

نقش مؤلفه های اجتناب شناختی و باور فراشناختی در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی

سیف اله آقاجانی^۱، حمیدرضا صمدی فرد^۲، محمد نریمانی^۳

۱. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران. ۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. ۳. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۴/۱۲/۰۱ - تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۲۹)

The Role of Cognitive Avoidance Components and Metacognitive Belief in the Prediction of Quality of Life in Diabetic Patients

Seyfullah Aghajani¹, *Hamidreza Samadifard², Mohammad Narimani³

1. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Payame Noor, Iran. 2. MA Student of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. 3. Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

(Received: Feb. 20, 2016 - Accepted: Feb. 17, 2017)

Abstract

چکیده

Objective: Diabetes is one of the most common diseases in Iran and the world. It is chronic, progressive and expensive and creates many complications. This study aimed to investigate the role of cognitive avoidance components and metacognitive belief in the prediction of quality of life in diabetic patients. **Methods:** The study was based on a descriptive correlational method. Statistical population consisted of all patients with type 2 diabetes in Ardabil city in 2015. 124 diabetic patients were selected as the statistical sample using the convenience sampling. Data were collected through Dugas and Sextons cognitive avoidance scale (2008), Wells metacognitive belief scale (2004) and the world health organization quality of Life Scale (1996). Research data were analyzed by Pearson correlation coefficient and multiple regression methods. **Results:** The results showed that there is a significant negative relationship between cognitive avoidance components and metacognitive belief with quality of life in diabetic patients ($p < 0.05$). Beta coefficients for predictor variables indicated that thoughts repression -0.16, thoughts succession -0.20, avoidance of threatening stimuli -0.22, changing image to thought -0.24 and metacognitive belief -0.12 have significantly predictive capability of Quality of Life in Diabetic Patients ($p < 0.05$). **Conclusion:** Thus, it can be concluded that cognitive avoidance components and metacognitive belief are considered the predicting variables related to quality of life in diabetic patients.

Keywords: Cognitive Avoidance, Metacognitive Belief, Quality of life, Diabetic Patients.

هدف: دیابت یکی از بیماری های شایع در ایران و جهان می باشد که مزمن، پیش رونده و پرهزینه است و عوارض متعددی ایجاد می کند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش مؤلفه های اجتناب شناختی و باور فراشناختی در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی صورت گرفت. روش: روش اجرای پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری مطالعه کلیه بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۴ بودند که به روش نمونه گیری در دسترس ۱۲۴ نفر از بیماران دیابتی به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها، از ابزارهای اجتناب شناختی سکستون و دوگاس (۲۰۰۸)، باور فراشناختی ولز (۲۰۰۴) و مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) استفاده شد. داده های پژوهش با روش های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها: نتایج نشان داد بین مؤلفه های اجتناب شناختی و باور فراشناختی با کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه منفی معناداری وجود دارد ($p < 0.05$). ضرایب بتای متغیرهای پیش بین نیز نشان داد واپس زنی افکار ۰/۱۶-، جانشینی افکار ۰/۲۰-، اجتناب از موقعیت ها ۰/۲۲-، تبدیل تصور به فکر ۰/۲۴- و باور فراشناختی ۰/۱۲- به شکل معناداری کیفیت زندگی بیماران دیابتی را تبیین می کنند ($p < 0.05$). نتیجه گیری: در نتیجه می توان بیان نمود که مؤلفه های اجتناب شناختی و باور فراشناختی در زمره متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی بیماران دیابتی بودند و توانایی پیش بینی آن را دارند. واژگان کلیدی: اجتناب شناختی، باور فراشناختی، کیفیت زندگی، بیماران دیابتی.

مقدمه

شیوع و بروز دیابت در تمام جمعیت ها در حال افزایش است. میزان شیوع دیابت در حال حاضر در ایران یک و نیم میلیون نفر است که تخمین زده می شود در سال ۲۰۲۵ به پنج و یک دهم میلیون نفر برسد. با توجه به شیوع بالا و در حال پیشرفت بیماری و عوارض ناتوان کننده آن و تاثیری که بیماری در کیفیت زندگی^۵ افراد می گذارد، بررسی عوامل مرتبط با کنترل بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران ضروری می باشد (ولی پور و رضایی، ۱۳۹۲).

کیفیت زندگی می تواند برای افراد گوناگون تعاریف و تعابیر مختلفی داشته باشد. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را مفهومی چند بُعدی می داند (برقی ایرانی، بگیان کوله مرز و فولادوند، ۱۳۹۲). کیفیت زندگی، ادراک فرد از سلامت خودش به طور کلی، مطابق با مقتضیات فرهنگی، سیستم ارزشی، اهداف، انتظارات و علائقش است و توضیح می دهد که چرا افراد با شاخص های عینی مشابه از کیفیت زندگی می توانند شاخص های ذهنی کاملاً متفاوتی داشته باشند (کاسترو، پانچیانو، منگتی، کرلینگ و چم^۶، ۲۰۱۲).

پژوهش ها نشان داده اند که نوع دیابت و درمان آن، با کیفیت زندگی بیماران مبتلا ارتباط ندارد، بلکه بیماران با کنترل و مدیریت مناسب قند خون، می توانند کیفیت زندگی بهتری را تجربه نمایند (سزارتو، سیکیرا، دی باروس، سالوادور و فریرا^۷، ۲۰۱۱). نتایج تحقیقات دیگری نشان داده است که بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد. افراد

دیابت یکی از بیماری های شایع در ایران و جهان می باشد که مزمن، پیش رونده و پرهزینه است و عوارض متعددی ایجاد می کند (روزنتال^۱، ۲۰۰۳). دیابت به صورت سه ناهنجاری پاتولوژیک اختلال در ترشح انسولین، مقاومت محیطی به انسولین و تولید بیش از حد گلوکز کبدی مشخص می شود (وایلد، راگلیک، گرین، سایکری و کینگ^۲، ۲۰۰۴). در حال حاضر، بیش از ۳ میلیون نفر در ایران مبتلا به دیابت هستند که طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، اگر اقدامات مؤثری در این زمینه صورت نپذیرد، این تعداد تا سال ۲۰۳۰ به نزدیک ۷ میلیون نفر افزایش خواهد یافت (استقامتی، گویا، عباسی، دلاوری، علی خانی و همکاران، ۲۰۰۸). دیابت سومین علت مرگ و میر ناشی از بیماری ها محسوب می شود. علاوه بر این بیماری دیابت یکی از شایع ترین اختلالات غدد درون ریز می باشد (محمود علی لو، اسبقی پور، نریمانی و آقا محمذادگان، ۱۳۹۳). دیابت بیماری مزمنی است که سلامت روانی افراد را تهدید می کند (بیات اصغری، غرابی، حیدری، جواهری و همکاران، ۱۳۹۴). با توجه به عوارض متعدد، این بیماری درمان مناسبی را می طلبد. در حقیقت درمان دیابت نوع دو یک چالش است (زی، ژاوو و ژینگ^۳، ۲۰۱۱). درمان های قابل دسترس برای دیابت نوع دو شامل تغییر سبک زندگی با ورزش، تغذیه و داروهای خوراکی انسولین می باشد (چاو، زو، ژنگ، چن، وانگ و ویو و همکاران^۴، ۲۰۰۹؛ میرفیضی، مهدی زاده، میر فیضی، اصغری، رضوانی و شوقی، ۱۳۹۳).

5. Quality of Life

6. Castro, Ponciano, Meneghetti, Kreling & Chem.

7. Cezaretto, Siqueira-Catania, De Barros, Salvador & Ferreira.

1. Rosenthal.

2. Wild, Roglic, Green, Sicree, & King.

3. Xie, Zhao & Zhang.

4. Chao, Zou, Zhang, Chen, Wang, Wu & et al.

جریان موقعیت های مختلف تغییر می دهند (سکستون و دوگاس^۵، ۲۰۰۸). هر فردی در برخورد با یک موقعیت فرضیه هایی درباره خود و محیطش می سازد. این فرضیه ها معیارهایی کمال گرایانه و سو گیرانه درباره عملکرد است که می تواند منجر به شکل گیری نشانه های جسمی و روانشناختی شود (دانهی و استوپا^۶، ۲۰۱۰). یافته های هولواوی، هیمبرگ و کلس^۷ (۲۰۰۶) نشان داد که اجتناب شناختی نقش مهمی در کاهش کیفیت زندگی و مبتلا شدن به اختلالات روانی دارد. نتایج تحقیقات دیگری نشان داده است که بین اجتناب شناختی و سلامت روانی رابطه معناداری وجود دارد (کلسی، دیکسون و لورا^۸، ۲۰۱۲). یافته های پژوهش های مختلف نشان داده است که اضطراب و افسردگی در بیماران دیابتی شایع است (مویدی، زارع و نیک بخت، ۱۳۹۳). از سوی دیگر، بیشتر پژوهش های انجام شده در رابطه با اجتناب شناختی به بررسی این مؤلفه با افسردگی و اضطراب پرداخته است که تمامی این مطالعات از نقش اجتناب شناختی به عنوان متغیر تاثیر گزار در بروز بیماری های روانی و کاهش کیفیت زندگی حمایت کرده است (کشدن، برن، ایفرم و ترهر^۹، ۲۰۱۰؛ عطایی، فتی، احمدی، ۱۳۹۲).

متغیر دیگر پژوهش باور فراشناختی^{۱۰}، یک مفهوم چند وجهی است که شامل دانش، پردازش و راهبردهایی می شود که ارزیابی، نظارت یا کنترل شناخت را برعهده دارند (مارتینز^{۱۱}، ۲۰۰۶). فراشناخت مفهومی است که در برگیرنده باورها،

دیابتی در مقایسه با افراد عاری از بیماری مزمن، دارای پایین ترین کیفیت زندگی هستند، اما این پیامد به نسبت افرادی که دچار سایر بیماری های مزمن با عوارض شدید و جدی هستند، وضعیت بهتری دارد (مینت، مولر، واچ، واگنر و هنریکسن^۱، ۲۰۱۰). هم چنین عوارض و مشکلات مزمن ناشی از دیابت، تأثیر به سزایی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت دارد (مسی بندتی^۲، ۲۰۰۲). ندلیوکویچ، کرسیتیک، واراچیک و پاتنیک^۳ (۲۰۱۱) به این نتیجه رسیدند که کارکردهای شناختی و کیفیت زندگی رابطه متقابل و تعیین کننده ای در بیماران دارند. نقش متغیرهای جمعیتی و عوامل روانی نیز در برخی مطالعات بر کیفیت زندگی بیماران تأثیرگذار بوده است (محمدپور، حریریان، مقدسیان و ابراهیمی، ۱۳۸۷). نتایج تحقیق قاسمی پور، قاسمی و زمانی (۱۳۸۸) نشان داد از بین نمونه مورد بررسی از بیمارانی دیابتی، نیمی از بیماران دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند. نتایج تحقیق هادی پور (۱۳۹۲) نشان داد بالاترین کیفیت زندگی بیماران دیابتی مربوط به استان های قم، سمنان و گیلان و پایین ترین کیفیت زندگی مربوط به بیماران دیابتی استان های اردبیل، کرمان و یزد می باشد. فلاح زاده و همکاران (۱۳۹۴) نیز به این نتیجه رسیدند که دیابت بیماری مزمنی است که کیفیت زندگی بیماران را به شدت تحت تأثیر قرار می دهد.

یک از سازه های روانشناختی که ممکن است در کیفیت زندگی بیماران دیابتی موثر باشد. اجتناب شناختی^۴ است. اجتناب شناختی، انواع راهبردهای ذهنی است که بر اساس آن افراد افکار خویش را در

5. Sexton & Dugas.

6. Danahy & Stopa.

7. Holaway, Heimberg & Coles.

8. Kelsey, Dickson & Laura.

9. Kashdan, Breen, Afram, & Terhar.

10. Metacognitive Belief.

11. Martinez.

1. Minet, Mohler, Vach, Wagner & Henriksen.

2. Massi-Benedetti.

3. Nedeljkovic, Krstic, Varagic-Markovic & Putnik.

4. Avoid Cognitive.

بیماری در کشور شیوع بالایی داشته و کیفیت زندگی این دسته از بیماران پایین می باشد. امروزه بیماران انتظار مشارکت بیشتری در تصمیم گیری های درمانی دارند، بنابراین اطلاع از کیفیت زندگی در این تصمیم گیری مشترک مراقبتی و درمانی اصلی مهم می باشد (سعادت جو، رضوانی، طبیعی و عودی، ۱۳۹۱). با عنایت به اهمیت بررسی کیفیت زندگی به عنوان یکی از پیامدهای طولانی مدت در دیابت (طل، شریفی راد، اسلامی، شجاعی زاده و الحانلی، ۱۳۹۰)، این مطالعه با هدف بررسی نقش اجتناب شناختی و باور فراشناختی در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی انجام شد. نتایج حاصل از این پژوهش می تواند در برنامه ریزی های بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی مورد توجه و اهتمام بیشتر قرار گیرد.

روش

روش اجرای پژوهش توصیفی (غیر آزمایشی) و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی اردبیل در سال ۱۳۹۴ بودند. با توجه به اینکه در تحقیقات توصیفی حداقل تعداد نمونه ۱۰۰ نفر و در تحقیقات همبستگی حداقل تعداد نمونه ۳۰ نفر می باشد (دلاور، ۱۳۸۰)، در پژوهش حاضر به منظور افزایش اعتبار بیرونی ۱۳۰ نفر از بیماران دیابتی به روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- تشخیص بیماری دیابت توسط پزشکان متخصص، ۲- عدم ابتلا به بیماری های مزمن و پر خطر دیگر نظیر سرطان و بیماری های قلبی و ریوی، ۳- داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن به طوری که قادر به پاسخ گویی به مقیاس ها باشند، ۴- عدم وجود سابقه اختلال روانپزشکی و مشکلات جسمانی شدید، طبق اظهارات خود بیماران و ۵- رضایت آگاهانه بیماران.

فرایندها و راهبردهای است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می کند. ولز^۱ در دیدگاه فراشناختی خود، چنین فرضی را مطرح می کند که نگرانی از دانشی مجزا، شامل عقاید و باورهای مثبت و منفی در رابطه با تفکر نشات می گیرد (ولز، ۲۰۰۹). فراشناخت به آگاهی و نظارت بر یک افکار تعریف شده است (ایسکالا^۲، ۲۰۱۱). فراشناخت فکر کردن درباره فرایند تفکر است (هلن، استیفن، رینهارد^۳، ۲۰۱۳). باورهای فراشناختی از عوامل تاثیر گزار در کیفیت زندگی افراد می باشد (واس، لای سکر، فرانسیس، هام، بوک و همکاران^۴، ۲۰۱۴؛ جارد، جیانکارلو، رافائل، کلی، کلی و همکاران^۵، ۲۰۱۶). نتایج تحقیق عاشوری، وکیلی، بن سعید و نوعی (۱۳۸۸) نشان داد بین باور فراشناختی و سلامت روانی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد و با آموزش فراشناختی سلامت روانی بیماران به طور معناداری افزایش می یابد. نتایج تحقیق پرهون، مرادی، حاتمی و پرهون (۱۳۹۱) نشان داد آموزش های فراشناخت درمانی باعث بهبود کیفیت زندگی می شود.

یافته های تحقیقات از تاثیر گزاری عوامل شناختی در کیفیت زندگی افراد حمایت کرده است (زارع بهرام آبادی، وفایی، قادری و تقوایی، ۱۳۹۱). با توجه به اینکه اجتناب شناختی و باور فراشناختی نقش مهمی در سلامت روانی افراد دارند (محمد امینی، ۱۳۸۶؛ عاشوری، ۱۳۹۴؛ مختاری، خسروی و نجات بخش، ۱۳۹۴)، بررسی رابطه آن با جنبه های متفاوت زندگی در بیماری های مزمن، لازم به نظر می رسد. یکی از این بیماری ها دیابت می باشد. این

1. Wells.
2. Iiskala.
3. Helen, Steffen & Reinhard.
4. Vohs, Lysaker, Francis, Hamm, Buck & et al.
5. Jared, Giancarlo, Raffaele, Kelly, Kelly & et al.

۲-مقیاس باور فراشناختی ولز^۲: این مقیاس توسط کارت رایت هاتن^۳ و ولز (۱۹۹۷) برای سنجش باور شناختی افراد ساخته شده است. مقیاس دارای ۳۰ ماده بوده و دارای ۵ زیر مقیاس: مهار ناپذیری و خطر، باور مثبت درباره نگرانی، خود آگاهی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل فکر است. برای به دست آوردن نمره کل، نمرات زیر مقیاس ها با هم جمع می شود. مقیاس در یک طیف چهار درجه ای از موافق نیستم تا خیلی موافقم نمره گذاری می شود. دامنه نمرات مقیاس بین ۳۰ تا ۱۲۰ خواهد بود. کسب نمره بالا نشان دهنده باور فراشناختی قوی در بین افراد است. در نسخه اصلی همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای زیر مقیاس ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ به دست آمد (ولز و کارت رایت هاتن، ۲۰۰۴). در نسخه ایرانی، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای زیر مقیاس بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۳ به دست آمد (شیرین زاده دستگیری، گودرزی، غنی زاده، تقوی، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر، برای تحلیل داده ها از نمره کل باور فراشناختی استفاده شد و ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

۳-مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی^۴ ساخته شده است. مقیاس دارای ۲۶ سوال بوده و در طیف لیکرت ۵ درجه ای نمره گذاری می شود. ۲۴ سوال برای سنجش زیر

بعد از انتخاب نمونه و دادن اطمینان خاطر از اینکه این آزمون و نتایج به دست آمده از آن ها صرفاً جنبه ی پژوهشی دارد و تاکید بر اینکه نوشتن نام و نام خانوادگی به هیچ وجه ضرورت ندارد، مقیاس ها در آن ها به اجرا درآمد. از آنجایی که ۶ نفر از بیماران به برخی از سوال های مقیاس ها جواب نداده بودند، از جریان پژوهش خارج شده و در نهایت ۱۲۴ نفر از بیماران به عنوان نمونه انتخاب شدند.

ابزار

۱-مقیاس اجتناب شناختی^۱: مقیاس توسط سکستون و دوگاس (۲۰۰۸) طراحی شده است. این مقیاس دارای ۲۵ سوال بوده و هدف آن سنجش اجتناب شناختی از ابعاد مختلف واپس زنی افکار، جانمایی افکار، حواس پرتی، اجتناب از موقعیت ها و تبدیل تصور به فکر است. این مقیاس در طیف پنج درجه ای از کاملاً غلط تا کاملاً درست نمره گذاری می شود. برای به دست آوردن امتیاز کلی مقیاس، مجموع امتیازات همه سوالات با هم جمع می شود. دامنه نمرات مقیاس بین ۲۵ تا ۱۲۵ خواهد بود. نمره پایین نشان دهنده اجتناب شناختی پایین و نمره بالاتر به معنای اجتناب شناختی بالا است. ضریب پایایی این مقیاس بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (سکستن و دوگاس، ۲۰۰۸). هم چنین در ایران ضریب پایایی مقیاس ۰/۸۶ به دست آمده است (محمود علی لو، شاه جویی و هاشمی، ۱۳۸۹). در مطالعه حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۶ به دست آمد.

2. MCQ.

3. Cartwright-Hatton.

4. WHOQOL Group.

1. CAQ.

گزارش شده است. در پژوهش حاضر، از نمره کل کیفیت زندگی استفاده شد و ضریب پایایی ۰/۹۱ به دست آمد. داده های پژوهش با روش های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه و سطح معنی داری $p=0/05$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

دامنه سنی آزمودنی ها ۲۴ تا ۶۸ بود (با میانگین سنی ۳۸ و انحراف معیار ۱۱/۸۲). هم چنین ۳/۵۷ آزمودنی ها مرد (۷۱ نفر) و ۴۲/۷ درصد زن (۵۳ نفر) بودند.

مقیاس های سلامت جسمی، سلامت روان، سلامت رابطه اجتماعی، سلامت محیط و ۲ سوال برای سنجش کیفیت و سلامت عمومی به کار می رود. برای به دست آوردن نمره کلی، نمرات زیر مقیاس ها را با هم جمع می کنیم. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. پایایی مقیاس توسط سازندگان آن (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶) و هم چنین در ایران (نجات، منتظری، هلاکویی، کورش و مجدزاده، ۱۳۸۵؛ حمیدی زاده، احمدی، اصلانی، اعتمادی فر، صالحی و کردیزدی، ۱۳۸۷) بالای ۰/۷۰

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
واپس زنی افکار	۱۵/۴۳	۵/۶۴	۱۲۴
جانشینی افکار	۱۴/۵۷	۵/۰۴	۱۲۴
حواس پرتی	۱۴/۸۲	۵/۱۸	۱۲۴
اجتناب از موقعیت ها	۱۳/۹۰	۴/۵۶	۱۲۴
تبدیل تصور به فکر	۱۴/۱۸	۴/۴۵	۱۲۴
باور فراشناختی	۹۴/۶۰	۳۰/۲۹	۱۲۴
کیفیت زندگی	۸۰/۴۵	۲۴/۷۳	۱۲۴

باور فراشناختی و کیفیت زندگی را نشان می دهد.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار مؤلفه های

اجتناب شناختی،

جدول ۲. ضریب همبستگی مؤلفه های اجتناب شناختی و باور فراشناختی با کیفیت زندگی بیماران دیابتی

متغیر	ضریب پیرسون	سطح معناداری
واپس زنی افکار	-۰/۵۵۱	۰/۰۰۱
جانشینی افکار	-۰/۶۳۳	۰/۰۰۱
حواس پرتی	-۰/۵۸۱	۰/۰۰۱
اجتناب از موقعیت ها	-۰/۶۸۸	۰/۰۰۱
تبدیل تصور به فکر	-۰/۶۷۶	۰/۰۰۱
باور فراشناختی	-۰/۳۲۱	۰/۰۰۱

طبق نتایج جدول ۲ بین مؤلفه های اجتناب شناختی (واپس زنی افکار ۰/۵۵-، جانشینی افکار ۰/۶۳-، حواس پرتی ۰/۵۸-، اجتناب از موقعیت ها ۰/۶۸- و تبدیل تصور به فکر ۰/۶۷-) و باور فراشناختی ۰/۳۲- با کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۳. تحلیل رگرسیون نمرات متغیر ملاک بر نمرات متغیر پیش بین

خطای استاندارد	ضریب تعیین اصلاح شده	ضریب تعیین	ضریب همبستگی
۱۴/۹۱	۰/۶۳۶	۰/۶۵۴	۰/۷۹۸

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که با استفاده از رگرسیون چندگانه ۰/۶۵ کیفیت زندگی بیماران دیابتی توسط متغیرهای پیش بین (مؤلفه های اجتناب شناختی و باور فراشناختی) تبیین می شود.

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس برای معناداری مدل به کار گرفته شده

مدل	SS	DF	MS	F	P
رگرسیون	۴۹۲۴۴/۸۳۶	۶	۸۲۰۷/۴۷۳	۳۶/۸۸۵	۰/۰۰۱
باقیمانده	۲۶۰۳۳/۹۶۳	۱۱۷	۲۲۲/۵۱۳		
کل	۷۵۲۷۸/۷۹۸	۱۲۳			

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که F به دست آمده معنی دار است. این مطلب نشان می دهد که حداقل یکی از متغیرهای پیش بین ما در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی معنی دار است.

جدول ۵. پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی براساس مؤلفه های اجتناب شناختی و باور فراشناختی

مدل	B	Se	β	T	P
واپس زنی افکار	-۰/۷۴۱	۰/۳۱۱	-۰/۱۶۹	-۲/۳۸۴	۰/۰۱۹
جانشینی افکار	-۰/۹۹۵	۰/۳۳۸۶	-۰/۲۰۳	-۲/۵۸۲	۰/۰۱۱
حواس پرتی	-۰/۶۰۶	۰/۳۳۸	-۰/۱۲۷	-۱/۷۹۵	۰/۰۷۵
اجتناب از موقعیت ها	-۱/۲۲۴	۰/۴۷۳	-۰/۲۲۶	-۲/۵۸۶	۰/۰۱۱
تبدیل تصور به فکر	-۱/۳۵۲	۰/۴۶۲	-۰/۲۴۴	-۲/۹۲۴	۰/۰۰۴
باور فراشناختی	-۰/۱۶۰	۰/۰۷۷	-۰/۱۲۰	-۲/۰۸۹	۰/۰۳۹

با توجه به ضرایب بتای جدول ۵ معلوم می شود که از بین متغیرهای پیش بین: مؤلفه های اجتناب شناختی (واپس زنی افکار ۰/۱۶-، جانشینی افکار ۰/۲۰-، اجتناب از موقعیت ها ۰/۲۲-، تبدیل تصور به فکر ۰/۲۴-) و متغیر دیگر پژوهش باور فراشناختی ۰/۱۲- به شکل معناداری کیفیت زندگی بیماران دیابتی را تبیین می کنند ($p < 0/05$).

نتیجه گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش مؤلفه های اجتناب شناختی و باور فراشناختی در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی صورت گرفت. نتایج کلی پژوهش حاضر نشان دهنده وجود روابط بین مؤلفه های اجتناب شناختی و باور فراشناختی با کیفیت زندگی بیماران دیابتی بود. از آنجایی که یکی از اهداف پژوهش حاضر ترسیم مدل رگرسیون بر اساس متغیرهای پیش بین جهت پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی بود، از این رو نتایج رگرسیون نشان داد مؤلفه های اجتناب شناختی و باور فراشناختی قابلیت پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی را دارند.

اما همان طور که ذکر شد، قسمت اول نتایج نشان داد بین مؤلفه های اجتناب شناختی (واپس زنی افکار، جانشینی افکار، حواس پرتی، اجتناب از محرک تهدید کننده، تبدیل تصور به فکر) با کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه منفی معناداری وجود دارد. در تبیین نتیجه به دست آمده، طبق نظر فم و مارگراف^۱ (۲۰۰۲) اجتناب شناختی شامل سرکوب افکار ناخوشایند و یا خاطرات از طریق دور کردن آن ها از ذهن، حواس پرتی، اجتناب از موقعیت ها و تبدیل

تصور به فکر است که با هدف انحراف ذهن از موضوع نگران کننده صورت می گیرد. تلاش زیاد برای سرکوب افکار باعث تولید اثر متناقض می شود و هر چقدر فرد تلاش بیشتری برای سرکوب افکار انجام می دهد چرخه معیوبی شکل می گیرد و منجر به افزایش وقوع افکار نگران کننده می گردد (محمود زاده و محمد خانی، ۱۳۹۵). بیمارانی که مؤلفه های اجتناب شناختی در آن ها بالا بود دارای کیفیت زندگی مطلوبی نبودند در مقابل بیمارانی که مؤلفه های اجتناب شناختی کمی گزارش دادند، دارای کیفیت زندگی مطلوب تری بودند. اجتناب شناختی راهی است که افراد در مواجهه با موقعیت های استرس زا انتخاب می کنند تا به شرایط فشارزا پاسخ دهند. انواع راهبردهای اجتناب شناختی از جمله فرو نشانی فکر، جانشینی فکر، حواس پرتی، اجتناب از محرک تهدید کننده و تبدیل تصور به فکر توسط محققین مختلف گزارش شده است (بساک نژاد، معینی و مهربانی زاده، ۱۳۸۹). نتایج این تحقیق با تحقیق گیلاندرز، آشلیگ، مارگارت و کیرستن^۲ (۲۰۱۵) همسو بود. یافته های هر دو پژوهش از نقش اجتناب در کیفیت زندگی بیماران حمایت می کند. نتایج تحقیق گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد عوامل شناختی و به ویژه اجتناب از عوامل تاثیر گزار در کیفیت زندگی بیماران است. در مطالعات مختلف از تاثیر شناخت درمانی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران حمایت شده است (زارع بهرام آبادی و همکاران، ۱۳۹۱). بیماران دیابتی با مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی متعددی مواجه هستند که مجموعه این مشکلات می تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان شود (سعادتجو و همکاران، ۱۳۹۱). علاوه بر این نتایج تحقیقات دیگری نشان داده است که عوامل

شناختی در کیفیت زندگی بیماران دیابتی به ویژه پیروی بیماران از برنامه های درمانی تاثیر گزار است (زارع شاه آبادی و ابراهیمی، ۱۳۹۲). بیماران که از مؤلفه های اجتناب شناختی بیشتر استفاده می کنند در پیروی از برنامه های درمانی دچار مشکل شده و این خود باعث تضعیف کیفیت زندگی آنان می شود. اجتناب مانع پاسخ های مؤثر افراد به محرک های هیجانی و جایگزینی راهبرد های مدیریت هیجان می شود و به همین دلیل راهبرد کارآمدی نیست (شهار و هر، ۲۰۱۱). نتایج تحقیق ندلیوکویچ و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد بین کارکرد های شناختی و کیفیت زندگی بیماران رابطه وجود دارد. افرادی که از مؤلفه های اجتناب شناختی استفاده می کنند، بیشتر احتمال دارد دچار اختلالات روانی شوند و اجتناب شناختی یکی از متغیر های تاثیر گزار در سلامت روانی افراد است (کلسی و همکاران، ۲۰۱۲). تمامی یافته های تحقیقات ذکر شده و نتایج این پژوهش، نشان می دهد که اجتناب شناختی از متغیر های تاثیر گزار در کیفیت زندگی افراد و بیماران دیابتی است.

متغیر دیگر پژوهش باور فراشناختی بود. نتایج نشان داد بین باور فراشناختی و کیفیت زندگی بیماران رابطه منفی معناداری وجود دارد. بر اساس نظریه فراشناختی آسیب پذیری هیجانی، الگوی پاسخ هایی که نظام شناختی برای مقابله از خود نشان می دهد و از آن ها تعبیر به نشانگان شناختی توجهی می شود در نشانه شناسی و ضابطه مندی اختلالات هیجانی نقش اصلی را دارد (خانی پور، سهرابی و طباطبایی، ۱۳۹۰). بیماران که باور فراشناختی در آن ها ضعیف بود، دارای کیفیت زندگی مطلوبی بودند اما بیمارانی که باور فراشناختی در آن ها قوی بود، دارای کیفیت

زندگی نامطلوبی بودند. باورهای فراشناختی از عوامل مؤثر در وضعیت سلامت روانی هستند و می توان با تغییر فراشناخت هایی که شیوه های ناسازگارانه ی تفکرات منفی را زیاد می کنند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می شود به بهبود وضعیت سلامت روانی افراد کمک کرد (عاشوری و همکاران، ۱۳۸۸). نتایج تحقیق سلطانی زاده (۱۳۹۱) نشان داد فراشناخت از عوامل تاثیر گزار بر کیفیت زندگی افراد است و با آموزش فراشناخت می توان رضایت از زندگی و کیفیت زندگی افراد را افزایش داد. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک فرد از جایگاهش در زندگی در بافت سیستم فرهنگ و ارزش هایی که او در آن ها زندگی می کند می داند که در ارتباط با هدف ها، انتظارات، استانداردها و نگرانی های اوست (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶). نتایج تحقیق دیگری نشان داده است بین باور فراشناختی و نگرانی رابطه معناداری وجود دارد. نگرانی های بی مورد خود از عوامل اصلی تضعیف کیفیت زندگی می باشد. نتایج تحقیق هاروی و لاونسن^۲ (۲۰۰۹) نشان داد که میزان پیروی افراد از برنامه های درمانی، بستگی به باورهای آن ها درباره سلامت و بیماری دارد (زارع شاه آبادی و ابراهیمی، ۱۳۹۲). نتایج تحقیق مویدی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد اضطراب و افسردگی در بیماران دیابتی شایع است. نتایج تحقیقات دیگری نشان داده است که باور فراشناختی با اضطراب و افسردگی رابطه دارد. از سوی دیگر نتایج تحقیق پرهون و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد آموزش های فراشناخت درمانی باعث بهبود کیفیت زندگی افراد می شود. یافته های پژوهش دیگری نشان داده است که با آموزش

2. Harvey & Lawson.

استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و محدود بودن به بیماران دیابتی شهر اردبیل از محدودیت های پژوهش حاضر می باشد. بنابراین پیشنهاد می گردد در تحقیقات دیگر از روش نمونه گیری تصادفی بهره گرفته شود و چنین پژوهشی در دیگر شهرها صورت گیرد تا تعمیم نتایج با اطمینان بیشتری امکان پذیر باشد. علاوه بر این پیشنهاد می شود با آموزش های فراشناخت درمانی و غلبه بر اجتناب شناختی بر روی بیماران دیابتی که کیفیت زندگی مناسبی ندارند، به آن ها در بهبود کیفیت زندگی کمک کرد.

سپاسگزاری

از تمامی بیماران دیابتی و پرسنل بیمارستان امام خمینی اردبیل که در پژوهش حاضر همکاری های لازم را انجام دادند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

فراشناخت سلامت روانی بیماران دیابتی بهبود می یابد (عاشوری، ۱۳۹۴). رفعت و مسعودی (۱۳۹۴) به این نتیجه رسیدند که با درمان فراشناختی کیفیت زندگی بیماران دیابتی بهبود می یابد. رضوی زاده و شاره (۱۳۹۴) نیز به این نتیجه رسیدند که فراشناخت از عوامل تاثیر گزار در رضایت از درمان بیماران می باشد. این به معنای آن است که با آموزش های فراشناخت می توان رضایت از درمان و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشید. در مجموع می توان اینگونه نتیجه گرفت که، باور فراشناختی و اجتناب شناختی باعث تضعیف کیفیت زندگی بیماران می شود. بنابراین می توان یافته های پژوهش حاضر را در بهبود کیفیت زندگی بیماران به کار بست.

در نهایت قسمت آخر نتایج نشان داد که اجتناب شناختی و باور فراشناختی به شکل معناداری کیفیت زندگی بیماران دیابتی را تبیین می کنند. در نتیجه می توان بیان نمود که متغیرهای ذکر شده در زمره متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی بیماران دیابتی بوده و توانایی پیش بینی آن را دارند.

منابع

- دلاور، ع. (۱۳۸۰). مبانی نظری و علمی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. چاپ اول. تهران، انتشارات رشد.
- رحمانیان، زاهده؛ واعظ موسوی، م. ک. (۱۳۹۲). فراشناخت و فعالیت ورزشی. مطالعات روانشناختی ورزشی، ۲(۴): ۱۳-۲۴.
- رفعت، ز؛ مسعودی، آ. (۱۳۹۴). رابطه بین درمان فراشناختی و اضطراب صفت در بیماران مبتلا به بیماری دیابت شهرستان شیروان. کنفرانس ملی روانشناسی علوم تربیتی و اجتماعی، مازندران، موسسه کومه علم آوران دانش.
- رضوی زاده تبارکان، ب. ز؛ شاره، ح. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی گروه درمانی فراشناختی و آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر افسردگی، کیفیت زندگی، سبک پاسخ‌دهی نشخواری و فراشناخت‌های زنان مطلقه. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۱(۲): ۱۰۸-۱۲۰.
- زارع بهرام آبادی، م؛ وفائی بانه، ف؛ قادری، ا؛ تقوایی، د. (۱۳۹۱). اثر بخشی درمان شناختی و رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲. دیابت و لیپید ایران، ۱۲(۳): ۲۲۵-۲۳۲.
- زارع شاه آبادی، ا؛ ابراهیمی صدر آبادی، ف. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر عوامل شناختی بر درمان بیماری «دیابت نوع دو» در یزد. مطالعات روانشناسی بالینی، ۱۳(۴): ۱-۲۲.
- سلطانی زاده، م. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی درمان های شناختی و رفتاری، فراشناختی و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر انزال زودرس، رضایت زناشویی، اضطراب و افسردگی مردان مراجعه کننده به مراکز
- بساک نژاد، س؛ معینی، ن؛ مهرابی زاده هنرمند، م. (۱۳۸۹). رابطه پردازش پس رویدادی و اجتناب شناختی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان. علوم رفتاری، ۴(۴): ۳۳۵-۳۴۰.
- بیات اصغری، ع؛ حیدری، ح؛ جواهری، ج؛ موسی نژاد، س؛ آرامون، ا. (۱۳۹۴). بررسی رابطه ابعاد شخصیت با تبعیت از درمان در بیماران دیابتی نوع دو. روانشناسی سلامت، ۴(۱۶): ۲۰-۳۰.
- برقی ایرانی، ز؛ بگیان کوله مرز، م. ج؛ فولادوند، ش. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران دارای فرزند سرطانی. روانشناسی سلامت، ۲(۶): ۷۹-۹۴.
- پرهون، ه؛ مرادی، ع. ر؛ حاتمی، م؛ پرهون، ک. (۱۳۹۱). مقایسه درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و درمان فراشناختی بر کاهش شدت نشانه ها و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی. پژوهش در سلامت روانشناختی، ۶(۴): ۳۶-۵۲.
- حمیدی زاده؛ س؛ احمدی، ف؛ اصلانی، ی؛ اعتمادی فر، ش؛ صالحی، ک؛ کردیزدی، ر. (۱۳۸۷). بررسی تاثیر برنامه ورزشی گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان در سال ۱۳۸۵-۸۶. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۶(۱): ۸۱-۸۶.
- خانی پور، ح؛ سهرابی اسمرود، ف؛ طباطبایی برزکی، س. (۱۳۹۰). باورهای فراشناختی و راهبرد های کنترل فکر در دانشجویان با سطوح بهنجار و بیمارگون از نگرانی. پژوهش های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۱(۱): ۷۱-۸۲.

- درمانی اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان.
- ۳۱ - سعادت جو، ع. ر؛ رضوانی، م. ر؛ طبیعی، ش؛ عودی، د. (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نوع ۲ با افراد غیر دیابتی. فصل نامه پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۹(۱): ۲۴-۳۱.
- ۳۰ - شیرین زاده دستگیری، ص؛ گودرزی، م. ع؛ رحیمی، چ؛ نظیری، ق. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار مقیاس فراشناخت ۳۰. مجله روانشناسی، ۱۲(۴): ۴۴۵-۴۶۱.
- ۲۹ - طل، آ؛ شریفی راد، غ؛ اسلامی، ا؛ شجاعی زاده، د؛ الحانی، ف؛ مهاجری تهرانی، م. (۱۳۹۰). تحلیل برخی عوامل پیشبینی کننده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. تحقیقات نظام سلامت، ۷(۶): ۸۳۶-۸۲۹.
- ۲۸ - عاشوری، ا؛ وکیلی، ی؛ بن سعید، س؛ نوعی، ز. (۱۳۸۸). باورهای فراشناختی و سلامت عمومی در دانشجویان. اصول بهداشت روانی، ۱۱(۴۱): ۱۵-۲۰.
- ۲۷ - عطایی، ش؛ فتی، ل؛ احمدی ابهری، ع. (۱۳۹۲). نشخوار ذهنی و اجتناب شناختی - رفتاری در افراد مبتلا به اختلال افسردگی و اختلال اضطراب اجتماعی، مقایسه دو دیدگاه طبقه ای و طیفی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی، ایران، ۱۹(۴): ۲۸۳-۲۹۵.
- ۲۶ - عاشوری، ج. (۱۳۹۴). تاثیر فراشناخت درمانی بر اضطراب و افسردگی بیماران دیابتی نوع ۲. فصل نامه پرستاری دیابت دانشکده پرستاری و مامایی زابل، ۳(۲): ۱۹-۲۹.
- ۲۵ - فلاح زاده، ح؛ شکوهی فر، م؛ عسکری شاهی، م؛ مروتی شریف، م؛ افخمی اردکانی، م. (۱۳۹۴). بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو و مقایسه آن با افراد سالم و ارائه یک مدل ساختاری. طلوع بهداشت یزد، ۱۴(۴): ۷۸-۸۷.
- ۲۴ - قاسمی پور، م؛ قاسمی، و؛ زمانی، ا. ر. (۱۳۸۸). بررسی کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران دیابتی مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان شهدا خرم آباد. یافته، ۱۱(۳): ۱۲۵-۱۳۳.
- ۲۳ - محمد امینی، ز. (۱۳۸۶). بررسی رابطه باورهای فراشناختی با سلامت روانی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان پسر. نوع آوری های آموزشی، ۱۹(۶): ۱۴۱-۱۵۴.
- ۲۲ - محمد پور، ی؛ حریریان، ح. ر؛ مقدسیان، س؛ ابراهیمی، ح. (۱۳۸۷). بررسی کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۶. مجله پرستاری و مامایی علوم پزشکی ارومیه، ۶(۱): ۲۶-۳۷.
- ۲۱ - محمود علی لو، م؛ شاه جویی، ت؛ هاشمی، ز. (۱۳۸۹). مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی، جهت گیری منفی به مشکل و باورهای مثبت در مورد نگرانی بین بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی. فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز، ۵(۲): ۱۶۷-۱۸۵.
- ۲۰ - محمود علی لو، م؛ اسبقی پور، م؛ نریمانی، م؛ آقا محمدزادگان، ن. (۱۳۹۳). رابطه بین ویژگی های شخصیتی با رفتارهای خودمراقبتی و پیامد درمان در بیماران دیابتی. روان پرستاری، ۲(۳): ۷۷-۸۵.

توحید سندیج، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۸: ۱۷-۹.

- هادی پور، م؛ ابوالحسنی، ف؛ مولوی وردنجانی، ح. (۱۳۹۲). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران دیابتی نوع دو. پایش، ۱۲(۲): ۱۳۵-۱۴۱.

Reference

-Castro, E. K., Ponciano, C., Meneghetti, B., Kreling, M., & Chem, C. (2012). Quality of Life, Self-Efficacy and Psychological Well-Being in Brazilian Adults with Cancer: A Longitudinal Study. *Social Sciences & Humanities*, 3(4): 304-309.

-Cezaretto, A., Siqueira-Catania, A., De Barros, C. R., Salvador, E. P. & Ferreira, S.R. (2011). Benefits on quality of life concomitant to metabolic improvement in intervention program for prevention of diabetes mellitus. *Qual Life Res*; 21(1): 105-113.

-Chao, M., Zou, D., Zhang, Y., Chen, Y., Wang, M., Wu, H. & et al. (2009). Improving insulin resistance with traditional Chinese medicine in type 2 diabetic patients. *Endocrine*, 36(2): 268-274.

-Danahy, L. & Stopa, L. (2010). Post event processing in social anxiety. *Behav Res Ther*, 45(5): 12-19.

-Esteghamati, A., Gouya, M.M., Abbasi, M., Delavari, A., Alikhani, S., Alaedini, F. & et al. (2008). Prevalence of Diabetes Mellitus and Impaired Fasting Glucose in the Adult Population of Iran: The National Survey of Risk Factors for Non-Communicable Disease of Iran. *Diabetes Care*, 31(1): 96-98.

-Fehm, L., & Margraf, J. (2002). Thought suppression: specify in agrophobia versus broad impairment in social phobia? *Behav Res Ther*, 40: 57-66.

- مویدی، ف؛ زارع، ش؛ نیک بخت، ع. (۱۳۹۳). بررسی اضطراب و افسردگی در بیماران دیابتی مراجعه کننده به کلینک دیابت بندرعباس. مجله پزشکی هرمزگان، ۱۸(۱): ۶۵-۷۱.

- میرفیضی، م؛ مهدی زاده تورزنی، ز؛ میر فیضی، ز؛ اصغری جعفر آبادی، م؛ رضوانی، ح. ر؛ شوقی، م. (۱۳۹۳). اثر دارچین در کنترل قند و چربی خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو: یک مطالعه کارآزمایی بالینی دو سو کور. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۵۷(۳): ۵۳۳-۵۴۱.

- مختاری، س؛ خسروی، ص؛ نجات بخش، ع. (۱۳۹۴). مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی، اجتناب شناختی و جهت گیری منفی به مشکل، در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی اساسی و افراد عادی. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۳(۲): ۱۸۸-۲۰۲.

- محمود زاده، ر؛ محمد خانی، ش. (۱۳۹۵). نقش میانجی اضطراب و اجتناب شناختی در رابطه بین کمال منفی و اهمال کاری. دست آورد های روانشناسی، ۴(۳۳): ۷۳-۹۴.

- نجات، س؛ منتظری، ع؛ هلا کویی نایینی، ک؛ محمد، ک؛ مجدزاده، ر. (۱۳۸۵). استاندارد سازی مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴): ۱-۱۲.

- ولی پور، ف؛ رضایی، ف. (۱۳۹۲). بررسی ادراک بیماری در بیماران مبتلا به دیابت و ارتباط آن با کنترل قند خون در مراجعین به درمانگاه بیمارستان

- Massi-Benedetti, M. (2002). The cost of Diabetes Type II in Europe. The CODE-2 Study. *Diabetologia*, 45(7): 1-4.
- Minet, L., Mohler, S., Vach, W., Wagner, L. & Henriksen, J. (2010). Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: A meta-analysis of 47 randomized controlled trials. *Patient Educ Couns*, 80(1): 29-41.
- Nedeljkovic, U.D., Krstic, N.M., Varagic-Markovic, S.L.J. & Putnik SM. (2011). Quality of life and Functional Capacity one year after coronary artery bypass graft surgery. *Acta Chir Jugosl*, 58(3): 81-86.
- Rosenthal, M.H. (2003). The challenge of comorbid disorders in patients with depression. *J Am Osteopath Assoc*, 103: 5-10.
- Sexton, K.A. & Dugas, M.J. (2008). The cognitive avoidance questionnaire, Validation of the English translation. *J Anxiety Disord*, 22: 335-370.
- Sexton, K.A. & Dugas, M. (2009). An Investigation of Factors Associated with Cognitive Avoidance in Worry. *Cognit Ther Res*, 33(2): 150- 162.
- Shahar, B. & Herr, N.R. (2011). Depressive symptoms predict inflexibly high levels of experiential avoidance in response to daily negative affect: A daily diary study. *Behav Res Ther*, 49(10): 676-681.
- Vohs, J.L., Lysaker, P.G., Francis, M.M., Hamm, J., Buck, K.D. & et al. (2014). Metacognition, social cognition, and symptoms in patients with first episode and prolonged psychoses. *Schizophr Res*, 153: 54-59.
- WHOQOL Group. (1996). WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment.
- Wild, S., Roglic, G., Green, a., Sicree, R. & King, H. (2004). Global Prevalence of
- Gillanders, D., Ashleigh, K.S., Margaret, M. & Kirsten, J. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *J Contextual Behav Sci*, 4(4): 300-311.
- Holaway, R.M., Heimberg, R.G. & Coles, M.E. (2006). A Comparison of Intolerance of Uncertainty in Analogue Obsessive-compulsive Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *J Anxiety Disord*, 20: 158-174.
- Harvey, J.N. & Lawson, V.L. (2009). The Importance of Health Belief Models in Determining Self-Care -Behaviour in Diabetes. *Diabet Med*, 26(1): 5-13.
- Helen, N., Steffen M. & Reinhard, P. (2013). Responsibility, metacognition and unrealistic pessimism in obsessive-compulsive disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord*, 2: 119-129.
- Jared, O., Giancarlo, D., Raffaele, P, Kelly. B, Kelly, A. & et al. (2016). Metacognition moderates the relationship of disturbances in attachment with severity of borderline personality disorder among persons in treatment of substance use disorders. *Comp Psychiatry*, 64: 22-28.
- Kelsey, S., Dickson, J. & Laura, C. (2012). Rumination, Worry, Cognitive Avoidance, and Behavioral Avoidance: Examination of Temporal Effects. *Behave There*, 43: 629-640.
- Kasha, T.B., Breen, W.E., Aram, A. & Tether D. (2010). Experiential avoidance in idiographic, autobiographical memories: Construct validity and links to social anxiety, depressive, and anger symptoms. *J Anxiety Disord*, 24(5): 528-34.
- Martinez, M.E. (2006). What is metacognition? *Phi delta Kappa*. Bloomington, 16(87): 696-700.

diabetes, estimate for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes care* 27(5): 1047-1053.

-Wells, A. & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*, 42(4): 385-396.

-Wells, A. (2009). *Meta-cognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.

-Xie, W., Zhao, Y. & Zhang, Y. (2011). Traditional Chinese medicine in treatment of patients with type 2 diabetes mellitus. *Evid Based Complement Alternat Med*: 726723.