

Comparison of Health Control Beliefs, Emotion Regulation Strategies, and Marital Conflicts Among Diabetic and Non-Diabetic Women

Shahnaz Mohammadi^{*1}, Shahla Aghaei Bejestani², Mahnaz Mohammadi³

1. Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

2. Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology Shahid Behshti University, Tehran, Iran

3. Department of Biology, Faculty of Basic Sciences, Islamic Azad University, Islamshahr Branch, Tehran, Iran

Abstract

Background: There is a two-way relationship between diabetes. The purpose of the current research was to compare health control beliefs, emotion regulation strategies, and marital conflicts between diabetic and non-diabetic women.

Methods: The present study is a comparative causal research type. The statistical population of the present study is all diabetic and non-diabetic women in the city of Tehran who visited the Tehran clinic in the first half of 2022, out of which 43 were diabetic women which were selected by screening and available sampling method. The control group consists of 43 non-diabetic women were selected by matching demographic variables. The multidimensional health locus of control (MHLC) scales, emotional regulation strategies and marital conflicts scale quaternaries were used to collect data. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics including multivariate analysis of variance.

Results: The results showed that compared to non-diabetic women, women with diabetes had a higher level of emotional suppression regulation, the source of control of effective people, the source of control of chance and marital conflict. Also, they had a lower level of reappraisal emotion regulation and internal locus of control, and all these differences were significant.

Conclusion: The research results showed ineffective emotion regulation, faulty control source beliefs and marital conflict in women with diabetes, which reveals the need to pay attention to the above factors in the form of providing treatment and educational programs to diabetic women, families and centers related to diabetic women.

Keywords: Diabetes, Health Control Beliefs, Emotion Regulation, Marital Conflict

Please cite this article as:

Mohammadi Sh, Bejestani ShA, Mohammadi M. Comparison of health control beliefs, emotion regulation strategies, and marital conflicts among diabetic and non-diabetic women. *ijdl*. 2025; 25(1):44-53.

***Corresponding Author:** Shahnaz Mohammadi; **Email:** smohammadi@khu.ac.ir

Kharazmi University, No.43, South Mofateh St, Tehran, Iran, P.O.Box: 1571914911, Tel: +982181584416 Fax: +982188848938

مقایسه باورهای کنترل سلامت، راهبردهای تنظیم هیجان، و تعارضات زناشویی در بین زنان دیابتی و غیر دیابتی

شهناز محمدی^{۱*}، شهلا آقایی بجستانی^۲، مهناز محمدی^۳

۱- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۲- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- گروه زیست شناسی، دانشکده علوم پایه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: بین دیابت و مشکلات روان‌شناختی رابطه دوسویه وجود دارد. هدف پژوهش جاری بررسی مقایسه باورهای کنترل سلامت، راهبردهای تنظیم هیجان، و تعارضات زناشویی در بین زنان دیابتی و غیر دیابتی بود.

روش‌ها: طرح پژوهش مطالعه حاضر، از نوع علی مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنان مبتلا به دیابت و غیر دیابتی در شهر تهران است که در نیمه اول سال ۱۴۰۱ به کلینیک تهران مراجعه کردند، از این میان نمونه‌ای به تعداد ۴۳ نفر زن دیابتی با غربالگری و روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، گروه کنترل نیز به تعداد ۴۳ نفر زن غیر دیابتی با هم‌تاسازی در متغیرهای جمعیت شناختی انتخاب گردید، از پرسشنامه‌های، مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت، پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجانی و مقیاس تعارضات زناشویی برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که زنان دارای دیابت در مقایسه با زنان غیر دیابتی از میزان بیشتر تنظیم هیجان فرونشانی، منبع کنترل افراد مؤثر، منبع کنترل شانس و تعارض زناشویی برخوردار بودند همچنین از میزان کمتر تنظیم هیجان ارزیابی مجدد و منبع کنترل درونی برخوردار بودند که تمامی این تفاوت‌ها معنادار بود.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش، تنظیم هیجان ناکارآمد، باورهای منبع کنترل معیوب و تعارض زناشویی در زنان دارای دیابت را نشان داد که لزوم توجه به عوامل فوق در قالب ارائه برنامه‌های درمانی و آموزشی به زنان دیابتی، خانواده‌ها و مراکز مرتبط با زنان دیابتی را آشکار می‌سازد.

واژگان کلیدی: دیابت، باورهای کنترل سلامت، تنظیم هیجان، تعارض زناشویی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۱۵

به این مقاله، به صورت زیر استناد کنید:

Mohammadi Sh, Bejestani ShA, Mohammadi M. Comparison of health control beliefs, emotion regulation strategies, and marital conflicts among diabetic and non-diabetic women. *ijdl*. 2025; 25(1):44-53.

* نویسنده مسئول: شهناز محمدی، آدرس: خیابان شهید مفتاح، نرسیده به انقلاب، پلاک ۴۳، دانشگاه خوارزمی، تلفن: ۰۲۱۸۱۵۸۴۴۱۶، پست الکترونیک: smohammadi@khu.ac.ir

مقدمه

دیابت شایع‌ترین بیماری متابولیک در جهان محسوب می‌شود و علائم واضح آن افزایش مزمن قند خون، اختلالات متابولیک کربوهیدرات‌ها، چربی و پروتئین است و در نتیجه اختلالاتی در ترشح و عملکرد انسولین به وجود می‌آید. دیابت از سوی سازمان جهانی بهداشت، همه‌گیری نهفته لقب گرفته است [۱]. شیوع دیابت در سراسر جهان با بیش از ۴۰۰ میلیون نفر، رو به افزایش است و انتظار می‌رود که تا سال ۲۰۴۵ این میزان به بیش از ۶۰۰ میلیون نفر برسد [۲]. همچنین، پیش‌بینی می‌شود که تعداد بیماران دیابتی در ایران احتمالاً تا سال ۲۰۳۰، تقریباً به ده میلیون نفر برسد [۳]. مشابه سایر بیماری‌های مزمن، رابطه دو سویه بین دیابت و مشکلات روان‌شناختی و عوامل روانی می‌تواند باعث بروز دیابت شود و تأثیر منفی در باورهای کنترل سلامت، راهبردهای تنظیم هیجان و مدیریت ضعیف بیماری داشته باشد [۴، ۵]. باورکنترل سلامت یک مفهوم روان‌شناسی درباره باورهای کنترل در رابطه با بیماری و سلامت است. این مفهوم بر پایه رویکرد کلی منبع کنترل در نظریه یادگیری اجتماعی که توسط Thakral توسعه یافته، بنا شده است [۶]. منبع کنترل سلامت به عنوان یک میانجی، بخشی از مسیر بین وضعیت فردی، وضعیت اجتماعی و سلامت را تشکیل می‌دهد [۷]. باور به کنترل درونی با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط دارد، افرادی که منبع کنترل درونی دارند سعی در کنترل حوادث و رفتارها برمی‌آیند و متعاقباً باعث ایجاد احساس کنترل و اثربخشی و همچنین ایجاد پیامدهای مورد نظر مثبت می‌شوند [۸]. اما بیرونی‌ها دنیا را خصمانه و خطرناک می‌دانند و معتقدند که برای تغییر دادن اوضاع، کاری از دست آنها برنمی‌آید. آنها، نسبت به زندگی، دیدگاه وحشتناک و فاجعه‌آمیز دارند [۹]. تجربه احساسات منفی مانند خشم، سرخوردگی، ناامیدی، ترس، احساس گناه، شرم در مبتلایان به دیابت بسیار معمول است [۱۰]. در سالیان اخیر نقش درمان روان‌شناختی به‌ویژه نقش راهبردهای تنظیم هیجان در انواع گوناگون اختلالات مورد توجه قرار گرفته است [۱۱]. تنظیم هیجان به توانایی فهم هیجان‌ها، تعدیل تجربه و ابراز هیجان‌ها اشاره دارد [۱۲]. تنظیم هیجان‌ها مستلزم مدیریت هیجان‌های مثبت و منفی در خود و در دیگران بر مبنای شرایط موجود است [۱۳]. در دنیای که به سرعت در حال تغییر است، برای مقابله بهتر و سازگاری مؤثر با تغییرات، افراد باید به‌طور انعطاف‌پذیری از میان طیف وسیعی از راه حل‌ها و راهبردهای ممکن برای مقابله با مسائل، دست به انتخاب بزنند. در واقع، تنظیم هیجانی انعطاف‌پذیر روشی مؤثر برای سازگاری و

مقابله است [۱۴]. نداشتن کنترل سلامت و نادرست اعمال کردن راهبردهای تنظیم هیجان در به وجود آمدن تعارضات زناشویی بیماران مبتلا به دیابت نقش به‌سزایی دارد. به گونه‌ای که محققان، مشکلات خانوادگی و تأثیرات منفی که این پدیده بر وضعیت روابط زناشویی، تعارضات زناشویی، رضایت زناشویی و کیفیت روابط جنسی زناشویی اذعان داشته‌اند [۱۵]. یکی از مشکلات در نوسان قند خون، نقص در عملکرد جنسی است [۱۶]. در واقع، با تداوم بیماری دیابت و بالا رفتن قند خون عوارضی عروقی ایجاد مانند آسیب به اعصاب و مشکلات قلبی می‌شود که این دو عارضه در نهایت بر مشکلات در کارکرد جنسی تأثیر می‌گذارند [۱۷]. افزون بر این، سطح بالای قند خون بر توانایی تجربه تحریک و برانگیختگی جنسی و ترشح روان‌کننده‌های واژن تأثیر منفی می‌گذارد [۱۸]. تعارضات زناشویی به معنای تداخل اهداف، نیازها، علائق و خواسته‌های یکی از زوجین با زوج دیگر است که منجر به کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، جلب حمایت فرزند، افزایش واکنش‌های هیجانی، کاهش رابطه خانوادگی و جدا کردن امور مالی زوجین از یکدیگر می‌شود [۱۹، ۲۰]. با توجه به مطالب ذکر شده بررسی مقایسه‌ای باورهای کنترل سلامت و راهبردهای تنظیم هیجان و تعارضات زناشویی در بین زنان دیابتی و مقایسه آن با زنان غیر دیابتی ضروری است. در پژوهش حاضر برای اولین بار همبستگی بین سه عامل (باورهای کنترل سلامت، راهبردهای تنظیم هیجان، و تعارضات زناشویی) و نقش مؤثر آنها در کنترل دیابت مورد بررسی و مطالعه قرار گرفت. هدف از پژوهش حاضر نقش هر یک از متغیرهای روانشناختی که نقش مؤثر آنها در کنترل و پیشگیری دیابت است که مورد بررسی و مطالعه قرار گرفت.

روش‌ها

طرح پژوهش مطالعه حاضر، از نوع علی-مقایسه‌ای است. هدف طرح‌های علی-مقایسه‌ای، تبیین روابط بین پدیده‌ها و تلاش برای یافتن علت‌های احتمالی آنها است. از این طرح زمانی استفاده می‌شود که علت از قبل رخ داده و مطالعه آن، از طریق تأثیری که بر متغیرهای دیگر برجای گذاشته، امکان‌پذیر است. با توجه به طرح انتخابی، هدف این پژوهش مقایسه باورهای کنترل سلامت، راهبردهای تنظیم هیجان، و تعارضات زناشویی در بین زنان دیابتی و غیر دیابتی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنانی دیابتی و غیر دیابتی است که به کلینیک دیابت تهران در شهر تهران در سال ۱۴۰۱ مراجعه نموده‌اند.

- منبع کنترل سلامت درونی (IHL) شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که عوامل داخلی و رفتارهایش مسئول بیماری و سلامت اوست.
 - منبع کنترل سلامت مربوط به افراد موثر (PHLC): شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که سلامت او به وسیله افراد دیگر تعیین می‌شود.
 - منبع کنترل سلامت مربوط به شانس (CHLC): شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که سلامت او وابسته به شانس، بخت، اقبال و سرنوشت اوست.
- برای به‌دست آوردن نمره هر زیر مقیاس کافی است امتیاز همه عبارات مربوط به زیرمقیاس مورد نظر را با هم جمع کنید.

عبارات مربوط به هر زیرمقیاس:

- الف) زیر مقیاس منبع کنترل سلامت درونی: ۱۷-۱۳-۱۲-۸-۶-۱
- ب) زیر مقیاس منبع کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر: ۱۸-۱۴-۵-۳-۷-۱۰
- ج) زیر مقیاس منبع کنترل سلامت مربوط به شانس: ۱۶-۱۵-۱۱-۲-۴-۹

پایایی و روایی: ضریب پایایی کدور-ریچاردسون برای هر یک از مقیاس‌های منبع کنترل درونی، منبع کنترل مربوط به افراد مهم و منبع کنترل مربوط به شانس به ترتیب ۰/۵۰، ۰/۶۱، ۰/۷۷ گزارش شده است. Meshki و همکاران [۲۲] برای تعیین روایی ابزار مورد نظر، ۴۹۶ نفر دانشجو را مورد آزمایش قرار دادند. در این پژوهش، تعیین پایایی فرم ب به سه روش بازآزمایی، ثبات درونی و آزمون‌های هم‌تا انجام شد و برای این منظور به ترتیب از فرمول‌های ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن-براون و آلفای کرونباخ استفاده شد. برای تعیین روایی فرم ب از مقیاس چند وجهی منبع کنترل سلامت از سه روش روایی محتوا، هم‌زمان و سازه استفاده شد [۲۲].

پایایی گروه نمونه پایلوت این پژوهش برای متغیر منبع کنترل سلامت ۰/۸۸ است (آلفای کرونباخ = ۰/۸۸).

پرسشنامه تنظیم هیجانی

این مقیاس توسط Gross و John [۲۳] تهیه شده است؛ مقیاس فوق از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و فرونشانی (۴ گویه) است. پاسخ‌ها براساس مقیاس (لیکرت) هفت درجه‌ای، از کاملاً مخالف (۱) و

پژوهشگر با مراجعه به کلینیک دیابت تهران در شهر تهران، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، و پس از در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج، تعداد ۴۳ نفر از زنان دیابتی را انتخاب نمود. ملاک‌های ورود و خروج عبارت بودند: عدم مصرف داروهای روانپزشکی، عدم سابقه اختلالات روانپزشکی، زندگی مشترک با همسر، رضایت آگاهانه از ورود به پژوهش، حداقل سواد خواندن و نوشتن، دامنه سنی بین ۲۵ تا ۵۰ سال، عدم اعتیاد همسر و عدم وجود نشانه‌های اضطراب و افسردگی در سطح بالینی همسر. برای هم‌تاسازی دو گروه، اعضای نمونه تعداد ۴۳ نفر از زنان غیر دیابتی را در ابعاد تحصیلات، سن، اشتغال هم‌تاسازی شدند. پس از انتخاب نمونه، مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت (MHLC)، پرسشنامه تنظیم هیجانی (DERS)، و مقیاس تعارضات زناشویی بر روی تک‌تک بیماران توسط آزمونگر اجرا و پاسخ آنها ثبت شد.

ابزارهای مورد استفاده

مقیاس چند وجهی منبع کنترل سلامت (MHLC)

مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت در سال ۱۹۷۸ توسط Wallston و همکاران [۲۱] به‌منظور تعیین منبع کنترل سلامت افراد ساخته شد. این موضوع که شخصی دارای محور کنترل سلامتی (منبع کنترل سلامت) از نوع درونی یا بیرونی باشد، براساس یک مجموعه مشخصات است. این مشخصات و ویژگی‌ها به‌صورت مقیاس‌بندی شده وجود دارد و به تعیین نوع محور کنترل سلامتی در افراد می‌پردازد. این ابزار به پیش‌گویی رفتار بهداشتی مبتنی بر اعتقادات فردی کمک می‌نماید. این پرسش‌نامه دارای سه فرم A، B و C است که هر کدام مشتمل بر هجده عبارت و هر مؤلفه دارای شش عبارت است. فرم A و B در سال ۱۹۷۸ و فرم C که می‌تواند برای بیماری‌های خاص یا شرایط معین مورد استفاده قرارگیرد، در سال ۱۹۹۴ منتشر شد، در مدت ۱۰-۱۴ دقیقه تکمیل می‌شوند. این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارشی است. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات آن را بیان کند.

مقیاس چند وجهی منبع کنترل سلامت شامل سه مؤلفه با معیار شش‌گانه لیکرت و مخفف کلمات زیر است:

¹ internal health locus of control

² powerfull other locus of control

³ chance locus of control

متغیرهای جمعیت شناختی سن، تحصیلات تفاوت معنی‌داری با هم ندارند، به عبارتی دو گروه بر مبنای این متغیرها هم‌تا شده‌اند. جدول ۲ توزیع فراوانی و درصد اشتغال آزمودنی‌ها، همراه با نتایج آزمون خی دو به‌منظور بررسی مفروضه هم‌تا بودن دو گروه بر مبنای این متغیر را نشان می‌دهد.

همان‌گونه که در جدول ۲ قابل مشاهده است، ۳۴/۸۸ درصد از گروه زنان دیابتی و ۵۱/۱۶ درصد از گروه زنان غیردیابتی شاغل هستند. در ادامه، نتایج آزمون خی دو ($P > ۰/۰۵$) بیانگر آن است که گروه‌های مورد پژوهش در متغیر وضعیت اشتغال تفاوت معنی‌داری با هم ندارند، به عبارتی دو گروه بر مبنای این متغیر نیز هم‌تا شده‌اند.

به‌منظور مقایسه دو گروه بر مبنای تعارضات زناشویی، منبع کنترل سلامت و راهبردهای تنظیم هیجان، از تحلیل چندمتغیری واریانس استفاده شد. برای انجام تحلیل چندمتغیری واریانس، ابتدا داده‌های پرت براساس تبدیل آنها به نمرات استاندارد (Z) مورد واریانس قرار گرفت.

به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل چندمتغیری واریانس، دامنه آزمون‌های لوین برای بررسی همگن بودن واریانس ($P > ۰/۰۵$)؛ $F(۱, ۸۸) = ۰/۱۱۲$ و کالموگروف/اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها ($-۰/۸۶۰$ تا $۰/۵۱۷$) بیانگر همسانی واریانس و نرمال بودن توزیع متغیرها بود.

نتیجه آزمون M باکس ($P > ۰/۰۵$)؛ $F(۲۱, ۲۸۴۸۲/۴۱۹) = ۰/۹۰۴$ نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است، بنابراین می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده نمود.

جدول ۳ نتیجه آزمون چندمتغیری لامبدای ویلکز را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز معنی‌دار است. معنی‌دار بودن آزمون چندمتغیری لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که بر مبنای متغیرهای تعارضات زناشویی، منبع کنترل سلامت و راهبردهای تنظیم هیجان، بین زنان مبتلا به دیابت و زنان غیر دیابتی تفاوت معنی‌داری وجود دارد، ولی این معنی‌داری مشخص نمی‌کند که دو گروه در کدام مؤلفه‌ها با همدیگر تفاوت دارند. بنابراین به‌منظور مشخص شدن تفاوت‌ها تحلیل واریانس یک‌راهه انجام شد. در ادامه، نتایج تحلیل‌های واریانس یک‌راهه، مورد بررسی قرار می‌گیرد. در جدول ۴ نتایج تحلیل‌های واریانس یک‌راهه، میانگین و انحراف استاندارد باورهای کنترل سلامت زنان مبتلا به دیابت و زنان غیر دیابتی درج شده است.

برای کاملاً موافق (۷) است. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد (۰/۷۹) گزارش شده است و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از سه ماه و برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است [۲۳].

ضریب همسانی درونی این مقیاس در کارمندان ایالتی و دانشجویان کاتولیک دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد در دامنه‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ به‌دست آمده است. نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان در فرهنگ ایرانی توسط Ghasempour و همکاران [۲۴] مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این پژوهش، اعتبار مقیاس براساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی پرسشنامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از ($R^2 = ۰/۱۳$) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است.

مقیاس تعارضات زناشویی

این ابزار دارای ۴۲ گویه است که با هدف سنجش تعارض‌های زناشویی ساخته شده است. گویه‌های این ابزار با ۵ گزینه همیشه، بیشتر، گاهی وقت‌ها، به‌ندرت و هرگز همراه است که به‌ترتیب از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. بیشترین نمره‌های که می‌توان با این ابزار به‌دست آورد، ۲۱۱ و کمترین نمره ۴۲ است. نمره بالا به معنای تعارض شدید و نمره پایین به معنای عدم تعارض تفسیر می‌شود. پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۵۳ برآورد شده است. همچنین این مقیاس از روایی محتوایی خوبی برخوردار است. Sanai Zaker و Barati [۲۵] به‌منظور اندازه‌گیری پایایی و روایی، پرسشنامه مذکور را روی یک گروه ۱۱۱ نفری متشکل از ۵۳ مرد و ۵۸ زن که برای رفع تعارضات زناشویی خود به مراجع قضایی یا مرکز مشاوره مراجعه کرده بودند و نیز یک گروه گواه ۱۱۸ نفری زوج‌های عادی متشکل از ۵۳ مرد و ۵۵ زن اجرا گردید. مقایسه میانگین دو گروه سازگار و ناسازگار در مردان و زنان بیانگر وجود تفاوت معنی‌داری بین آنها است که می‌تواند دال بر قدرت تمیز آزمون در تشخیص زوج‌های متعارض از نامتعارض باشد [۲۵].

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیر سن، آزمودنی‌ها را به تفکیک گروه نشان می‌دهد.

همان‌گونه که در جدول ۱ قابل مشاهده است، نتایج آزمون T دو گروه مستقل بیانگر آن است که گروه‌های مورد پژوهش در

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها در متغیرهای سن، تحصیلات

متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره t	سطح معنی داری
سن	دیابتی	۴۳	۲۵/۳۱	۲/۲۳	۰/۴۵۷	۰/۶۳۶
	غیر دیابتی	۴۳	۲۳/۴۷	۳/۵۷		
تحصیلات	دیابتی	۴۵	۱۳/۴۲	۳/۶۹	۰/۷۹۹	۰/۲۳۴
	غیر دیابتی	۴۵	۱۴/۵۳	۴/۲۱		

جمعیت مورد مطالعه: ۴۳ نفر دیابتی، ۴۳ نفر غیر دیابتی، شیوه آماری: آزمون t مستقل، شیوه انجام مطالعه: علی - مقایسه‌ای

جدول ۲ توزیع فراوانی و درصد اشتغال آزمودنی‌های دو گروه زنان دیابتی و غیر دیابتی

متغیر	گروه زنان دیابتی		گروه زنان غیر دیابتی		آماره خی دو	سطح معنی داری
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۵	۳۴/۸۸	۲۲	۲/۱۲	۰/۱۳۷
	بیکار	۲۸	۵۳/۴۸	۲۱		

جمعیت مورد مطالعه: ۴۳ نفر دیابتی، ۴۳ نفر غیر دیابتی، شیوه آماری: آزمون خی دو، شیوه انجام مطالعه: علی - مقایسه‌ای

جدول ۳- نتایج آزمون چندمتغیره

لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	ضریب ایتا
۰/۳۳۴	۲۷/۵۳	۶	۸۳	۰/۰۰۰	۰/۶۷

جمعیت مورد مطالعه: ۴۳ نفر دیابتی، ۴۳ نفر غیر دیابتی، شیوه آماری: آزمون چند متغیره لامبدای ویلکز، شیوه انجام مطالعه:

علمی - مقایسه‌ای

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس یکراهه بر مبنای باورهای کنترل سلامت

باورهای کنترل سلامت	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	F df=(۱/۸۴)	سطح معنی داری	مجذور اتا (η²)
منبع درونی کنترل	زنان دیابتی	۴۳	۱۱/۵۸	۴/۱۹	۶۴/۷۵	۰/۰۰۰	۰/۴۲
	زنان غیر دیابتی	۴۳	۱۹/۳۱	۴/۸۹			
منبع بیرونی کنترل	زنان دیابتی غیر دیابتی	۴۳	۱۸/۱۱	۳/۵۷	۱۱/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۱۱
	زنان غیر دیابتی	۴۳	۱۳/۹۳	۴/۱۶			
منبع شانس	زنان دیابتی غیر دیابتی	۴۳	۱۹/۰۷	۴/۶۳	۲۶/۶۱	۰/۰۰۰	۰/۲۳
	زنان غیر دیابتی	۴۳	۱۳/۴۰	۳/۸۵			

جمعیت مورد مطالعه: ۴۳ نفر دیابتی، ۴۳ نفر غیر دیابتی، شیوه آماری: تحلیل‌های واریانس یکراهه، شیوه انجام مطالعه: علی - مقایسه‌ای

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس یکراهه بر مبنای راهبردهای تنظیم هیجان

راهبردهای تنظیم هیجان	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	F df=(۱/۸۴)	سطح معنی داری	مجذور اتا (η²)
ارزیابی مجدد	زنان دیابتی	۴۳	۱۴/۰۹	۳/۹۸	۱۴/۰۵	۰/۰۰۰	۰/۱۴
	زنان غیر دیابتی	۴۳	۱۸/۷۱	۴/۳۷			
فرونشانی	زنان دیابتی غیر دیابتی	۴۳	۱۶/۱۸	۳/۳۲	۱۳/۷۲	۰/۰۰۰	۰/۱۳
	زنان غیر دیابتی	۴۳	۱۲/۲۶	۲/۷۸			

جمعیت مورد مطالعه: ۴۳ نفر دیابتی، ۴۳ نفر غیر دیابتی، شیوه آماری: تحلیل‌های واریانس یکراهه، شیوه انجام مطالعه: علی - مقایسه‌ای

در مجموع، فرضیه دوم پژوهش مبنی بر تفاوت معنی دار استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان در بین زنان دیابتی و زنان غیر دیابتی تأیید می شود.

در جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس یک راهه، میانگین و انحراف استاندارد تعارضات زناشویی در زنان دیابتی و زنان غیر دیابتی درج شده است.

یافته های جدول ۵ نشان می دهد که در راهبرد ارزیابی مجدد، بین دو گروه زنان دیابتی و زنان غیر دیابتی تفاوت معنی داری وجود دارد، در واقع در مورد این راهبرد، میانگین نمرات زنان دیابتی به صورت معنی داری کمتر از زنان غیر دیابتی است. در سوی دیگر، در راهبرد فرونشانی، میانگین نمرات زنان دیابتی به صورت معنی داری بیشتر از زنان غیر دیابتی است.

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس یک راهه بر مبنای تعارضات زناشویی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	F df= (۱/۸۴)	سطح معنی داری	مجدور اتا (۱۲)
تعارضات	۴۳	۱۴/۰۹	۳/۹۸			
زنان دیابتی						
زناشویی	۴۳	۱۸/۷۱	۴/۳۷	۱۴/۰۵	۰/۰۰۰	۰/۱۴
زنان غیر دیابتی						

جمعیت مورد مطالعه: ۴۳ نفر دیابتی، ۴۳ نفر غیر دیابتی، شیوه آماری: تحلیل های واریانس یک راهه، شیوه انجام مطالعه: علی - مقایسه ای

یافته های جدول ۶ نشان می دهد که در متغیر تعارضات زناشویی، بین دو گروه زنان دیابتی و زنان غیر دیابتی تفاوت معنی داری وجود دارد، در واقع در مورد این متغیر، میانگین نمرات بیماران مبتلا به دیابت به صورت معنی داری بیشتر از زنان غیر دیابتی است.

در مجموع، فرضیه سوم پژوهش مبنی بر تفاوت معنی دار تعارضات زناشویی در زنان دیابتی و زنان غیر دیابتی تأیید می شود.

بحث

هدف پژوهش جاری بررسی مقایسه باورهای کنترل سلامت، راهبردهای تنظیم هیجان، و تعارضات زناشویی در بین زنان دیابتی و غیر دیابتی بود. نتایج تحلیل داده ها نشان داد که باورهای کنترل سلامت در بین زنان دیابتی و غیر دیابتی متفاوت است. زنان دیابتی در منبع کنترل سلامت درونی نمرات کمتر و در منبع کنترل بیرونی شامل افراد مؤثر و شانس، نمرات بیشتری در مقایسه با زنان غیر دیابتی کسب نمودند که همسو با پژوهش Moon و همکاران [۲۶] و دیگر محققین [۲۷] است.

در تبیین این یافته ها می توان به مدل درماندگی آموخته شده [۸] اشاره کرد که اشاره به انتظارات و باورهای افراد به پیامدهای رفتارها و اعمال خود دارد در این مدل فرد اعتقادی به تأثیر بر پیامدها ندارد و به عوامل بیرونی به عنوان دلایل مؤثر معتقد است، منبع کنترل سلامت یکی از متغیرهای مهم در پیش آگهی درمان و سلامت روان و جسم می باشد، منبع کنترل درونی

همیشه در طیف وسیعی از اختلالات به عنوان پیش بین بهبودی و درمان شناخته شده و برعکس، منبع کنترل بیرونی به عنوان پیش آگهی منفی بهبودی و درمان در طیف اختلالات شناخته شده است [۶]. منبع کنترل درونی در واقع یک عامل محافظتی برای اختلالات روان پزشکی است، منبع کنترل درونی با راهبردهای مقابله ای و تنظیم هیجان های مثبت [۲۸]، عزت نفس، تاب آوری و تحمل استرس رابطه مثبتی دارد [۲۹] که همگی از عوامل محافظتی در استرس هستند [۲۸]. منبع کنترل درونی با رضایت زناشویی و ارتباطات بهتر در میان زوجین همراه است، که همین رضایت زناشویی و ارتباطات مناسب میان زوجین در بسیاری از بیماری ها مؤثر است و می تواند نقش محافظتی و یا آشکار ساز داشته باشد [۳۰]. رفتارهای خود مدیریتی دیابت فعالیت های خود آهانه و تلاش های مقابله ای افراد برای کنترل گلوکز است. مدیریت روزانه دیابت بار سنگینی بر امور روزانه و روابط فرد می گذارد. درک چگونگی تأثیر عوامل روان شناختی کنترل هیجان بر کنترل گلوکز خون و کیفیت زندگی زناشویی بیماران دیابت، ضروری است [۳۱]. منبع کنترل نقش مهمی در عادات رفتاری و اعمال روزمره زندگی دارد که تحت تأثیر نوع منبع می تواند منجر به پیامدهای مثبتی مانند سلامت روان شود [۳۲]. طی مطالعات تصویربرداری های مغزی، منبع کنترل درونی با فعالیت نواحی مغزی مانند قشر پیش پیشانی، شکنج کمر بندی پیشین و اینسولای پیشین ارتباط مثبتی دارد [۳۳] که همگی این نواحی در خود تنظیمی، انعطاف پذیری و توانمندی های مثبت شناختی در ارتباط است [۳۴]. منبع کنترل بیرونی نیز با اینسولای

پیشین، ارتباط دارد که این ناحیه با سطوح بالای حساسیت به محرک‌ها و واکنش‌های افراطی ارتباط دارد [۳۵].

نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که راهبردهای تنظیم هیجان در بین زنان دیابتی و غیر دیابتی متفاوت است.

در بین زنان دیابتی در مقایسه با زنان غیردیابتی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و زنان دیابتی از راهبرد ارزیابی مجدد به میزان کمتر و از راهبرد فرونشانی به میزان بیشتری استفاده می‌کنند؛ که همسو با پژوهش‌های Ben-Naim و همکاران [۳۶]، است. پژوهش‌های دیگر محققان [۳۷، ۳۸] نشان می‌دهد که مبنی بر ارتباط راهبرد تنظیم شناختی هیجان، ارزیابی مجدد است. افرادی که توانایی تنظیم مؤثر هیجانات خود را ندارند در معرض آسیب‌پذیری ابتلا به دیابت هستند، ارزیابی مجدد به معنای تفکری متفاوت درباره محرک‌ها برای ایجاد تغییر در هیجانات است، این راهبرد تنظیم هیجان یکی از مهم‌ترین راهبردهای تنظیم هیجان هست که امروزه حتی از اثربخشی آموزش ارزیابی مجدد به‌تنهایی استفاده می‌شود [۴۰، ۳۹]. ارزیابی مجدد با کاهش مؤثر در نشانه‌های رفتاری و روان‌شناختی عواطف منفی همراه است [۴۱، ۴۲] ارزیابی مجدد در واقع با پردازش عمیق‌تر محرک همراه است. مطالعات تصویربرداری‌های مغزی نشان داده است که ارزیابی مجدد شناختی با فعالیت در نواحی قشر پیش‌پیشانی همراه است که این قشر مغزی محل کارکردهای اجرایی و توجه است [۴۱].

نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که تعارضات زناشویی در بین زنان دیابتی و غیردیابتی متفاوت است.

تعارضات زناشویی در زنان دیابتی با تفاوت معنی‌داری در مقایسه با زنان غیر دیابتی، بیشتر است. این یافته همسو با پژوهش‌های ترودل و گالدرفارب [۴۳، ۴۴] است.

ساختار خانواده، روابط بین زوجین، روابط بین فرزندان و روابط بین والدین و فرزندان در چارچوب خانواده تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد از جمله وضعیت روان‌شناختی والدین، یکی از این مشکلات که گریبان گیر والدین می‌شود و می‌تواند روابط بین زوجین و یا والد فرزندی را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد، زنان دیابتی با عدم پاسخ‌دهی و حساسیت به شریک جنسی یا همسر خود، عدم پذیرش همسر و کناره‌گیری از همسر که نقش زیادی در تعارضات زناشویی دارد. روابط بین فردی میان زوجین می‌تواند یکی از زوجین به‌شدت تحت تأثیر قرار گیرد، یک زن دیابتی امکان دارد حمایت کمتری از جانب همسر یا شریک جنسی خود دریافت کند و رضایت خود وی هم کاهش پیدا کند که متعاقباً منجر به کناره‌گیری

بیشتر از روابط و انزوا می‌شود که منجر به تشدید تعارضات زناشویی می‌شود [۴۵]. باور بر این است که در درمان با افزایش دانش جنسی، استفاده از فنون مختلف شناختی برای به چالش کشیدن خطاهایی شناختی در فرد و آموزش مهارت‌های مهم (روابط بین فردی مؤثر، مهارت مذاکره کردن، مهارت حل مسئله و خودآگاهی و هم‌دلی)، مشکلات در کارکرد جنسی فرد بهبود می‌یابد [۴۶].

تعارضات زناشویی می‌تواند منجر به کاهش پذیرش، ابراز هیجانات مثبت، صمیمیت، تقویت عزت‌نفس و اعتماد به نفس فرد مقابل شود که همگی این عوامل تأثیر منفی بر روابط زناشویی دارند. در تعارضات زناشویی، روابط جنسی یکی دیگر از مشکلات، زنان دیابتی است که به‌طور محسوس و معنی‌داری در تعاملات جنسی، فراوانی این روابط و کیفیت این روابط تأثیر می‌گذارد و مستقیماً به نارضایتی همسر منجر می‌گردد [۴۳]. تعارضات زناشویی با تأثیرات مخربی که بر زوجین می‌گذارد حتی می‌تواند منجر به طلاق بشود، تعارضات زناشویی می‌تواند زمان باهم بودن، فرصت کسب تجارب مشترک، خود افشایی هیجانی متقابل، مهربانی و روابط جنسی رضایت‌مند آنها را کاهش دهد و از طریق کاهش کیفیت روابط زناشویی بر روابط زوج‌ها تأثیر منفی بگذارد. تعارض زناشویی معمول به‌صورت کشمکش و تضاد بین زن و شوهر، که نشان‌دهنده دل‌مشغولی‌های متفاوت آنهاست بروز می‌کند دیابت با مشکلاتی که در عزت‌نفس، کارکرد جنسی، سبک‌های مقابله، کاهش کیفیت خواب و عدم روابط میان فردی مناسب با همسر می‌تواند منجر به تعارضات پایداری بین زوجین بشود که این عامل در صورت تداوم می‌تواند تبعات بسیار مخربی بر خانواده داشته باشد [۴۷، ۲۰].

به‌طور کلی تأمین شرایط حیطه علوم رفتاری کار بسیار دشواری است. این پژوهش هم به نوبه خود دارای محدودیت‌هایی بوده است که عبارتند از: ۱- استفاده از پرسشنامه که ابزار خود گزارش‌دهی است و امکان سوگیری در پاسخ‌ها وجود دارد. و استفاده از سایر روش‌های جمع‌آوری اطلاعات عمیق‌تری به دست می‌دهد. از سوی دیگر، نمونه‌گیری به شیوه غیر تصادفی امکان کنترل برخی متغیرهای تأثیر گذار و مزاحم را کاهش می‌دهد و در نتیجه تعمیم نتایج را با دشواری مواجه می‌سازد. ۲- انتخاب‌های اولیه گروه‌های آزمایشی که به‌صورت دسترس انتخاب شدند. ۳- عدم همکاری مراکز درمانی و برخی از بیماران مبتلا به دیابت نام برد.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی از نظر مادی و معنوی ندارند.

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند، از کلیه بیماران دیابتی که با مشارکت خود امکان انجام این پژوهش را فراهم نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Federation I. IDF Diabetes Atlas Eighth edition 2017. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas, 8th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2017.* 2017.
2. Abbott S, Dindol N, Tahrani AA, Piya MK. Binge eating disorder and night eating syndrome in adults with type 2 diabetes: a systematic review. *J Eat Disord.* 2018; 6(1):1-8.
3. Javanbakht M, Mashayekhi A, Baradaran HR, Haghdooost AA, Afshin A. Projection of diabetes population size and associated economic burden through 2030 in Iran: Evidence from micro-simulation Markov model and Bayesian meta-analysis. *PLoS One.* 2015; 10(7). [Persian]
4. Robinson D J, Haensel H, et al. Diabetes and Mental Health. *Canadian Journal of Diabetes.* 2018; 42(4):130-141.
5. Mohammadi Moghaddam M, Goodarzi MA, Imani M. Prediction of binge-eating disorder based on symptoms of depression, emotion regulation, and psychological flexibility in women with type 2 diabetes. *J Toloo E Behdasht, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci.* 2022; 21(1):98-115.
6. Thakral S, Bhatia T, Gettig E A, Nimgaonkar VL, & Deshpande S N. A comparative study of health locus of control in patients with schizophrenia and their first degree relatives. *Asian Journal of Psychiatry.* 2014; 7: 34-37.
7. Poortinga W, Dunstan F, Fone D. Health locus of control beliefs and socio-economic differences in self-rated health. *J Prev Med.* 2007; 1-24.
8. Richardson A, Field T, Newton R, & Bendell D. Locus of control and prenatal depression. *Infant Behavior and Development.* 2012; 35(4): 662-668.
9. Ganji H, Ganji, M. Theories of personality. 2007; Tehran: Savalan.
10. Smart Richman L, Kubzansky L, Maselko J. Positive Emotion and Health: Going Beyond the Negative. *Health Psychol.* 2005; 24: 422-9.
11. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. *Emotion regulate on techniques in psychotherapy*, Arjmand Publications. 2012.
12. Thompson RJ, Springstein T. Gaining clarity about emotion differentiation Social and Personality. *Wiley Online Library.* 2021; 15(3):e12584.
13. Besharat M, Haji Aghazadeh M, Ghorbani, N. Analysis of the relationship between emotional intelligence, defense mechanisms and general intelligence. *Journal of Contemporary Psychology.* 2007; 3:49-58. [Persian]
14. Kobylińska D, Kusev P. Flexible emotion regulation: How situational demands and individual differences influence the effectiveness of regulatory strategies. *Front Psychol.* 2019; 10:72.
15. Munaf, S., & Siddiqui, B. Relationship of Post-natal Depression with Life and Marital Satisfaction and Its Comparison in Joint and Nuclear Family System. *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 2013; (84): 733-738.
16. Van Cauwenberghe J, Enzlin P, Nefs G, Ruige J, Hendrieckx C, De Block C, et al. Prevalence of and risk factors for sexual dysfunctions in adults with type 1 or type 2 diabetes: results from Diabetes MILES-Flanders. *Diabetic Med.* 2022; 39(1): 1-10.
17. Masood SN, Saeed S, Lakho N, Masood Y, Rehman M, Memon S. Frequency of sexual dysfunction in women with diabetes mellitus: A cross-sectional multicenter study. *Diabetol Pol.* 2021; 12(3): 357-62.
18. Winkley K, Kristensen C, Fosbury J. 2021. Sexual health and function in women with diabetes. *Diabetic Med.* 2021; 38(11): 1-10.
19. George, MW, Fairchild, AJ, Mark Cummings E, & Davies, PT. Marital conflict in early childhood and adolescent disordered eating: Emotional insecurity about the marital relationship as an explanatory mechanism. *Eating Behaviors.* 2014; 15(4): 532-539.
20. Mottaghi S, Rahimian Boogar I, Moradi Sh, Sotodehasl N. The Effectiveness of Online Cognitive-Behavioral Stress Management Training on Blood Glucose Control and Problems in Sexual Function of Married Women with Diabetes During the Coronavirus Pandemic: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences.* 2023; 22(4): 333-348.
21. Wallston KA, Strudler Wallston B, DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education and Behavior.* 1978;6(1):160-170.
22. Meshki M. Investigating the application of the ask-proceed model by combining the locus of control theory of health in order to improve the mental health of students. PhD Dissertation in health education, *Tarbiat Modares University.* 2007.
23. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology.* 2003; 85(2):348.
24. Ghasempour A, Eelbeyghi R, Hassanzadeh Sh. Psychometric characteristics of the Gross-John Emotional Regulation Questionnaire in an Iranian sample. The sixth conference of Students' mental health. *Gilan University.* 2012; 722-724.
25. Sanai Zaker B, Barati T. *Family and Marriage Scales.* Tehran: Besat Publication. 2008.
26. Moon HJ, Seo JG, Park SP. Perceived stress and its predictors in people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior.* 2016; 62(9):47-52.
27. Abdollahi S, Hatami M, Moradi Manesh F, Asgari P. The Effect of Acceptance and Commitment

- Therapy on Health Related Beliefs in Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of Research Behavior Science*. 2020; 17(4): 563-570.
28. Karstoft K I, Armour C, Elklit A, & Solomon Z. The role of locus of control and coping style in predicting longitudinal PTSD-trajectories after combat exposure. *Journal of Anxiety Disorders*. 2015; 32: 89-94.
 29. Gale CR, Batty GD, Deary IJ. Locus of control at age 10 years and health outcomes and behaviors at age 30 years: the 1970 British Cohort Study. *Psychosomatic Med*. 2008; 70: 397-403.
 30. Reid K M, & Taylor M G. Social support, stress, and maternal postpartum depression: A comparison of supportive relationships. *Social Science Research*. 2015; 54:246-262.
 31. Heydari M, Karimi K, Khodaveisi T. The Roles and Challenges of Mobile Health Apps in the Management of Type 2 Diabetes (Persian). *Journal of Modern Medical Information*. 2023; 9(1):2-7.
 32. Cobb-Clark D A, Kassenboehmer S C, & Schurer S. Healthy habits: The connection between diet, exercise, and locus of control. *Journal of Economic Behavior & Organization*. 2014; 98: 1-28.
 33. Hashimoto T, Takeuchi H, Taki Y, Sekiguchi A, Nouchi R, Kotozaki Y, Kawashima R. Neuroanatomical correlates of the sense of control: Gray and white matter volumes associated with an internal locus of control. *Neuroimaging*. 2015; 119:146-151.
 34. Pfeifer JH, Peake SJ. Self-development: integrating cognitive, socioemotional, and neuroimaging perspectives. *Dev. Cogn. Neurosci*. 2012; 2:55-69.
 35. Hernandez Lallemand J, Kuss K, Trautner P, Weber B, Falk A, Fliessbach K. Effort increases sensitivity to reward and loss magnitude in the human brain. *Soc. Cogn. Affect. Neurosci*. 2014; 9:342-349.
 36. Ben-Naim S, Hirschberger G, Ein-Dor T, Mikulincer M. An experimental study of emotion regulation during relationship conflict interactions: the moderating role of attachment orientations. *Emotion*. 2013; 13(3):506-19.
 37. Shiota MN, & Levenson R. WTurn down the volume of change the channel? Emotional effects of detached versus positive reappraisal. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2012; 103(3):416-429.
 38. Mohammadi S, Nazari A, Mohammadi M. The Predictive Role of Repetitive Negative Thoughts, Emotion Regulation and Self-Care Strategies on the Acceptance and Adherence Therapy of People with Type 2 Diabetes. *ijdd*. 2023; 23(1):34-43.
 39. Keng SL, Robins CJ, Smoski MJ, Dagenbach J, & Leary M R. Reappraisal and mindfulness: A comparison of subjective effects and cognitive costs. *Behaviour Research and Therapy*. 2013; 51(12): 899-904.
 40. Ghasvand M, Ghorbani M, Effectiveness of Emotion Regulation Training in Improving Emotion Regulation Strategies and Control Glycemic in Type 2 Diabetes Patients. *ijdd*. 2015; 17(4):299-307.
 41. Scheibe S, Blanchard-Fields F: Effects of regulating emotions on cognitive performance: what is costly for young adults is not so costly for older adults. *Psych Aging*. 2009; 24:217-223.
 42. MW, Heiy JE, Cheavens JS. Emotions as Context: Do the Naturalistic Effects of Emotion Regulation Strategies Depend on the Regulated Emotion? *Journal of social and clinical - Guilford Press Gross JJ*. 2019; 38(6):451.
 43. Trudel G, & Goldfarb M R. Marital and sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. *Sexologies*. 2010; 19(3):137-142.
 44. Mohammadi Moghaddm M, Goodarzi M A, Imani M. Prediction of binge-eating disorder based on symptoms of depression, emotion regulation, and psychological flexibility in women with type 2 diabetes. *J Toloo E Behdasht, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci*. 2022; 21(1):98-115.
 45. Jakupcevic KK, & Ajdukovic M. Risk factors of child physical abuse by parents with mixed anxiety-depressive disorder or posttraumatic stress disorder. *Croatian Medical Journal*. 2011; 52(1):25-34.
 46. Heber E, Ebert DD, Lehr D, Cuijpers P, Berking M, Nobis S, et al. The benefit of web-and computer-based interventions for stress: a systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2017; 19(2): 1-10.
 47. Lehsaizadeh AA, Mardani M, Hakiminia B, Investigating factors related to marital conflicts in Shiraz city. *Quarterly Journal of Social Science, of Islamic Azad University*. 2013; 7(4):1-23.