

## 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، کد ارکید: ۲۸۵۶-۹۹۵۳-۰۰۰۱-

.....

۲. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، کد ارکید: ۰۰۰۰-

۳. گروه زیست شناسی، دانشکده علوم پایه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر تهران، ایران، کد ارکید: ۲۱۶۲-۳۳۷۶-۰۰۰۰-۰۰۰۰-

نشانی: دانشگاه خوارزمی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی گروه روانشناسی بالینی. تلفن: ۰۲۱۸۱۵۸۴۴۱۶

Email: smohammadi777@yahoo.com, smohammadi@khu.ac.ir

### چکیده

**مقدمه:** بین دیابت و مشکلات روان شناختی 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.

**روش ها:** 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 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 تعارضات 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 تعارضات 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.

**کلیدواژه:** دیابت، باورهای کنترل سلامت، تنظیم هیجان، تعارضات زناشویی

## مقدمه

دیابت شایع ترین بیماری متابولیک در جهان محسوب می شود و علائم واضح آن افزایش مزمن قند خون ، اختلالات متابولیک کربوهیدرات ها، چربی و پروتئین است و در نتیجه اختلالاتی در ترشح و عملکرد انسولین به وجود می آید. دیابت از سوی سازمان جهانی بهداشت ، همه گیری نهفته لقب گرفته است [۱].

شیوع دیابت در سراسر جهان با بیش از ۴۰۰ میلیون نفر، رو به افزایش است و انتظار می رود که تا سال ۲۰۴۵ این میزان به بیش از ۶۰۰ میلیون نفر برسد [۲]. همچنین، پیش بینی می شود که تعداد بیماران دیابتی در ایران احتمالا تا سال ۲۰۳۰ ، تقریبا به ده میلیون نفر برسد [۳]. مشابه سایر بیماری های مزمن ، رابطه دو سویه بین دیابت و مشکلات روان شناختی و عوامل روانی می تواند باعث بروز دیابت شود و تأثیر منفی در باورهای کنترل سلامت ، راهبردهای تنظیم هیجان و مدیریت ضعیف بیماری داشته باشد [۴،۵]. باور کنترل سلامت یک مفهوم روان شناسی درباره باورهای کنترل در رابطه با بیماری و سلامت است. این مفهوم بر پایه رویکرد کلی منبع کنترل در نظریه یادگیری اجتماعی که توسط راتر توسعه یافته، می باشد، [۶]. منبع کنترل سلامت به عنوان یک میانجی، بخشی از مسیر بین وضعیت فردی، وضعیت اجتماعی و سلامت را تشکیل می دهد [۷]. باور به کنترل درونی با بهزیستی روان شناختی ارتباط دارد، افرادی که منبع کنترل درونی دارند سعی در کنترل حوادث و رفتارها برمی آیند و متعاقبا باعث ایجاد احساس کنترل و اثربخشی و همچنین ایجاد پیامدهای مورد نظر مثبت می شوند [۸]. اما بیرونی ها دنیا را خصمانه و خطرناک می دانند و معتقدند که برای تغییر دادن اوضاع، کاری از دست آن ها بر نمی آید. آن ها، نسبت به زندگی، دیدگاه وحشتناک و فاجعه آمیز دارند [۹]. تجربه احساسات منفی مانند خشم، سرخوردگی، ناامیدی، ترس ، احساس گناه ، شرم در مبتلایان به دیابت بسیار معمول می باشد [۱۰]. در سالیان اخیر نقش درمان روان شناختی به ویژه نقش راهبردهای تنظیم هیجان در انواع گوناگون اختلالات مورد توجه قرار گرفته است [۱۱]. تنظیم هیجان به توانایی فهم هیجان ها، تعدیل تجربه و ابراز هیجان ها اشاره دارد [۱۲]. تنظیم هیجان ها مستلزم مدیریت هیجان های 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 موثر با تغییرات ، افراد باید به طور انعطاف پذیری از میان طیف وسیعی از راه حل ها و راهبر های ممکن برای مقابله با مسائل ، دست به انتخاب بزنند . در واقع ، تنظیم هیجانی انعطاف پذیری روشی موثر برای سازگاری و مقابله است [۱۴]. نداشتن کنترل سلامت و نادرست اعمال کردن راهبردهای تنظیم هیجان در بوجود آمدن تعارضات زناشویی بیماران مبتلا به دیابت نقش بسزایی دارد. به گونه ای که محققان ، مشکلات خانوادگی و تأثیرات منفی که این پدیده بر وضعیت روابط زناشویی، تعارضات زناشویی، رضایت زناشویی و کیفیت روابط جنسی زناشویی ادعان داشته اند [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 روان کننده های واژن تأثیر منفی میگذارد [۱۸]. تعارضات زناشویی به معنای تداخل اهداف، نیازها، علائق و خواسته های یکی از زوجین با زوج دیگر می باشد که منجر به کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، جلب حمایت فرزند، افزایش واکنش های هیجانی، کاهش رابطه خانوادگی و جدا کردن امور مالی زوجین از یکدیگر می شود [۱۹،۲۰]. با توجه به مطالب ذکر شده بررسی مقایسه ای باورهای کنترل سلامت و راهبردهای تنظیم هیجان و تعارضات زناشویی در بین زنان دیابتی و مقایسه آن با زنان غیر دیابتی ضروری می باشد. در پژوهش حاضر برای اولین بار همبستگی بین سه عامل (باورهای کنترل سلامت، راهبردهای تنظیم هیجان، و تعارضات زناشویی) و نقش موثر آنها در کنترل دیابت مورد بررسی و مطالعه قرار گرفت. هدف از پژوهش حاضر نقش هر یک از متغیرهای روانشناختی که نقش موثر آنها در کنترل و پیشگیری دیابت است که مورد بررسی و مطالعه قرار گرفت.

## روش ها

طرح پژوهش مطالعه حاضر، از نوع علی مقایسه ای است. هدف طرح های علی -مقایسه ای، تبیین روابط بین پدیده ها و تلاش برای یافتن علت های احتمالی آنها است. از این طرح زمانی استفاده می شود که علت از قبل رخ داده و مطالعه آن، از طریق تاثیری که بر متغیرهای دیگر برجای گذاشته، امکان پذیر است. با توجه به طرح انتخابی، هدف این پژوهش مقایسه ای 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 نموده اند می باشد. پژوهشگر با مراجعه به کلینیک دیابت تهران در شهر تهران، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، و پس از در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج، تعداد ۴۳ نفر از زنان دیابتی را انتخاب نمود. ملاک های 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 نشانه های 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 تک تک بیماران توسط آزمونگر اجرا و پاسخ آنها ثبت شد.

## ابزارهای مورد استفاده

۱. مقیاس چند وجهی منبع کنترل سلامت (MHLC)

مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت در سال ۱۹۷۸ توسط والستون و همکاران [۲۱] به منظور تعیین منبع کنترل سلامت افراد ساخته شد. این موضوع که شخصی دارای محور کنترل سلامتی (منبع کنترل سلامت) از نوع درونی یا بیرونی باشد، بر اساس یک مجموعه مشخصات است. این مشخصات و ویژگی‌ها به صورت 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 مولفه 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 ۱۴-۱۰ 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 مولفه با معیار شش‌گانه لیکرت و مخفف کلمات زیر است:

- منبع کنترل سلامت درونی (IHLC)<sup>۱</sup>: 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)<sup>۲</sup>: شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که سلامت او به وسیله افراد دیگر تعیین می‌شود.
- منبع کنترل سلامت مربوط به شانس (CHLC)<sup>۳</sup>: شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که سلامت او وابسته به شانس، بخت، اقبال و سرنوشت اوست.

برای به دست 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

<sup>1</sup> internal health locus of control

<sup>2</sup> powerfull other locus of control

<sup>3</sup> chance locus of control

ب) زیر مقیاس منبع کنترل سلامت مربوط به افراد موثر: ۱۸-۱۴-۱۰-۷-۳-۵

ج) زیر مقیاس منبع کنترل سلامت مربوط به شانس: ۱۶-۱۵-۱۱-۹-۴-۲

پایایی و روایی: ضریب پایایی کودر-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. مشکلی و همکاران [۲۲] برای تعیین روایی ابزار مورد نظر، ۴۹۶ نفر دانشجوی 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 می‌باشد (آلفای کرونباخ=۰/۸۸)

## ۲. پرسشنامه تنظیم هیجانی

این مقیاس توسط گراس و جان [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) می‌باشد. پاسخها بر اساس مقیاس (لیکرت) هفت درجه ای، از کاملاً مخالف (۱) و برای کاملاً موافق (۷) می‌باشد. 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 دامنه ای از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ بدست آمده است. نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان در فرهنگ ایرانی توسط قاسم پور، ایل بیگی و حسن زاده [۲۴] مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این پژوهش، اعتبار مقیاس بر اساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی پرسشنامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از (۲=۰/۱۳) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است.

## ۳. مقیاس تعارضات زناشویی

این ابزار دارای ۴۲ گویه است که با هدف سنجش تعارضات زناشویی ساخته شده است. گویه‌های این ابزار با ۵ گزینه ی همیشه، بیشتر، گاهی وقتها، به ندرت و هرگز همراه است که به ترتیب از ۱ تا ۵ نمره گذاری میشوند. بیشترین نمره‌های که میتوان با این ابزار

بدست آورد، ۲۱۱ و کمترین نمره ۴۲ است. نمره ی بالا به معنای تعارض شدید و نمره ی 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. ترابی و ثنایی [۲۵] به منظوراندازه گیری پایایی و روایی، پرسشنامه ی 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 معناداری بین آنها میباشد که میتواند دال بر قدرت تمیز آزمون در تشخیص زوجهای متعارض از نامتعارض باشد [۲۵].

## یافته ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیر سن، آزمودنی ها را به تفکیک گروه نشان می دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد گروه ها در متغیرهای سن، تحصیلات

متغیر	گروه ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره t	سطح معناداری
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
	غیردیابتی	۴۵	۱۴/۵۳	۴/۲۱		

همانگونه که در جدول ۱ قابل مشاهده است، نتایج آزمون T دو گروه مستقل بیانگر آن است که گروه های مورد پژوهش در متغیرهای جمعیت شناختی سن، تحصیلات تفاوت معناداری با هم ندارند، به عبارتی دو گروه بر مبنای این متغیرها همتا شده اند. جدول ۲ توزیع فراوانی و درصد اشتغال آزمودنی ها، همراه با نتایج آزمون خی دو به منظور بررسی مفروضه همتا بودن دو گروه بر مبنای این متغیر را نشان می دهد.

## 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 معناداری
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
وضعیت شاغل	۱۵	۳۴/۸۸	۲۲	۵۱/۱۶	۲/۱۲	۰/۱۳۷
اشتغال بیکار	۲۸	۵۳/۴۸	۲۱	۴۸/۸۳		

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

به منظور 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 بر اساس تبدیل آن‌ها به نمرات استاندارد ( $Z$ ) مورد واریسی قرار گرفت.

به منظور بررسی پیش فرض‌های تحلیل چندمتغیری واریانس، دامنه آزمون‌های لوین برای بررسی همگن بودن واریانس ( $P > ۰/۰۵$ )؛  $F(۱, ۸۸) = ۰/۱۱۲ - ۰/۸۹۵$  و کالموگروف/اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها ( $۰/۵۱۷ - ۰/۸۶۰$ ) 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.

### جدول ۳ نتایج آزمون چندمتغیره

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

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز معنادار است. معنادار 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 معناداری وجود دارد، ولی این معناداری مشخص نمی کند که دو گروه در کدام مؤلفه ها با همدیگر تفاوت دارند. بنابراین به منظور مشخص شدن تفاوت ها تحلیل واریانس یک راهه انجام شد. در ادامه، نتایج تحلیل های واریانس یک راهه، مورد بررسی قرار می گیرد. در جدول ۴ نتایج تحلیل های واریانس یک راهه، میانگین و انحراف استاندارد باورهای کنترل سلامت زنان مبتلا به دیابت و زنان غیر دیابتی درج شده است.

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس یک راهه بر مبنای باورهای کنترل سلامت

مجذور اتا (η <sup>۲</sup> )	سطح معناداری	F df=(۱, ۸۴)	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه	باورهای کنترل سلامت
۰/۴۲	۰/۰۰۰	۶۴/۷۵	۴/۱۹	۱۱/۵۸	۴۳	زنان دیابتی	منبع درونی
			۴/۸۹	۱۹/۳۱	۴۳	زنان غیر دیابتی	کنترل
۰/۱۱	۰/۰۰۱	۱۱/۲۳	۳/۵۷	۱۸/۱۱	۴۳	زنان دیابتی زنان	منبع بیرونی
			۴/۱۶	۱۳/۹۳	۴۳	غیر دیابتی	کنترل
۰/۲۳	۰/۰۰۰	۲۶/۶۱	۴/۶۳	۱۹/۰۷	۴۳	زنان دیابتی زنان	منبع شانس
			۳/۸۵	۱۳/۴۰	۴۳	غیر دیابتی	

یافته های جدول ۴ نشان می دهد که در باورهای کنترل سلامت، بین دو زنان مبتلا به دیابت و زنان غیر دیابتی تفاوت معناداری وجود دارد. در مورد منبع درونی کنترل، میانگین نمرات بیماران مبتلا به دیابت به صورت معناداری کمتر از افراد غیر دیابتی است، اما در مورد منبع بیرونی کنترل و منبع کنترل شانس، میانگین نمرات بیماران مبتلا به دیابت به صورت معناداری بیشتر از افراد غیر دیابتی است. در مجموع، فرضیه اول پژوهش مبنی بر تفاوت معنادار باورهای کنترل سلامت در بین زنان مبتلا به دیابت و زنان غیر دیابتی تایید می شود.

در جدول ۵ نتایج تحلیل های واریانس یک راهه، میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای تنظیم هیجان در بین زنان دیابتی و زنان غیر دیابتی درج شده است.



جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه بر مبنای راهبردهای تنظیم هیجان

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

یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که در راهبرد ارزیابی مجدد، بین دو گروه زنان دیابتی و زنان غیر دیابتی تفاوت معناداری وجود دارد، در واقع در مورد این راهبرد، میانگین نمرات زنان دیابتی به صورت معناداری کمتر از زنان غیر دیابتی است. در سوی دیگر، در راهبرد فرونشانی، میانگین نمرات زنان دیابتی به صورت معناداری بیشتر از زنان غیر دیابتی است.

در مجموع، فرضیه دوم پژوهش مبنی بر تفاوت معنادار استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان در بین زنان دیابتی و زنان غیر دیابتی تایید می‌شود.

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

جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه بر مبنای تعارضات زناشویی

تعارضات زناشویی	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	F df=(۱, ۸۴)	سطح معناداری	مجذور اتا (η <sup>۲</sup> )
تعارضات زناشویی	زنان دیابتی	۴۳	۱۴/۰۹	۳/۹۸	۱۴/۰۵	۰/۰۰۰	۰/۱۴
	زنان غیر	۴۳	۱۸/۷۱	۴/۳۷			
	دیابتی						

یافته‌های جدول ۶ نشان می‌دهد که در متغیر تعارضات زناشویی، بین دو گروه زنان دیابتی و زنان غیر دیابتی تفاوت معناداری وجود دارد، در واقع در مورد این متغیر، میانگین نمرات بیماران مبتلا به دیابت به صورت معناداری بیشتر از زنان غیر دیابتی است. در مجموع، فرضیه سوم پژوهش مبنی بر تفاوت معنادار تعارضات زناشویی در زنان دیابتی و زنان غیر دیابتی تایید می‌شود.

## بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش جاری بررسی مقایسه باورهای کنترل سلامت، راهبردهای تنظیم هیجان، و تعارضات زناشویی در بین زنان دیابتی و غیر دیابتی بود. نتایج تحلیل داده‌ها 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 موثر و شانس، نمرات بیشتری در مقایسه با زنان غیر دیابتی کسب نمودند که همسو با پژوهش اسپرلینگ و همکاران [۲۶] و دیگر محققین [۲۷] می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان به مدل درماندگی آموخته‌شده [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 به‌عنوان دلایل موثر معتقد می‌باشد، منبع کنترل سلامت یکی از متغیرهای مهم در پیش‌آگهی درمان و سلامت روان و جسم می‌باشد، منبع کنترل درونی همیشه در طیف وسیعی از اختلالات به‌عنوان پیش‌بین بهبودی و درمان شناخته‌شده و برعکس، منبع کنترل بیرونی به‌عنوان پیش‌آگهی منفی بهبودی و درمان در طیف اختلالات شناخته‌شده است [۶]. منبع کنترل درونی در واقع یک عامل محافظتی برای اختلالات روانپزشکی می‌باشد، منبع کنترل درونی با راهبردهای مقابله‌ای و تنظیم هیجان‌های مثبت [۲۸]، عزت‌نفس، تاب‌آوری و تحمل استرس رابطه مثبتی دارد [۲۹] که همگی از عوامل محافظتی در استرس می‌باشند [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 بیماری‌ها موثر می‌باشد و می‌تواند نقش محافظتی و یا آشکارساز داشته باشد [۳۰]. رفتارهای خود مدیریتی دیابت فعالیت‌های خودآهانه و تلاش‌های مقابله‌ای افراد برای کنترل گلوکز است. مدیریت روزانه دیابت بار سنگینی بر امور روزانه و روابط فرد می‌گذارد. درک چگونگی تأثیر عوامل روانشناختی کنترل هیجان بر کنترل گلوکز خون و کیفیت زندگی زناشویی بیماران دیابت، ضروری می‌باشد [۳۱]. منبع کنترل نقش مهمی در عادات رفتاری و اعمال روزمره زندگی دارد که تحت تأثیر نوع منبع می‌تواند منجر به پیامدهای مثبتی مانند سلامت روان شود [۳۲]. طی مطالعات تصویربرداری‌های مغزی، منبع کنترل درونی با فعالیت نواحی مغزی مانند قشر پیش‌پیشانی، شکنج کمربندی پیشین و اینسولای پیشین ارتباط مثبتی دارد [۳۳] که همگی این نواحی در خودتنظیمی، انعطاف‌پذیری و توانمندی‌های 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 غیر دیابتی تفاوت معناداری 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 بن و همکاران [۳۶]، می‌باشد. پژوهش‌های دیگر محققان [۳۷، ۳۸] نشان می‌دهد که مبنی بر ارتباط راهبرد تنظیم شناختی هیجان، ارزیابی مجدد می‌باشد. افرادی که توانایی تنظیم موثر هیجان‌ات خود را ندارند در معرض آسیب‌پذیری ابتلا به دیابت می‌باشند، ارزیابی مجدد به معنای تفکری متفاوت درباره محرک‌ها برای ایجاد تغییر در هیجان‌ات می‌باشد، این راهبرد تنظیم هیجان یکی از مهم‌ترین راهبردهای تنظیم هیجان می‌باشد که امروزه حتی از اثربخشی آموزش ارزیابی مجدد به‌تنهایی استفاده می‌شود [۳۹، ۴۰]. ارزیابی مجدد با کاهش موثر 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 پیش پیشانی همراه است که این قشر مغزی محل کارکردهای اجرایی و توجه می‌باشد [۴۱].

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

تعارضات زناشویی در زنان دیابتی با تفاوت معناداری در مقایسه با زنان غیر دیابتی، بیشتر می‌باشد. این یافته همسو با پژوهش‌های ترودل و گالدفارب [۴۳، ۴۴] می‌باشد.

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 گریبان‌گیر والدین می‌شود و می‌تواند روابط بین زوجین و یا والد فرزندی را به شدت 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 به شدت 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 موثر، 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 بطور محسوس و معناداری در تعاملات جنسی، فراوانی این روابط و کیفیت این روابط تاثیر می گذارد و مستقیماً به نارضایتی همسر منجر می گردد (۴۳). تعارضات زناشویی با تاثیرات مخربی که بر زوجین می گذارد حتی می تواند منجر به طلاق بشود، تعارضات زناشویی می تواند 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 زوج ها تأثیر منفی بگذارد. تعارض زناشویی معمول به صورت کشمکش و تضاد بین زن و شوهر، گه نشان دهنده دل مشغولی های متفاوت آن هاست بروز می کند دیابت با مشکلاتی که در عزت نفس، کارکرد جنسی، سبک های مقابله، کاهش کیفیت خواب و عدم روابط میان فردی مناسب با همسر می تواند منجر به تعارضات پایداری بین زوجین بشود که این عامل در صورت تداوم می تواند تبعات بسیار مخربی بر خانواده داشته باشد [۲۰، ۴۷]

به طور کلی تامین شرایط حیطه علوم رفتاری کار بسیار دشواری است. این پژوهش هم به نوبه خود دارای محدودیت هایی بوده است که عبارتند از: ۱- استفاده از پرسشنامه که ابزار خود گزارش دهی است و امکان سو گیری در پاسخ ها وجود دارد. و استفاده از سایر روش های جمع آوری اطلاعات عمیق تری به دست می دهد. از سوی دیگر، نمونه گیری به شیوه غیر تصادفی امکان کنترل برخی متغیرهای تاثیر گذار و مزاحم را کاهش می دهد و در نتیجه تعمیم نتایج را با دشواری مواجه می سازد. ۲- انتخاب های اولیه گروه های آزمایشی که بصورت دسترس انتخاب شدند. ۳- عدم همکاری مراکز درمانی و برخی از بیماران مبتلا به دیابت نام برد. ۴-

## سپاسگزاری

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

## منابع

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, Haghdoost 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. LeahyRL, 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. [Farsi].
14. Kobylńska 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, M. W., Fairchild, A. J., Mark Cummings, E., & Davies, P. T. 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. Samaneh Mottaghi, Ishagh Rahimian Boogar, Shahab Moradi, Nemat Sotodehasl, 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. [DOI:10.1037/0022-3514.85.2.348]
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 Lallement 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*. 2015.
37. Shiota M N, & Levenson R. WTurn down the volume of change the channel? Emotional effects of detached versus positive reappraisal. *Jour-nal of Personality and Social Psychology*.2012; 103(3): 416–429.
38. Mohammadi Sh, 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. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2023; (22):6 34-43.
39. Keng S L, Robins C J, Smoski M J, 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. Ghiasvand M, Ghorbani M, Effectiveness of Emotion Regulation Training in Improving Emotion Regulation Strategies and Control Glycemic in Type 2 Diabetes Patients. *Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism*. 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. Southward 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 K K, & 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. <http://dx.doi.org/10.3325/cmj.2011.52.25>.
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 A A, 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.



# Comparison of health control beliefs, emotion regulation strategies, and marital conflicts among diabetic and non-diabetic women

Shahnaz Mohammadi\*<sup>1</sup>, Shahla Aghaei Bejestani<sup>2</sup>, Mahnaz Mohammadi<sup>3</sup>

## 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.

\*1. Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran, ORCID: 0000-0001-9953-2856

2. Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology Shahid Behshti University, Tehran, Iran, ORCID:0009-0009-5717-0039

3. Department of Biology, Faculty of Basic Sciences, Islamic Azad University, Islamshahr Branch, Tehran, Iran, ORCID:0000-0002-3376-2162

\* Address: Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, P.O.Box: 1571914911 Tehran, Iran, Tel: +98-21-81584416 Fax: +98-21-88848938

Email: [smohammadi777@yahoo.com](mailto:smohammadi777@yahoo.com), [smohammadi@khu.ac.ir](mailto:smohammadi@khu.ac.ir).