱).

نتایج دیگر نشان داد بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی اجتماعی در بین بیماران دیابتی رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. نتایج تحقیقات دیگر نیز نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی ادراک‌شده در امید به زندگی بیماران دیابتی (۲۳)، کیفیت زندگی (۲۴)، افزایش فعالیت بدنی (۲۵) و پیروی از درمان بیماران (۲۶) نقش دارد که یافته مطالعه حاضر با این نتایج همخوانی داشت. در تبیین نتیجه به‌دست‌آمده، می‌توان گفت که حمایت اجتماعی ادراک‌شده از عوامل تأثیرگذار در کیفیت زندگی بیماران دیابتی است (۲۲-۲۳). حمایت اجتماعی از مسیرهای فیزیولوژیک، عاطفی و شناختی بر شاخص‌های سازگاری و بهبود تندرستی تأثیر دارد. اطرافیان فرد بیمار می‌توانند با ارائه اطلاعات در جهت شناخت بهتر مشکل و افزایش انگیزه برای عمل به فرد کمک کنند تا راهبردهای مقابله‌ای مؤثری را مورد استفاده قرار دهد. همچنین حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از عوامل مرتبط با تنش‌های دیرپای زندگی شناخته می‌شود که ارتباط وسیعی با پیامدهای تندرستی و کاهش خطر در حوزه‌های جسمی، روانی و مرگ‌ومیر دارد (۲۳-۲۴). درواقع، بیمارانی که حمایت اجتماعی ادراک‌شده در آن‌ها بالا باشد، در برخورد با مشکلات ناشی از بیماری احساس ناامیدی و تنهایی نکرده و قادر خواهند بود به‌طور منطقی و مؤثری با بیماری مقابله کنند که همین امر باعث خواهد شد از نظر بهزیستی اجتماعی نیز در سطح مطلوبی باشند (۲۵).

به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در زمره متغیرهای مرتبط با بهزیستی اجتماعی بیماران دیابتی بوده و توانایی پیش‌بینی آن را دارند. استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، عدم تعمیم‌یافته‌ها به جامعه‌های دیگر، فقدان کنترل متغیرهای تأثیرگذار و مزاحم در پژوهش نظیر شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بیماران و استفاده از طرح همبستگی و در نتیجه نامشخص بودن رابطه علی از محدودیت‌های پژوهش حاضر

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی به شماره مجوز ۹۸۵۱۴ توسط دانشگاه محقق اردبیلی می‌باشد. پژوهشگران از تمامی افراد شرکت‌کننده در مطالعه کمال تشکر و قدردانی را دارند.

بود. پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه این مطالعه روی بیماران دیابتی در شهرهای دیگر و به روش نمونه‌گیری تصادفی انجام گیرد و نتایج آن با یافته‌های تحقیق حاضر مقایسه شود. در نهایت با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود برای بهبود بهزیستی اجتماعی بیماران دیابتی به عواملی مانند باورهای غیرمنطقی، ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی توجه بیشتری شود.

References

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2019 abridged for primary care providers. Clin Diabetes. 2019; 37(1): 11-34.
2. Trikkalinou A, Papazafiropoulou AK, Melidonis A. Type 2 diabetes and quality of life. World J Diabetes. 2017; 8(4): 120-9.
3. Eydi-Baygid M, Mehrabizade-Honarmand M, Davoudi I, Ahmadi V, Dehghanizadeh Z, Babaei B. Comparison the quality of life in patients with diabetes type 2 and non-diabetic individuals. J Ilam Univ Med Sci. 2014; 22(5): 55-62. [In Persian].
4. Mohammad Rahimi Gh, Attarzadeh Hosseini SR. Effect of aerobic training and Diet on Insulin Resistance and Quality of Life in Type II Diabetic Patients. Horizon Med Sci. 2016; 22(1): 57-64. [In Persian].
5. Aghajani S, Samadifard H. The relationship between cognitive fusion and cognitive distortion with death anxiety in patients with diabetes mellitus. Chronic Dis J. 2018; 6(1): 18-22.
6. Ko SH, Han K, Lee YH, Noh J, Park CY, et al. Past and current status of adult type 2 diabetes mellitus management in korea: A national health insurance service database analysis. Diabetes Metab J. 2018; 42(2): 93-100.
7. Mirfeizi M, Mehdizadeh Tourzani Z, Mirfeizi Z, Asghari Jafarabadi M, Rezvani HR, Shoghi M. Effects of cinnamon on controlling blood glucose and lipids in patients with type II diabetes mellitus: A double blind randomized clinical trial. Med J Mashhad Univ Med Sci. 2014; 57(3): 533-41. [In Persian].
8. Parsamehr M, Rasoulinezhad P. The study of the relationship between life style and social health among people of talesh city. J Social Development. 2015; 10(1): 35-66. [In Persian].
9. Latulippe K, Hamel C, Giroux D. Social health inequalities and health: A literature review with qualitative synthesis of theoretical and empirical studies. J Med Internet Res. 2017; 19(4): e136.
10. Narimani M, Samadifard H. The relationship between irrational beliefs, mindfulness and cognitive fusion with social health among elderly in Ardabil, 2016. J Gerontol. 2017; 1(4): 20-8. [In Persian].
11. Žeželj I, Lazarević LB. Irrational beliefs. Eur J Psychol. 2019; 15(1): 1-7.
12. Višlā A, Flückiger C, Grosse Holtforth M, David D. Irrational beliefs and psychological distress: A meta-analysis. Psychother Psychosom. 2016; 85(1): 8-15.
13. Ehteshamzadeh P, Bournā NR, Yousefi M. Relationship between religious orientation and irrational beliefs and depression in MS patients. J Soc Psychol. 2011; 6(20): 55-67. [In Persian].
14. Komasi S, Soroush A, Bahremānd M, Saeidi M. Irrational beliefs predict pain/discomfort and emotional distress as a result of pain in patients with non-cardiac chest pain. Korean J Pain. 2016; 29(4): 277-9.
15. Nieuwenhuisen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW, van Dijk FJ. Irrational beliefs in employees with an adjustment, a depressive, or an anxiety disorder: A prospective cohort study. J Ration Emot Cogn Behav Ther. 2010; 28(2): 57-72.

16. Priya G, Kalra S. Mind-body interactions and mindfulness meditation in diabetes. *Eur Endocrinol*. 2018; 14(1): 35-41.
17. Loucks EB, Gilman SE, Britton WB, Gutman R, Eaton CB, Buka SL. Associations of mindfulness with glucose regulation and diabetes. *Am J Health Behav*. 2016; 40(2): 258-67.
18. Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clin Psychol Rev*. 2011; 31(6): 1041-56.
19. Armani Kian A, Vahdani B, Noorbala AA, Nejatisafa A, Arbabi M, et al. The impact of mindfulness-based stress reduction on emotional wellbeing and glycemic control of patients with type 2 diabetes mellitus. *J Diabetes Res*. 2018; 1986820.
20. Van Son J, Nyklíček I, Pop VJ, Blonk MC, Erdsieck RJ, et al. The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA (1c) in outpatients with diabetes (diamind): a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2013; 36(4): 823-30.
21. Medina WL, Wilson D, de Salvo V, Vannucchi B, de Souza ÉL, et al. Effects of mindfulness on diabetes mellitus: rationale and overview. *Curr Diabetes Rev*. 2017; 13(2): 141-7.
22. Mohebi S, Parham M, Sharifirad G, Gharlipour Z, Mohammad Beigi A, et al. Relationship between perceived social support and self-care behavior in type 2 diabetics: A cross-sectional study. *J Educ Health Promot*. 2018; 7: 48.
23. Sadri Damirchi E, Samadifard H. Predicting of life expectancy in diabetic patients based on self-efficacy, self-esteem and perceived social support. *Horizon Med Sci*. 2019; 25(2): 85-92. [In Persian].
24. Shareh H, Soltani E, Ghasemi A. Prediction of quality of life of non-insulin dependent diabetic patients based on perceived social support. *Zahedan J Res Med Sci*. 2012; 14(2): 82-5. [In Persian].
25. Morowatisharifabad MA, Abdolkarimi M, Asadpour M, Fathollahi MS, Balaei P. Study on social support for exercise and its impact on the level of physical Activity of Patients with Type 2 Diabetes. *Maced J Med Sci*. 2019; 7(1): 143-7.
26. Alipour A, Aliakbari Dehkordi M, Amini F, Hashemi Jashni A. Relationship between perceived social support and adherence of treatment in Diabetes mellitus type 2: mediating role of **resilency** and hope. *J Res Psychol Health*. 2016; 10(2): 53-67. [In Persian].
27. Cunningham JB, McCrum Gardner E. Power, effect and sample size using G Power. Practical issues for researchers and members of research ethics committees. *Evid Based Midwifery*. 2007; 5(4): 132-6.
28. Zimet G, Dahlem N, Zimet S, Farley G. The multidimensional scale of perceived social support. *J Person Asses*. 1988; 52(1): 30-41.
29. Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C, Seedat S. Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support in youth. *Compr Psychiatry*. 2008; 49: 195-201.
30. Salimi A, Jokar B, Nikpoor R. Internet and communication: Perceived social support and loneliness as antecedent variables. *Psychol Studies*. 2009; 5(3): 81-102. [In Persian].
31. Keyes CLM, Shapiro A. Social well-being in the United States: a descriptive epidemiology. How healthy are we? a national study of well-being a midlife. Chicago: University of Chicago Press. 2004.
32. Ebrahimpour D, Pourjabli R, Ramezani R. The relation of socio-economic factors with social health of guidance and high school teachers of Azarshahr city. *Sociological Studies*. 2012; 4(14): 47-67. [In Persian].
33. Motamedin M, Badri R, Ebadi GH, Zamani N. Standardization of irrational beliefs test (4IBT-A) in Tabriz. *J Psychol Models Methods*. 2013; 2(8): 73-87. [In Persian].

34. Ryan RM, Brown KW. Why we don't need self-esteem: on fundamental need, contingent love and mindfulness. *Psychol Inq*. 2003; 14(1): 71-6.
35. Aghajani S, Samadifard H. The role of cognitive failures, alexithymia and cognitive flexibility in predicting the social health of elderly. *Adv Cogn Sci*. 2019; 20(4): 62-9 [In Persian].

The Role of Irrational Beliefs, Mindfulness and Perceived Social Support in Predicting the Social Health of Diabetic Patients

Seyfullah Aghajani¹, Matineh Ebadi Kasbakhi², Hamid Reza Samadifard³

Original Article

Abstract

Aim and Background: The World Health Organization stressed on the importance of social health as well as physical health, so social health has become the common concern of sociologists and social planners in each community. The present study was conducted to determine the role of irrational beliefs, mindfulness and perceived social support in predicting the social health in diabetic patients.

Methods and Materials: This study was a descriptive-correlational study. The statistical population of the study included all type 2 diabetes patients referred to the diabetes clinic of Imam Khomeini Hospital of Ardabil in 2019. One hundred twenty patients were selected by convenience sampling method. For data collection, the irrational beliefs scale, mindfulness scale, multidimensional scale of perceived social support and social health scale were used. Data analysis was made using Pearson correlation coefficient and multiple regression and using SPSS version 16 software.

Findings: According to the results a significant relationship was observed between irrational beliefs ($r=-0.54$, $p<0.05$) and mindfulness ($r=0.51$, $p<0.05$) with social health in diabetic patients. Also, a significant relationship was observed between social support perceived by the family ($r=0.64$, $p<0.05$), friends ($r=0.62$, $p<0.05$) and others ($r=0.59$, $p<0.05$) with social health in diabetic patients. The results of multiple regression indicated that irrational beliefs, mindfulness and perceived social support predict a total of 0.60 in social health among the diabetic patients ($p<0.05$).

Conclusions: According to the results of this study, irrational beliefs, mindfulness and perceived social support are effective in improving the social health in patients with type 2 diabetes patients.

Keywords: Beliefs, Mindfulness, Social Support, Health, Diabetes Mellitus.

Citation: Aghajani S, Ebadi Kasbakhi M, Samadifard HR. **The Role of Irrational Beliefs, Mindfulness and Perceived Social Support in Predicting the Social Health of Diabetic Patients.** J Res Behav Sci 2020; 17(4): 553-562.

1- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

2- MA Student of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

3- Ph. D Student of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Corresponding author: Matineh Ebadi Kasbakhi. E-mail: matinehebadi2019@yahoo.com