

May-June 2021, Volume 10, Issue 3

The Effectiveness of "Dialectical Behavior Therapy" on Affective Control and Sexual Function in Women with Marital Conflict

Fateme Badakhshan¹, Azar Kiamarsi^{2*}, Azra Ghaffari³

1- PhD. Student Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

Corresponding Author: Azar Kiamarsi, Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

Email: a.kiamarsi52@gmail.com

Received: 3 Feb 2021

Accepted: 10 May 2021

Abstract

Introduction: Improving emotion control and sexual function are effective factors in reducing marital conflict. The aim of this study was to determine the effectiveness of "Dialectical Behavior Therapy" on controlling emotions and sexual function in women with marital conflict.

Methods: This was a quasi-experimental study with pre-test and post-test design with control group. The study population of women with marital conflict referred to mental health centers in Rasht in 2020. For the study, 36 people were selected and randomly divided into two groups of intervention and control.

Finally, the intervention group was reduced to 15 people who were randomly removed to analyze 3 members of the control group to homogenize the groups. In this study, demographic questionnaire, "Affective Control Scale (ACS)" and "Female Sexual Function Index" (FSFI) were used to collect data. Validity was sufficient for previous studies and the reliability of the instruments was confirmed by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. At the beginning of the intervention, research instruments were completed by the groups. The intervention group underwent "polemical behavior therapy" for 10 sessions of 90 minutes (2 sessions per week) and the control group was on the waiting list for training. Then both groups completed the instruments again after the intervention. Data analysis was performed in SPSS.19.

Results: There is a significant difference between the groups in both variables of emotion control ($F = 546.366$, $P = 0.001$) and sexual function ($F = 84.375$, $P = 0.001$) and according to the effect size values. 95% of changes in emotion control and 75% of changes in sexual function are due to "polarized behavior therapy" intervention ($P < 0.001$).

Conclusions: "Dialectical Behavior Therapy" has reduced affective control and increased sexual function in women in marital conflict. Therefore, planning for the use of "Dialectical Behavior Therapy" by psychologists and family counselors to improve the psychological and sexual functioning of women involved in marital conflict is suggested.

Keyword: Dialectical Behavior Therapy, Affective Control, Sexual Function, Marital Conflict, Women.

اثربخشی "رفتاردرمانی جدلی" بر کنترل عواطف و عملکرد جنسی زنان دارای تعارض زناشویی

فاطمه بدخشان^۱، آذر کیامرثی^{۲*}، عذرا غفاری^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

نویسنده مسئول: آذر کیامرثی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

ایمیل: a.kiamarsi52@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۲۰

چکیده

مقدمه: بهبود کنترل عواطف و عملکرد جنسی از عوامل موثر بر کاهش تعارضات زناشویی است. مطالعه حاضر با هدف اثربخشی "رفتاردرمانی جدلی" بر کنترل عواطف و عملکرد جنسی زنان دارای تعارض زناشویی انجام شد.

روش کار: این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش زنان درگیر تعارض زناشویی مراجعه کننده به مراکز بهداشت روان شهر رشت در سال ۱۳۹۹ بودند. برای انجام پژوهش ۳۶ تن انتخاب و به صورت تصادفی ساده در ۲ گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. در پایان گروه مداخله به ۱۵ تن تقلیل یافت که جهت تحلیل ۳ تن از افراد گروه کنترل به شیوه تصادفی حذف شدند تا گروه ها همگن شوند. در این پژوهش جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه جمعیت شناختی، "مقیاس کنترل عواطف" (Affective Control Scale: ACS) و "شاخص عملکرد جنسی زنان" (Female Sexual Function Index: FSFI) استفاده شد. روایی به مطالعات گذشته اکتفا شد و پایایی ابزارها به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ مورد تایید قرار گرفت. در شروع مداخله ابزارهای پژوهش توسط گروه ها تکمیل شدند. گروه مداخله ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای (هفته ای ۲ جلسه) تحت "رفتاردرمانی جدلی" قرار گرفت و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار داشت. سپس مجددا هر ۲ گروه پس از پایان مداخله ابزارها را تکمیل کردند. تحلیل داده ها در نرم افزار اسپس پی اس نسخه ۱۹ انجام شد.

یافته ها: بین گروه ها در هر دو متغیر کنترل عواطف ($F=546/366, P=0/001$) و عملکرد جنسی ($F=84/375, P=0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه به مقادیر اندازه اثر، ۹۵ درصد تغییرات کنترل عواطف و ۷۵ درصد تغییرات عملکرد جنسی ناشی از مداخله "رفتاردرمانی جدلی" است ($P<0/001$).

نتیجه گیری: "رفتاردرمانی جدلی" منجر به کاهش کنترل عواطف و افزایش عملکرد جنسی در زنان دارای تعارض زناشویی شده است. بنابراین، برنامه ریزی برای استفاده از روش "رفتاردرمانی جدلی" توسط روانشناسان و مشاوران خانواده برای بهبود عملکرد روانشناختی و جنسی زنان دارای تعارض زناشویی پیشنهاد می شود.

کلیدواژه ها: رفتاردرمانی جدلی، کنترل عواطف، عملکرد جنسی، تعارض زناشویی، زنان.

زندگی زناشویی همواره با مسائل مختلفی همراه است که منجر به فعال سازی هیجان‌ات مختلف می‌شود؛ اگر این هیجان‌ات به شیوه کارآمدی ابراز نشوند می‌توانند زمینه ناسازگاری و تعارض را فراهم سازند (۱). پژوهش‌های پیشین دلالت بر این دارند که توانایی شناخت و ابراز هیجان‌ات که در قالب مفهوم تنظیم هیجان مطرح است، نقش موثری در بهبود روابط زوجی و کاهش تعارضات دارد (۲). کنترل عواطف (affective control) نیز یکی دیگر از مولفه‌های تنظیم هیجان است که توسط Williams و همکاران مطرح شده است، آن‌ها کنترل عواطف را به تعبیر کردن هیجان‌ات فقط به عنوان یک هیجان تعریف کرده‌اند؛ به عبارت دیگر، هر چقدر کنترل عاطفی فرد بیشتر باشد، فرد عواطف خود را ترسناک ارزیابی نمی‌کند و اجازه بروز آن‌ها را می‌دهد (۳). کنترل عواطف به معنی جلوگیری از ایجاد یک حالت هیجانی نیست، بلکه به معنی تجربه یک هیجان به همان صورت واقعی آن و عدم اجتناب از آن است (۴). در مطالعات پیشین نشان داده شده است که کنترل عواطف و تنظیم هیجان از عوامل موثر بر بهبود روابط بین فردی و کاهش اجتناب هیجانی و رفتاری در زوجین است (۵)؛ همچنین دشواری در تنظیم هیجان یکی از مشکلات رایج در زوجین متقاضی طلاق است (۶).

همچنین نتایج برخی از مطالعات نشان داده است که کنترل عواطف بر سلامتی جسمانی (۷)، کاهش اضطراب (۸) و بهبود عملکرد جنسی (۹) زوجین موثر است. هیجان‌ها به واسطه آزادسازی هورمون‌ها و فعال سازی غدد نقش موثری بر کارکرد جنسی انسان ایفا می‌کنند (۱۰)؛ به طوری که برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افزایش اضطراب و در نتیجه آزادسازی بیش از حد کورتیزول نقش موثری بر اختلالات میل و برانگیختگی جنسی دارد (۱۱)؛ همچنین اضطراب بالا با اختلال در انزال در ارتباط است (۱۲). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که عواطف و نحوه برخورد با آن‌ها نقش موثری بر بهبود عملکرد جنسی دارد.

عملکرد جنسی (sexual function) یکی از عوامل موثر بر کیفیت روابط زوجی است و نابهنجاری در آن می‌تواند زمینه ساز تعارضات زناشویی باشد (۱۳). عملکرد جنسی بخشی از سلامت جنسی محسوب می‌شود (۱۴)؛ و

با عدم مشکل در میل جنسی، برانگیختگی و ارگاسم و همچنین رضایت ذهنی از فراوانی و پیامد رفتارهای جنسی فردی و زوجی مشخص می‌شود (۱۵). همانگونه که از مفهوم عملکرد جنسی استنباط می‌شود، پیامدهای آن در فرد و روابط زوجی قابل توجه است و اثرات مهمی بر ابعاد کیفیت روابط زناشویی دارد (۱۶). عملکرد جنسی با صمیمیت و کاهش تعارضات زناشویی در ارتباط است و فرسودگی زناشویی پیشگیری می‌کند (۱۷). Rosen و همکاران عملکرد جنسی را شامل شش عامل میل جنسی، برانگیختگی جنسی، لیزشدگی، ارگاسم، رضایت جنسی و درد جنسی می‌دانند؛ که نقش موثری بر عملکرد و در نتیجه صمیمیت جنسی ایفا می‌کنند (۱۸).

عملکرد جنسی یک مسئله جسمی و روانی است و تحت تاثیر عوامل اجتماعی و فرهنگی قرار دارد (۱۹). بر این اساس می‌توان اینگونه استنباط کرد که برای بهبود آن نیازمند مداخلات همه جانبه می‌باشد که ابعاد جسمانی، روانشناختی و اجتماعی را تحت پوشش قرار دهد، اما درمان مشکلات جنسی و بهبود عملکرد جنسی در کشورهای در حال توسعه کمتر مورد توجه است و به عنوان یک تابو قلمداد می‌شود (۲۰). به طوری که نتایج برخی از مطالعات در ایران نشان می‌دهد که مشکلات جنسی یکی از عوامل زمینه ساز نارضایتی و در نتیجه طلاق است (۲۱). دیدگاه‌های روانشناختی اعتقاد بر این دارند که بدکارکردی جنسی نتیجه اضطراب، فشار روانی و الگوهای رفتاری معیوب است (۱۰)، بر این اساس جهت بهبود عملکرد جنسی مداخلات روانشناختی بر اصلاح نگرش‌ها، تنظیم هیجان و آموزش‌های رفتاری متمرکز هستند که در کنار مداخلات پزشکی قابل ارائه می‌باشند (۲۲). یکی از مداخلات پیشنهاد شده جهت بهبود روابط زوجی «رفتاردرمانی جدلی» (Dialectical Behavior Therapy) است که به واسطه تاثیراتی قابل توجه ای که بر کنترل عواطف و تنظیم هیجان دارد، مورد توجه است (۲۳). «رفتاردرمانی جدلی» نوعی «رفتار درمانی شناختی» (Cognitive Behavioral Therapy) است. اهداف اصلی آن این است که به افراد بیاموزد چگونه در لحظه زندگی کنند، راه‌های سالم برای مقابله با استرس، تنظیم هیجان‌ات خود و بهبود روابطشان با دیگران ایجاد کنند (۲۴). در این درمان، اصل تغییر در رفتار درمانی شناختی با اصل پذیرش ترکیب شده است و باور به تغییرپذیری

محض را یک آسیب می داند (۲۵). این رویکرد قادر است اشخاص را برای رویارویی صحیح با ناراحتی، توانمند کند؛ بدون اینکه توانایی کنترل خود را از دست بدهند یا دست به اعمال مخرب بزنند. با استفاده از مهارت های این روش، افراد می توانند بر نحوه برخورد خود با تعارض ها و آشفتگی ها تأثیر انکارناپذیری بر جای بگذارند و روابط بین فردی خویش را رضایت بخش سازند (۲۶). بررسی مطالعات پیشین دلالت بر این دارند که «رفتاردرمانی جدلی» بر رضایت زناشویی (۲۷) و تنظیم هیجان زوجین (۲۸،۲۹) موثر است؛ اما در بررسی پیشینه مطالعه ای یافت نشد که پیامد این مداخله بر عملکرد جنسی زوجین مورد بررسی قرار گیرد. اما با توجه به اینکه نتایج مطالعات پیشین نشان دادند که «رفتاردرمانی جدلی» نقش موثری بر بهبود تنظیم هیجان دارد (۲۸،۲۹) و تنظیم هیجان یک عامل میانجی در عملکرد جنسی است (۹)؛ می توان انتظار داشت که این مداخله منجر به بهبودی در عملکرد جنسی زوجین متعارض شود.

با توجه به مطالب مطرح شده می توان اینگونه استنباط کرد که کنترل عواطف و عملکرد جنسی از عوامل مهم در پیش بینی رضایت زناشویی و کاهش تعارض زناشویی است. به دلیل مسائل فرهنگی و تابو دانستن مشکلات جنسی، توجه در زمینه بهبود عملکرد جنسی زنان کمتر مورد توجه بوده است (۱۴). این در حالی است که طبق مطالعات پیشین بدکارکردی های جنسی در زنان یکی از عوامل موثر بر گرایش آن ها به طلاق می باشد (۲۱). بنابراین، با توجه به اهمیت این موضوع به ویژه در زنان، این مطالعه با هدف اثربخشی اثربخشی «رفتاردرمانی جدلی» بر کنترل عواطف و عملکرد جنسی زنان دارای تعارض زناشویی انجام شد.

روش کار

این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش زنان درگیر تعارض زناشویی مراجعه کننده به مراکز بهداشت روان دولتی وابسته به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی گیلان، شهر رشت در سال ۱۳۹۹ بودند. تعداد نمونه بر اساس پژوهش پیشین (۳۰) و با توان ۰/۹۰ و سطح معناداری ۰/۰۵ با استفاده از نرم افزار G*Power برای هر یک از گروه ها ۱۵/۴۸ تن محاسبه شد، با توجه به بالا بودن بدکارکردی های جنسی

و جهت پیشگیری از ریزش احتمالی، تعداد نمونه در هر گروه ۱۸ تن لحاظ شد که با روش نمونه گیری در دسترس هدفمند انتخاب شدند، اما گمارش افراد در گروه های مداخله و کنترل به شیوه تصادفی ساده (قرعه کشی) انجام شد، در پایان گروه مداخله به ۱۵ تن تقلیل یافت که جهت تحلیل ۳ تن از افراد گروه کنترل به شیوه تصادفی حذف شدند تا گروه ها همگن شوند. معیارهای وارد به مطالعه شامل تشخیص تعارض زناشویی توسط متخصص مشاوره خانواده، دامنه سنی بین ۲۶ تا ۴۵ سال، سابقه حداقل ۵ سال زندگی مشترک، عدم مصرف داروهای روانپزشکی و عدم استفاده از سایر روش های درمانی به طور همزمان و معیارهای خروج از مطالعه شامل انصراف از ادامه همکاری، ضرورت شروع دوره دارو درمانی به تشخیص پزشک و غیبت ۲ جلسه و بیشتر از آن بود.

در این پژوهش جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن، طول دوران ازدواج، تحصیلات و تعداد فرزندان و ابزارهای زیر استفاده شد.

«مقیاس کنترل عواطف» (Affective Control Scale: ACS) در سال ۱۹۹۷ توسط Williams و همکاران (۳) برای بزرگسالان با ۴۲ عبارت ساخته شد. این مقیاس دارای ۴ زیرمقیاس خشم (anger) با ۸ عبارت (۱-۸-۱۱-۱۶-۲۸-۳۰-۳۹-۴۲)، عاطفه مثبت (positive affect) با ۱۳ عبارت (۲-۶-۱۰-۱۲-۱۴-۱۸-۲۲-۲۳-۳۱-۳۲-۳۶-۴۱-۴۲)، خلق افسرده (depressed mood) با ۸ عبارت (۳-۴-۱۳-۱۹-۲۵-۲۷-۲۹-۳۷) و اضطراب (anxiety) با ۱۳ عبارت (۵-۷-۹-۱۵-۱۷-۲۰-۲۱-۲۴-۲۶-۳۳-۳۵-۳۸-۴۰) است.

عبارت ها با استفاده از طیف ۷ درجه ای لیکرت از یک (خیلی زیاد مخالفم) تا ۷ (خیلی زیاد موافقم) و برخی از عبارت ها به صورت معکوس نمره گذاری می شوند، لذا حداقل نمره ۴۲ و حداکثر ۲۹۴ است و نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده ترس از تجربه و ابراز عواطف است. نمره بین ۴۲ تا ۸۴ نشان دهنده کنترل عواطف عالی، نمره بین ۸۴ تا ۱۸۰ نشان دهنده کنترل عواطف متوسط و نمره بالاتر از ۱۸۱ نشان دهنده اجتناب از تجارب هیجانی و ترس از آن ها است.

Williams و همکاران (۳) روایی این ابزار را در ۲۶۰ تن از دانشجویان کشور آمریکا به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی کردند و ۴ زیر مقیاس خشم، عاطفه مثبت، خلق افسرده و اضطراب شناسایی شد. همچنین پایایی به روش

فاطمه بدخشان و همکاران

در این آزمون عبارتند از: نمره بالاتر از ۲۸ نشان دهنده عملکرد جنسی مطلوب در زنان است و نمره کمتر از ۲۸ نشان دهنده بدکارکردی جنسی است. (۱۸).

Rosen و همکاران (۱۸) این ابزار را در ۱۳۱ زن سالم و ۱۲۸ زن با اختلال جنسی اجرا کردند، بررسی های بالینی نشان داد که این ابزار از روایی افتراقی خوبی برخوردار است و به خوبی افراد سالم را از افراد مبتلا به اختلال جدا می سازد، بعبارت دیگر، افرادی که بر اساس مصاحبه بالینی متخصصین اختلال میل جنسی را دریافت کرده بودند، نسبت به افراد سالم نمره کمتری به طور معنادار کسب کردند. نتیجه روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی نشان داد که ۶ زیر مقیاس ذکر شده در ۱۲۸ زن مبتلا به اختلال جنسی تایید می شود، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در ۱۳۱ زن سالم ۰/۷۳ و در ۱۲۸ زن مبتلا به اختلال جنسی ۰/۸۲ گزارش شد (۱۸). Witting و همکاران (۳۴) «شاخص عملکرد جنسی زنان» را در ۲۰۸۱ زن در کشور فنلاند اجرا کردند، ۶ عامل ذکر شده به روش تحلیل عاملی تاییدی در نمونه فنلاندی مورد تایید قرار گرفت و ضریب آلفا کرونباخ «شاخص عملکرد جنسی زنان» در ۳۱۷ تن از نمونه ذکر شده، ۰/۷۹ محاسبه شد.

در ایران محمدی و همکاران (۳۵) «شاخص عملکرد جنسی زنان» از طریق روش ترجمه و ترجمه مجدد به زبان فارسی (Forward and Backward Translation) انجام شد و در ۵۳ زن مبتلا به اختلال عملکرد جنسی و ۲۸ زن سالم در شهر تهران اجرا شد. نتایج نشان داد که این ابزار از روایی افتراقی خوبی در تمیز افراد سالم از افراد مبتلا به اختلال عملکرد جنسی برخوردار است، به عبارت دیگر، افرادی که بر اساس مصاحبه بالینی متخصصین اختلال عملکرد جنسی را دریافت کرده بودند، نسبت به افراد سالم نمره کمتری به طور معنادار کسب کردند. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در کل افراد (۸۱ تن) از نمونه ذکر شده (۵۳ زن مبتلا به اختلال عملکرد جنسی و ۲۸ زن سالم) ۰/۷۰ است (۳۵).

در پژوهش دیگری فخری و همکاران (۳۶) شاخص عملکرد جنسی زنان» را در ۴۴۸ زن در قزوین و گیلان اجرا شد، جهت بررسی روایی از تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد، نتایج نشان داد که ۶ زیرمقیاس ذکر شده مورد تایید هستند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب

همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در ۶۶ تن از نمونه های ذکر شده برای زیر خشم، عاطفه مثبت، خلق افسرده و اضطراب به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۹۱، ۰/۸۹، ۰/۸۴ و برای نمره کلی ۰/۹۴ محاسبه کردند (۳). در مطالعه دیگر Berg و همکاران (۳۱) در ۴۰۰ تن از دانشجویان کشور امریکا اجرا کردند، روایی ملاکی «مقیاس کنترل عواطف» با استفاده از «پرسشنامه کنترل هیجانی» (Emotional Control Questionnaire) ۰/۷۲- محاسبه شد. همچنین ثبات آن به روش بازآزمایی در ۶۵ تن از نمونه ذکر شده با فاصله ۱۸ روز ۰/۷۳ گزارش شد (۳۱).

در ایران توسط طهماسبیان و همکاران (۳۲) «مقیاس کنترل عواطف» از طریق روش ترجمه و ترجمه مجدد به زبان فارسی (Forward and Backward Translation) انجام شد (۳۲) و در ۱۵۰۰ تن از دانش آموزان، دانشجویان، معلمان، پرستاران و مدرسین دانشگاه در شهر کرمانشاه اجرا کردند. روایی محتوا به روش کیفی بر اساس نظر ۵ تن از متخصصان روانشناسی مورد تایید قرار دادند و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه ذکر شده برای زیرمقیاس های خشم، عاطفه مثبت، خلق افسرده و اضطراب به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۳، ۰/۸۱ و ۰/۹۲ گزارش کردند (۳۲).

بگیان کوله مرز و همکاران (۳۳) «مقیاس کنترل عواطف» را در ۵۰ تن از مادران دانش آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری شهر تهران اجرا کردند، روایی آن را به روش ملاکی با «مقیاس ناگویی خلقی تورنتو» (Toronto Alexithymia Scale) ۰/۶۵ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه ذکر شده ۰/۷۱ گزارش کردند (۳۳).

«شاخص عملکرد جنسی زنان» (Female Sexual Function Index: FSFI) در سال ۲۰۰۰ توسط Rosen و همکاران (۱۸) برای سنجش عملکرد جنسی زنان با ۱۹ عبارت ساخته شد. این ابزار ۶ زیرمقیاس میل (desire) ۲ عبارت ۱ الی ۲، برانگیختگی (arousal) ۴ عبارت ۳ الی ۶ لیزشدهگی (lubrication) ۴ عبارت ۷ الی ۱۰، ارگاسم (orgasm) ۳ عبارت ۱۱ الی ۱۳، رضایت (satisfaction) ۳ عبارت ۱۴ الی ۱۶ و درد (pain) ۳ عبارت ۱۷ الی ۱۹ را اندازه گیری می کند. عبارت ها با استفاده از طیف ۵ درجه ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره گذاری می شوند که حداقل نمره ۱۹ و حداکثر ۹۵ است. سطح بندی نمره

آلفا کرونباخ ۰/۸۳ در نمونه ذکر شده گزارش شد (۳۶).

با توجه به اینکه «مقیاس کنترل عواطف» و «شاخص عملکرد جنسی زنان» در مطالعات ایرانی دارای روایی قابل قبولی می باشند در مطالعه حاضر، به نتایج آن ها اکتفا شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد که در ۳۶ تن از افراد ۲ گروه مداخله و کنترل در مرحله پیش آزمون برای «مقیاس کنترل عواطف» ۰/۷۸ و برای «شاخص عملکرد جنسی زنان» ۰/۸۹ حاصل شد.

برای انجام پژوهش، مجوزهای لازم از معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی گیلان دریافت شد و پس از هماهنگی با مراکز بهداشتی روانشناختی شهر رشت که در مجموع سه مرکز است، فراخوان شرکت در دوره «رفتاردرمانی جدلی» جهت بهبود روابط زناشویی از طرف مراکز بهداشت برای افراد مراجعه کننده در طول سال گذشته در قالب پیامک کوتاه ارسال شد. پس از تکمیل نمونه مورد نظر (۳۶ تن) افراد به طور مساوی در ۲ گروه ۱۸ تن به صورت تصادفی ساده به روش قرعه کشی به عنوان گروه مداخله و کنترل انتخاب شدند. روش کار بدین صورت بود که گروه مداخله ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای (هفته ای دو جلسه) تحت «رفتاردرمانی جدلی» قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار داشت.

مداخله به صورت گروهی توسط یک متخصص روانشناسی با مدرک کارشناسی ارشد و دوره «رفتاردرمانی جدلی» در مرکز بهداشت شماره هشت رشت در سه ماه تابستان ۱۳۹۹ انجام شد.

محتوای جلسات «رفتاردرمانی جدلی» بر اساس کتاب «رفتاردرمانی جدلی» برای زوجین پر تعارض نوشته Fruzzetti تهیه شده توسط شیخ هادی و همکاران (۳۷) ارائه شده است، قبل از اجرا محتوای جلسات توسط ۱۰ تن از متخصصان روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل مورد تایید قرار گرفت که به شرح زیر می باشد.

محتوای جلسات «رفتاردرمانی جدلی»

جلسه اول آشنایی افراد با یکدیگر و شرح اهداف مداخله گروهی: این جلسه شامل آشنایی اعضا با یکدیگر، ایجاد احساس راحتی اعضا باهم در رابطه با ابراز کردن احساسات، توضیح درباره نحوه کارکردن، رازداری، حضور مرتب در جلسات، تعداد جلسات، مدت زمان جلسات، تشویق اعضا به بیان کردن مشکلات زناشویی بود.

جلسه دوم شناخت هیجان ها بود: آموزش مهارت درک هیجان در روابط، اجزاء و تاثیرات آن، شناسایی عملکرد و فعال سازی هیجان، آسیب پذیری در برابر تجربه های هیجانی منفی، واکنشی بودن و زمان رسیدن به تعادل بود. جلسه سوم آموزش مهارت های ذهن آگاهی: آموزش مهارت پذیرش خود و همسر که شامل آگاهی از ارتباط، خودآگاهی و توجه آگاهانه نسبت به خود بود.

جلسه چهارم ادامه آموزش مهارت های ذهن آگاهی: ادامه آموزش مهارت پذیرش خود، خود هیجانی، خودمنطقی و وجود خشم در روابط بود.

جلسه پنجم آموزش مهارت های تحمل آشفتگی: آموزش مهارت چگونگی توقف اوضاع وخیم که شامل تعهد برای کارآمد شدن، پیشگیری از اعمال تکانشی و مدیریت تمایلات زیان بار بود.

جلسه ششم آموزش مهارت های ارتباط موثر: آموزش مهارت در کنار هم بودن از لحاظ عاطفی که شامل شرطی شدن و شرطی سازی مجدد بود.

جلسه هفتم ادامه آموزش مهارت های ارتباط موثر: آموزش مهارت فعال سازی مجدد روابط که شامل راه های مختلف باهم بودن، موقعیت های دارای تعارض، موقعیت های لذت بخش بود.

جلسه هشتم آموزش مهارت های تنظیم هیجان: آموزش مهارت ابراز روشن احساسات که شامل شناسایی خواسته ها و احساسات مبهم، استفاده از ارتباطات غیرمستقیم، کم انگاری خواسته ها و بیش انگاری خواسته ها بود.

جلسه نهم ادامه آموزش مهارت های تنظیم هیجان: آموزش مهارت مدیریت مسائل و راه های گفتگو کردن که شامل مدیریت مساله در مقابل حل مساله، تعیین مساله و تجزیه و تحلیل مساله بود.

جلسه دهم جمع بندی: مرور جلسات قبلی و ارزیابی میزان پیشرفت زنان دارای تعارض و زمینه سازی تعهد لازم جهت کاربرد آموخته ها بود.

ابزارهای پژوهش قبل از اجرای مداخله و پس از اجرای مداخله توسط گروه های مداخله و کنترل در شرایط مساوی تکمیل شدند. در این مطالعه نکات اخلاقی از جمله دریافت موافقت اصولی، رضایت آگاهانه، محرمانه ماندن اطلاعات مورد توجه پژوهشگران بوده است.

داده ها پس از جمع آوری با ابزارهای فوق در مراحل پیش آزمون و پس آزمون با روش های t مستقل، آزمون دقیق

یافته ها

نتایج تحلیل در ۳۰ تن از زنان (۱۵ تن گروه مداخله) و (۱۵ تن گروه کنترل) در ادامه ارائه شده است، در (جدول ۱) اطلاعات جمعیت شناختی دو گروه ارائه شده است تا میزان همگونی آن ها مورد بررسی قرار گیرد.

فیشر، تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بنفرونی تک متغیره در نرم افزار اس پی اس نسخه ۱۹ تحلیل شد. سطح معناداری در گزارش یافته ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شده بود.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی گروه های مداخله و کنترل

متغیر	گروه مداخله (۱۵ تن)	گروه کنترل (۱۵ تن)	P
سن بر حسب سال	۳۳/۶۰±۳/۹۶	۳۱/۱۳±۴/۴۹	۰/۴۳۸*
طول دوران ازدواج بر حسب سال	۵/۴۳±۳/۲۵	۶/۲۷±۴/۱۷	۰/۵۴۳*
وضعیت تحصیلات			
دیپلم	۳	۱	۰/۷۱۵**
کاردانی	۳	۵	
کارشناسی	۷	۶	
کارشناسی ارشد	۲	۳	
تعداد فرزندان			
۰	۴	۳	۰/۸۰۲**
۱	۶	۵	
۲	۴	۵	
۳	۱	۲	

آزمونهای آماری: *تی مستقل **آزمون دقیق فیشر

($P=0/802$) تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/01$) و گروه ها از نظر این متغیرها همگون می باشند. شاخص های پراکندگی شامل میانگین و انحراف معیار و نتایج آماره آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده ها در (جدول ۲) ارائه شده است.

نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بین گروه های مداخله و کنترل در متغیرهای سن ($P=0/438$) و طول دوران ازدواج ($P=0/543$) تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/01$)، همچنین نتایج آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین گروه ها از نظر پراکندگی وضعیت تحصیلی ($P=0/715$) و تعداد فرزندان

جدول ۲: شاخص های توصیفی متغیرهای کنترل عواطف و عملکرد جنسی در گروه های مداخله و کنترل

متغیر	وضعیت	گروهها	میانگین	انحراف معیار	S-W	P
کنترل عواطف	پیش آزمون	رفتار درمانی جدلی	۲۱۳/۶۶۶	۵/۵۶۳	۰/۹۰۷	۰/۱۲۱
		کنترل	۲۰۹/۳۳۳	۴/۳۵۳	۰/۹۳۱	۰/۲۸۲
عملکرد جنسی	پس آزمون	رفتار درمانی جدلی	۱۶۲/۶۰۰	۵/۴۰۸	۰/۸۸۹	۰/۰۶۵
		کنترل	۲۰۷/۲۰۰	۴/۸۷۲	۰/۸۸۷	۰/۰۶۱
پس آزمون	پیش آزمون	رفتار درمانی جدلی	۶۲/۲۰۰	۳/۲۷۷	۰/۹۰۶	۰/۱۱۷
		کنترل	۵۹/۴۰۰	۲/۸۹۸	۰/۹۲۰	۰/۱۹۲
		رفتار درمانی جدلی	۷۰/۸۰۰	۳/۱۴۴	۰/۹۰۹	۰/۱۳۲
		کنترل	۶۰/۰۶۶	۲/۳۷۴	۰/۸۹۱	۰/۰۷۰

برابری واریانس های متغیرهای کنترل عواطف و عملکرد جنسی بر اساس آزمون لوین تایید شد ($P>0/05$). علاوه بر آن، فرض همگنی شیب های رگرسیون از طریق بررسی تعامل متغیر کنترل و مستقل برای کنترل عواطف و عملکرد جنسی تایید شد ($P>0/05$). در نتیجه، برای تحلیل استفاده

پیش از تحلیل داده ها با روش تحلیل کوواریانس تک متغیره، ابتدا پیش فرض های آن بررسی شد. نتایج نشان داد که فرض نرمال بودن متغیرهای کنترل عواطف و عملکرد جنسی در مراحل ارزیابی در گروه ها بر اساس آزمون شاپیرو ویلک تایید شد ($P>0/05$). همچنین فرض

بررسی اثربخشی "رفتاردرمانی جدلی" بر کنترل عواطف و عملکرد جنسی ارائه شد.

از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره مجاز است. در (جدول ۳) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برای

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره بر کنترل عواطف و عملکرد جنسی

متغیرها	منبع اثر	SS	df	MS	آماره F	P-Value	اندازه اثر
کنترل عواطف	پیش آزمون	۸۵/۹۱۴	۱	۸۵/۹۱۴	۳/۵۳۶	۰/۰۷۱	۰/۱۱۶
	گروه	۱۳۲۷۶/۴۱۸	۱	۱۳۲۷۶/۴۱۸	۵۴۶/۳۶۶	۰/۰۰۱	۰/۹۵۳
	خطا	۶۵۶/۰۸۶	۲۷	۲۴/۲۹۹			
عملکرد جنسی	پیش آزمون	۲۵/۸۲۹	۱	۲۵/۸۲۹	۳/۶۴۲	۰/۰۶۷	۰/۱۱۹
	گروه	۵۹۸/۴۴۹	۱	۵۹۸/۴۴۹	۸۴/۳۷۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵۸
	خطا	۱۹۱/۵۰۴	۲۷	۷/۰۹۳			

آشفتگی و پذیرش رنج ها بود که در نهایت نقش موثری بر انعطاف پذیری روانشناختی در زنان داشت. با ارائه این مداخلات افراد هیجانات و عواطف خود را پذیرفتند، به جای اینکه از آن ها اجتناب کنند یا مانع تجربه آن ها شوند. نتیجه دیگر نشان داد که "رفتاردرمانی جدلی" منجر به بهبود عملکرد جنسی زنان متعارض شده است، در جستجوی پیشینه مطالعه ای یافت نشد که عیناً این موضوع را مورد بررسی قرار داده باشد، اما با توجه به اینکه "رفتاردرمانی جدلی" یک درمان رفتاری با ترکیبی از "رفتار درمانی شناختی" و "ذهن آگاهی" است می توان گفت نتیجه حاضر با مطالعات نظام نیا و همکاران (۴۱)، صحرائیان و همکاران (۴۲)، Lin و همکاران (۴۳) همسو است. در تبیین می توان گفت که این درمان با تغییر الگوهای شناختی و بهبود سبک تفکر به افزایش توانایی کنترل افکار و هیجانات و بهبود نحوه برخورد با مشکلات زناشویی و هیجانات منفی مرتبط با زندگی زناشویی می انجامد که این به نوبه خود باعث بهبود عملکرد جنسی در زوجین می گردد. افرادی که "رفتاردرمانی جدلی" را تجربه می کنند، یاد می گیرند با محیط هایی که همراه با تجارب جدید است و خلاقیت و ابتکار آن ها را به چالش می کشد، مواجه شوند و تجربیات مثبتی برای خود خلق کنند، لذا احساسات مثبت زیادی را تجربه می کنند. این افراد با شرایط اجتماعی جدید به خوبی سازگار می شوند و از برقراری رابطه با افراد جدید استقبال می کنند، لذا حمایت های اجتماعی گسترده ای را به دست می آورند و از این طریق رضایتشان از زندگی زناشویی افزایش می یابد. از سوی دیگر، این تجارب بر نحوه ارضای نیازهای عاطفی، اجتماعی و مادی افراد در زندگی زناشویی تأثیرات مثبتی می-گذارد که سرمایه

طبق نتایج (جدول ۳) بین گروه ها در هر دو متغیر کنترل عواطف ($F=۵۴۶/۳۶۶, P=۰/۰۰۱$) و عملکرد جنسی ($F=۸۴/۳۷۵, P=۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه به مقادیر اندازه اثر، ۹۵ درصد تغییرات کنترل عواطف و ۷۵ درصد تغییرات عملکرد جنسی ناشی از مداخله "رفتاردرمانی جدلی" است ($P<۰/۰۰۱$). در مجموع نتایج نشان داد که مداخله "رفتاردرمانی جدلی" به طور معنادار منجر به کاهش کنترل عواطف و افزایش عملکرد جنسی در زنان گروه مداخله نسبت به کنترل شده است ($P<۰/۰۰۱$).

بحث

مطالعه حاضر با هدف اثربخشی "رفتاردرمانی جدلی" بر کنترل عواطف و عملکرد جنسی زنان دارای تعارض زناشویی انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که "رفتاردرمانی جدلی" نقش موثری بر کاهش کنترل عواطف داشته است، به عبارت دیگر، این مداخله منجر به افزایش پذیرش و تمایل افراد جهت مقابله و رویارویی با عواطف به جای اجتناب کردن از آن ها شده است. در این زمینه نتیجه مطالعه حاضر با مطالعات Harvey و همکاران (۲۹)، بلیر و همکاران (۳۸)، علیزاده فرد (۳۹)، Eisner و همکاران (۴۰) همسو است. در تبیین می توان گفت "رفتاردرمانی جدلی" با ایجاد توانایی تحمل آشفتگی و کاهش اجتناب ها، می تواند نقش موثری در شناسایی و بهبود ارتباط افراد با هیجان های خود و پیامدهای مرتبط با آن ها نظیر اضطراب، افسردگی و ناکامی دارد (۳۹، ۴۰). در این مطالعه مداخلاتی همچون آموزش مهارت درک هیجان در روابط، آموزش مهارت پذیرش خود و همسر و آموزش مهارت مدیریت مسائل ارائه شد که همه این مداخلات در جهت کاهش اجتناب از عواطف، تحمل

به همسران آن‌ها می‌باشد. همچنین اعتماد به صحت پاسخ‌های داده شده توسط واحدهای پژوهش و نیز دقت و وضعیت روانی آن‌ها در زمان پاسخگویی به سوالات با توجه به حساسیت موضوع مورد مطالعه، می‌توانست در نحوه پاسخگویی مؤثر باشد.

سیاسگزاری

این مقاله مستخرج شده از رساله دکتری رشته روانشناسی عمومی خانم فاطمه بدخشان در دانشگاه آزاد واحد اردبیل به راهنمایی خانم دکتر آذر کیامرثی با کد پژوهشی IR.IAU.ARDABIL.REC.1399.046 و کد اخلاق IR.IAU.ARDABIL.REC.1399.046 می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش و تمام کسانی که به نحوی مؤثر در انجام این پژوهش همکاری کردند، تقدیر و تشکر می‌کنند.

تضاد منافع

پژوهش حاضر هیچ گونه تضاد منافی برای نویسندگان نداشته است.

های روانی او را بهبود می‌بخشد. متعاقباً ارضای مناسب نیازهای عاطفی، اجتماعی و مادی در زندگی زناشویی، زمینه افزایش عملکرد جنسی آن‌ها را فراهم می‌کند (۴۲). در مجموع می‌توان گفت که بهبود عملکرد جنسی با استفاده از "رفتاردرمانی جدلی" به واسطه بهبود پذیرش عواطف و ایجاد یک فضای حمایتی در روابط زوجی ایجاد شده است.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده "رفتاردرمانی جدلی" بر کاهش کنترل عواطف و بهبود کارکردهای جنسی زنان دارای تعارض مؤثر است. با توجه به تأثیر نامطلوب عملکرد جنسی در زوجین، "رفتاردرمانی جدلی" می‌تواند به عنوان یکی از راهکارهای نوین و مهم جهت بهبود روانشناختی و جنسی زنان باشد. از نتایج این مطالعه می‌توان در برنامه‌ها و سیاست‌های آموزشی و پژوهشی، خدمات بهداشتی درمانی و در کلینیک‌های روانشناسی و مشاوره‌ای استفاده نمود. پژوهش حاضر تنها با مشارکت زنان انجام شد که این خود یکی از محدودیت‌ها و مانع از تعمیم نتایج مطالعه

References

1. Bloch L, Haase CM, Levenson RW. Emotion regulation predicts marital satisfaction: More than a wives' tale. *Emotion*. 2014; 14 (1): 130-144. <https://psycnet.apa.org/buy/2013-38384-001> <https://doi.org/10.1037/a0034272>
2. Wang Z, Jex SM, Peng Y, Liu L, Wang S. Emotion regulation in supervisory interactions and marital well-being: A spillover-crossover perspective. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2019; 24 (4): 467-481. <https://doi.org/10.1037/ocp0000150>
3. Williams KE, Chambless DL, Ahrens A. Are emotions frightening? An extension of the fear of fear construct. *Behavior Research and Therapy*. 1997; 35 (3): 239-248. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00098-8)
4. Bond FW, Bunce D. The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*. 2003; 88 (6): 1057- 1067. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.6.1057>
5. TullMT, RoemerL. Emotion regulation difficulties associated with the experience of panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional no acceptance, and decreased emotional clarity. *Behavior Therapy*. 2007; 38 (4): 378-391. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.10.006>
6. Shimkowski JR, Ledbetter AM. Parental divorce disclosures, young adults' emotion regulation strategies, and feeling caught. *Journal of Family Communication*. 2018; 18 (3): 185-201. <https://doi.org/10.1080/15267431.2018.1457033>
7. McDermott S, Moran R, Platt T, Isaac T, Wood H, Dasari S. Heart disease, schizophrenia, and affective psychoses: epidemiology of risk in primary care. *Community Mental Health Journal*. 2005; 41 (6): 747-755. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10597-005-6431-6> <https://doi.org/10.1007/s10597-005-6431-6>
8. Hurd S, Xiao J. Anxiety and affective control among distance language learners in China and the UK. *RELC Journal*. 2010; 41 (2): 183-200. <https://doi.org/10.1177/0033688210373640>
9. Barata BC. Affective disorders and sexual function: From neuroscience to clinic. *Current Opinion in Psychiatry*. 2017; 30 (6): 396-401. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000362>
10. Morrell MJ, Flynn KL, Doñe S, Flaster E, Kalayjian L, Pack AM. Sexual dysfunction, sex steroid hormone abnormalities, and depression in women with epilepsy treated with antiepileptic

- drugs. *Epilepsy & Behavior*. 2005; 6 (3): 360-365. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2005.01.004>
11. Brassard A, Dupuy E, Bergeron S, Shaver PR. Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: The mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. *The Journal of Sex Research*. 2015; 52 (1): 110-119. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.838744>
 12. Rajkumar RP, Kumaran AK. The association of anxiety with the subtypes of premature ejaculation: a chart review. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*. 2014; 16 (4): 10-14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318671/> <https://doi.org/10.4088/PCC.14m01630>
 13. Zaheri F, Dolatian M, Shariati M, Simbar M, Ebadi A, Azghadi SB. Effective factors in marital satisfaction in perspective of Iranian women and men: A systematic review. *Electronic Physician*. 2016; 8 (12): 3369-3377. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5279968/> <https://doi.org/10.19082/3369>
 14. Ranjbaran M, Chizary M, Matory P. [Prevalence of female sexual dysfunction in Iran: Systematic review and Meta-analysis]. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2016; 22 (7): 117-125. http://jsums.medsab.ac.ir/article_820.html
 15. L. Dove, Michael W. Wiederman N. Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; 26 (1): 67-78. <https://doi.org/10.1080/009262300278650> <https://doi.org/10.1080/009262300278650>
 16. Van Minnen A, Kampman M. The interaction between anxiety and sexual functioning: A controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual and Relationship Therapy*. 2000; 15 (1): 47-57. <https://doi.org/10.1080/14681990050001556>
 17. Hannah MT, Gritz ER, Wellisch DK, Fobair P, Hoppe RT, Bloom JR, Sun GW, Varghese A, Cosgrove MD, Spiegel D. Changes in marital and sexual functioning in long-term survivors and their spouses: testicular cancer versus Hodgkin's disease. *Psycho-Oncology*. 1992; 1 (2): 89-103. <https://doi.org/10.1002/pon.2960010206>
 18. Rosen C, Brown J, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; 26 (2): 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
 19. Bhasin S, Enzlin P, Coviello A, Basson R. Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. *The Lancet*. 2007; 369 (9561): 597-611. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60280-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60280-3)
 20. Berry MD, Lezos AN. Inclusive sex therapy practices: A qualitative study of the techniques sex therapists use when working with diverse sexual populations. *Sexual and Relationship Therapy*. 2017; 32 (1): 1-12. <https://doi.org/10.1080/14681994.2016.1193133>
 21. Mohammadsadegh A, Kalantar-Kosheh SM, Naeimi E. [The experience of sexual problems in women seeking divorce and women satisfied with their marriage: A qualitative Study]. *Journal of Qualitative Research in Health Science*. 2018; 7 (1): 35-47. http://jqr1.kmu.ac.ir/article_90919.html
 22. Trudel G, Goldfarb MR. Marital and sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. *Sexologies*. 2010; 19 (3): 137-142. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2009.12.009>
 23. McCabe MP. Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2001; 27 (3): 259-271. <https://doi.org/10.1080/009262301750257119>
 24. Kamalabadi MJ, Ahmadi SA, Etemadi O, Fatehizadeh M, Bahrami F, Firoozabadi A. A study of the effect of couple dialectical behavioral therapy on symptoms and quality of marital relationships and mental health of Iranian borderline personality couples: a controlled trial. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*. 2012; 3(9): 1480-1487. <https://psycnet.apa.org/record/2012-22425-047>
 25. May J, Richardi T, Barth K. Dialectical Behavior Therapy as treatment for borderline personality disorder. *Mental Health Clinician*. 2016; 6(2): 62-67. <https://doi.org/10.9740/mhc.2016.03.62>
 26. Shamloo N, Modarres Gharavi M, Asgharipour N. [The effectiveness of dialectical behavior therapy based on emotion regulation training on depression symptoms]. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2014; 16 (63): 261-271. <http://eprints.mums.ac.ir/4061/>
 27. Teimory S, Ghafariyan G, Yazdanpanah F. [The effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on marital satisfaction in couples' conflict]. *Research in Clinical Psychology and Counseling*.

- 2018; 8 (2): 101-115. https://tpccp.um.ac.ir/article_33136.html
28. Fassbinder E, Schweiger U, Martius D, Brand-de Wilde O, Arntz A. Emotion regulation in schema therapy and Dialectical Behavior Therapy. *Frontiers in Psychology*. 2016; 14 (7): 1373-1379. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5021701/> <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01373>
 29. Harvey LJ, Hunt C, White FA. Dialectical Behavior Therapy for emotion regulation difficulties: A systematic review. *Behavior Change*. 2019; 36 (3): 143-164. <https://doi.org/10.1017/bec.2019.9>
 30. Mousazadeh T, Motavalli R. [Sexual function and behavior in pregnant women of Ardabil in 2016]. *Journal of Health & Care*. 2018; 20(1): 40-47. <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-940-fa.html> <https://doi.org/10.29252/jhc.20.1.40>
 31. Berg CZ, Shapiro N, Chambless DL, Ahrens AH. Are emotions frightening? II: An analogue study of fear of emotion, interpersonal conflict, and panic onset. *Behavior Research and Therapy*. 1998; 36 (1): 3-15. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)10027-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)10027-4)
 32. Tahmasebian H, Khazaie H, Arefi M, Saeidipour M, Hoseini S A. [Normalization of Emotion Control Scale]. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2014; 18(6): e74087. <https://sites.kowsarpub.com/jkums/articles/74087.html>
 33. BegianKoulehmarz MJ, Dartaj F, Mohammadamini M. [A comparative study of alexithymia and emotion control in mothers of students with and without learning disabilities]. *Journal of Learning Disabilities*. 2013; 2 (2): 6-24. http://jld.uma.ac.ir/article_117.html
 34. Witting K, Santtila P, Jern P, Varjonen M, Wager I, Höglund M, Johansson A, Vikström N, Sandnabba NK. Evaluation of the female sexual function index in a population based sample from Finland. *Archives of Sexual Behavior*. 2008; 37 (6): 912-924. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9287-8>
 35. Mohammadi K, Heydari M, Faghihzadeh S. [The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version]. *Payesh*. 2008; 7 (3): 269-278. <https://payeshjournal.ir/article-1-658-en.html>
 36. Fakhri A, Mohammadi Zeidi I, Pakpour Haji Agha A, Morshedi H, Mohammad Jafari R, Ghalambor Dezfooli F. [Psychometric properties of Iranian version of Female Sexual Function Index]. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2011; 10 (4): 345-354. <https://www.magiran.com/paper/908566?lang=en>
 37. Sheykhkhadi R, Madani Y, Gholamali Lavasani M. [Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on conflict management styles of high-conflicted couples]. *Community Health Journal*. 2017; 11 (3): 47-55. http://chj.rums.ac.ir/article_65747.html
 38. Belir S, Ansari Shahidi M, Mohammadi S. [Efficacy of Dialectical Behavior Therapy on risky behaviors, depression, anxiety and stress in patients with AIDS]. *Health Research Journal*. 2018; 3 (3): 155-162. <http://hrjbaq.ir/article-1-63-en.html> <https://doi.org/10.29252/hrjbaq.3.3.155>
 39. Alizadehfard S. The effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on depression, stress, anxiety and symptoms of migraine. *International Journal of Psychology*. 2019; 13(2): 229-57. http://www.ijpb.ir/article_99252.html
 40. Eisner L, Eddie D, Harley R, Jacobo M, Nierenberg AA, Deckersbach T. Dialectical Behavior Therapy group skills training for bipolar disorder. *Behavior Therapy*. 2017; 48 (4): 557-66. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.12.006>
 41. Nezamnia M, Irvani M, Bargard MS, Latify M. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on sexual function and sexual self-efficacy in pregnant women: An RCT. *International Journal of Reproductive BioMedicine*. 2020; 18 (8): 625-636. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7457155/> <https://doi.org/10.18502/ijrm.v13i8.7504>
 42. Sahraeian M, Lotfi R, Qorbani M, Faramarzi M, Dinpajooh F, Ramezani Tehrani F. The effect of Cognitive Behavioral Therapy on sexual function in infertile women: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2019; 45 (7): 574-84. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30912475/> <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1594476>
 43. Lin CY, Potenza MN, Broström A, Blycker GR, Pakpour AH. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Sexuality (MBCT-S) improves sexual functioning and intimacy among older women with epilepsy: A multicenter randomized controlled trial. *Seizure-European Journal of Epilepsy*. 2019; 73 (1): 64-74. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2019.10.010>