

## Sexual health in married women and the role of meta-cognitive belief and emotion regulation strategies in predicting that

Hamid Reza Samadifard<sup>1</sup>, Mohammad Narimani<sup>2</sup>, Seyfullah Aghajani<sup>3</sup>, Sajjad Basharpour<sup>2</sup>

1-PhD Student of Psychology, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

2- Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

**Corresponding Author:** Mohammad Narimani

E-mail: Narimani@uma.ac.ir

**Received:** 13/03/2021

**Accepted:** 24/04/2021

### Abstract

**Introduction:** Sexual health is one of the main aspects of health and investigation of its relevant factors is so important for primary healthcare.

**Aim:** The present study was conducted to determine the role of meta-cognitive belief and emotion regulation strategies in predicting Sexual health of married women.

**Method:** This research is a descriptive correlation study. The statistical population of the study was all the married women in Ardabil City in 2020. Out of the mentioned population, 110 people were selected as the samples. Data collection was done by Meta-Cognitive Belief Questionnaire (Wells & Cartwright-Hatton, 2004), Emotion Regulation Strategies Scale (Gross & John, 2003), and Sexual Health Scale (Manavi Pour, 2008). Research data were analyzed using Pearson correlation coefficient and multiple regression using SPSS18 software.

**Results:** The results showed a significant relationship between meta-cognitive belief -0.62 and emotion regulation strategies (Reappraisal 0.56 and Suppression -0.43) with Sexual health in married women. Also, the results of multiple regression showed that meta-cognitive belief and emotion regulation strategies can predict the Sexual health of married women by 0.55 ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Regarding the effect of meta-cognitive belief and emotion regulation strategies on sexual health in married women, it is suggested for psychologists and health experts to pay more attention the role of these variables in the improvement of sexual health in married women.

**Keywords:** Cognition, Emotion regulation, Sexual health, Women

---

**How to cite this article:** Samadifard HR, Narimani M, Aghajani S, Basharpour S. Sexual health in married women and the role of meta-cognitive belief and emotion regulation strategies in predicting that. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2021; 8 (2): 61-73 .URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1159-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and build up the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

## سلامت جنسی در بین زنان متأهل و نقش باور فراشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان در پیش‌بینی آن

حمیدرضا صمدی فرد<sup>۱</sup>، محمد نریمانی<sup>۲</sup>، سیف‌اله آقاجانی<sup>۳</sup>، سجاد بشرپور<sup>۲</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

مؤلف مسئول: محمد نریمانی ایمیل: Narimani@uma.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۲/۰۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۱۲/۲۳

### چکیده

**مقدمه:** سلامت جنسی یکی از جنبه‌های اصلی سلامت است و بررسی عوامل مؤثر بر آن در مراقبت‌های بهداشتی اولیه بسیار مهم است.

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش باور فراشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان در پیش‌بینی سلامت جنسی زنان متأهل صورت پذیرفت.

**روش:** روش پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان متأهل شهر اردبیل در سال ۱۳۹۹ بودند. از میان جمعیت ذکر شده ۱۱۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای باور فراشناختی (ولز و کارت رایت هاتون)، راهبردهای تنظیم هیجان (گراس و جان، ۲۰۰۳) و سلامت جنسی (معنوی‌پور، ۱۳۸۸) استفاده شد. داده‌های پژوهش با روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین باور فراشناختی  $-0/62$  و راهبردهای تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد  $0/56$  و سرکوبی  $-0/43$ ) با سلامت جنسی در زنان متأهل رابطه معناداری وجود داشت ( $p < 0/05$ ). همچنین نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که باور فراشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان در مجموع  $0/55$  می‌توانند سلامت جنسی را در زنان متأهل تبیین کنند ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به تأثیرگذاری باور فراشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان بر سلامت جنسی در زنان متأهل، به روانشناسان و متخصصان بهداشت پیشنهاد می‌شود که به نقش این متغیرها در بهبود سلامت جنسی در زنان متأهل توجه بیشتری نشان دهند.

**کلیدواژه‌ها:** شناخت، تنظیم هیجان، سلامت جنسی، زنان

## مقدمه

سلامت جنسی<sup>۱</sup> یکی از جنبه‌های اصلی سلامت فردی است که همسران را در همه سنین و همه مراحل زندگی، تحت تأثیر قرار می‌دهد (فلین، لین، برونر، سیرانوفسکی، هان، جفری و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶؛ مپ، ولینگز، هیکسون و مرسر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). این مفهوم موقعیتی است که همسران در آن از یک رابطه سالم، مناسب و بهنجار جنسی بهره‌مند هستند، به گونه‌ای که وضعیت جسمی، روحی و رفتاری آن‌ها مطلوب و حاکی از نوعی هماهنگی و محبت در زندگی زناشویی باشد (کینگزبرگ، شافیر، فاک، پینکرتون و پریش<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹؛ توو، لا، الخطیب، رابرتز، یافی و دیگران<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰). روابط جنسی صحیح به عنوان پیش زمینه‌ای برای تقویت عواطف و احساسات بین زوجین عمل نموده و می‌تواند موجبات تحکیم پیوندهای خانوادگی را فراهم آورد و از پیدایش و تشدید اختلالات روانی و از هم گسیختگی بنیان خانواده و در پی آن جامعه جلوگیری نماید (لوی، هرینیک، مارتینز، فو و دوج<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸؛ مه‌ادین، حمدان-منصور، حبشه و درداس<sup>۷</sup>، ۲۰۲۰؛ ملایولی، سیوکا، لیمونسین، دی سانت، گراوینا و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۲۰). همچنین نرخ طلاق در سال‌های اخیر سیر صعودی داشته است و یکی از عوامل مؤثر در این طلاق‌ها، عدم ارضای غریزه جنسی و راضی نبودن از زندگی جنسی گزارش شده است (بستانی خالصی و قنبری خانقاه، ۱۳۹۴). سلامت جنسی مستلزم یک نگاه و رویکرد مثبت به مقوله جنسیت و روابط جنسی و در نظر

گرفتن امکان داشتن تجارب جنسی ایمن و لذت بخش، آزاد از اجبار، تبعیض و خشونت است و به عنوان یکی از یکی از جنبه‌های مرکزی انسان در نظر گرفته می‌شود (وارنر، کارلسون، کریچلو و راس<sup>۹</sup>، ۲۰۱۸؛ ظهیری و صمدی فرد، ۱۳۹۹).

در پژوهش‌هایی که در حوزه سلامت جنسی در ایران انجام شده است، مشخص شده که میزان اختلالات عملکرد جنسی در زنان و مردان ایرانی به نسبت بالا است. ۴۰ درصد از همسران دچار اختلالاتی در روابط جنسی و نارضایتی نسبی از اینگونه روابط هستند؛ به عبارت دیگر حدود ۵۰ درصد زنان ازدواج کرده بالای ۳۵ سال هرگز ارگاسم را تجربه نکرده‌اند و نزدیک ۴۰ درصد مردان مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی از انزال زودرس رنج می‌برند (براتی، سلطانیان، امدادی، ظهیری فرد و برزگر، ۱۳۹۳؛ حسین رشیدی، کیانی، حق‌الهی و شهبازی صیقلده، ۱۳۹۴). همچنین شیوع اختلال جنسی در کشورهای مختلف آمار متفاوتی به خود اختصاص داده است، در ترکیه ۴۸ درصد، شیلی ۲۲ درصد و مراکش ۲۷ درصد گزارش شده است (صمدی فرد و نریمانی، ۱۳۹۸). از عواملی که می‌تواند در سلامت جنسی زنان متأهل تأثیرگذار باشد، باور فراشناختی<sup>۱۰</sup> است (محدودی زمان، رزاقی، امیرسرداری، هابی و قادری، ۲۰۱۶؛ صمدی فرد و نریمانی، ۱۳۹۸). براساس نظریه فراشناخت، دو نوع باور فراشناختی مثبت و منفی وجود دارد. ولز<sup>۱۱</sup> از جمله صاحب نظرانی است که ریشه بسیاری از اختلالات روانی را در باورهای فراشناختی نادرست و منفی افراد می‌داند. باور فراشناختی شامل دانشی پایدار در مورد باورهای مربوط به نظام شناختی و دانش مربوط به عواملی است

<sup>۱</sup>- Sexual Health

<sup>۲</sup>- Flynn, Lin, Bruner, Cyranowski, Hahn, Jeffery, & et al

<sup>۳</sup>- Mapp, Wellings, Hickson, & Mercer

<sup>۴</sup>- Kingsberg, Schaffir, Faight, Pinkerton, & Parish

<sup>۵</sup>- Towe, La, El-Khatib, Roberts, Yafi, & et al

<sup>۶</sup>- Levine, Herbenick, Martinez, Fu, & Dodge

<sup>۷</sup>- Mahadeen, Hamdan-Mansour, Habashneh & , Dardas

<sup>۸</sup>- Mollaioli, Ciocca, Limoncin, Di Sante, Gravina, & et al

<sup>۹</sup>- Warner, Carlson, Crichlow, & Ross

<sup>۱۰</sup>- Meta-Cognitive Belief

<sup>۱۱</sup>- Wells

از متغیرهای تأثیرگذار در اعتیاد جنسی همسران است (صمدی فرد و نریمانی، ۱۳۹۸).

از عوامل دیگری که ممکن است در سلامت جنسی زنان متأهل تأثیرگذار باشد، راهبردهای تنظیم هیجان<sup>۷</sup> است (هادلی، هوک، بارکر و سنوکاک<sup>۸</sup>، ۲۰۱۵). پژوهشگران پژوهشگران در سال‌های اخیر به نقش تنظیم هیجان در روابط بین فردی توجه نشان داده‌اند (ریاحی، گلزاری و موتابی، ۱۳۹۹). تنظیم هیجان شامل مجموعه روش‌هایی است که به موجب آن افراد تلاش می‌کنند تا بر نوع هیجانات خود، زمانی که این هیجانات را تجربه می‌کنند و نحوه تجربه و ابراز هیجانات تأثیر بگذارند. تنظیم هیجان صرفاً یک پدیده درون فردی نیست بلکه معمولاً در موقعیت‌های اجتماعی شکل می‌گیرد، از بسترهای اجتماعی تأثیر می‌پذیرد و بر کیفیت روابط اجتماعی تأثیر می‌گذارد. دیگران اغلب محرک و دریافت کننده پاسخ‌های هیجانی ما هستند و در اکثر اوقات، فرایندهای تنظیم هیجان در موقعیت‌های تعامل با دیگران و به ویژه افراد نزدیک مانند همسر، دوستان یا اعضای خانواده به کار گرفته می‌شود (هوک، بارکر، هادلی، منفی و براون<sup>۹</sup>، ۲۰۱۸؛ لیوینگستون و ایزاکوویتس<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۰؛ فاویری، مارینی و کازاگراندا<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۰). براساس نتایج یک مطالعه همسرانی که توانایی بیشتری در کنترل هیجانات دارند، سازگاری زناشویی بیشتری دارند (روستا، ملازاده، گودرزی و افلاک سیر، ۱۳۹۸). در مقابل افرادی که در تنظیم هیجان نقص و نارسایی دارند، در مواجهه با وقایع استرس‌زای زندگی، توانایی تنظیم و کاهش عواطف منفی خود را ندارند. این افراد در مواجهه

که کارکرد نظام شناختی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع، باورهای فراشناختی بر پردازش هیجانی و واکنش-های مربوط به آسیب، از طریق تأثیر دانش و راهبردهای فراشناختی بر روی تغییر باورها و نیز تعبیر و تفسیر علائم خاص نظیر افکار مزاحم اثر گذاشته و در سبب‌شناسی و پایداری انواع اختلالات روانی نقش مهمی دارند (ریوم، کنیر، هجمدال، هاگن، هالورسن و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷؛ کاپوبیانکو، فایجا و حسین<sup>۲</sup> و ولز، ۲۰۲۰). در زندگی زناشویی باورهایی وجود دارد که حقیقت ندارد و شواهدی برای حمایت از آنها وجود ندارد. این باورها انتظاراتی را فراهم می‌کنند که مانع تحقق اهداف افراد متأهل شده و عملکرد جنسی آنها را به خطر می‌اندازند (رمضانی، احمدی، بشارت، نوحی و قائم مقامی، ۲۰۱۸؛ صمدی فرد و نریمانی، ۱۳۹۸). وجود باورهای فراشناختی غلط در همسران باعث می‌شود که آنها در مواجهه با موقعیت‌های مختلف احساس کنترل شخصی کمتری داشته باشند که این امر منجر به کاهش رضایت زناشویی و در نتیجه بروز اختلالات جنسی در بین آنها می‌شود (زاربو، بروگنرا، کامپر، سکومندی، کندلورو و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹؛ باومگارتنر، لیتوان، کوچ، هینتروچینگر، فردریش و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). براساس نتایج برخی مطالعات باور فراشناختی در عملکرد جنسی افراد نقش دارد (کرافت، جوناسن، استایلز و لندرو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷؛ لولس، لاول، آلن و کنیس-دیماند<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰). همچنین براساس نتایج پژوهشی در ایران باور فراشناختی

<sup>1</sup>- Ryum, Kennair, Hjemdal, Hagen, Halvorsen, & et al

<sup>2</sup>- Capobianco, Faija, & Husain

<sup>3</sup>- Zarbo, Brugnera, Compare, Secomandi, Candeloro, & et al

<sup>4</sup>- Baumgartner, Litvan, Koch, Hinterbuchinger, Friedrich, & et al

<sup>5</sup>- Kraft, Jonassen, Stiles, & Landrø

<sup>6</sup>- Lawless, Lovell, Allen, & Kannis-Dymand

<sup>7</sup>- Emotion Regulation Strategies

<sup>8</sup>- Hadley, Houck, Barker, & Senocak

<sup>9</sup>- Houck, Barker, Hadley, Menefee, & Brown

<sup>10</sup>- Livingstone & Isaacowitz

<sup>11</sup>- Favieri, Marini, & Casagrande

فراشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان در پیش‌بینی سلامت جنسی زنان متأهل انجام شد.

### روش

نوع مطالعه توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان متأهل شهر اردبیل در سال ۱۳۹۹ بودند که براساس تعداد متغیرهای پژوهش از طریق نرم‌افزار Gpower (کانینگهام<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷)، با اندازه متوسط ۰/۱۰، ضریب آلفا ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۹۰ در نرم‌افزار، ۱۱۰ نفر از زنان به عنوان نمونه انتخاب شدند. با توجه به محدودیت‌های موجود در دسترسی به زنان، انتخاب نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. به این صورت که بعد از تصویب طرح در شورای پژوهشی دانشگاه محقق اردبیلی و کسب مجوزهای لازم، برای انجام پژوهش به مکان‌های کلیدی شهر اردبیل (پارک‌ها، رستوران‌ها، درمانگاه‌ها، فرهنگ‌سراها و سایر مکان‌های عمومی که امکان حضور زنان متأهل در آنجا وجود داشت) مراجعه شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: زنان متأهل، ساکن شهر اردبیل بودن، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. معیار خروج نیز شامل عدم ادامه همکاری با پژوهشگران بود. پژوهشگران بعد از جلب رضایت زنانی که تمایل به شرکت در مطالعه داشته و با ملاک‌های شمول همخوانی داشتند، پرسشنامه‌های پژوهش را در اختیار آن‌ها گذاشتند. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه نگهداری می‌شوند و اینکه در صورت عدم رضایت حتی بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها می‌توانند از مطالعه خارج شوند. با توجه به اینکه برای پر کردن

با مشکلات زندگی بیشتر از راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان استفاده می‌کنند. استفاده مکرر از این راهبردها منجر به تشدید استرس و عواطف منفی می‌شود و در نتیجه سازگاری زناشویی فرد کاهش می‌یابد (میلوچهویچ، نورواک و شریدان<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹؛ زرگر، باقری، طراحی و صالحی، ۲۰۱۹؛ روستا و همکاران، ۱۳۹۸). نتایج مطالعه ریزور، کالاندز، دسروسیر و کرشاو<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) (۲۰۱۷) بر روی ۹۸ همسر (۴۹ زن و مرد) نشان داد که تنظیم هیجان از متغیرهای تأثیرگذار در رفتار جنسی همسران است. دوب، کورسینی-مونت، مویز و روزن<sup>۳</sup> (۲۰۱۹) در پژوهش خود بیان کردند که راهبردهای تنظیم هیجان از عواملی است که می‌تواند در بروز اختلالات جنسی همسران تأثیرگذار باشد. در ایران نیز نتایج مطالعه‌ای نشان داد که راهبردهای تنظیم هیجان از متغیرهای مؤثر در رفتار جنسی افراد است (زارع، آهی، وزیری و شهابی‌زاده، ۱۳۹۸).

از سوی دیگر فعالیت جنسی به عنوان یکی از اساسی‌ترین ابعاد زندگی همسران مطرح بوده و به عنوان یکی از شاخص‌های مهم رضایتمندی همسران مطرح است. با توجه به اینکه افزایش سلامت و رضایت جنسی باعث افزایش رضایتمندی و شادکامی کلی زناشویی می‌شود و نارضایتی از رابطه جنسی در بیش از ۵۰ درصد طلاق‌ها وجود دارد، بررسی عوامل مؤثر بر سلامت جنسی در مراقب‌های بهداشتی اولیه بسیار مهم است تا زنان با آگاهی هر چه بیشتر و تجهیز به دانش کافی در زمینه سلامت جنسی، بتوانند بر سلامت خود کنترل داشته باشند (ظهری و صمدی فرد، ۱۳۹۹). با توجه به اهمیت موضوع، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش باور

<sup>۱</sup>- Milojevich, Norwalk, & Sheridan

<sup>۲</sup>- Rizzor, Callands, Desrosiers, & Kershaw

<sup>۳</sup>- Dube, Corsini-Munt, Muise, & Rosen

<sup>۴</sup>-Cunningham

گزارش داده‌اند (ولز و همکاران، ۲۰۰۴). در گزارش آن‌ها پایایی پرسشنامه در مدت چهار هفته برای زیر مقیاس‌ها و نمره کل بین ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ به دست آمده است (ولز و همکاران، ۲۰۰۴). در کشور ما از روش آلفای کرونباخ برای بررسی همسانی درونی استفاده شد و این ضریب برای نمره کل بالای ۰/۹۰ و برای زیر مقیاس‌ها بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۳ گزارش شد (شیرین زاده دستگیری، گودرزی، رحیمی و نظیری، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر از نمره کل باور فراشناختی استفاده شد و ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

**پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجانی<sup>۳</sup>:** این پرسشنامه به منظور ارزیابی راهبردهای تنظیم هیجان توسط گراس و جان<sup>۴</sup> در سال ۲۰۰۳ طراحی شده و دارای ۱۰ سؤال است. ابزار دارای دو زیر مقیاس ارزیابی مجدد (۶ سؤال) و سرکوبی (۴ سؤال) است. سؤالات ۲، ۴، ۶ و ۹ پرسشنامه بعد سرکوبی را مورد سنجش قرار می‌دهند و بقیه سؤالات ارزیابی مجدد را مورد سنجش قرار می‌دهد. آزمودنی‌ها در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای نمره یک (به شدت مخالفم) تا هفت (به شدت موافقم) به سؤالات پاسخ می‌دهند. دامنه نمرات کل ابزار بین ده تا هفتاد خواهد بود. سازندگان ابزار ضریب پایایی آن را برای نمره کل ۰/۶۹ و برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و سرکوبی ۰/۷۳ گزارش داده‌اند (گراس و جان، ۲۰۰۳). در ایران اعتبار ابزار براساس روش همسانی درونی با دامنه آلفای ۰/۶۰ تا ۰/۸۱ تأیید شد و روایی آن از طریق تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو مؤلفه ۰/۱۳ و روایی مطلوب گزارش شد (ابراهیمی،

پرسشنامه‌ها زمانی بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه مورد نیاز بود، به آزمودنی‌ها گفته شد که در صورت تمایل می‌توانند پرسشنامه‌ها را در منزل پر کرده و تحویل دهند. پژوهشگران شماره تماس خود را در اختیار زنان متأهل قرار دادند تا هم به منظور تحویل پرسشنامه‌ها و هم در صورت نیاز با آن‌ها در تماس باشند. همچنین به آزمودنی‌ها گفته شد اگر بخواهند، می‌توانند از نتیجه تست‌ها مطلع شوند. برای تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از گزارش فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده گردید. داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ تحلیل شد.

## ابزار

**فرم مشخصات جمعیت شناختی:** شامل سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت فرزند و طول مدت ازدواج بود.

**پرسشنامه باور فراشناختی<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه توسط ولز و کارت رایت هاتون<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) برای ارزیابی باورهای فراشناختی افراد ساخته شده و ۳۰ سؤال دارد. این ابزار دارای یک نمره کلی و پنج زیر مقیاس: باور مثبت در مورد نگرانی، بینش شناختی، اعتماد شناختی، مهارت‌پذیری و نیاز به کنترل افکار است. نمره‌گذاری ابزار به صورت یک طیف ۴ درجه‌ای (موافق نیستم-خیلی موافقم) است. آزمودنی در این پرسشنامه نمره‌ای بین ۳۰ تا ۱۲۰ کسب می‌کند که نمره بالا نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی او بالاست. سازندگان مقیاس همسانی درونی ابزار را بالای ۰/۹۰ و مؤلفه‌ها را نیز بالای ۰/۷۰

<sup>۳</sup>- Emotion Regulation Strategies Questionnaire

<sup>۴</sup>- Gross & John

<sup>۱</sup>- Meta-Cognitive Belief Questionnaire

<sup>۲</sup>- Cartwright-Hatton

جعفری و رنجبر سودجانی، ۱۳۹۷). در پژوهش ابراهیمی و همکاران نیز پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۷ ذکر شد. در مطالعه حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

**پرسشنامه سلامت جنسی:** این ابزار در سال ۱۳۸۸ توسط معنوی‌پور و همکاران برای سنجش سلامت جنسی افراد طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۳۳ عبارت است که آزمودنی باید میزان توافق خود را، با هر یک از سؤال‌ها با انتخاب یک گزینه سه درجه‌ای از «موافقم» تا «مخالقم» انتخاب کند. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت لیکرت ۳ درجه‌ای از ۱ تا ۳ است که برای پاسخ «مخالقم» نمره ۱، «نمی‌دانم» نمره ۲ و «موافقم» نمره ۳، در نظر گرفته می‌شود؛ بنابراین، دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۳۳ تا ۹۹ است که نمره بالا بیانگر میزان سلامت جنسی بیشتر است. در پژوهش معنوی‌پور و همکاران روایی صوری و محتوایی کیفی ابزار توسط ۵ نفر متخصص بررسی و تأیید شد. همچنین اندازه‌گیری روایی سازه به روش تحلیل عاملی روی ۱۵۰ تن از افراد نشان داد که پرسشنامه بیش از ۹۲ درصد از واریانس سلامت جنسی را تبیین

می‌کند و ضریب پایایی آن در نمونه فوق با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد (معنوی‌پور، پیرخائفی، روحانی و دیباجی، ۱۳۸۸). در مطالعه حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمد.

### یافته‌ها

تعداد ۱۱۰ نفر از زنان متأهل شهر اردبیل در این مطالعه شرکت کردند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان  $34 \pm 4$  بود. از نظر تحصیلات ۲۰ (۱۸/۲ درصد) سیکل، ۳۸ نفر (۳۴/۵ درصد) دیپلم و ۵۲ نفر (۴۷/۳ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۷۶ نفر (۶۹ درصد) دارای فرزند و ۳۴ نفر (۳۱ درصد) بدون فرزند بودند. وضعیت اقتصادی ۲۷ نفر (۲۴/۶ درصد) خوب، ۵۹ نفر (۵۳/۶ درصد) متوسط و ۲۴ نفر (۲۱/۸ درصد) ضعیف بود. طول مدت ازدواج ۳۲ نفر (۲۹ درصد) بین ۹-۱ سال، ۵۶ نفر (۵۱ درصد) بین ۱۹-۱۰ سال و ۲۲ نفر (۲۰ درصد) ۲۰ سال و بالاتر بودند. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را در زنان متأهل نشان می‌دهد.

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

| متغیرها                | میانگین (انحراف استاندارد) |
|------------------------|----------------------------|
| باور فراشناختی         | ۷۵/۳۴ (۱۴/۲۱)              |
| راهبردهای ارزیابی مجدد | ۲۱/۵۲ (۶/۶۲)               |
| تنظیم هیجان سرکوبی     | ۱۷/۸۴ (۵/۵۸)               |
| سلامت جنسی             | ۶۰/۳۳ (۱۰/۲۳)              |

براساس نتایج جدول ۱، میانگین باور فراشناختی ۷۵/۳۴، راهبردهای تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد ۲۱/۵۲، سرکوبی ۱۷/۸۴) و سلامت جنسی ۶۰/۳۳ در زنان متأهل به دست

آمد. پس از تأیید مفروضه نرمال بودن داده‌ها از طریق آزمون کولموگروف اسمیرنف، برای تعیین رابطه بین

متغیرهای پژوهش از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد و نتایج در جدول ۲ گزارش شد.

جدول ۲ ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش با سلامت جنسی در زنان متأهل

| متغیر                  | سلامت جنسی | سطح معناداری |
|------------------------|------------|--------------|
| باور فراشناختی         | -۰/۶۲      | ۰/۰۰۱        |
| راهبردهای ارزیابی مجدد | ۰/۵۶       | ۰/۰۰۱        |
| تنظیم هیجان سرکوبی     | -۰/۴۳      | ۰/۰۰۱        |

طبق نتایج جدول ۲، بین باور فراشناختی -۰/۶۲ و راهبردهای تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد ۰/۵۶ و سرکوبی -۰/۴۳) با سلامت جنسی در بین زنان متأهل رابطه معناداری وجود داشت ( $p < ۰/۰۵$ ). همچنین برای

جدول ۳ خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان جهت پیش‌بینی سلامت جنسی

| متغیر                  | ضرایب غیراستاندارد | ضرایب استاندارد | آماره T | سطح معناداری | R     | R <sup>2</sup> |
|------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------------|-------|----------------|
|                        | B                  | STE             | بتا     |              |       |                |
| باور فراشناختی         | -۲/۰۱              | ۰/۳۶            | -۰/۳۹   | -۵/۴۰        | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۵           |
| راهبردهای ارزیابی مجدد | ۱/۵۵               | ۰/۳۴            | ۰/۳۴    | ۴/۴۹         | ۰/۰۰۱ |                |
| تنظیم هیجان سرکوبی     | -۰/۲۷۰             | ۰/۰۹            | -۰/۲۶   | -۲/۸۱        | ۰/۰۰۱ |                |

مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش باور فراشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان در پیش‌بینی سلامت جنسی زنان متأهل انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین باور فراشناختی با سلامت جنسی در زنان متأهل رابطه آماری منفی و معناداری وجود داشت ( $p = ۰/۰۰۱$ ). بر طبق نتایج پژوهش زنان متأهل دارای باور فراشناختی بالا از سلامت جنسی پایینی برخوردار بودند. نتایج تحقیقات دیگر نیز نشان داده‌اند که باور فراشناختی در اختلالات جنسی (زاربو و همکاران، ۲۰۱۹؛ باومگارتنر و همکاران، ۲۰۲۰)، عملکرد جنسی (کرافت و همکاران، ۲۰۱۷؛

همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد با استفاده از رگرسیون چندگانه ۰/۵۵ سلامت جنسی زنان متأهل توسط متغیرهای باور فراشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان تبیین می‌شود. همچنین با توجه به ضرایب بتا، باور فراشناختی -۰/۳۹- ارزیابی مجدد ۰/۳۴ و سرکوبی -۰/۲۶- به شکل معناداری سلامت جنسی را در زنان متأهل تبیین می‌کند ( $p < ۰/۰۵$ ).

## بحث



لولس و همکاران، ۲۰۲۰) و اعتیاد جنسی (صمدی فرد و نریمانی، ۱۳۹۸) افراد نقش دارد که نتایج پژوهش حاضر با آن‌ها همسو بود. در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که طبق نظریه شناختی ولز، فراشناخت‌ها نقش مهمی در انتخاب و تداوم راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد بازی می‌کنند و در حقیقت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد باعث شکل‌گیری و تداوم انواع اختلالات در بین افراد می‌شود. باورهای فراشناختی از طریق تأثیر بر انتخاب راهبرد مقابله‌ای و ادراک فرد از توانایی‌های خود با تداوم آسیب‌شناسی روانی ارتباط دارند. از این رو وجود باور فراشناختی باعث می‌شود افراد در روابط زناشویی و جنسی خود احساس کنترل شخصی کمتری داشته باشند و در نتیجه این امر باعث بروز انواع اختلالات جنسی در آن‌ها می‌شود. همچنین باور فراشناختی منفی باعث می‌شود که افراد در مورد توانایی‌ها و شایستگی‌های خود در روابط جنسی تردید بیشتری داشته باشند که این مسئله باعث کاهش سلامت جنسی می‌شود (صمدی فرد و نریمانی، ۱۳۹۸). فعال شدن مؤلفه‌های باور فراشناختی باعث می‌شود افراد در روابط جنسی و زناشویی دچار تنش عاطفی شوند. تجربه تنش عاطفی در افرادی که در باور فراشناختی نمره‌ی بالایی دارند موجب می‌شود این افراد در گیر راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه شوند و استفاده از این راهبردها موجب در دسترس‌تر بودن مفاهیم تهدید در پردازش و تشدید استرس و هیجانات منفی می‌شود (زاربو و همکاران، ۲۰۱۹؛ باومگارتنر و همکاران، ۲۰۲۰؛ لولس و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع این فرآیندها باعث می‌شوند افراد در روابط جنسی خود دچار مشکل شده و توانایی خود در برخورد

با مشکلات زناشویی را ناچیز تلقی کنند که نتیجه آن کاهش سلامت جنسی است. همچنین یافته‌های مطالعه نشان داد که بین راهبردهای تنظیم هیجان با سلامت جنسی در بین زنان متأهل رابطه آماری معناداری وجود داشت ( $p=0/001$ ). بر همین اساس زنان دارای راهبرد ارزیابی مجدد تنظیم هیجان بالا از سلامت جنسی مطلوبی برخوردار بودند در مقابل زنان دارای راهبرد سرکوبی تنظیم هیجان بالا از سلامت جنسی پایینی برخوردار بودند. این نتیجه با یافته‌های تحقیقات دیگر مبنی بر اینکه راهبردهای تنظیم هیجان در سازگاری زناشویی (روستا و همکاران، ۱۳۹۸)، رفتار جنسی (ریزور و همکاران، ۲۰۱۷؛ زارع و همکاران، ۱۳۹۸) و اختلالات جنسی (دوب و همکاران، ۲۰۱۹) نقش دارد، همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد با مشکلات تنظیم هیجانی بیشتر، به احتمال زیاد بر استراتژی‌های ناسازگارانه و تکانشی از قبیل رفتارهای جنسی پرخطر برای تنظیم هیجانات منفی خود تکیه می‌کنند. زمانی که فرد نتواند از راهبردهای مناسب برای مقابله با هیجان‌های خود استفاده نماید یا درک درستی از هیجان‌های خود نداشته باشد، به ناچار به رفتارها و اعمالی با نتایج نامطلوب متوسل می‌شود که همین امر باعث بروز رفتارهای نامناسب جنسی نیز خواهد شد (ریزور و همکاران، ۲۰۱۷؛ زرگر و همکاران، ۲۰۱۹؛ دوب و همکاران، ۲۰۱۹). راهبردهای نامناسب تنظیم هیجان در عملکردهایی مانند تکانه‌های جنسی و رفتار جنسی مؤثر است. هنگامی که فرد برای انجام عملی مانند نیاز جنسی احساس فشار یا اجبار می‌کند توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که احتمال برانگیختگی بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب

گرفته شود تا تعمیم نتایج با اطمینان بیشتری امکان پذیر باشد. همچنین با توجه به تأثیرگذاری باور فراشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان در سلامت جنسی زنان متأهل توصیه می شود که روانشناسان و متخصصان حوزه سلامت برای بهبود سلامت جنسی زنان متأهل به نقش این متغیرها توجه بیشتری کنند.

### سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دانشجویی دانشگاه محقق اردبیلی به شماره ۹۹۰۴۱۱ است. همچنین پژوهش حاضر دارای کد اخلاق IR.ARUMS.REC.1399.375 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اردبیل است. نویسندگان بر خود لازم می دانند از تمام افرادی که در این مطالعه همکاری های لازم را انجام دادند، تشکر و قدردانی کنند.

### References

- Barati M, Soltanian A, Emdadi Sh, Zahiri B, Barzeghar N. (2014). Analyzing sexual health-related beliefs among couples in marriage based on the health belief model. *Journal of Education and Community Health*, 1(1), 36-46. (In Persian)
- Baumgartner J, Litvan Z, Koch M, Hinterbuchinger B, Friedrich F, et al. (2020). Metacognitive beliefs in individuals at risk for psychosis: a systematic review and meta-analysis of sex differences. *Journal of Neuropsychiatry*, 34(3), 108-115.
- Bostani Khalesi Z, Ghanbari Khanghah A. (2015). Perception and experience of married women of reproductive age about the importance of sexual health education: A content analysis study. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 18(172), 7-17. (In Persian)

استفاده کند. افرادی که تنظیم هیجانی مناسبی دارند، در پیش بینی توانایی بیشتری دارند. آن ها فشارهای ناخواسته را درک و هیجان های خود را بهتر مهار می کنند و در نتیجه در برابر محرک ها مقاومت بیشتری نشان می دهند؛ ولی در مقابل، کسانی که تنظیم هیجانی نامناسبی دارند در مقابله با هیجان های منفی خود مشکل دارند (ریزور و همکاران، ۲۰۱۷؛ زارع و همکاران، ۱۳۹۸). از طرفی گرایش به رفتاری پرخطر مانند رفتار جنسی اجباری می تواند راهی برای کاهش هیجان های منفی باشد و چون فرد شخص راهبردهای مناسب و سازگارانه در اختیار ندارد به ناچار از روش های نامناسب استفاده می کند که در بلندمدت باعث کاهش سلامت جنسی خواهد شد. در واقع در چنین موقعیت هایی رفتار پرخطر جنسی تبدیل به نوعی راهبرد تنظیم هیجانی می شود که به فرد در فرار از موقعیت های دشوار یا فراموش کردن و تعدیل حالات درونی ناخوشایند کمک می کند (میکائیلی منبع، ۱۳۹۲).

### نتیجه گیری

از این پژوهش می توان نتیجه گرفت که باور فراشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان در زمره متغیرهای مرتبط با سلامت جنسی زنان متأهل بوده و توانایی تبیین آن را دارند. این پژوهش روی زنان متأهل شهر اردبیل انجام شد که تعمیم نتایج را به سایر همسران با مشکل مواجهه می کند؛ بنابراین پیشنهاد می شود پژوهشی مشابه این مطالعه روی همسران در شهرهای دیگر انجام گیرد و نتایج آن با یافته های پژوهش حاضر مقایسه شود. از محدودیت های دیگر پژوهش حاضر می توان به استفاده از روش نمونه گیری در دسترس اشاره کرد. پیشنهاد می شود در پژوهش های دیگر از روش نمونه گیری تصادفی بهره

- 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), e0238457.
- Cunningham JB, Mc Crum Gardner E. (2007). Power, effect and sample size using G Power. Practical issues for researchers and members of research ethics committees. *Evidence Based Midwifery*, 5(4), 132-136.
- Dube JP, Corsini-Munt S, Muise A, Rosen NO. (2019). Emotion Regulation in Couples Affected by Female Sexual Interest/Arousal Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 48(8), 2491-2506.
- Ebrahimi Sh, Jafari F, Ranjbar Soodjani Y. (2018). The relationship between mindfulness and emotion regulation strategies of students. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 7(5), 13-30. (In Persian)
- Favieri F, Marini A, Casagrande M. (2021). Emotional Regulation and Overeating Behaviors in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, 11(1), 11.
- Flynn KE, Lin L, Bruner DW, Cyranowski JM, Hahn EA, Jeffery DD, et al. (2016). Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of US adults. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1642-1650.
- Gross JJ, John OP. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.
- Hadley W, Houck CD, Barker D, Senocak N. (2015). Relationships of parental monitoring and emotion regulation with early adolescents' sexual behaviors. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 36(5), 381-388.
- Hosein Rashidi B, Kiyani K, Haghollahi F, Shahbazi Sigaladeh S. (2015). Sexual health definition from the perspective of Iranian experts and description its components. *Tehran University of Medical Sciences*, 73(3), 210-220. (In Persian)
- Houck CD, Barker DH, Hadley W, Menefee M, Brown LK. (2018). Sexual Risk Outcomes of an Emotion Regulation Intervention for At-Risk Early Adolescents. *The Journal of Pediatrics*, 141(6), e20172525.
- Kingsberg SA, Schaffir J, Faught BM, Pinkerton JV, Parish SJ. (2019). Female sexual health: barriers to optimal outcomes and a roadmap for improved patient-clinician communications. *Journal of Women's Health*, 28(4), 432-443.
- Kraft B, Jonassen R, Stiles TC, Landro NI. (2017). Dysfunctional Metacognitive Beliefs Are Associated with Decreased Executive Control. *Frontiers in Psychology*, 8, 593.
- Lawless P, Lovell GP, Allen A, Kannis-Dymand L. (2020). Metacognitions in heterosexual, bisexual, and homosexual men: with or without premature ejaculation and erectile dysfunction. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 18, 1-14.
- Levine EC, Herbenick D, Martinez O, Fu TC, Dodge B. (2018). Open relationships, nonconsensual no monogamy, and monogamy among U.S. adults: findings from the 2012 national survey of sexual health and behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 47(5), 1439-1450.
- Livingstone KM, Isaacowitz DM. (2021). Age and emotion regulation in daily life: Frequency, strategies, tactics, and effectiveness. *Emotion Journal*, 21(1), 39-51.
- Mahadeen AI, Hamdan-Mansour AM, Habashneh SA, Dardas LA. (2020). Sexual satisfaction among infertile couples: demographics and psychosocial health factors. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 58(9), 40-47. (In Persian)
- Mahdoodizaman M, Razaghi S, Amirsardari L, Hobbi O, Ghaderi D, et al. (2016). The Relationship Between Interpersonal Cognitive Distortions and Attribution Styles Among Divorce Applicant Couples and its Impact on Sexual Satisfaction. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 10(3), e5644. (In Persian)

- Manavi Pour D, Pir Khaefi O, Rouhani A, Sadat Dibaji Z. (2008). Impact of sexual coolant training on promoting sexual health. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 3(11), 77-87. (In Persian)
- Mapp F, Wellings K, Hickson F, Mercer CH. (2017). Understanding sexual healthcare seeking behavior: Why a broader research perspective is needed. *BMC Health Services Research*, 17, 462.
- Michaeli Manee F. (2014). Emotion Dysregulation in Individuals with Risky Sexual Behaviors and Normal People. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 24(109): 206-214. (In Persian)
- Milojevich HM, Norwalk KE, Sheridan MA. (2019). Deprivation and threat, emotion dysregulation, and psychopathology: Concurrent and longitudinal associations. *Development and Psychopathology*, 31(3), 847-857.
- Mollaioli D, Ciocca G, Limoncin E, Di Sante S, Gravina GI, et al. (2020). Lifestyles and sexuality in men and women: the gender perspective in sexual medicine. *Reproductive Biology and Endocrinology* 18, 10.
- Ramezani MA, Ahmadi K, Besharat M, Noohi S, Ghaemmaghami A. (2018). Efficacy of metacognitive therapy for hypoactive sexual desire disorder among Iranian couples. *Psychotherapy Research*, 28(6), 902-908. (In Persian)
- Riahi F, Golzari M, Mootabi F. (2020). The Relationship Between Emotion Regulation and Marital Satisfaction Using the Actor-partner Interdependence Model. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 26(1), 44-63. (In Persian)
- Rizor A, Callands T, Desrosiers A, Kershaw T. (2017). (S)He's Gotta Have It: Emotion Regulation, Emotional Expression, and Sexual Risk Behavior in Emerging Adult Couples. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 24(3), 203-216.
- Roosta S, Mollazadeh J, Goodarzi M, Aflakseir A. (2019). The Prediction of marital adjustment based on cognitive emotion regulation strategies in infertile couples. *Nursing and Midwifery Journal*, 17(9), 716-723. (In Persian)
- Ryum T, Kennair LEO, Hjemdal O, Hagen R, Halvorsen J, et al. (2017). Worry and Metacognitions as Predictors of Anxiety Symptoms: A Prospective Study. *Frontiers in Psychology*, 8, 924.
- Samadifard HR, Narimani M. (2018). Prediction of sexual addiction of couples based on meta-cognitive belief and cognitive fusion. *Journal of Health System Research*, 14(2), 183-188. (In Persian)
- Shirinzadeh Dastgiri S, Goudarzi Ma, Rahimi C, Naziri GH. (2009). Study of factor structure, validity and reliability of metacognition questionnaire-30. *Journal of Psychology*, 12(1), 445-461. (In Persian)
- Towe M, La J, El-Khatib F, Roberts N, Yafi FA, et al. (2020). Diet and female sexual health. *Sexual Medicine Reviews*, 8(2), 256-264.
- Wamer C, Carlson S, Crichlow R, Ross MW. (2018). Sexual health knowledge of U.S. medical students: A national survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(8), 1093-1102.
- Wells A, Cartwright-Hatton S. (2004). A short form of the meta-cognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385-396.
- Zarbo C, Brugnera A, Compare A, Secomandi R, Candeloro I, et al. (2019). Negative metacognitive beliefs predict sexual distress over and above pain in women with endometriosis. *Archives of Women's Mental Health*, 22(5), 575-582.
- Zare S, Ahi Q, Vaziri S, Shahabizadeh F. (2019). The Mediating Role of the Cognitive Emotion Regulation Strategies in Relationship between Attachment Styles with High-Risky Sexual Behaviors: Design and Testing a Conceptual Model. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 17(3), 400-415. (In Persian)
- Zargar F, Bagheri N, Tarahi MJ, Salehi M. (2019). Effectiveness of Emotion Regulation Group Therapy on Craving, Emotion Problems, and Marital Satisfaction in Patients with Substance Use Disorders: A Randomized Clinical Trial.

Iranian Journal of Psychiatry, 14(4), 283–290.  
(In Persian)

Zohri N, Samadifard H. (2021). Predicting Sexual Health in Couples based on Locus of Control, Social Support and Meta-Emotions. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 8(6), 1-10. (In Persian)