

رابطه باورهای فراشناختی و خوددلسوزی با مشکلات تغذیه‌ای بیماران مبتلا به دیابت

مرضیه رمضانخانی^۱، * رضا گل‌پور^۲

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۲۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۱)

The Relationship between Metacognitive Beliefs and Self-Compassion with Nutritional Problems of Patients with Diabetes

Marzieh Ramezankhani¹, Reza Golpour²

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

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

Original Article

(Received: Jan. 18, 2022 - Accepted: Feb. 20, 2023)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: Diabetes is one of the most common metabolic diseases that affects various aspects of a person's life. The aim of this study was to investigate the relationship between metacognitive beliefs and self-compassion with nutritional problems in patients with diabetes. **Method:** The research method was descriptive-correlational that 167 diabetic patients of Imam Ali Educational and Medical Complex in Karaj were selected by available sampling method. Questionnaire used includes three standard questionnaires of Garner Eating Disorders (1983), Wells Metacognitive Beliefs Questionnaire (1997) and Neff Self-Compassion Questionnaire (2003). **Findings:** Pearson correlation and multivariate linear regression test were used to analyze the data through SPSS 23 software. Based on the results observed, The relationship between metacognitive beliefs and self-compassion with nutritional problems in patients with diabetes is significant. in stepwise regression analysis, in the first step, the metacognition variable was 11.8% and in the second step, with the addition of a 10% self-compassion variable, the predictive power of the equation was increased. In total, about 21.8% of the variance of nutritional problems was predicted through metacognitive beliefs and self-pity ($0.01 > p$). **Conclusion:** In general, the results showed that metacognitive beliefs and self-compassion are effective in predicting nutritional problems in diabetic patients.

Keywords: Metacognitive Beliefs, Self-Compassion, Nutritional Problems, Diabetic.

چکیده

مقدمه: بیماری دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های متابولیکی است که بر ابعاد مختلف زندگی فرد مبتلا تأثیر می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی و خوددلسوزی با مشکلات تغذیه‌ای بیماران مبتلا به دیابت انجام شده است. **روش:** روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود که تعداد ۱۶۷ نفر از بیماران دیابتی مجتمع آموزشی - درمانی امام علی (ع) در شهر کرج با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه مورد استفاده شامل سه پرسشنامه استاندارد اختلالات خوردن گارنر (۱۹۸۳)، پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز (۱۹۹۷) و پرسشنامه خوددلسوزی نف (۲۰۰۳) می‌باشد. **یافته‌ها:** از آزمون همبستگی پیرسون و آزمون رگرسیون خطی چندمتغیری و از طریق نرم‌افزار SPSS 23 جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد. بر اساس نتایج مشاهده‌شده رابطه بین باورهای فراشناختی و خوددلسوزی با مشکلات تغذیه‌ای بیماران مبتلا به دیابت معنادار است ($p < 0.01$). در تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام، در گام اول، متغیر فراشناخت به میزان ۱۱/۸٪ و در گام دوم با اضافه‌شدن متغیر خوددلسوزی ۱۰٪ به توان پیش‌بینی معادله افزوده شد. در مجموع حدود ۲۱/۸٪ از واریانس مشکلات تغذیه‌ای از طریق باورهای فراشناختی و خوددلسوزی پیش‌بینی شد ($p < 0.01$). **نتیجه‌گیری:** به‌طور کل نتایج نشان داد باورهای فراشناختی و خوددلسوزی در پیش‌بینی مشکلات تغذیه بیماران دیابتی مؤثر است. همچنین نتایج بیانگر این بود که باورهای فراشناختی اثر قوی‌تری بر مشکلات تغذیه‌ای دارد.

واژگان کلیدی: باورهای فراشناختی، خوددلسوزی، مشکلات تغذیه‌ای، بیماران مبتلا به دیابت.

*نویسنده مسئول: رضا گل‌پور

*Corresponding Author: Reza Golpour

Email: Rezagolpour@pnu.ac.ir

مقدمه

در حال حاضر بیماری دیابت یک بیماری مزمن و فراگیری است که مشکلات بهداشتی زیادی را برای جوامع به دنبال داشته است. این بیماری انواعی دارد که نوع دوم آن از فراوانی بیشتری برخوردار است. (دیسموک و اگدی، ۲۰۱۴). عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی و اجتماعی در سیر برقراری دیابت، تنظیم و کنترل آن نقش دارند. دیابت مانند دیگر بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده برای فرد مشکلاتی به وجود می‌آورد که در نتیجه آن تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کاهولوکولا^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). خطرهای دراز مدت بیماری دیابت برای سلامت، بی‌نهایت جدی و شدید هستند که از آن جمله می‌توان به مرگ زود هنگام، نابیناشدن، از دست دادن یک عضو، ناتوانی جنسی و غیره اشاره داشت.

امروزه دیابت پنجمین علت مرگ و میر در جوامع غربی و چهارمین علت شایع مراجعه به پزشک است. در دنیا هر ۱۰ ثانیه یک نفر به دلیل دیابت فوت می‌کند (دادخواه تهرانی، توکلی و جزایری، ۱۳۹۷).

دیابت تا سال ۲۰۳۰ هفتمین علت مرگ در دنیا خواهد بود و بیش از ۸۰ درصد مرگ و میر ناشی از آن در کشورهای با درآمد پایین و متوسط اتفاق می‌افتد. این بیماری مزمن با عوارض کشنده‌ای که به دنبال دارد، به عنوان علت اصلی قطع اندام، نابینایی، نارسایی مزمن کلیه و بیماری‌های قلبی شناخته شده است (سعادت‌جو و

همکاران، ۲۰۱۲). مطالعات نشان داده است که بیماری دیابت می‌تواند بر سلامت عمومی و احساس خوب بودن و به عبارتی بر کیفیت زندگی بیماران تأثیرات منفی داشته و مشکلاتی در زندگی افراد دیابتی ایجاد کند. (دانشور، خدامرادی، غضنفری و منتظری، ۱۳۹۷). یکی از اختلالات و معضلاتی که می‌تواند در زندگی فرد مبتلا به دیابت ایجاد شود، مشکلات تغذیه‌ای و اختلالات خوردن است. در مقابل نیز رفتارهای خوردن سالم می‌تواند خطر شرایط نامطلوبی چون بیماری کرونر قلبی، دیابت و آسم را کاهش دهد (خدابخش و کیانی، ۱۳۹۵).

یکی از این عواملی که می‌تواند به وسیله تنظیم هیجانات به حل مشکل اختلالات خوردن کمک کند، خوددلسوزی^۲ است. مطالعات زیادی نشان داده است که خوددلسوزی یک عامل پیش‌بینی‌کننده قوی سلامت روان است. خوددلسوزی به معنی پذیرش عاطفی مسائلی است که در یک لحظه برای انسان رخ می‌دهد (بائر، لیکینز و پیترز^۳، ۲۰۱۲؛ نف و داهم، ۲۰۱۳؛ اودو و برینکر، ۲۰۱۴؛ نف و گرمر^۴، ۲۰۱۷؛ شهبازی و همکاران، ۱۳۹۴؛ آقاجانی و پرنیان خوی، ۱۴۰۰).

نف^۵ (۲۰۰۳) بیان می‌دارد، خوددلسوزی شکل سالم خودپذیری است که دارای سه مؤلفه خود - مهربانی در مقابل خود - خود قضاوتی، اشتراک انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل

2. Self compassion
3. Baer, Lykins & Peters
4. Germer
5. Neef

1. Kaholokula

همانندسازی افراطی است که بر یکدیگر اثر متقابل دارند و مؤلفه خود - مهربانی در مقابل خود - قضاوتی بیان می‌کند، شخصی که خوددلسوزی بالایی دارد، قادر است حتی هنگام رویارویی با ناکامی‌ها دیدگاهی متعادل و همراه با مهربانی نسبت به خود داشته و از اتخاذ رویکردی مبنی بر قضاوت نسبت به خود اجتناب کند. اشتراک انسانی در مقابل انزوا، به این معناست که هنگام تجربه شکست در زندگی به این امر آگاه باشیم که تمام انسان‌ها شکست می‌خورند و رنج را تجربه می‌کنند و این شرایط به عنوان بخشی از تجربه معمول بشری در زندگی تمام انسان‌ها رخ می‌دهد و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی به این معناست که افراد نسبت به احساس‌ها و هیجان‌های خود، آگاه باشند و آن‌ها را به گونه‌ای مناسب در نظر گرفته و تجربه کنند، بدون آن‌که از آن‌ها دوری کنند و یا به طور کامل تحت سیطره آنها قرار بگیرند (تقی‌پور و برزگران، ۱۳۹۸). خوددلسوزی بیانگر این واقعیت است که در زمانی که فرد آسیب می‌بیند یا شکست می‌خورد یا احساس بی‌کفایتی می‌نماید، بجای آنکه رنج خود را نادیده بگیرد و یا خود را به باد انتقاد بگیرد، نسبت به خودش مهربان باشد و خود را درک نماید (نف، ۲۰۱۰).

مطالعات بیانگر رابطه خوددلسوزی با مشکلات تغذیه در افراد مبتلا به دیابت است. در این خصوص فریس، کنسدلین و جانسون^۱ (۲۰۱۵) دریافتند افسردگی و پریشانی شدید روانشناختی غالباً با دیابت همراه است و خوددلسوزی و

مهربان بودن با خود می‌تواند این پریشانی را تعدیل کند. فراری، دالچین و استیل^۲ (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند که خودشفقتی ممکن است یک هدف مداخله‌ای نسبی و مناسب باشد. مداخلات آینده و مشاوره به متخصصان پزشکی ممکن است با پرورش خود شفقتی در بزرگسالان مبتلا به دیابت مفید باشد.

چارزینسکا^۳ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی دریافتند که خوددلسوزی باعث پریشانی کمتر و توانمندسازی بیشتری برای مقابله با بیماری دیابت در بیماران دیابتی نوع ۱ شد. بوگیس^۴ و همکاران (۲۰۲۰) طی پژوهشی که برای نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ و اختلال خوردن انجام دادند به این نتیجه رسیدند که نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ در مقایسه با همسالان سالم خود در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اختلالات روانپزشکی، به ویژه اختلالات خوردن هستند. روش‌ها و تجزیه و تحلیل این مطالعه امکان سنجی به صورت اثر بخشی مداخله مختصر خوددلسوزی را بررسی می‌کند.

از سوی دیگر مهارت‌های فراشناخت نیز می‌تواند یکی از این عواملی باشد که به وسیله تنظیم هیجانات به حل مشکل اختلالات خوردن کمک کند. فراشناخت یک مفهوم چندوجهی است که شامل دانش، فرآیند و راهبردهای ارزیابی، نظارت یا کنترل شناخت است. باورهای فراشناختی همان باورهای مثبت و منفی در سازه تفکر هستند. الگوی نظری که در رابطه با باورهای

2. Ferrari, Dal Cin, & Steele

3. Charzyńska

4. Boggiss

1. Friis, Consedine & Johnson

فراشناختی وجود دارد؛ الگوی ولز (۲۰۰۶) است که نگرانی، نشخوارفکری، تمرکز، توجه به منابع تهدید و بکارگیری راهبردهای مقابله ناکارآمد را ناشی از الگوهای تفکر ناسازگار می‌داند (قدم‌پور، یوسف‌وند و رجبی، ۱۳۹۷).

در حوزه فراشناخت، آن دسته از توانایی‌های فکری، مورد توجه و تأکید قرار می‌گیرد که یادگیرندگان را به تفکر، تأمل، ژرف‌اندیشی و نیز نظارت بر روندها و فرایندهای شناختی خود قادر می‌سازد تا در صورت نیاز، اقدامات و فعالیت‌های لازم را در جهت اصلاح و تنظیم دوباره آن‌ها انجام دهند (پاپولیونتیو^۱، ۲۰۰۸). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد باورهای فراشناختی منفی در مورد غیر قابل کنترل بودن و خطر نگرانی به‌طور معناداری ممکن است پیش‌بینی‌کننده اختلالات هیجانی باشد (ولز^۲، ۲۰۰۹).

آقاجانی، صمدی‌فرد و نریمانی (۱۳۹۶)، طی پژوهشی به این نتایج رسیدند که بین مؤلفه‌های اجتناب شناختی و باور فراشناختی با کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه منفی معناداری وجود دارد. شوارتز^۳ و همکاران (۲۰۰۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که به‌طور مستقیم احساس کمتری در کنترل کلی و نیز کنترل بدن در رابطه با علائم شدید اختلال خوردن وجود دارد. رولر^۴ و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی یافتند بین عادات غذایی، باورها و نگرش بی‌نظم با نتایج بالینی و سواستفاده از انسولین در زنان بالغ جوان مبتلا به دیابت نوع ۱، رابطه معنی‌داری

وجود دارد.

پورووال و فیشر^۵ (۲۰۱۸) در بررسی بزرگسالان مبتلا به دیابت که در بین ۶۱۴ نفر از مبتلایان دیابت نوع ۱ و نوع ۲ بصورت آنلاین انجام شد؛ دریافتند باورهای فراشناختی با اضطراب و افسردگی در افراد دیابتی ارتباط دارند.

کولایی^۶ و همکاران (۲۰۱۹) در بررسی بر روی بیماران دیابتی که طی سال ۱۳۹۵ به انجمن مرکز دیابت در تهران مراجعه کرده بودند، نشان دادند بین باورهای فراشناختی و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود داشت کاپوبیانکو و همکاران (۲۰۲۰) دریافتند اضطراب و افسردگی در میان بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی مزمن شایع است و تأثیر قابل توجهی بر عوارض، کیفیت زندگی و استفاده از خدمات بهداشتی دارد. باورهای فراشناختی، دارای ارتباطات قابل اعتماد، مثبت و معنی‌داری با علائم اضطراب و افسردگی در طیف وسیعی از بیماری‌های جسمی است. باورهای فراشناختی منفی که مربوط به غیر قابل کنترل بودن و خطر نگرانی است، در تمام بیماری‌های جسمی ارزیابی شده با اضطراب و افسردگی در ارتباط است. نتایج نشان می‌دهد که مدل فراشناختی اختلال روانشناختی برای علائم روانشناختی اضطراب و افسردگی در طیف وسیعی از بیماری‌های مزمن پزشکی قابل استفاده است و این بدان معناست که درمان فراشناختی می‌تواند در بهبود نتایج در چندین بیماری که شامل سلامت روانی و ضعف بدنی است، مفید باشد.

1. Papaleontiou
2. Wells
3. Schwartz
4. Reveler

5. Purewal & Fisher
6. Koolae

باتوجه به ماهیت مزمن و غیرواگیر و هزینه‌بر بودن بیماری دیابت برای سلامت عمومی، این بیماری بار مالی فراوانی را برای فرد، خانواده، جامعه و کشور وارد می‌کند. بررسی‌ها نشان می‌دهد، در سال‌های اخیر حجم کمی از مطالعات به درک عواملی که در رشد و نگهداری اختلالات خوردن نقش بازی می‌کنند، معطوف بوده است. به‌خصوص نقش عوامل روانشناختی مانند خوددلسوزی و باورهای فراشناختی در پژوهش‌ها زیاد مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین باتوجه به اهمیت نقش این متغیرها در بهزیستی و ارتقای سلامت افراد، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه باورهای فراشناختی و خوددلسوزی با مشکلات تغذیه‌ای بیماران مبتلا به دیابت است.

روش

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران دیابتی مجتمع آموزشی - درمانی امام علی (ع) کرج در پاییز سال ۱۳۹۹ می‌باشد که از این میان تعداد ۱۶۷ آزمودنی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه پاسخ دادند. به این ترتیب که با انجام هماهنگی‌های لازم با مدیریت مرکز آموزشی درمانی امام علی (ع) و حضور پژوهشگر در کلینیک دیابت و با اعلام اینکه این پرسشنامه صرفاً یک پژوهش علمی است و هیچ نفع و ضرری برای مراجعان و محققان ندارد و اطلاعات به صورت محرمانه است، پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها ارائه شد. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، پاسخنامه‌های تکمیل‌شده از طریق

نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها:

پرسشنامه پژوهش متشکل از سه پرسشنامه اختلال خوردن گارنر، باورهای فراشناختی ولز و خوددلسوزی نف می‌باشد که به صورت در دسترس در اختیار بیماران دیابتی بیمارستان امام علی (ع) قرار گرفت.

اختلال خوردن گارنر، المستد و پولیوی (۱۹۸۳):

سیاهه علائم اختلال خوردن یک مقیاس ۶۴ سوالی برای ارزیابی ویژگی‌های روانشناختی و نشانه‌های مرتبط با بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی می‌باشد که توسط گارنر، المستد و پولیوی در سال ۱۹۸۳ ساخته شد. یکی از مهمترین ابزارهای خود توصیفی است که در زمینه اختلالات خوردن بکار می‌رود. این مقیاس ابزار استاندارد است که علاوه بر سنجیدن جنبه‌های نشانه‌شناسی اختلال‌های خوردن آسیب‌شناسی بنیادین شخصیت را نیز می‌سنجد (روزن^۱، سیلبرگ^۲ و گروس^۳، ۱۹۸۸). این پرسشنامه شامل ۸ زیرمقیاس می‌باشد که می‌تواند به دو بعد مهم بالینی تقسیم شود: (۱) نگرش‌های خوردن (۲) ویژگی‌های کارکرد مختل خود (نورینگ، ۱۹۹۰؛ به نقل از شایقیان، ۱۳۸۷). زیرمقیاس‌های آن عبارتند از: ۱- ناکارآمدی ۲- ترس‌های بلوغ ۳- کمال‌گرایی ۴- بی‌اعتمادی بین فردی ۵- گرایش به لاغری ۶- آگاهی درونی ۷- پرخوری ۸- نارضایتی بدنی. برای هر سوال، طیف درجه‌بندی

1. Rosen
2. Silberg
3. Gross

۶ گزینه‌ای (از همیشه تا هرگز) در نظر گرفته شده است. روش نمره‌گذاری در این آزمون به این شکل می‌باشد که به گزینه‌های همیشه، معمولاً و اغلب اوقات به ترتیب نمره ۱، ۲، ۳ و به سه گزینه گاهی اوقات، بندرت و هرگز نمره صفر داده می‌شود. نمرات بالاتر در این آزمون نشان دهنده میزان بالاتر آسیب‌پذیری مربوط به اختلالات خوردن است (جونز، لانگ و هریس، ۲۰۰۶؛ به نقل از شایقیان، ۱۳۸۷). این آزمون یکی از بهترین مقیاس‌ها جهت آسیب‌شناسی خوردن می‌باشد و همبستگی‌های مثبتی با طبقه‌بندی بالینی، روایی تشخیصی و همگرا دارد و با مقیاس‌های روانسنجی دیگر همبسته می‌باشد (گارنر و همکاران، ۱۹۸۳) و همچنین روایی تشخیصی خوبی (۰/۸۵) دارد (نورینگ، ۱۹۹۰؛ به نقل از جونز، هریس و لانگ، ۲۰۰۶؛ به نقل از شایقیان، ۱۳۸۷). گارنر و همکاران (۱۹۸۳) همبستگی درونی زیرمقیاس‌های این سیاهه را در دامنه‌ای از ۰/۳۰ تا ۰/۵۸ گزارش کردند که در تحقیق شایقیان و همکاران (۱۳۸۹) همبستگی درونی زیر مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۱۵ تا ۰/۴۵ بود و همبستگی زیرمقیاس‌ها با کل مقیاس عبارت بود از: تمایل به لاغری ۰/۷۳، پرخوری ۰/۶۸ و نارضایتی از تصویر بدنی ۰/۶۷. آلفای کرونباخ گزارش شده توسط گارنر و همکاران ۰/۸۰ بود و آلفای کرونباخ محاسبه شده در مطالعه شایقیان و همکاران (۱۳۸۹) که به بررسی سه خرده مقیاس پرداختند برای هر مقیاس عبارت بود از: گرایش به لاغری (۰/۶۷)، پرخوری (۰/۷۰)، عدم رضایت از تصویر بدنی (۰/۶۰) و ضریب الفای کرونباخ

برای کل مقیاس (۰/۷۶) بود.

پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز:

این پرسشنامه توسط ولز در سال ۱۹۹۷ تدوین شده است و از یک مقیاس خودگزارشی ۳۰ ماده‌ای که باورهای افراد درباره تفکراتشان را مورد سنجش قرار می‌دهد. پاسخ به سؤالات آن در قالب یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت ۱- موافق نیستم الی ۴- کاملاً موافقم محاسبه می‌شود. این مقیاس دارای پنج خرده مقیاس می‌باشد شامل: ۱- باورها مثبت در مورد نگرانی ۲- باورهای غیرقابل کنترل و خطرناک بودن نگرانی ۳- باورها در مورد کفایت شناختی ۴- باورهای منفی کلی (شامل مسئولیت‌پذیری، خرافات و ...) ۵- خودهشیاری شناختی می‌باشد. برای محاسبه امتیاز مربوط به هر بعد، امتیاز مربوط به تک تک سؤالات آن بعد را باهم جمع نمائید. روایی و پایایی شیرین‌زاده این پرسشنامه را برای جمعیت ایران ترجمه و آماده نموده است ضریب الفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است و برای خرده مقیاس‌های کنترل‌ناپذیری، باورهای مثبت، خود هشیاری شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار منفی به ترتیب در نمونه ایرانی ۰/۸۷ و ۰/۸۶ و ۰/۸۱ و ۰/۸۰ و ۰/۷۱ گزارش شده است. در بررسی روایی سازه‌ای آن که با استفاده از تحلیل عاملی صورت گرفته بود، مورد تأیید قرار داده‌اند و پایایی آن را با آلفای کرونباخ برای کل و زیر مقیاس‌ها ما بین ۰/۷۶ الی ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند و همچنین روایی و اعتبار این پرسشنامه به وسیله‌ی دو روانشناس بالینی و یک روانپزشک بررسی و

به منظور سنجش انسجام درونی از طریق روش دو نیمه کردن و از طریق روش الفای کرونباخ ضریب $0/79$ بدست آمده همچنین به منظور پایایی پرسشنامه فراشناخت مقیاس روی 52 نفر اجرا گردیده و ضریب پایایی آن $I=0/88$ بدست آمده است (یوسفی و همکاران، ۱۳۸۵).

پرسشنامه خود دلسوزی:

پرسشنامه ۲۶ ماده‌ای خود دلسوزی فرم بلند این پرسشنامه توسط نف (۲۰۰۳) ساخته شده است که شامل ۶ عامل دو وجهیِ مهربانی با خود در مقابل قضاوت در مورد خود، احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل فزون‌هماندسازی است. پاسخ‌دهندگان می‌بایست در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای $1=$ تقریباً هرگز، $5=$ تقریباً همیشه به عبارات پاسخ دهند. سوالات نمره‌گذاری مثبت: $3-5-7-9-10-12-$ $14-15-17-19-22-23-26$ و سوالات نمره‌گذاری معکوس: $1-2-4-6-$ $8-11-13-16-18-20-21-24-$ 25 . پس از به دست آوردن نمرات هر ماده، نمره زیرمقیاس‌ها به ترتیب زیر به دست می‌آید. نمره بالا به معنی داشتن خوددلسوزی بیشتر است. نف (۲۰۰۳) در مطالعه خود با ۳۹۱ دانشجوی دوره کارشناسی، علاوه مهربانی با خود $0/81$ ، قضاوت در مورد خود $0/79$ ، احساس مشترکات انسانی $0/84$ ، انزوا $0/85$ ، ذهن‌آگاهی $0/80$ ، فزون‌هماندسازی $0/83$ و نمره کل خوددلسوزی $0/76$ به دست آمد.

در مطالعه دوم نمونه‌ای متشکل از ۲۳۲ دانشجوی دوره کارشناسی نیز علاوه بر تأیید

ساختار عاملی مقیاس، پایایی بازآزمایی خرده مقیاس‌ها را در فاصله ۳ هفته‌ای به ترتیب برای مهربانی با خود $0/88$ ، قضاوت در مورد خود $0/88$ ، احساس مشترکات انسانی $0/80$ ، انزوا $0/85$ ، ذهن‌آگاهی $0/88$ و نمره کل خوددلسوزی $0/93$ گزارش کرد.

در مطالعه خسروی، صادقی و یابنده (۱۳۹۲) بر نمونه‌ای به حجم ۶۱۹ دانشجو، علاوه بر تأیید ساختار عاملی مقیاس در نمونه ایرانی، آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها به ترتیب برای مهربانی با خود $0/81$ ، قضاوت در مورد خود $0/79$ ، احساس مشترکات انسانی $0/84$ ، انزوا $0/85$ ، ذهن‌آگاهی $0/80$ ، فزون‌هماندسازی $0/83$ و نمره کل خود دلسوزی $0/76$ به دست آمد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها به ترتیب $(39/87)$ و $(13/16)$ می باشد. همچنین نتایج نشان داد که در هر سه متغیر فراشناخت، خوددلسوزی و مشکلات تغذیه‌ای نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنف معنی‌دار نیست که بیان می‌کند که می‌توان از آزمون‌های پارامتریک یک از جمله ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد. جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات فراشناخت را در آزمودنی‌ها نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار به فراشناخت در آزمودنی‌ها به ترتیب $(74/32)$ و $(13/64)$ و میانگین و انحراف معیار نمرات خوددلسوزی را در آزمودنی‌ها $(12/22)$ و میانگین

رمضانخانی و گل پور: رابطه باورهای فراشناختی و خوددلسوزی با مشکلات تغذیه‌ای بیماران مبتلا به دیابت

و انحراف معیار نمرات مشکلات تغذیه‌ای (۱۵/۹۸) نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات فراشناخت، خوددلسوزی و مشکلات تغذیه‌ای

میانگین	تعداد	انحراف معیار
۷۴/۳۲	۱۶۷	۱۳/۶۴
۸۲/۴۴	۱۶۷	۱۲/۲۲
۹۷/۷	۱۶۷	۱۵/۹۸

جدول ۲. ضرایب همبستگی فراشناخت و خوددلسوزی با مشکلات تغذیه‌ای

متغیر	شاخص	فراشناخت	خوددلسوزی
مشکلات تغذیه‌ای	همبستگی پیرسون	۰/۳۸۷	-۰/۴۱
	تعداد	۱۳۸	۱۳۸
	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که بین فراشناخت و مشکلات تغذیه‌ای رابطه مثبت و معنادار وجود دارد اما بین نمرات خوددلسوزی و مشکلات تغذیه‌ای رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون فراشناخت و خوددلسوزی با مشکلات تغذیه‌ای در آزمودنی‌ها با روش گام‌به‌گام

متغیر	متغیر	شاخص	مجموع	درجه	میانگین	f	R2	(p)
مشکلات تغذیه‌ای	پیش‌بین	مجذورات	مجذورات	آزادی	مجذورات			
مشکلات تغذیه‌ای	فراشناخت	رگرسیون	۳۸۷۱/۳۳	۱	۳۸۷۱/۳۳	۱۷/۸۵	۰/۱۱۸	۰/۰۰
		باقیمانده	۲۹۰۵۲/۶۶	۱۳۴	۲۱۶/۸۱			
		کل	۳۲۹۲۳/۹۹	۱۳۵				
خوددلسوزی	رگرسیون	۷۱۹۱/۶۶	۲	۳۵۵۹/۸۳	۱۸/۵۸	۰/۲۱۸	۰/۰۰	
	باقیمانده	۲۵۷۳۲/۳۲	۱۳۳	۱۹۳/۴۷				
	کل	۳۲۹۲۳/۹۹	۱۳۵					

در جدول ۳ تاثیر فراشناخت و خوددلسوزی بر واریانس مشکلات تغذیه‌ای به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و مشکلات تغذیه‌ای به‌عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین میانگین نمره فراشناخت و

خوددلسوزی با مشکلات تغذیه‌ای ارائه شد. بر اساس این نتایج میزان f مشاهده شده معنی‌دار است ($P < 0/05$). در تحلیل رگرسیون گام به گام در گام اول متغیر فراشناخت توانسته به میزان $11/8$ درصد از واریانس مشکلات تغذیه‌ای را پیش‌بینی کند.

در گام دوم و با اضافه شدن متغیر خود دلسوزی 10 درصد به توان پیش‌بینی معادله افزوده شد. و در مجموع دو متغیر فراشناخت و خوددلسوزی توانسته حدود $21/8$ درصد از واریانس متغیر مشکلات تغذیه‌ای را پیش‌بینی کند.

جدول ۴. نتایج مربوط به ضرایب تحلیل رگرسیون متغیرهای فراشناخت و خوددلسوزی با مشکلات تغذیه‌ای در آزمودنی‌ها

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	SE	B	Beta	T	(P)
مشکلات تغذیه‌ای	فراشناخت	۰/۰۹۴	۰/۲۳۸	۰/۲۱	۲/۵۲	۰/۰۱
خوددلسوزی		۰/۱۰۳	-۰/۴۲۷	-۰/۳۴	-۴/۱۴	۰/۰۰

فراشناخت از قدرت تبیین قوی‌تری بر مشکلات تغذیه‌ای برخوردار است. نتایج این فرضیه با یافته‌های حاصل از بررسی‌های پورال و فیشر (۲۰۱۸)؛ کاپویانکو و همکاران (۲۰۲۰)؛ کولایی و همکاران (۲۰۱۹) و آقاجانی، صمدی‌فرد و نریمانی (۱۳۹۶) مبنی بر این که باورهای فراشناختی بر مشکلات روانشناختی افراد مبتلا به دیابت نقش دارد همسو است. همچنین یافته حاضر با نتایج حاصل از مطالعات فریس و همکاران (۲۰۱۵)؛ فراری، دالچین و استایل (۲۰۱۷) و بوگیس و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر تأثیر متغیر دلسوزی بر مشکلات مرتبط با خوردن افراد مبتلا همگرایی دارد.

در تبیین نقش خوددلسوزی در پیش‌بینی مشکلات تغذیه‌ای بایستی اذعان کرد خوددلسوزی، شامل در ارتباط بودن با درد و رنج

با توجه به نتایج جدول چون T محاسبه شده برای بررسی شیب خط رگرسیون (b) برای متغیرهای فراشناخت در سطح $0/01$ ($B = -0/21$) و خوددلسوزی در سطح $0/01$ ($B = -0/34$) معنادار است. بنابراین قدرت پیش‌بینی این دو متغیر برای مشکلات تغذیه‌ای به لحاظ آماری معنادار است. با توجه به نتایج بدست آمده فرضیه اصلی پژوهش تایید می‌شود.

نتیجه‌گیری و بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که بین فراشناخت و خوددلسوزی با مشکلات تغذیه‌ای در بیماران دیابتی رابطه معنادار وجود دارد. همچنین تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که فراشناخت و خوددلسوزی در پیش‌بینی مشکلات تغذیه‌ای نقش دارد. همچنین نتایج بیانگر این است که

خود به جای اجتناب و یا قطع ارتباط با آن، ایجاد تمایل به پذیرش آن رنج و مهربانی کردن با خود است. همچنین شامل عدم قضاوت‌های غیرواقعی نسبت به درد، بی‌کفایتی و شکست‌ها است، چرا که تجربه فردی بخشی از تجارب بزرگتر فرد است. علاوه بر این، خوددلسوزی مستلزم پاسخ‌های متعادل و ذهن‌آگاه در مقابل ناراحتی‌ها است نه اجتناب یا تقویت احساسات ناراحت کننده، همچنین به جای دورشدن از مشکلات فردی و معایب آن، شامل حفظ متانت و قضاوت‌های عادلانه در مواجهه با تجربیات ناخوشایند و خوش‌بینی نسبت به زندگی در زمان حال است (نف و ناکس^۱، ۲۰۱۷). خود دلسوزی، شامل توجه به خود با همان مهربانی، نگرانی و حمایتی که نسبت به یک دوست خوب نشان می‌دهیم، است. هنگام مواجهه با کشمکش‌های زندگی و یا مقابله با اشتباهات و نقص‌ها خودشفقتی به جای قضاوت نابجا با خودمهربانی به این عوامل پاسخ می‌دهد، به رسمیت شناختن این ناتکاملی بخشی از تجربه مشترک انسانی است.

همچنین ویژگی درک اشتراکات انسانی مانند حس شکننده بودن و نقص داشتن و همچنین تمایل به گسترش آن درک به دیگران هنگام شکست و یا اشتباه هم اثر مثبت و مهمی بر نگرش افراد مبتلا دارد. در این خصوص خوددلسوزی به افراد مبتلا به دیابت کمک می‌کند تا آنها بتوانند بر روی درک و احساس مهربانی نسبت به خود به‌خصوص در طول فرآیندهای

تفکر منفی، در هنگام مواجهه با بیماری دیابت که دارای ابعاد جسمی، روان شناختی و اجتماعی است بیشتر تمرکز کند و از این طریق احساس متعادل‌تری از شرایط فعلی خود داشته باشد. از طرفی دیگر به دلیل این که افراد مبتلا به دیابت به واسطه رنج‌های ناشی از این بیماری، از درک و پذیرش رنج ناشی از این بیماری و تجربه حضور ذهن نسبت به بیماری خود، دچار مشکل هستند. این مسئله به ویژه در افراد مبتلایی که از توانایی خوددلسوزی پایین‌تری برخوردار هستند، بیشتر مشهود است. بنابراین خوددلسوزی می‌تواند به عنوان یک صفت و با توجه به پرورش سیستم مراقبتی فرد مبتلا عامل موثری برای پرورش انعطاف‌پذیری عاطفی باشد. با افزایش خوددلسوزی به دلیل آگاهی و توجه مهربانانه بیشتر به خود، افراد مبتلا به دیابت می‌توانند تا حدود زیادی به سطح معنای تجربه‌پذیری و تحت تاثیر قرار گرفتن از رنج دیگران، به گونه‌ای که فرد مشکلات و رنج‌های خود را قابل تحمل‌تر نماید برسند و در نتیجه چالش‌ها و مشکلات تغذیه‌ای کمتری را تجربه کنند. درواقع خوددلسوزی به عنوان توانایی حفظ احساس‌های شخص از رنج کشیدن توأم با یک احساس از سرگرمی، ارتباط و محبت نسبت به رنج و شکست شخصی از جمله مشکلات بیماری دیابت است که می‌تواند به عنوان یک نوع محافظ خود و درک خود همراه با پذیرش محدودیت‌ها به عنوان بخشی از تجربه فرد تعریف شود.

در تبیین نقش باورهای فراشناختی بر مشکلات تغذیه‌ای نیاز است عنوان شود افرادی

که از توانایی فراشناختی بالایی برخوردار هستند معمولاً کسانی هستند که نسبت به توانایی‌ها، افکار و فرآیندهای ذهنی خود از شناخت مناسبی برخوردار هستند؛ همچنین از راهبردهایی برخوردارند که در مواجهه با مشکلات و مسائل به ویژه مشکلات مرتبط با سلامتی می‌توانند افکار، هیجان و احساس‌های خود را به شیوه مسأله مدار مدیریت کنند.

با توجه به جنبه‌های فراشناخت که به فرآیندها و راهبردهای شناختی و فراشناختی متعددی اشاره دارد می‌توان از کیفیت فراشناختی برای مدیریت سبک زندگی استفاده کرد. به عنوان نمونه فراشناخت شامل ویژگی‌هایی داشتن اطمینان به خود، نگرش مثبت و متمرکز بر حل مسئله نسبت به نگرانی‌های خود، داشتن نگرش‌هایی نسبت به خطرات مرتبط با این بیماری و همچنین کنترل خود است. این ویژگی‌ها می‌تواند در تغییر سبک زندگی و مدیریت مناسب افراد مبتلا کمک‌کننده باشد. از طرفی افراد مبتلا به دیابت به دلیل رنجش‌های ناشی از این بیماری در حفظ احساس‌های خود از درک و پذیرش رنج ناشی از بیماری و تجربه حضور ذهن نسبت به بیماری خود دچار چالش هستند. این مسأله به‌ویژه در افراد مبتلایی که از خوددلسوزی پایین‌تری برخوردار هستند بیشتر مشهود است.

از آنجایی که در هر پژوهش محدودیت‌هایی وجود دارد، پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نیست. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که چون در این بررسی، رابطه بین متغیرها مورد بررسی قرار گرفت بنابراین

درک رابطه علی میان متغیرها محتمل نیست. همچنین این بررسی مربوط به بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مجتمع درمانی امام علی در شهر کرج است که در تعمیم نتایج به جوامع دیگر به دلیل وجود تفاوت‌های فرهنگی - اجتماعی، بایستی جوانب احتیاط را در نظر گرفت. نکته بعدی این که با توجه به غیر تصادفی بودن نمونه مورد بررسی امکان تعمیم داده‌ها به جامعه با اشکال مواجهه است. برای تعمیم نتایج به صورت کلی از حجم نمونه با تعداد بیشتری و نمونه‌گیری تصادفی می‌بایست استفاده گردد. بنابراین با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهاد می‌شود کارشناسان و برنامه‌ریزان در حوزه سلامت، تمهیداتی اتخاذ کنند تا با آگاهی‌دادن و اطلاع رسانی از طریق برگزاری کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی مبنی بر تبیین مشکلات تغذیه‌ای و آموزش مهارت‌های خوددلسوزی و فراشناختی، در جهت افزایش توانمندی روان‌شناختی افراد مبتلا به بیماری دیابت گام بردارند. همچنین با توجه به نقش خوددلسوزی بر مشکلات تغذیه‌ای افراد مبتلا به دیابت، بهتر است آموزش مهارت‌های خوددلسوزی در قالب کارگاه‌های آموزشی، از طریق نهادهای مرتبط با سلامتی، برای افراد مبتلا به دیابت در مراکز بهداشتی- درمانی در نظر گرفته شود.

سپاسگزاری

در پایان از بیماران و کارکنان محترم بیمارستان امام علی (ع) شهرکرج، به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

منابع

- آقاجانی، سیف‌اله، پرنیان‌خوی، مریم. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک‌شده و سرکوبگری عاطفی بیماران عروق کرونری قلب. *فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۳۹(۱۰)، ۱۵۶-۱۴۵.
- آقاجانی، سیف‌اله؛ صمدی‌فرد، حمیدرضا؛ نریمانی، محمد (۱۳۹۶). نقش مؤلفه‌های اجتناب‌شناختی و باور فراشناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی. *روانشناسی سلامت*، ۶(۲۱)، ۱۴۲-۱۵۶.
- تقی‌پور، بهزاد؛ برزگران، رقیه (۱۳۹۸). "اثربخشی گروه درمانی وجودی بر خوددلسوزی و تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی." دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی ۲۰(۲) (پیاپی ۷۶).
- خدابخش، محمدرضا؛ کیانی، فریبا (۱۳۹۵). "نقش واسطه‌ای مشکلات تنظیم هیجان در رابطه ناگویی خلقی با رفتارهای خوردن آشفته در بین دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی." *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان* ۱۰(۲).
- خسروی، صدالله؛ صادقی، مجید؛ یابنده، محمدرضا (۱۳۹۲). کفایت روانسنجی مقیاس شفقت خود. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۳(۱۳)، ۴۷-۵۹.
- دادخواه تهرانی، بهرام؛ توکلی، رضا؛ جزایری، سیدابوالقاسم (۱۳۹۷). "تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای تغذیه‌ای بیماران دیابتی نوع ۲." *علوم مراقبتی نظامی* ۵(۴) (مسلسل ۱۸).
- دانشور، سمیرا؛ خدامرادی، علی؛ غضنفری، زینب؛ منتظری، علی (۱۳۹۷). "بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی: یک مطالعه مقایسه‌ای." *پایش* ۱۷(۵).
- دلاوری، ع (۱۳۸۳). پرستار و دیابت. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مرکز مدیریت بیماری‌ها، اداره غدد و متابولیک. تهران، مرکز نشر صدا.
- شایقیان، زینب؛ وفایی، مریم (۱۳۸۹). بررسی شاخص‌های روانسنجی سیاهه علائم اختلال خوردن (EDI) در دانش‌آموزان دختر پایه دوم دبیرستان‌های تهران. *مطالعات روانشناختی*، ۶(۲).
- شهبازی، مسعود؛ رجبی، غلامرضا، مقامی، ابراهیم؛ جلوداری، آرش (۱۳۹۴). ساختار عاملی تاییدی نسخه فارسی مقیاس درجه‌بندی تجدید نظر شده شفقت خود در گروهی از زندانیان. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۶(۱۹)، ۳۱-۴۶.
- قدم‌پور، عزت‌اله؛ یوسف‌وند، مهدی؛ رجبی، هومن (۱۳۹۷). "نقش خوش‌بینی تحصیلی،

- یوسفی، رحیم، عریضی سامانی، حمیدرضا و صادقی، سیروس. (۱۳۸۶). سنجش بینش‌شناختی در بیماران روانی. *مجله علمی - پژوهشی روانشناسی*. ۱۱(۴۴): ۳۸۱-۳۹۳.
- Baer, R.A., Lykins, L.B., & Peters, J.R. (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched nonmeditators. *The Journal of Positive Psychology*, 7(7): 230-238.
- Boggiss, A. L., Consedine, N. S., Jefferies, C., Bluth, K., Hofman, P. L., & Serlachius, A. S. (2020). Protocol for a feasibility study: a brief self-compassion intervention for adolescents with type 1 diabetes and disordered eating. *BMJ open*, 10(2).
- Capobianco, L., Faija, C., Husain, Z., & Wells, A. (2020). Metacognitive beliefs and their relationship with anxiety and depression in physical illnesses: A systematic review. *Plos one*, 15(9).
- Charzyńska, E., Kocur, D., Działach, S., & Brenner, R. E. (2020). Testing the Indirect Effect of Type 1 Diabetes on Life Satisfaction Through Self-Compassion and Self-Coldness. *Mindfulness*, 1-8.
- Dismuke CE, Edge, LE. (2014) Serious psychological distress and diabetes: a review of the literature. *Pschiarty reports*, 11(2), 9-19.
- Ferrari, M., Dal Cin, M., & Steele, M. (2017). Self-compassion is associated with optimum self-care behaviour, medical outcomes and psychological well-being in a cross-sectional sample of adults with diabetes. *Diabetic Medicine*, 34(11), 1546-1553.
- باورهای فراشناختی، تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی خودناتوان‌سازی تحصیلی. " *مطالعات روانشناسی تربیتی* ۱۵(۳۰).
- Friis, A. M., Consedine, N. S., & Johnson, M. H. (2015). Does kindness matter? Diabetes, depression, and self-compassion: a selective review and research agenda. *Diabetes Spectrum*, 28(4), 252-257.
- Garner, D. M, Olmsted Ph. D & Polivy M. A. J, (1983). Development and Vaidation of a Multidimensional Eating Disorder Inventory For Anorexia Nervosa and Bulimia, *International journal Eating Disorders*, 2(2).
- Koolae, A. K., Falsafinejad, M. R., Sakachaei, L. G., & Sanagoo, A. (2019). Relation between metacognitive beliefs and psychological adjustment with improving quality of life in type 2 diabetic patients. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 21(3).
- Neff, K. D .(2010). Review of 'The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions'. *British Journal of Psychology*, 101, 179-181.
- Neff, K. D. & Germer, C. (2017). Self-Compassion and Psychological Wellbeing. In J. Doty (Ed.) *Oxford Handbook of Compassion Science*, Chap. 27. Oxford University Press.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self - compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.

- Neff, K., Dahm, K. (2013). Self-Compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. University of Texas at Austin.
- Neff, K., Knox, M. (2017). Self-Compassion. Springer International Publishing, (2): 1-8.
- Odou, N., Brinker, J. (2014). Exploring the relationship between rumination, self-compassion, and mood. *Self and Identity*, 13(4), 449-459.
- Papaleontiou, E. L. (2008). Metacognition and theory of mind. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing.
- Purewal, R., & Fisher, P. L. (2018). The contribution of illness perceptions and metacognitive beliefs to anxiety and depression in adults with diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 136, 16-22.
- Saadatjoo SA, Rezvanee MR, Tabyee SH, Oudi D (2012). Life quality comparison in type 2 diabetic patients and none diabetic persons. *Modern Care Journal* ;9:24-31.
- Schwartz, S. A., Weissberg-Benchell, J., & Perlmutter, L. C. (2002). Personal control and disordered eating in female adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 25(11), 1987-1991.
- Wells A (2006). Meta cognitive therapy for generalizade anxiety dsorder: an open trail, *journal of behavior thrapy and experimental psychiatry*.
- Wells Wells A.(2009). Metacognitive therapy for anxiety and depression. UK: Guilford Press.