

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور و آموزش تاب‌آوری در ابرازگری

هیجان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

آزاده فتحی‌دوکی^۱، لیلا حسن‌نیا^۲، *محمدکاظم فخری^۳، سیده علیا عمادیان^۴، الهه فتحی‌دوکی^۵

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۵. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۱۲/۱۴ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۲۸)

Comparison of the Effectiveness of Resilience Training and Religious-Based Cognitive-Behavioral Therapy (RCBT) on Emotional Expression in type 2 Diabetes Patients

Azadeh Fathi Dooki¹, Leila Hasannia², *Mohammad Kazem Fakhri³, Seyyedeh Olia Emadian⁴, Elahe Fathi Dooki⁵

1. Ph.D Student in Educational Psychology, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

2. Ph.D Student in General Psychology, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari.

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari.

5. M.A. in Educational Psychology, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Original Article

(Received: Mar. 04, 2021 - Accepted: Apr. 17, 2022)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: Diabetes is one of the chronic diseases that emotional problems can interfere with its treatment. The aim of this study was to compare the effectiveness of religion-based cognitive-behavioral therapy (RCBT) and resilience training in expressing emotion in patients with type 2 diabetes. **Method:** This was a quasi-experimental study with pre-test and post-test design and control group. Among type 2 diabetic patients referred to comprehensive health care centers by purposive sampling, 45 people were selected as the final sample and then randomly selected in simple Three groups of 15 people including two experimental groups and one control group were assigned. One experimental group received 10 sessions of 60 minutes of RCBT and the other group received 9 sessions of 60 minutes of resilience training. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance and benferroni test. **Findings:** The results showed that there was a difference between the experimental groups and the control group in the post-test of expression of emotion with the control of the pre-test at 95% confidence level ($P < 0.05$). Also, there is no difference between religion-based cognitive-behavioral therapy and resilience training at 95% confidence level ($P < 0.05$). **Conclusion:** The results showed that religion-based cognitive-behavioral therapy and resilience training is effective in increasing the expression of emotion in diabetic patients and can be useful as an adjunctive therapy for diabetic patients.

Keywords: Diabetes Mellitus Type 2, Religious-Based Cognitive-Behavioral Therapy, Resilience Training, Emotional Expression.

چکیده

مقدمه: بیماری دیابت از جمله بیماری‌های مزمن می‌باشد که مشکلات هیجانی می‌تواند در روند درمان آن تداخل ایجاد کند. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور (RCBT) و آموزش تاب‌آوری در ابرازگری هیجان بیماران دیابت نوع دو انجام شده است. **روش:** این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل می‌باشد که از میان بیماران دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند و سپس به طور تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفر شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. یک گروه آزمایشی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای RCBT و گروه دیگر ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای آموزش تاب‌آوری دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره و آزمون بنفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در پس‌آزمون ابرازگری هیجان با کنترل پیش‌آزمون در سطح اطمینان ۹۵ درصد تفاوت وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین بین دو گروه درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور و آموزش تاب‌آوری نیز در سطح ۹۵ درصد اطمینان تفاوت وجود ندارد ($P < 0.05$). **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور و آموزش تاب‌آوری در افزایش ابرازگری هیجان بیماران دیابتی موثر است و می‌تواند به عنوان یک درمان کمکی برای بیماران دیابتی مفید واقع شود.

واژگان کلیدی: دیابت نوع دو، درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، آموزش تاب‌آوری، ابرازگری هیجان.

*نویسنده مسئول: محمدکاظم فخری

*Corresponding Author: Mohammad Kazem Fakhri

Email: Fakhri@iausari.ac.ir

مقدمه

فرد مبتلا می‌شود (یزدی، صفارنیا، زارع، ۱۳۹۹). در واقع ماهیت مزمن این بیماری بر جسم، روان و عملکرد فردی و اجتماعی بیمار تأثیر می‌گذارد (تامیر و همکاران^۴، ۲۰۱۲؛ به نقل از شفيعی و نصیری، ۱۳۹۹). ابرازگری هیجان^۵ با کارکرد تخلیه‌ی هیجانی که دارد باعث می‌شود که عواطف و هیجانات به روش مناسبی بیان شده و از ابرازگری آنها به‌صورت علائم جسمانی جلوگیری شود.

توجه به مداخلات مذهبی نیز در کنار مداخلات روانشناختی در چند دهه گذشته به صورتی روزافزون توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. محققین در حوزه اثربخشی مداخلات مذهب‌محور یافته‌های متناقضی دارند. برخی معتقدند که مذهب با احساس شرم و گناه مبتنی بر مذهبی با تعدادی از پیامدهای منفی، از جمله خودکشی همراه است (اکسلین، یالی، ساندرسون^۶، ۲۰۰۰؛ به نقل از پارگامنت، وانگ، اکسلین^۷، ۲۰۲۲) و یا دین می‌تواند به عدم انسجام کمک کند تا انسجام (پارگامنت و همکاران، ۲۰۲۲). از طرفی برخی پژوهش‌ها نشان داد که مذهب می‌تواند به عنوان یک اصل وحدت بخش و نیروی عظیم برای سلامت روانی مفید و کمک کننده باشد. اعتقادات مذهبی منجر به افزایش تاب‌آوری افراد در مقابله با فشارهای روانی می‌شود (درب اصفهانی و همکاران، ۱۳۹۸).

دیابت^۱ شایع‌ترین اختلال متابولیک سیستمیک در جهان می‌باشد که شیوع آن در حال افزایش است. روند جهانی دیابت در سال ۲۰۱۹ ۹,۳ درصد (۴۶۳ میلیون نفر) برآورد شد و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ به ۱۰,۲ درصد (۵۷۸ میلیون) و تا سال ۲۰۴۵ به ۱۰,۹ درصد (۷۰۰ میلیون نفر) برسد (اشنر، کارورانگا، جیمز، سیمونز، و همکاران^۲، ۲۰۲۰). دیابت دسته‌ای از بیماری‌های متابولیکی را در برمی‌گیرد که مشخصه آن‌ها بالا بردن سطح گلوکز خون ناشی از درجات مختلف مقاومت بدن فرد در برابر انسولین یا اختلال ترشح انسولین است (انجمن دیابت آمریکا^۳، ۲۰۲۱). نتایج و یافته‌های پژوهشگران نشان می‌دهد که بیمارانی که مبتلا به بیماری‌های جسمی مزمن مثل دیابت هستند، بیشتر از افراد عادی هیجانات منفی را تجربه می‌کنند و در رویارویی با مسایل بیشتر به مقابله‌ی هیجان‌مدار و یا اجتنابی روی می‌آورند و کمتر به شیوه‌ی مساله مدار اقدام به حل مشکلات می‌کنند که این در کوتاه مدت باعث آرامش نسبی فرد دیابتی می‌شود ولی در طولانی مدت باعث تداوم چرخه معیوب می‌شود (شفيعی، صالح‌زاده، دهقانی، مرتضوی‌زاده، ۱۳۹۸). در تبیین این موضوع می‌توان بیان کرد که ابتلا به یک بیماری مزمن و دائمی مانند دیابت، عوارض روان شناختی متعددی به دنبال دارد و با ایجاد حالت آماده باش در بدن، سبب فرسایش ذخایر جسمانی و روانی

4. Tamir& et al

5 . emotional expression

6. Exline, Yali, Sanderson

7 . Pargament, Wong & Exline

1 .Diabete

2 . Aschner, Karuranga, James, Simmons& et al

3 . American Diabetes Association

جامعه ضروری به نظر می‌رسد. در همین راستا پژوهش حاضر به بررسی و مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور و آموزش تاب‌آوری بر ابرازگری هیجان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو پرداخته است.

روش

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی که شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بوده است و با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام گرفت. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت تحت پوشش پزشکان خانواده مراکز خدمات جامع سلامت شهر قائمشهر بودند و به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند و سپس به طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفر شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن بین ۳۰ تا ۶۰ سال، تشخیص دیابت نوع ۲ از حداقل یک سال قبل از پژوهش، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، مصرف داروهای خوراکی و عدم دریافت انسولین، تحصیلات بالاتر از سیکل و عدم استفاده از داروهای روانپزشکی. این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای رشته روان‌شناسی عمومی با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1399.099 می‌باشد که رعایت حق انتخاب و اختیار آزمودنی برای شرکت در طرح، محرمانه بودن اطلاعات شخصی، ارائه اطلاعات لازم در زمینه نحوه اجرای طرح پژوهشی، کسب رضایت آگاهانه،

یکی از رویکردهای درمانی موجود در این زمینه، درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور^۱ است. در جلسات درمانی در کنار درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور این باور در فرد ایجاد می‌شود که در تلاش و رنجی که در زندگی رخ می‌دهد، بی‌فایده نبوده بلکه توأم با بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی است. با ایجاد چنین طرز تفکری، مراجع از احساس پوچی و سرگردانی رهایی می‌یابد (حمید، احمدیان، اکبری و شایه، ۱۳۹۰).

از طرف دیگر یکی از عوامل کاهش‌دهنده استرس، تاب‌آوری^۲ می‌باشد. مفهوم تاب‌آوری به پیامدهای مثبت به‌رغم تجربه ناگواری‌ها و ناملایمات، عملکرد مثبت و مؤثر در شرایط ناگوار، بهبودی بعد از یک ضربه مهم اشاره دارد (اسچون^۳، ۲۰۰۶).

چنانچه گفته شد دیدگاه‌های متضادی در اثرگذاری بکارگیری مداخلات روانشناختی مذهب‌محور در دنیا وجود دارد ولی از طرفی اکثر پژوهش‌ها بر تاثیر مثبت مداخلات روانشناختی در سلامت افراد تاکید دارند. با توجه به بار اقتصادی و اجتماعی بیماری دیابت، غیر قابل درمان بودن آن و نیاز به کنترل بیماری در طی زندگی ضرورت کاربست یک روش درمانی مبتنی بر فرهنگ اسلامی در جامعه ایرانی اسلامی و مقایسه آن با یک رویکرد درمانی مطرح روان‌شناسی مانند آموزش تاب‌آوری^۴، لزوم بومی سازی روش‌های درمانی با توجه به فرهنگ هر

1 . Religious-based cognitive-behavioral therapy

2 .Resilience

3 . Schoon

4 . Resilience training

خروج از طرح در صورت عدم رضایت شرکت‌کنندگان و ارائه مداخلات درمانی به گروه کنترل پس از پایان مطالعه، مهم‌ترین مسائل اخلاقی رعایت شده بودند. لازم به ذکر است که کلیه ارزیابی و مداخلات روانشناختی تحقیق توسط پژوهشگران تحت نظارت استاد راهنما و مشاور دانشگاه در سال ۱۳۹۹ انجام شد. بدین نحو که در ابتدا در هر دوگروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون پرسشنامه‌های پرسشنامه جمعیت شناختی، ابرازگری هیجان اجرا گردید. آزمودنی‌ها به صورت خود گزارشی پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند تمام افراد مشارکت‌کننده در پژوهش که حاضر به همکاری شدند، پرسشنامه را به صورت انفرادی تکمیل کردند و برای تکمیل آن محدودیت زمانی لحاظ نشد. پس از مشخص شدن افراد نمونه مورد پژوهش و پس از برگزاری یک جلسه توجیهی در جهت توضیح اهداف پژوهش، در مورد روند اجرای جلسات و زمانبندی توضیحات کافی برای شرکت‌کنندگان داده شد. مداخله برای دوگروه آزمایش در ده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در اتاق روانشناس مراکز بهداشتی درمانی شهرستان قائم‌شهر به صورت تقسیم‌بندی شده، شش گروه ۵ نفره در ساعت ۱۰ تا ۱۱ صبح برای گروه درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور و ساعت ۹ تا ۱۰ برای گروه آموزش تاب‌آوری با حفظ پروتکل‌های بهداشتی به دلیل شیوع کرونا توسط پژوهشگر بصورت هفته‌ای یک روز. برای هر یک از گروه‌ها و در تمام روزهای هفته برای ۶ گروه انجام شد اما بیماران گروه کنترل در این مدت تنها مراقبت‌های معمول

پزشکی دریافت نمودند. به فاصله یک هفته پس از پایان مداخلات پس آزمون روی هر سه گروه اعمال شد. خوشبختانه همه شرکت‌کنندگان تا پایان پژوهش بدلیل متنوع بودن روزهای آموزش برای هر گروه و رعایت پروتکل‌های بهداشتی پیشگیری از کرونا در جلسات حضور داشتند و افت تعداد آزمودنی رخ نداد.

پرسشنامه جمعیت شناختی: این پرسشنامه توسط محقق برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیت شناختی نظیر سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، سابقه بیماری‌های جسمی، سابقه اختلال‌های روان‌پزشکی و نوع داروی مصرفی طراحی شده است.

پرسشنامه ابرازگری هیجانی (EEQ): این پرسشنامه را کینگ و اموتز (۱۹۹۰) به منظور بررسی اهمیت نقش ابراز هیجان در سلامت طراحی نموده که دارای سه مقیاس فرعی ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی در ۱۶ ماده می باشد. مواد ۱ تا ۷ آن مربوط به زیر مقیاس ابراز هیجان مثبت، مواد ۸ تا ۱۲ آن مربوط به زیر مقیاس ابراز صمیمیت و مواد ۱۳ تا ۱۶ آن مربوط به زیر مقیاس ابراز هیجان منفی است. دامنه پاسخ به هر ماده در اصل ۷ درجه و از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف متغیر است. که به منظور تسهیل پاسخ‌گویی برای پاسخ‌دهندگان به ۵ درجه محدود شده است. روش نمره‌گذاری این پرسشنامه آن به شیوه لیکرت است که به پاسخ کاملاً موافق، نمره ۵ و به پاسخ کاملاً مخالف، نمره ۱ تعلق می گیرد. البته در مورد پاسخ سؤالات ۶، ۸، ۹ روش نمره‌گذاری به دلیل

منف بودن جهت مواد با ابراز هیجان، معکوس است، یعنی به پاسخ کاملاً موافق نمره ۱ و به پاسخ کاملاً مخالف نمره ۵ تعلق می‌گیرد که بر اساس این شیوه نمره گذاری، نمره کل فرد از ۱۹ تا ۸۰ متغیر خواهد بود که نمره بالاتر بیانگر ابراز گری هیجانی بالاتر است. نمره بالاتر بیانگر ابراز گری هیجانی بیشتر است. کینک و همکاران (۱۹۹۰) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس و مقیاس‌های فرعی ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۴، ۰/۶۳ و ۰/۶۷ به دست آوردند (کینگ و آموز، ۱۹۹۰؛ مامی و حیدری، ۱۳۹۷). در پژوهش‌های دیگر اعتبار این مقیاس را با استفاده از روش همسانی درونی، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و قیاس‌های فرعی ذکر شده، به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۶۰، ۰/۶۵ و ۰/۶۸ به دست آمد (شفیعی، صالح‌زاده، دهقانی، مرتضوی‌زاده، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر، نیز ضریب آلفای کرونباخ سنجیده شد که به ترتیب برابر با ۰/۸۳ (کل مقیاس) ۰/۶۹ (ایراز هیجان‌ات مثبت)، ۰/۸۶ (ایراز صمیمیت) و ۰/۶۱ (ایراز هیجانی منفی).

ساختار مداخله درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور (RCBT): محتوای جلسه‌های درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور مطابق به پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزه‌های اسلام می‌باشد (فقیهی، بناب و قاسم‌پور، ۱۳۸۶؛ کاویانی، حمید، عنایتی، ۱۳۹۳، هاشم ورزی، عباسی، حسینی، ۱۳۹۹). در این رویکرد علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری که

هدف آن، تغییر باورهای غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات درمانگری به فرد کمک می‌شود تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید. محتوای جلسات شناختی- رفتاری مذهب‌محور در جدول یک آمده است.

ساختار آموزش تاب‌آوری: پروتکل آموزش تاب‌آوری برگرفته از برنامه‌های هندرسون و ملیستین می‌باشد (هندرسون و ملیستین، ۲۰۰۳؛ حسینی بهشتیان و میرزازاده، ۱۳۹۵). ساختار آموزش تاب‌آوری در جدول دو آمده است. ساختار هر جلسه شامل بررسی تکالیف خانگی، مرور جلسه قبل، ارائه موضوع اصلی، خلاصه و جمع‌بندی و توضیح تکالیف خانگی جلسه بعد بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها: بررسی توصیفی متغیرهای دموگرافیک از شاخص‌های آماری چون فراوانی، در حد میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در ادامه جهت بررسی فرضیه‌های این مطالعه از تحلیل کوواریانس چند متغیره ۱ (مانکوا) و آزمون بنفرونی ۲ استفاده شد. لازم به ذکر است که تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام گردید.

فתי‌دوکی و همکاران: مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور و آموزش تاب‌آوری در ابرازگری ...

جدول ۱. برنامه درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور

جلسات	محتوای جلسه
اول	۱- آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، معرفی و توضیح در مورد روش درمان، اهداف، قوانین و ضرورت آموزش، ۲- آموزش باورهای شناختی، ۳- آموزش مدل A-B-C الیس همراه با مثال‌های متعدد و متنوع و بحث و تبادل نظر با اشخاص، ۴- آموزش باورهای نادرست شناختی یک مانند تفکر همه یا هیچ، بزرگنمایی و ... ۵- ارائه پرسش از آنها که برای چه چیزی زندگی می‌کنند و هدفشان از زندگی چیست؟ ۶- تکلیف خانگی: پیدا کردن و شناسایی باورهای شناختی منفی توسط هر فرد و نوشتن آن در برگه مخصوص و پیدا کردن هدفهای زندگیشان و نوشتن بر روی برگه
دوم	۱- بحث و بررسی تکالیف خانگی و پیشرفت و مشکلات مربوط به تکالیف، ۲- آموزش باورهای منفی و باورهای نادرست شناختی الیس همراه با مثال، ۳- آموزش توحید و باورهای توحیدی و در زندگی و بحث گروهی در این مورد با افراد، ۴- تکلیف خانگی: پیدا کردن افکار منفی آموزش داده شده توسط افراد و جایگزینی باورهای توحیدی مثبت به جای باورهای منفی
سوم	۱- بحث و گفتگو پیرامون هدف و غایت خلقت، ۲- پرسیدن سوالات سقراطی در مورد هدف خلقت، ۳- بحث و گفتگو پیرامون اسماء الهی که در وجود انسان‌ها تعبیه شده‌است، ۴- بحث و گفتگو پیرامون چگونگی رابطه و صحبت خدا با بندگان، ۵- تکلیف خانگی: تفکر در مورد هدف خلقت و اسماء الهی، ۶- تکلیف خانگی: پیدا کردن و شناسایی افکار منفی در وقایع روزمره و جایگزینی آن با آموزش‌های قبلی ۷- تفکر در مورد چگونگی دعای «یا من کلامه فعله» در زندگی روزمرشان و نوشتن در مورد آن
چهارم	۱- بحث و گفتگو در مورد توحید و صفات خداوند، ۲- آموزش توحید و صفات خداوند در نظام هستی، لا اله الا الله، لا هو الا هو، ۳- بحث و گفتگو پیرامون توحید و صفات و افعال خداوند در درون انسان‌ها به کمک آیه شریفه «هو معکم این‌ها و نحن اقرب الیه من حبل الورد»، ۴- تعبیر و تفسیر رویدادهای مختلف زندگی بر مبنای تقدیر و مشیت الهی، ۵- تکلیف خانگی: پیدا کردن افکار منفی و تبدیل آن افکار به مثبت به وسیله همین افکار توحیدی
پنجم	۱- بحث گروهی و موردی، علت انواع رنج‌ها و سختی‌ها در زندگی روزمره، ۲- توضیح علت رنج‌ها و سختی‌ها در زندگی روزمره از دیدگاه دین، ۳- بحث گروهی و توضیح مزایا و معایب رنج‌ها در زندگی، ۵- ارائه یک مثال توسط خود افراد در مورد رنجی که به آنان وارد آمده و تبدیل فکرشان به افکار مثبت از دیدگاه اسلام در مورد رنج
ششم	۱- مرور تکالیف خانگی، ۲- بحث گروهی در خصوص چگونگی تفسیر و تحلیل رنج‌ها و سختی‌هایشان توسط افراد گروه، ۳- ارائه بقیه مزایای رنج از دیدگاه اسلام و بحث گروهی با افراد، ۴- تکلیف خانگی: پیدا کردن مشکلات و رنج‌ها در طول روزه با رنج‌های گذشته و جایگزینی این افکار مثبت اسلامی بجای افکار منفی قبلی، با توجه به مزایای رنج
هفتم	۱- توضیح و بحث گروهی در مورد قضا و قدر، ۲- مزایا و معایب نگاه کردن به دنیا از منظر قضا و قدر الهی، ۳- تکالیف خانگی: ارائه مثال‌های موردی توسط افراد از منظر نگرش به قضا و قدر
هشتم	۱- بحث گروهی در مورد تسلیم، ۲- آموزش تسلیم از منظر اسلام و عرفان، ۳- معایب و مزایای نگرش انسان به دنیا از منظر تسلیم به خدا، ۴- تکلیف خانگی؛ دیدگاه وارد کردن تسلیم در زندگی روزمره و ارائه مثال‌هایی در زندگی روزمره
نهم	۱- بحث گروهی در مورد توکل و رضا، ۲- آموزش رضا از منظر اسلام، ۳- معایب و مزایای نگاه کردن به دنیا از منظر رضا، ۴- بحث گروهی در مورد توکل، ۵- آموزش توکل از دیدگاه اسلام، ۶- معایب و مزایای نگاه کردن به دنیا از منظر توکل، ۷- تکالیف خانگی: ایجاد دیدگاه توکل محور و رضا محور در زندگی روزمره و تبدیل باورهای منفی به مثبت
دهم	۱- مشخص نمودن خط سیر گروه، ۲- اظهار نظر شرکت‌کنندگان در مورد جلسات گروه و مزایا و معایب این جلسات، ۳- ارائه توصیه‌هایی کلی در خصوص چگونگی عمل کردن بعد از جلسات گروهی، ۴- اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. پروتکل آموزش تاب‌آوری

جلسه	مراحل	محتوای جلسات
اول	آشنایی و پذیرش برقراری روابط حسنه رهنمودهایی برای مشارکت اعضا	معرفی پژوهشگر و معرفی اعضا توضیح خطوط کلی جلسات برای اعضا، کار و تکالیف گروهی
دوم	چهارچوب کلی بحث	- معرفی خصوصیات افراد تاب‌آور: ۱. شادی ۲. خردمندی و بینش ۳. شوخ طبعی ۴. همدلی ۵. کفایت های عقلانی ۶. هدفمندی در زندگی ۷. ثبات قدم - شناخت موقعیت‌های ناخوشایند زندگی و افزایش سازگاری و تحمل در حیطه فردی
سوم	آشنایی با برخی عوامل حمایتی داخلی	- مفهوم خوشبینی - آشنایی با استرس و راه‌کارهای کنار آمدن با استرس - شناخت استعدادها و علایق و تاکید بر آنها و تمایل به استفاده از آنها
چهارم	آشنایی با برخی عوامل حمایتی بیرونی	- سیستم حمایتی اجتماعی - مسئولیت پذیری فردی و پذیرش نقش های معنی‌دار - بازسازی شناختی و ایجاد الگوی تفکر سازنده (بیان نقش باورها و افکار در رفتار و هیجانات و آشنایی با خطاهای شناختی) - احساس تعلق داشتن و باارزش بودن و تمایل به مشارکت کردن
پنجم	آشنایی با راه‌کارهای تاب‌آوری	- برقراری و حفظ ارتباط با دیگران - تاکید بر اهمیت روابط مثبت با دیگران و نگرش نسبت به آنها - پذیرفتن تغییر - آشنایی با تفاوت‌های فردی در ادراک، تاکید بر اهمیت نقش افکار و خودگویی
ششم	ادامه راه‌کارهای تاب‌آوری و هدفمندی	- تعیین هدف و امید داشتن نسبت به آینده - عمل کردن - آشنایی با سبک‌های تفکر و تاکید بر نقش
هفتم	ادامه راه‌کارهای ایجاد تاب‌آوری و خودکارآمدی	- خودآگاهی، عزت‌نفس، پرورش اعتماد به نفس - چهارچوب دادن به استرس‌ها
هشتم	ادامه راه‌کارهای ایجاد تاب‌آوری پرورش خوشبینی خودمراقبتی	- تاکید بر اهمیت معنا بخشیدن به مشکلات غیر قابل تغییر - رویکرد معنادرمانی آشنایی با تجارب فرانکل - جستجوی معنا و معناخواهی
نهم	جمع بندی	- نتیجه‌گیری از مباحث ارائه شده
دهم	اجرای پس‌آزمون	

یافته‌ها

لیسانس، ۵ نفر (۱۱/۱ درصد) مقطع بالاتر بوده اند. از نظر اشتغال نیز ۱۴ نفر (۳۱/۱ درصد) کارمند، ۲۶ نفر (۵۷/۸ درصد) خانه‌دار و ۵ نفر (۱۱/۱) بازنشسته بودند. در سه گروه در مورد ویژگیهای ذکر شده تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و تقریباً هم‌تا بودند. جدول ۳ مولفه‌های توصیفی متغیرها را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

افراد شرکت‌کننده در پژوهش از سن ۳۰ تا ۶۰ سال بودند و میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش ۵۱/۴۸ سال که ۱۹ نفر آنها مرد و ۲۶ نفر زن که ۹۱ درصد آنها متأهل و ۹ درصد مجرد بودند که همسرشان فوت شده بود. از بین شرکت‌کنندگان، ۲۶ نفر (۴۶/۷ درصد) زیر دیپلم، ۴ نفر (۸/۹ درصد) دیپلم، ۱۵ نفر (۳۳/۳ درصد)

جدول ۳. بررسی توصیفی ابرازگری هیجان به تکنیک گروه‌ها در طی مطالعه

عنوان	پیش‌آزمون						پس‌آزمون		
	کل			محدوده مقیاس			محدوده مقیاس		
	لیراز گری	لیراز	حمیمیت	لیراز گری	لیراز	حمیمیت	لیراز گری	لیراز	حمیمیت
	هیجان	هیجان	هیجان	هیجان	هیجان	هیجان	هیجان	هیجان	هیجان
	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت
گروه آموزش شناختی رفتاری	۵۶/۵۳	۲۴/۴	۱۷/۰۶	۱۵/۰۶	۵۹/۵۵	۲۴/۶۶	۱۹/۱۴	۱۵/۷۳	۰/۸۸
مذهب‌محور	۳/۷۵	۱/۶۳	۲/۷۸	۲/۸۱	۵/۱۱	۴/۶۳	۱/۴۵	۰/۸۸	۰/۸۸
مینیم	۵۲	۲۲	۱۲	۸	۵۲	۱۸	۱۶	۱۴	۱۴
ماکزیم	۶۲	۲۷	۲۰	۲۰	۶۵	۳۰	۲۰	۱۷	۱۷
گروه آموزش تاب‌آوری	۵۷/۰۷	۲۴/۶	۱۷/۹۳	۱۴/۵۳	۶۰/۷	۲۵/۳	۱۹/۴۶	۱۵/۸۶	۰/۶۳
مذهب‌محور	۳/۵	۱/۵۹	۴/۴۵	۳/۰۶	۴/۷	۴/۴۵	۱/۱۲	۰/۶۳	۰/۶۳
مینیم	۵۲	۲۲	۱۲	۸	۵۲	۱۸	۱۶	۱۴	۱۴
ماکزیم	۶۲	۲۷	۲۰	۲۰	۶۴	۳۰	۲۰	۱۷	۱۷
گروه کنترل	۵۶/۳	۲۴/۶	۱۷/۹۳	۱۴/۵	۵۶	۲۵/۳۳	۱۹/۴۶	۱۵/۸۶	۰/۶۴
مذهب‌محور	۳/۸	۱/۵۹	۲/۴۶	۳/۰۶	۳/۷	۴/۴۵	۱/۱۲	۰/۶۴	۰/۶۴
مینیم	۵۲	۲۲	۱۲	۸	۵۲	۱۸	۱۶	۱۴	۱۴
ماکزیم	۶۲	۲۷	۲۰	۲۰	۶۲	۳۰	۲۰	۱۷	۱۷

است، آزمون برابری واریانس (لوین)^۱ متغیرهای مطالعه جهت بررسی تساوی واریانس گروه‌ها انجام شد که نشان داد سطح معناداری به دست آمده برای هر دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد ($\text{sig} > 0/05$)، بنابراین با ۹۵٪ اطمینان می‌توان قضاوت کرد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر برابری واریانس‌ها یکسان

انجام تحلیل کوواریانس با فرض رعایت مفروضه‌های زیربنایی آن که شامل پنج مفروضه از جمله نرمال بودن، خطی بودن، نداشتن هم خطی چندگانه، برابری واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون می‌باشد، مورد بررسی قرار گرفت. از آنجایی که یکی از شرایط اجرای تحلیل کوواریانس، برابر بودن واریانس در بین گروه‌ها

می‌باشند. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که گروه‌ها حداقل در متغیر وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند.

جدول ۴. نتایج آزمون معنی‌داری تحلیل کوواریانس

اثر	آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	P	اندازه اثر
گروه‌ها	اثر پیلایی	۰/۳۴	۲/۸۷	۳	۳۶	۰/۰۱	۰/۱۷
	لامبدای ویلکز	۰/۶۵	۳/۱۵	۳	۳۶	۰/۰۰۸	۰/۱۹
	اثر هتلینگ	۰/۵۲	۳/۴۲۱	۳	۳۶	۰/۰۰۵	۰/۲۰
	بزرگترین ریشه‌وری	۰/۵۲	۷/۱۳۵	۳	۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۴

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس نمرات متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	منبع	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	میزان اثر	توان
	تغییرات	مجذورات	آزادی	مجذورات		معنی‌داری	Eta	آزمون
	(SS)	(df)	(MS)			Sig		
ابرازگری هیجان	گروه	۱۵۶/۵۷	۲	۷۸/۲۸	۳/۷۲	۰/۰۳۳	۰/۱۵	۰/۶۵
خرده مقیاس ابراز هیجان گروه		۶/۹۳	۲	۳/۴۶	۰/۸۶	۰/۷۰	۰/۰۱۱	۰/۰۸۵
ابرازگری مثبت								
هیجان صمیمیت گروه		۶۳/۳۳	۲	۳۱/۶۶	۸/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۹۶
ابراز هیجان گروه منفی		۵/۵۱	۲	۲/۷۵	۰/۹	۰/۴۱	۰/۰۴	۰/۱۹

این جدول نشان می‌دهد که در آزمون مانکوا دو گروه آموزش و یک گروه کنترل ابرازگری هیجان کل ($F=۳/۷۲$, $P=۰/۰۳۳$)، و خرده مقیاس‌ها به ترتیب: ابراز هیجان مثبت ($F=۰/۸۶$, $P=۰/۰۷$)، صمیمیت ($F=۰/۰۰۱$, $P=۰/۰۰۱$)، ابراز هیجان منفی ($F=۸/۹۹$, $P=۰/۴۱$)، به دست آمده‌اند که نشان داد تفاوت معنادار در بین سه گروه در متغیر ابرازگری هیجان کل و خرده‌مقیاس صمیمیت در

در جدول ۴ هر یک از خرده‌مقیاس‌های ابرازگری هیجان (ابراز هیجان مثبت، صمیمیت، ابراز هیجان منفی) به تفکیک خودشان به عنوان یک پیامد در آزمون مانکوا مورد بررسی قرار گرفتند و همچنین یک بار دیگر به صورت ابرازگری هیجان کل مورد بررسی قرار گرفتند که در مقایسه با سطح اطمینان ۹۵ درصد ($p=۰/۰۵$) سنجیده شدند.

فتمی دوکی و همکاران: مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور و آموزش تاب‌آوری در ابرازگری ...

سطح ($P < 0/05$) وجود دارد، ولی در خرده مقیاس‌های

ابراز مثبت و ابراز منفی هیجان تفاوت معنادار در سطح

جدول ۶. آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین گروه‌ها در ابرازگری هیجان

متغیر وابسته	گروه‌ها	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	سطح اطمینان ۹۵ درصد	
					سطح بالا	سطح پایین
ابرازگری هیجان (کل)	درمان	-۱/۱۳۳	۱/۶۷	۱	-۵/۳۱	۳/۰۴
	شناختی رفتاری مذهب‌محور	۳/۲۶	۱/۶۷	۰/۰۱	-۰/۹۱	۷/۴۴
ابرازگری هیجان (کل)	درمان	۱/۱۳	۱/۶۷	۱	-۳/۰۴	۵/۳۱
	شناختی رفتاری مذهب‌محور	۴/۴۰	۱/۶۷	۰/۰۱	۰/۲۲	۸/۵۷
ابرازگری هیجان (کل)	درمان	۳/۲۶	۱/۶۷	۰/۰۱	-۷/۴۴	۰/۹۱
	شناختی رفتاری مذهب‌محور	۴/۴۰	۱/۶۷	۰/۰۱	-۸/۵۷	-۰/۲۲

تاب‌آوری و گروه کنترل در متغیر ابرازگری هیجان تفاوت وجود دارد ($P = 0/01$ ، $4/4$).

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور و آموزش تاب‌آوری بر ابرازگری هیجانی بیماران دیابت نوع دو انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بین گروه آموزش شناختی رفتاری مذهب‌محور و گروه کنترل از نظر ابرازگری هیجان کل و خرده مقیاس صمیمیت تفاوت معنی‌دار وجود دارد و بین گروه آموزش تاب‌آوری و گروه کنترل در ابرازگری

به‌منظور درک این مطلب که تفاوت بین کدام یک گروه‌ها معنادار است، از آزمون بنفرونی استفاده شده که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است. همان‌گونه که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، بین گروه آموزش شناختی رفتاری مذهب‌محور و آموزش تاب‌آوری در متغیر ابرازگری هیجان در سطح اطمینان ۹۵ درصد تفاوت وجود ندارد ($P = 0/1$ ، $1/13$) و نیز این جدول نشان می‌دهد بین گروه درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور و گروه کنترل در سطح اطمینان ۹۵ درصد تفاوت وجود دارد ($P = 0/01$ ، $3/26$) و همچنین در جدول ۵ نشان داده شد که بین گروه آموزش

هیجان تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون در مقایسه دو روش درمان شناختی رفتاری مذهب محور و آموزش تاب آوری نیز نشان داد که تفاوت معناداری از لحاظ آماری وجود ندارد. در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهب محور می توان گفت که این درمان مداخله ای است که در آن فرد با پررنگ کردن اعتقاد به بعد فرامادی به بیماری خود معنا می دهد و از این طریق معنای زندگی خود را درک می کند همچنین بیماری را بخشی از زندگی می داند و درقبال زندگی احساس وظیفه و تعهد می کند و با ارزشهای معنوی و انسانی نظیر صبر، نوع دوستی، توکل و بخشش در زندگی خود معنای جدید می آفریند و در نهایت با ابرازگری هیجانی به شیوه مثبت و افزایش صمیمیت ارتباط مناسبی با دنیای پیرامون برقرار می کند. همچنین در مورد اثربخشی آموزش تاب آوری می توان چنین تبیین کرد که تاب آوری از میزان بزرگی تهدید در ارزیابی آن می کاهد و انتظار فرد را مبنی بر اینکه تلاشهایشان منجر به رسیدن به هدف خواهد شد را افزایش می دهد. سطوح بالای تاب آوری به فرد کمک می کند تا از عواطف و هیجان های مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. بعضی از محققان، به عنوان یک تبیین احتمالی، گفته اند که تاب آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت باعث تقویت حرمت خود و مقابله موفق با تجربه های منفی می شود (بنتی و کمبارو پالوس^۱، ۲۰۰۶)

با توجه به عوارض تجربه هیجانات منفی در رویارویی با مشکلات ایجاد شده ناشی از بیماری دیابت و روش های مقابله هیجان مدار و اجتنابی که می تواند منجر به ایجاد بیماریهای روحی و جسمی شده و در نهایت موجب ایجاد هزینه های درمانی به خانواده و دولت شود، این تحقیق نشان داد که RCBT و آموزش تاب آوری می تواند در افزایش ابرازگری هیجان بیماران دیابتی مورد توجه قرار گیرد.

با توجه به این که پژوهش حاضر نخستین بار است که بر روی این گروه از بیماران اجرا شده، مطالعه نوآورانه ای محسوب می شود و تحقیقات مشابهی در خصوص تاثیر RCBT در ابرازگری هیجان در خارج و داخل ایران تاکنون انجام نشده است. یافته این پژوهش درخصوص اثر بخشی RCBT با یافته های محمدپور و همکاران (۱۳۹۵)؛ هاشم ورزی و همکاران (۱۳۹۹)؛ هاشمی (۱۳۹۹) همسو بوده است. نتیجه پژوهش حاضر در خصوص اثربخشی تاب آوری در افزایش ابرازگری هیجان با پژوهش های احمدی بجستانی و همکاران (۱۳۹۷)؛ مامی و حیدری (۱۳۹۷) و بابایی و همکاران (۱۳۹۶) همسو می باشد. در تبیین یافته های این پژوهش می توان چنین گفت که تاب آوری از جمله سازه هایی است که به عنوان توانایی بازگشت به حالت اولیه و سازگاری موفقیت آمیز به رغم استرس زیاد و شرایط ناگوار تعریف می شود (کمپل، سیلیس، چوهان، استین، ۲۰۰۶) و تحقیقات ذکر شده اثربخشی مداخلات روانشناختی در ابرازگری هیجان و افزایش کیفیت زندگی تایید می کنند.

آموزش، روانشناسان، مشاوران، دیگر درمانگران دانشگاه علوم پزشکی که در زمینه کنترل و درمان بیماری دیابت فعالیت دارند، قرار دهد.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی بیماران دیابتی که با توجه به شیوع کرونا در این پژوهش شرکت داشتند، و پرسنل محترم مراکز خدمات جامع سلامت شماره ۷ و ۵ شهرستان قائم‌شهر تشکر و قدردانی می‌شود.

محدودیت‌هایی این پژوهش شامل پرسشنامه‌ها به روش خود اظهاری تکمیل شد، همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش بیشتر در این راستا صورت گیرد. پژوهش حاضر از لحاظ بنیادی و کاربردی می‌تواند حائز اهمیت باشد. از لحاظ بنیادی مبانی درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور و آموزش تاب‌آوری و نقش آن در ابرازگری هیجان را روشن خواهد کرد همچنین می‌تواند سنگ بنایی برای مطالعه بیشتر در این زمینه باشد. از لحاظ کاربردی انتظار می‌رود این پژوهش اطلاعات مفیدی را در اختیار دست‌اندرکاران

منابع

- احمدی بجستانی، بی بی سمیه؛ اصغری ابراهیم آباد، کیمیایی. (۱۳۹۷). اثربخشی گروه درمانی متمرکز بر هیجان (EFT) بر بهبود ابرازگری هیجانی و بهبود کنش‌وری جنسی زنان مبتلا به دیابت نوع دو. *اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی*. ۱۳(۵۰)، ۴۷-۵۶.
- بابایی، محمدرضا؛ اصغرزاده، قاسم؛ توحیدی، افشین. ۱۳۹۶. بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور. *مجله مراقبت‌های پیشگیرانه در پرستاری و مامایی علوم پزشکی زنجان*. ۷(۲)، ۷-۱۴.
- بشرپور، سجاده؛ علمردانی، سجاده؛ شاه محمدرزاده، یحیی. (۱۳۹۳). نقش ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در پیش‌بینی علایم جسمانی‌سازی در دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال ۹۳-۹۲. *مجله علمی دانشگاه*
- علوم پزشکی رفسنجان. ۱۳(۱۰)، ۹۶۱-۹۷۲.
- حسینی بهشتیان، سید محمد؛ میرزازاده، رقیه، (۱۳۹۷). اثر بخشی آموزش تاب‌آوری بر راهبردهای تنظیم هیجان و رضایت از زندگی زنان سرپرست خانوار. *جامعه‌پژوهی فرهنگی*. ۷(۳)، ۱۹-۳۶.
- حمید، نجمه؛ احمدیان، علی و اکبری شایه، یحیی. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمانگری مذهب‌محور بر میزان امیدواری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه. *مجله پزشکی هرمزگان*. ۱۶(۳)، ۲۱۳-۲۳۱.
- درب اصفهانی، فریده؛ معتقدی‌فرد، مهشاد؛ ارفعی، فریبرز؛ شکاری، عباس. (۱۳۹۸). همبستگی بین سبک زندگی اسلامی با رضایت از زندگی و سلامت روان. *مجله زندگی اسلامی*. ۲(۳)، ۱۳۱-۱۳۵.

محمدپور، سمانه؛ احمدپور، محسن. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب محور بر تعهد سازمانی و اثربخشی سازمانی کارکنان ناجا. *مجله طب نظامی*. ۵(۵)، ۳۶۱-۳۷۰.

هاشم‌ورزی، محمودرضا؛ عباسی؛ قدرت‌الله؛ حسینی، سید حمزه. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور (RCBT) بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران دارای کولوستومی. *مجله مطالعات ناتوانی*. ۱۸۵(۱۰).

هاشمی، زهره. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی مذهب‌محور و درمان فراشناختی بر اندیشه خودکشی دانشجویان. *فصلنامه پژوهشهای نوین روانشناختی*. ۱۵(۵۹)، ۱۴-۲۹.

یزدی، ماشاالله؛ صفارنیا، مجید؛ زارع، حسین. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت افتادگی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر نشانگرهای زیستی HbA1C و گلوکز خون بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *نشریه علمی روانشناسی سلامت*. ۹(۱)، ۶۱-۷۸.

شفیعی، حسن؛ نصیری، شادی. نقش سواد سلامت، بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، *نشریه علمی روانشناسی سلامت*. ۹(۱)، ۲۲-۷.

شفیعی، رضوان؛ صالح‌زاده، مریم؛ دهقانی، فهیمه؛ مرتضوی‌زاده، محمدرضا. (۱۳۹۸). نقش ابرازگری هیجانی و ترس از صمیمیت بر کیفیت روابط بین فردی بیماران مبتلا به سرطان. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*. ۱۳(۲)، ۳۳-۴۴.

کاویانی، زینب؛ حمید، نجمه؛ عنایتی، میرصلاح الدین. (۱۳۹۳). تاثیر درمان شناختی رفتاری مذهب محور بر تاب‌آوری زوجین. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*. ۳، ۲۵-۳۵.

مامی، شهرام؛ حیدری، مریم. (۱۳۹۷). تاثیر روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده به شیوه گروهی بر عملکرد جنسی و ابرازگری هیجانی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، *مجله روانشناسی سلامت*. ۷(۲۸)، ۱۳۱-۱۵۰.

Aschner, P., Karuranga, S., James, S., Simmons, D., Basit, A., Shaw, J. E., . Saeedi, P. (2021). The International Diabetes Federation's guide for diabetes epidemiological studies. *Diabetes research and clinical practice*, 172.

Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H.

(2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders.

American Diabetes Association.(2021) Medical Care in Diabetes2021. *Diabetes Care*, 44(1), S125-S150.

- Benetti, C. & Kambouro poulos, N. (2006). Affect regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Personality and Individual differences*, 41, 341-352.
- Foster, K., Roche, M., Giandinoto, J. A., & Furness, T. (2020). Workplace stressors, psychological well-being, resilience, and caring behaviours of mental health nurses: A descriptive correlational study. *International journal of mental health nursing*, 29(1), 56-68 .
- King LA, Emmons RA. Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. *Journal of personality and social psychology*. 1990;58(5):864.
- Henderson, N., & Milstein, M. M. (2003). *Resiliency in schools: Making it happen for students and educators*: Corwin Press.
- Jones, L., Crabb, S., Turnbull, D., & Oxlad, M. (2014). Barriers and facilitators to effective type 2 diabetes management in a rural context: a qualitative study with diabetic patients and health professionals. *Journal of health psychology*, 19(3), 441-453 .
- Pargament, K. I., Wong, S., & Exline, J. J. (2022). 32 The Holiness of Wholeness: Religious Contributions to Human Flourishing. *The Oxford Handbook of the Positive Humanities*, 432.
- Pössel, P., Martin, N. C., Garber, J., Banister, A. W., Pickering, N. K., & Hautzinger, M. (2011). Bidirectional relations of religious orientation and depressive symptoms in adolescents: A short-term longitudinal study. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3(1), 24 .
- Schoon, I. (2006). Risk and resilience: Adaptations in changing times: Cambridge University Press. *Oncology*, 3(2), 163-173.