

بررسی مقایسه‌ای رابطه خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و سالم

سارا شهبازی^۱، سید موسی کافی ماسوله^۲

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۲. استاد گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

افلاک/سال دهم / شماره ۳۷۰۳۶/پائیز و زمستان ۱۳۹۶

چکیده

مقدمه: سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (PCOS) یکی از اختلالات غدد درون‌ریز زنان در سنین باروری با شیوع بالا و پیامدهای متفاوت در زمینه‌های متابولیک، باروری و روان‌شناختی است. هدف اصلی این پژوهش، مقایسه رابطه خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و زنان سالم بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت مقطعی - مقایسه‌ای و با مشارکت ۱۲۹ زن مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و ۱۲۵ زن سالم، با روش نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده از معیار تشخیصی روتردام انجام شد. واحدهای مورد پژوهش به پرسشنامه‌های خودکارآمدی شوارتز و جروسلم (GSE-10) و کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون، آزمون تی و تحلیل واریانس چند متغیری تحلیل شد.

یافته‌ها: کیفیت زندگی به طور معناداری در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک پایین‌تر از زنان سالم به دست آمد ($P < 0/01$)، اما در متغیر خودکارآمدی، تفاوت مشاهده شده در دو گروه، از نظر آماری معنادار نبود ($p = 0/22$). همچنین خودکارآمدی و کیفیت زندگی در گروه زنان سالم و کل نمونه رابطه مثبت معنادار داشته ($p = 0/001$) و خودکارآمدی قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی بود.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد افزایش آگاهی، غربالگری و فرآیند ارجاع به جهت بهره‌گیری از خدمات مشاوره‌ای جهت ارتقای شاخصهای روانشناختی در هر دو گروه سالم و مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک مورد نیاز باشد.

واژه‌های کلیدی: سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، کیفیت زندگی، خودکارآمدی

آدرس مکاتبه: مازندران، تنکابن، مرکز مشاوره نگاه نو

پست الکترونیک: Shahbazi.258@gmail.com

مقدمه

سندرم تخمدان پلی‌کیستیک^۱ (PCOS) که در مطالعات کهن پزشکی سندرم استین - لونتال^۲ نامیده می‌شد، یکی از شایع‌ترین اختلالات غدد درون‌ریز زنان در سن باروری است که شیوع آن با توجه به تعاریف مختلف از ۴ تا ۲۵ درصد گزارش شده است و می‌تواند از جنبه‌های متابولیک، تولید مثلی و روان‌شناختی اثرات شایان‌ذکری بر سلامت زنان بگذارد (۱). این اختلال ضمن اینکه سبب تظاهرات بالینی نظیر خونریزی غیر عملکردی رحم، عدم تخمک‌گذاری، چاقی، مقاومت به انسولین، افزایش هورمون‌های مردانه، پرمویی^۳، آکنه، ریزش‌مو، افزایش فاصله بین دو قاعدگی یا قطع قاعدگی می‌گردد، می‌تواند از علل ناباروری بوده و نیز اثرات دراز مدت جدی بر سلامت زنان مبتلا گذاشته و در مدت زمان طولانی منجر به دیابت نوع دو، سرطان دیواره داخلی رحم، کلسترول بالا و اختلالات قلبی، عروقی شود (۲). اگرچه این سندرم، به عنوان یک بیماری مزمن پزشکی شناخته می‌شود، پیامدهای آن از بعد روانشناختی نیز قابل بررسی است؛ بسیاری از جنبه‌های این اختلال می‌تواند درجات قابل توجهی از تنیدگی هیجانی ایجاد کند. تغییر در ظاهر، قاعدگی نامنظم یا عدم وجود قاعدگی و آشفتگی‌های احتمالی در نگرش و رفتار جنسی که می‌تواند به تنیدگی منجر شده و همچنین بر هویت زنانه فرد نیز تأثیر بگذارد (۳). چالش‌هایی که افراد مبتلا در مورد هویت زنانه خود با آن روبرو هستند، می‌تواند منجر به کاهش عزت نفس، اضطراب، تصویر ضعیف از خود و افسردگی شود. احساس خستگی، ناکامی و اضطراب که خود می‌تواند

سبب افسردگی گردد، عدم رضایت از ظاهر، اختلالات خوردن و مشکلات جنسی نیز می‌توانند از پیامدهای روان‌شناختی این سندرم در افراد مبتلا باشد (۴). میزان افسردگی در مبتلایان به PCOS تا ۴۰ درصد گزارش شده است، همچنین بروز اختلالات دوقطبی در زنان مبتلا بیشتر از زنان سالم است و چاقی به عنوان یکی از علل افسردگی در این افراد شناخته شده است (۵). تغییر سبک زندگی، کاهش وزن، ورزش و نیز آموزش زنان در خصوص مسایل مرتبط با این سندرم و مشاوره جهت کاهش عوارض روانشناختی از راهکارهای عنوان شده جهت مدیریت این اختلال می‌باشد (۲). بسیاری از مشکلات مزمن جسمی به یک رویکرد خود مدیریتی برای کنترل دوره و تأثیر نشانه‌های بیماری نیاز دارند، از بیشتر بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن انتظار می‌رود در مقایسه با بیماران مبتلا به مشکل پزشکی حاد، نقش فعال‌تری در مدیریت مشکلات خویش ایفا کنند و نیز بیماری‌های مزمن پزشکی به واسطه افزایش نیازهای خودمراقبتی مستلزم تغییراتی در رفتار هستند (۶). از آنجایی که سندرم تخمدان پلی‌کیستیک توأم با تنش‌های گوناگونی است، نقش خودکارآمدی که بر اساس نظریه بندورا^۴ توانایی ادراک شده فرد در انطباق با موقعیت‌های مشخص است، در درک تنش‌های پیامد بیماری و پیگیری روند درمان با توجه به نیاز مبتلایان به فعال بودن در روند درمان و خودمراقبتی و خودمدیریتی، مهم به نظر می‌رسد. از سوی دیگر همراهی

1. Polycystic ovary syndrome
2. Stein – Leventhal
3. Hirsutism
4. Bandura

ورزش منظم، تغییرات رفتاری و راهبردهای تعدیل تنیدگی به عنوان بخش اصلی درمان شیوه زندگی، موفقیت راهبرد کاهش وزن را افزایش می‌دهد (۷). البته تغییر سبک زندگی و به ویژه ورزش، مستلزم ویژگی‌های روان‌شناختی ویژه‌ای از جمله خودکارآمدی و اعتماد به نفس بالا می‌باشد (۸). با توجه به پژوهش‌های انجام شده، کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک در مقایسه با زنان سالم و در مقایسه با مبتلایان به دیگر بیماری‌های زنان پایین‌تر بوده است. از جمله می‌توانیم به پژوهش‌های امینی و همکاران (۱۳۹۱)، کوفی^۱ و همکاران (۲۰۰۶)، کرچنر^۲ و همکاران (۲۰۰۹) و دروسدزوی^۳ و همکاران (۲۰۰۷) اشاره کنیم (۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹). نشانه‌های جسمی ناشی از این اختلال از علل اصلی اختلالات روان‌شناختی این افراد است؛ به گونه‌ای که این زنان سه برابر بیشتر از گروه کنترل در معرض خطر اختلالات روان‌شناختی هستند و کیفیت زندگی پایین‌تری دارند و پایین‌ترین نمره کیفیت زندگی مربوط به ارتباطات اجتماعی این افراد است (۱۳). تأثیر منفی بر جنبه‌های گوناگون از کیفیت زندگی می‌تواند با محدودیت در عملکرد فیزیکی، رفتار کلی و فعالیت‌های خانوادگی همراه باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که PCOS با وجود تغییراتی از جمله ناباروری، بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری، درد لگنی و افسردگی، کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نیز تمام نشانه‌های بالینی PCOS شامل قطع قاعدگی، طولانی شدن فاصله بین دو

قاعدگی، پرمویی، چاقی، کاهش قدرت باروری و آکنه در کاهش کیفیت زندگی مبتلایان مؤثر است (۹). در رابطه با مقایسه خودکارآمدی در دو گروه مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و زنان سالم، خلأ پژوهشی بارز بوده و پژوهش کوزیکا^۴ و همکاران (۲۰۱۳) به عدم وجود تفاوت در دو گروه پژوهش و پژوهش دیکس^۵ و همکاران (۲۰۱۰) بر وجود رابطه دلالت دارند (۱۴، ۸). پژوهش‌های اسماعیلی و همکاران (۱۳۸۴)، سی و هلستد^۶ (۲۰۰۲)، جعفری و همکاران (۲۰۱۱)، جلیلیان و همکاران (۱۳۹۰)، کریم زاده شیرازی و همکاران (۱۳۸۷)، افشارفتی و همکاران (۱۳۹۰) و آلتایمر^۷ و همکاران (۱۹۹۳) نیز از وجود رابطه بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی در گروه‌های مختلف مورد پژوهش حکایت دارند (۱۵-۲۱). باید عنوان نمود که در پیشینه پژوهشی، پژوهشی که رابطه خودکارآمدی و کیفیت زندگی را در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک مد نظر قرار داده باشد یافت نشد. از آنجایی که این سندرم می‌تواند از علل ناباروری باشد و با توجه به وابستگی موقعیت فرهنگی اجتماعی زنان در جامعه ما به بارور بودن، این سندرم علاوه بر این که یک بیماری مزمن پزشکی با ابعاد سوخت و سازی، تولید مثلی و روان‌شناختی است، یک چالش فرهنگی نیز محسوب می‌شود و از سوی دیگر به دلیل شیوع بالا (۱۴/۶ درصد در ایران) و عوارض متعدد ناشی از این سندرم، هر ساله بار مالی زیادی به نظام بهداشتی و درمانی کشور وارد می‌گردد

1. Coffey
2. Kerchner
3. Drosdzoj
4. Kozicca

5. Deeks
6. Tsay & Healstead
7. Altmaier

دقت را نشان می‌دهد، ۰/۰۵ قرار داده شده است. با استفاده از این رابطه، حجم نمونه، ۱۳۸ نفر به دست آمد و در نهایت، پس از حذف پرسشنامه‌هایی که به آن‌ها به صورت ناقص جواب داده شده بود، ۱۲۹ زن مبتلا به نشانگان تخمدان پلی‌کیستیک و ۱۲۵ زن سالم به پژوهش وارد شدند. تشخیص این سندرم بر اساس معیار روتردام^۱ که مبتلا به PCOS را شامل دارا بودن سه معیار الیگومنوره^۲ یا آمنوره^۳، داشتن شواهد PCO در سونوگرافی، داشتن علائم بالینی (مانند آکنه، هیرسوتیسم) و یا آزمایشگاهی (هایپرآندروژنیسم)^۴ می‌داند، انجام شد. با توجه به شرایط عملی پژوهش حاضر و عدم وجود جامعه معین و تعریف شده از زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، روش نمونه‌گیری، در دسترس بوده و کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز فوق که پزشک متخصص زنان و زایمان، ابتلای آن‌ها را به این سندرم به طور قطعی تشخیص داده بود، در صورت تمایل و اعلام رضایت، به پژوهش وارد شدند. گروه شاهد نیز شامل ۱۲۵ زن متأهل سالم در فاصله سنی ۱۸ تا ۴۵ سال بود که به هیچ‌گونه بیماری مزمنی دچار نبوده و دارای سیکل‌های منظم قاعدگی (۲۲-۳۵ روز) بوده و به صورت در دسترس از کارکنان مراکز ذکر شده و نیز همراهان بیماران انتخاب شدند. کلیه افراد گروه مورد (مبتلایان به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک) و گروه شاهد (افراد سالم)، تمایل به شرکت در این پژوهش را داشته و به

(۲۲)، ضرورت انجام پژوهش در مورد ابعاد مختلف این سندرم روشن است. با وجود این‌که PCOS سندرمی است که اختلالات جسمی متنوعی با آن همراه است و نیز در مورد رابطه شاخص‌های روان‌شناختی سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، پژوهش‌های اندکی انجام شده است و اطلاعات کافی در دسترس نیست (۲۳)، بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی افراد مبتلا بسیار مهم به نظر می‌رسد؛ با توجه به اینکه تاکنون در کشورمان پژوهشی به بررسی خودکارآمدی و نیز رابطه آن با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک نپرداخته است، این پژوهش با هدف مقایسه رابطه خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و زنان سالم انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به صورت مطالعه‌ی مقطعی - مقایسه‌ای و با مشارکت ۱۲۹ زن متأهل مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و ۱۲۵ زن متأهل سالم در فاصله سنی ۱۸ تا ۴۵ سال مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید رجایی تکابن و مطب‌های منتخب زنان و نازایی این شهرستان و در فاصله زمانی آبان ۱۳۹۲ تا خرداد ۱۳۹۳ انجام شد. جهت تعیین

حجم نمونه از فرمول
$$n = \frac{z^2 p(1-p)}{d^2}$$
 استفاده شد که

در این رابطه، n ، حجم نمونه را نشان می‌دهد. P ، شیوع یا نسبت شرایط مورد نظر (سندرم تخمدان پلی‌کیستیک) است که با توجه به منابع مطالعاتی، ۱۰ درصد به دست آمده است. Z ، در بازه اطمینان ۹۵ درصد، ۱/۹۶ می‌باشد و مقدار d که

1. Rotterdam
2. Gologomenorrhoea
3. Amenorrhoea
4. Hyperandrogenism

صورت آگاهانه و پس از اطمینان بخشی به ایشان در مورد رعایت مسایل اخلاقی و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی‌شان، رضایت خویش را به صورت شفاهی اعلام نموده و سپس به پژوهش وارد شدند. معیارهای خروج از مطالعه (گروه مورد و گروه شاهد) شامل وجود اختلالات روانی و یا مصرف داروهای مربوط به اختلالات روانی و یا سابقه بستری شدن در بخش اعصاب و روان، بارداری و یا شیردهی، وجود هرگونه بیماری مزمن (مانند دیابت، اختلالات غدد درون‌ریز) و مصرف دارو جهت درمان PCOS در ۲ ماه گذشته بود. ورود و خروج به پژوهش در گروه مورد با توجه به تشخیص پزشک متخصص، پرونده پزشکی و گزارش خود بیمار و در گروه شاهد بر اساس گزارش فرد صورت گرفت. در نهایت افرادی که به پژوهش وارد شدند، به پرسشنامه‌های خودکارآمدی شوارتز و جروسلم^۱ و کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (فرم کوتاه ۲۶ سوالی)^۲ پاسخ دادند. فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): این ابزار در بیش از ۱۵ کشور جهان به صورت همزمان طراحی و به زبان‌های متفاوت ترجمه شده است لذا مفاهیم سوالات در فرهنگ‌های متفاوت یکسان می‌باشد. این پرسشنامه چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سوال می‌سنجد که هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۸، ۳، ۶، ۷ سوال می‌باشد. دو سوال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی می‌کند. پس از انجام محاسبه‌های لازم امتیازی معادل ۴ تا ۲۰ برای هر حیطه به

تفکیک به دست می‌آید که ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتیازها قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۰ تا ۱۰۰ می‌باشد. پایایی با شاخص همبستگی درون‌خوشه‌ای در حیطه سلامت فیزیکی ۷۷ درصد، در حیطه سلامت روانی ۷۷ درصد، در حیطه روابط اجتماعی ۷۵ درصد و در حیطه سلامت محیط ۸۴ درصد گزارش شد. در مطالعه‌ای که سازمان جهانی بهداشت به طور همزمان در ۲۳ کشور جهت بررسی خصوصیات روانسنجی این پرسشنامه انجام داده است، مقدار آلفای کرونباخ را در همه حیطه‌ها بجز حیطه روابط اجتماعی بالای ۷۰ درصد گزارش کرده است. نجات و همکاران گزارش نموده‌اند که در مطالعه نامن وی جی^۳ و بیرن جی جی^۴ که در سال ۲۰۰۴ در افراد پیر و سالخورده انجام گرفت، سه حیطه سلامت فیزیکی و روانی و سلامت محیط، روایی و پایایی کاملاً قابل قبولی داشتند ولی حیطه ارتباطات اجتماعی، روایی پایین داشت (۲۴). اعتبار پرسشنامه بر اساس ضریب همبستگی درونی برای کل مقیاس، ۹۲ درصد، سلامت جسمی، ۹۰ درصد، سلامت روانی، ۸۳ درصد، روابط اجتماعی، ۶۹ درصد و رضایت از محیط، ۸۲ درصد گزارش شد و همچنین روایی این پرسشنامه بر اساس همبستگی خرده مقیاس‌ها با یکدیگر در محدوده ۵۶-۲۳ درصد و با نمره کل در محدوده ۸۵-۵۴ درصد گزارش شد (۲۵).

1. General Self Efficacy(GSE)
2. WHOQOL-BREF
3. Naumann. V.J
4. Byrne. G.J

بخش آمار توصیفی از شاخص‌های مرکزی و شاخص‌های پراکندگی میانگین، واریانس و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از آزمون‌های t و تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد.

یافته‌ها

حداکثر سن افراد شرکت‌کننده، ۴۵ سال و حداقل سن آن‌ها ۱۸ سال با میانگین سنی ۳۲/۷۹ بود. ۲۲/۴ درصد از افراد گروه سالم و ۱۹/۴ درصد از افراد گروه بیمار را افراد شاغل تشکیل می‌دادند. میانگین طول مدت ازدواج در گروه سالم، ۱۱/۲۶ و در گروه بیمار، میانگین ۹/۶۱ گزارش شد. ۷۵/۲ درصد از گروه سالم و ۶۸/۲ درصد از گروه بیمار دارای فرزند بودند. ۲۶/۴ درصد از افراد گروه بیمار سابقه بیماری را در خویشاوندان درجه یک خود گزارش کردند. میانگین مدت زمان گذشته از تشخیص بیماری، ۴۸/۰۷ ماه و انحراف معیار آن ۵۵/۵۲۱ با حداقل و حداکثر ۱ و ۲۷۶ ماه به دست آمد. نتایج حاصل از آزمون تی نمونه‌های مستقل که به منظور بررسی تفاوت دو گروه زنان سالم و زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک از نظر خودکارآمدی انجام شد، حاکی از عدم تفاوت معنادار دو گروه در این متغیر بود ($P = ۰/۲۲۳$) و $t = ۱/۲۲۱$. (جدول شماره ۱)

مقیاس خودکارآمدی عمومی (GSE): این مقیاس در سال ۱۹۷۹ توسط شوارتز و جروسلم، به منظور ارزیابی خودکارآمدی عمومی و اجتماعی ساخته شد. آزمون مذکور دارای دو زیر مقیاس خودکارآمدی عمومی و اجتماعی بود. در سال ۱۹۸۱، شوارتز و جروسلم آزمون را مورد بازنگری قرار داده و گویه‌های آن را به ۱۰ کاهش دادند بنابراین پرسشنامه باورهای خودکارآمدی فعلی دارای ۱۰ عبارت است که همگی میزان خودکارآمدی عمومی را می‌سنجند. این آزمون یک ابزار خودگزارشی مخصوص بزرگسالان بالای ۱۲ سال است و پاسخ‌دهنده باید در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از اصلاً صحیح نیست تا کاملاً صحیح است، میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از عبارات مشخص سازد و بیشینه نمرات ۱۰ تا ۴۰ می‌باشد. این مقیاس نقطه برش ندارد و با توجه به میانه آزمودنی‌ها به دو دسته خودکارآمدی بالا و خودکارآمدی پایین تقسیم می‌شوند. رجبی در سال ۱۳۸۵ به منظور هنجاریابی این آزمون در ایران، آن را بر روی نمونه ۵۸۷ نفری از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید چمران اهواز و دانشگاه آزاد مرودشت اجرا کرد که نتایج مربوط به اعتبار آن بر اساس آلفای کرونباخ به ترتیب، ۸۴ و ۸۰ درصد به دست آمد. در پژوهش رجبی، ضرایب روایی همگرا میان مقیاس خودکارآمدی عمومی و مقیاس عزت نفس روزنبرگ^۱ بر روی ۳۱۸ نفر، ۳۰ درصد، در دانشگاه شهید چمران اهواز بر روی ۲۶۷ نفر، ۲۰ درصد و در دانشجویان دانشگاه آزاد مرودشت بر روی ۲۰۸ نفر، ۲۳ درصد به دست آمد (۲۶). پس از گردآوری اطلاعات، داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ تحلیل شد و در

1. Rosenberg Self Esteem Scale

جدول ۱: مقایسه دو گروه زنان سالم و مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک از نظر خودکارآمدی

| گروه | فراوانی | میانگین | انحراف استاندارد | t | درجه آزادی | معناداری |
|-------|---------|---------|------------------|-------|------------|----------|
| سالم | ۱۲۳ | ۲۸/۷۲ | ۵/۶۱۵ | ۱/۲۲۱ | ۲۴۸ | ۰/۲۲۳ |
| بیمار | ۱۲۷ | ۲۷/۹۲ | ۴/۷۵۰ | | | |

آزمون تی مستقل

نتایج حاصل از آزمون تی نمونه‌های مستقل که به منظور بررسی تفاوت دو گروه زنان سالم و زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک از نظر کیفیت زندگی انجام شد، حاکی از تفاوت معنادار دو گروه در این متغیر بود؛ بدین ترتیب که کیفیت زندگی در زنان سالم به گونه معناداری، بالاتر از زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک به دست آمد ($P = ۰/۰۰۱$)

$P = ۰/۰۰۱$, $t = ۳/۲۳۴$ (جدول شماره ۲)

جدول ۲: مقایسه دو گروه زنان سالم و مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک از نظر متغیر کیفیت زندگی

| گروه | فراوانی | میانگین | انحراف استاندارد | t | درجه آزادی | معناداری |
|-------|---------|---------|------------------|-------|------------|----------|
| سالم | ۱۲۲ | ۹۸/۶۲ | ۱۱/۳۷۰ | ۳/۲۳۴ | ۲۴۲ | ۰/۰۰۱ |
| بیمار | ۱۲۲ | ۹۳/۴۸ | ۱۳/۳۷۲ | | | |

آزمون تی مستقل

نتایج (جدول شماره ۳)، نشان داد که میانگین نمرات زنان سالم در مؤلفه‌های سلامت جسمانی ($F=۱۱/۱۵۶$)، روابط اجتماعی ($F=۱۰/۴۴۱$) و محیط زندگی ($F=۹/۰۳۶$)، به گونه معناداری بالاتر از زنان بیمار است ($P < ۰/۰۵$). اما تفاوت در دو گروه در مؤلفه روان‌شناختی به حد معنادار نرسید.

جدول ۳: مقایسه نمرات کیفیت زندگی در گروه‌های زنان سالم و مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک

| متغیر | SS | df | MS | F | P |
|-------------------|---------|----|---------|--------|-------|
| سلامت جسمانی | ۱۶۷/۲۳۰ | ۱ | ۱۶۷/۲۳۰ | ۱۱/۱۵۶ | ۰/۰۰۱ |
| سلامت روان‌شناختی | ۲۶/۲۳۰ | ۱ | ۲۶/۲۳۰ | ۱/۱۸۴ | ۰/۲۷۸ |
| روابط اجتماعی | ۴۰/۱۶۸ | ۱ | ۴۰/۱۶۸ | ۱۰/۴۴۱ | ۰/۰۰۱ |
| محیط زندگی | ۱۴۰/۲۶۶ | ۱ | ۱۴۰/۲۶۶ | ۹/۰۳۶ | ۰/۰۰۳ |

تحلیل واریانس چند متغیره

نتایج گروه زنان سالم حاکی از همبستگی مثبت معنادار خودکارآمدی با مؤلفه‌های کیفیت زندگی و کیفیت زندگی کل بود. در مقابل، نتایج به دست‌آمده در گروه زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، حاکی از عدم همبستگی خودکارآمدی با مؤلفه‌های کیفیت زندگی و کیفیت زندگی کلی بود. در نهایت، نتایج به دست آمده از کل افراد نمونه حاکی از همبستگی معنادار خودکارآمدی با مؤلفه‌های کیفیت زندگی و کیفیت زندگی کلی بود. (جدول شماره ۴)

ضریب تأثیر خودکارآمدی ($\beta = ۰/۳۱۴$)، با توجه به آماره‌های t نشان می‌دهد که خودکارآمدی قادر است با اطمینان ۹۹ درصد تغییرات مرتبط با کیفیت زندگی افراد گروه سالم و کل نمونه را پیش‌بینی نماید. اما قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی در زنان بیمار نیست (جدول شماره ۵).

جدول ۴: ارتباط خودکارآمدی با کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در کل زنان نمونه

| متغیر | گروه | سلامت جسمی | سلامت روان شناختی | روابط اجتماعی | محیط زندگی | کیفیت زندگی |
|------------|-------|------------|-------------------|---------------|------------|-------------|
| خودکارآمدی | بیمار | r | ۰/۴۵ | ۰/۴۱ | ۰/۴۳ | ۰/۵۲ |
| | | P | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ |
| | | n | ۱۲۰ | ۱۲۰ | ۱۲۰ | ۱۲۰ |
| کل | کل | r | ۰/۲۱ | ۰/۲۳ | ۰/۲۹ | ۰/۳۱ |
| | | P | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ |
| | | n | ۲۴۱ | ۲۴۲ | ۲۴۲ | ۲۴۱ |

ضریب همبستگی پیرسون

جدول ۵: پیش بینی متغیر کیفیت زندگی توسط متغیر خودکارآمدی در زنان سالم، بیمار و کل نمونه

| متغیر | ضرایب استاندارد نشده | خطای معیار | ضرایب استاندارد شده | t | سطح معناداری |
|-----------------|----------------------|------------|---------------------|-------|--------------|
| | B | | β | | |
| گروه زنان سالم | مقدار ثابت | ۴/۶۹۳ | ۱۴/۵۷۷ | ۰/۰۰۰ | |
| | خود کارآمدی | ۰/۱۶۱ | ۰/۵۱۷ | ۰/۰۰۰ | |
| گروه زنان بیمار | مقدار ثابت | ۷/۱۳۵ | ۱۱/۹۲۱ | ۰/۰۰۰ | |
| | خود کارآمدی | ۰/۲۵۲ | ۰/۱۰۸ | ۰/۲۳۶ | |
| کل نمونه | مقدار ثابت | ۴/۲۸۰ | ۱۷/۳۹۹ | ۰/۰۰۰ | |
| | خود کارآمدی | ۰/۱۴۹ | ۰/۳۱۴ | ۰/۰۰۰ | |

تحلیل رگرسیون چندگانه

بحث

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر که به مقایسه خودکارآمدی و کیفیت زندگی و نیز بررسی رابطه این دو متغیر در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک و زنان سالم پرداخت، نشان داد که کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک پایین تر از زنان سالم است که

این یافته با پژوهش‌های چینگ^۱ و همکاران (۲۷)، دروسدزوی و همکاران (۱۲)، هاهن^۲ و همکاران (۲۸)، موران^۳ و همکاران (۳)، کوماراپلی^۴ و همکاران (۱۳)، کوفی و همکاران (۱۰)، کرچنر و همکاران (۱۱) و امینی و همکاران (۹) همسو می‌باشد. سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را درک افراد

1. Ching
2. Hahn
3. Moran
4. Kumarapeli

از موقعیت خود در زندگی در حیطه‌های فرهنگی، ارزش‌های سیستمی که در آن زندگی می‌کنند و روابطشان با اهداف، آرزوها و دغدغه‌هایشان عنوان می‌کند. سندرم تخمدان پلی‌کیستیک به عنوان موضوعی پیچیده و چندبعدی، دربرگیرنده عوامل عینی و ذهنی متفاوت است که هر کدام از این عوامل می‌تواند بر کیفیت زندگی مبتلایان اثر بگذارد. یکی از ویژگی‌های مشترک در تعاریف متعدد این مفهوم، توجه به ادراک، اعتقادات، نگرش و انتظارات فرد است. در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، تجارب منفی بیمار می‌تواند این احساسات و نگرش‌ها را دگرگون سازد و به طور خاص در سندرم تخمدان پلی‌کیستیک با توجه به مایوس‌کننده بودن بیماری (۲۹)، علایم مختلف بالینی و تأثیرگذار بر زیبایی و عزت نفس و ایجاد خستگی و اضطراب ناشی از آن و پیچیده بودن درمان، فرد مبتلا می‌تواند بیماری را به شکل تجربه‌ای ناامیدکننده درک نماید و این ادراک منفی به همراه علایم ظاهری و سایر تبعات این سندرم می‌تواند در یک روند منطقی، کیفیت زندگی افراد مبتلا را کاهش دهد. در این رابطه، امینی (۱۳۹۱)، نیز تمام نشانه‌های بالینی PCOS شامل آمنوره، الیگومنوره، هیرسوتیسم، چاقی، کاهش قدرت باروری و آکنه را در کاهش کیفیت زندگی مبتلایان موثر می‌داند (۹). در پژوهش حاضر، تفاوت معناداری از نظر متغیر خودکارآمدی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و زنان سالم مشاهده نشد که این یافته با پژوهش دیکس و همکاران (۸)، همسو و با پژوهش کوزیکا و همکاران (۱۴)، ناهمسو می‌باشد.

وینگو^۱ و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود عنوان کردند که خودکارآمدی در در تغییر در رفتار جهت کاهش وزن مؤثر نیست (۳۰). تید^۲ و همکاران (۲۰۱۱)، در پژوهشی تحت عنوان ارزیابی مدیریت سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، ارتقای کیفیت زندگی و خودکارآمدی در زنان مبتلا را بسیار ضروری می‌دانند (۲۹). به طور کلی، پژوهش‌های اندکی در زمینه بررسی خودکارآمدی در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک انجام و نتایج متناقضی از آن‌ها منتج شده است؛ دیکس و همکاران (۲۰۱۰) بر این امر تأکید نموده‌اند که خلق منفی از شاخص‌هایی است که همراه با سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بروز می‌کند و این خلق منفی می‌تواند بر خودکارآمدی اثر کاهشی داشته باشد (۸). علاوه بر این تید و همکاران (۲۰۱۱) عنوان نموده‌اند که خودکارآمدی بر اصلاح سبک زندگی موثر است و کاهش وزن و اصلاح سبک زندگی از خطوط اولیه درمان این سندرم است و مبتلایان به این سندرم معمولاً در کاهش وزن و نگه‌داری وزن ایده‌آلشان دچار مشکل می‌باشند که این مساله می‌تواند نشان‌دهنده تفاوت در خودکارآمدی مبتلایان و افراد سالم باشد (۲۹). از سوی دیگر، برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عزت نفس و خودکارآمدی علاوه بر تحت تأثیر قرار گرفتن توسط نشانه‌های ظاهری این سندرم، می‌تواند از برخوردهای دیگران با فرد مبتلا، شرایط محیط کاری و روابط خانوادگی تأثیر بپذیرد و بر طرف کردن نشانه‌های بیماری مانند موهای زاید و اصلاح

1. Wingo
2. Teede

خودکارآمدی اثرگذار باشد. در این راستا امینی و همکاران (۹) عنوان نموده‌اند که زنان شاغل به سبب حضور بیشتر در اجتماع و تعاملات اجتماعی گسترده‌تر نسبت به شاخص‌های ظاهری و زیبایی حساس‌تر بوده و در نتیجه بیشتر مستعد پایین آمدن شاخص‌های روان شناختی مرتبط با عوامل ظاهری مانند خودکارآمدی هستند. در پژوهش حاضر، تنها حدود ۲۰ درصد از افراد نمونه را زنان شاغل تشکیل می‌دهند که این خود می‌تواند در تفاوت در نتایج به دست آمده از این پژوهش با برخی پژوهش‌های ناهمسو مؤثر بوده باشد. با توجه به اهمیت فرزندآوری در فرهنگ ما، می‌توان ناباروری را یکی از عوامل تأثیرگذار و مهم در کاهش شاخص‌های روان شناختی و به طور خاص خودکارآمدی دانست. با توجه به اینکه بیش از ۷۰ درصد نمونه پژوهش حاضر را افراد دارای فرزند تشکیل می‌دادند، عدم وجود تفاوت معنادار در خودکارآمدی در گروه بیمار و سالم در پژوهش حاضر می‌تواند تا حدودی تبیین شود. در گروه زنان سالم و در کل نمونه، خودکارآمدی با کیفیت زندگی و ابعاد آن رابطه داشته و در گروه زنان بیمار، این رابطه وجود ندارد. نتایج این پژوهش مبنی بر تأیید ارتباط خودکارآمدی با کیفیت زندگی در گروه افراد سالم و در کل نمونه، با پژوهش‌های اسماعیلی و همکاران (۱۵)، سی و هلسند (۱۶)، جعفری و همکاران (۱۷)، جلیلیان و همکاران (۱۸)، کریم‌زاده شیرازی و همکاران (۱۹)، افشارفتحی و همکاران (۲۰) و آلتایمر و همکاران (۲۱)، همسو است. پژوهش‌ها نشان داده است که خودکارآمدی می‌تواند با احساس فرد درباره خوب بودن کلی ارتباط داشته باشد و

روابط و کاهش وزن می‌تواند در افزایش عزت نفس و خودکارآمدی مؤثر باشد. درسوی دیگر مطالعاتی قرار دارند که مانند نتایج پژوهش حاضر، تفاوت معناداری در خودکارآمدی زنان مبتلا و غیر مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک گزارش نکرده‌اند. تبیین‌های متفاوتی می‌تواند پاسخگوی این ناهمگونی نتایج باشد. علاوه بر تفاوت در حجم نمونه و روش‌های آماری مورد استفاده، تفاوت‌های فرهنگی و هنجارهای اجتماعی نیز می‌تواند از علل تناقض در نتایج پژوهش‌ها باشد. چاقی در بیش از ۵۰ درصد مبتلایان به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک دیده می‌شود (۳۱). نگرش نسبت به چاقی در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است و این مساله می‌تواند خودکارآمدی را نیز تحت تأثیر قرار دهد. در کشور ما و برخی کشورهای دیگر نوع پوشش نیز می‌تواند تا حدودی نقش تعدیل‌کننده بر بعد ظاهری چاقی داشته باشد و در نهایت اثرات احتمالی چاقی بر خودکارآمدی را نیز تعدیل کند. این تعدیل‌کنندگی می‌تواند ابعاد ظاهری دیگر این سندرم مانند هیرسوتیسم و آکنه را نیز دربر گیرد. از امور با اهمیت دیگر، توجه روزافزون افراد در جوامع مختلف و از جمله جامعه ما به مقوله زیبایی و هم‌راستا با آن، بهره‌گیری از مواد و شیوه‌های مختلف جهت آراستگی ظاهری است که به نظر می‌رسد می‌تواند تا حدودی ناراحتی‌های ناشی از علائم ظاهری این سندرم را در نگاه فرد مبتلا، مرتفع سازد و در نهایت، خودکارآمدی که می‌تواند متأثر از علائم ظاهری فرد باشد، را تا حدودی بهبود بخشد. شاغل بودن زنان نیز از جمله ویژگی‌هایی است که می‌تواند به طور غیر مستقیم، بر

احساس فرد درباره خوب بودن، یکی از مهم‌ترین ابعاد کیفیت زندگی محسوب می‌شود. خودکارآمدی به عنوان عاملی مؤثر بر کیفیت زندگی به درک فرد از مهارت‌ها و توانایی‌هایش در عملکردی شایسته تأکید دارد. به عبارت دیگر، خودکارآمدی بر درک از عملکرد و رفتارهای سازگارانه و انتخاب محیط و شرایطی که افراد تلاش می‌کنند تا به آن دست یابند، اثر می‌گذارد (۳۲). پژوهش‌ها نشان داده است، افرادی که به توانایی‌های خود اطمینان دارند، فعالانه در برنامه‌های بهداشتی ارتقا دهنده سطح سلامتی شرکت می‌نمایند و مشارکت در برنامه‌های بهداشتی، سبب ارتقای کیفیت زندگی می‌گردد (۳۳). افرادی که از نظر خودکارآمدی قوی هستند، اعتقاد دارند که می‌توانند به طور مؤثری از عهده کنترل رویدادهای زندگی خود برآیند؛ این درک و عقیده به آن‌ها، دیدگاهی متفاوت از کسانی می‌دهد که از نظر خودکارآمدی ضعیف هستند. زیرا، این احساس، اثر مستقیمی بر رفتار آنان دارد. جعفری و همکاران (۲۰۱۱) عنوان نموده‌اند که ادراک بالاتر از توانایی نیز می‌تواند موجب تلاش بیشتر افراد در جهت مرتفع ساختن چالش‌های خود شده و خودکارآمدی پایین، موجب کاهش انگیزش و بی‌کفایتی می‌شود (۱۷). از سوی دیگر، خودکارآمدی با رضایت جنسی و رضایت زناشویی رابطه مستقیم دارد (۳۴) و رضایت زناشویی نیز به نوبه خود با کیفیت زندگی رابطه دارد (۳۵) و (۳۶). بنابراین، خودکارآمدی می‌تواند به طور غیر مستقیم و از طریق رضایت زناشویی و جنسی نیز با کیفیت زندگی در ارتباط باشد. به طور کلی، کیفیت زندگی ابعاد گوناگونی مانند سلامت جسمانی و

روان‌شناختی و ارتباطات اجتماعی دارد که خودکارآمدی می‌تواند به طور مجزا با هر یک از این ابعاد رابطه داشته و به سبب آن، با کیفیت زندگی نیز در ارتباط باشد. در گروه زنان سالم و در کل نمونه، خودکارآمدی قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی است اما در گروه بیمار، نتایج نشان می‌دهد که خودکارآمدی قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی نیست. این یافته مبنی بر پیش‌بین بودن متغیر خودکارآمدی برای کیفیت زندگی، با پژوهش‌های جعفری و همکاران (۲۰۱۱) و افشارفرتحی و همکاران (۱۳۹۰) همسو می‌باشد (۲۰، ۱۷). پژوهش‌ها نشان داده است که بین عوامل سلامتی مرتبط با کیفیت زندگی، یعنی سرزندگی و خودکارآمدی، ارتباط معنادار وجود دارد (۳۷). همچنین به عقیده جعفری و همکاران (۲۰۱۱)، هر عاملی که بتواند اعتقاد فرد به کارآمدی‌اش را خدشه‌دار کند و فرد احساس ناکارآمدی و بی‌کفایتی کند، می‌تواند سبب پایین‌آمدن کیفیت زندگی در او شود. همچنین، کاهش خودکارآمدی در فرد می‌تواند تصویر بدنی منفی در زنان ایجاد کند و از این طریق بر کیفیت زندگی آنان اثرگذار باشد. افزایش سطح خودکارآمدی، سبب مقابله با تنیدگی، نگرش مثبت و افزایش توان تصمیمات منطقی می‌شود و از این طریق، امکان تعامل سازنده فرد با محیط جامعه و اطرافش و ادراک هیجانی و عاطفی مطلوب‌تر او از دیگران را فراهم می‌آورد و در این شرایط است که خودکارآمدی، پیش‌بینی مناسبی برای کیفیت زندگی می‌باشد (۱۷). بیشتر پژوهش‌هایی که در مورد رابطه خودکارآمدی و کیفیت زندگی انجام شده‌اند، در نمونه سالم انجام شده و

از مبتلایان به این سندرم به دلایل گوناگون مانند عدم وجود آگاهی کافی در مورد علایم بیماری تحت تشخیص قرار نمی‌گیرند، مرتفع ساختن خلأ آموزش و آگاهی در خصوص ابعاد گوناگون به ویژه بعد روانشناختی و بهره‌گیری از متخصصان حوزه روانشناسی و مشاوره به منظور افزایش کیفیت زندگی و ارتقای سایر شاخص‌های روان شناختی مانند خودکارآمدی و همچنین پیشگیری از ابتلای افراد مبتلا به اختلالات روان شناختی ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه سارا شهبازی دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه گیلان استخراج شده است. تاریخ تصویب پروپوزال ۱۳۹۲/۹/۲۵ و با شماره ۹۶۷۸۴/۲ می‌باشد. بدینوسیله از کلیه افرادی که به عنوان گروه مورد و شاهد با بنده همکاری نمودند و نیز اساتید ارجمند و خانم سوده‌رفیعی کارشناس مامایی بیمارستان شهید رجایی تنکابن قدردانی می‌نمایم.

حاکمی از رابطه مثبت خودکارآمدی و کیفیت زندگی می‌باشند، در پژوهش حاضر نیز در افراد سالم و نیز در کل نمونه، رابطه مثبت و معنی‌داری بین متغیرهای خودکارآمدی و کیفیت زندگی مشاهده شد و در گروه مبتلایان به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، رابطه معنی‌داری گزارش نشد که این مسأله و نیز خلأ پژوهشی در مورد رابطه متغیرهای خودکارآمدی و کیفیت زندگی در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، لزوم انجام پژوهش‌های بیشتر در مورد رابطه این دو متغیر در جمعیت مبتلایان به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک را نشان می‌دهد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم وجود مراکز تخصصی ناباروری و بیماری‌های زنان در شهرستان تنکابن و نیز پیشینه پژوهشی محدود به ویژه در مورد متغیر خودکارآمدی اشاره کرد. محدود بودن پژوهش به یک شهرستان نیز تعمیم نتایج را با دشواری روبرو می‌سازد. بررسی نشدن BMI در گروه نمونه از دیگر محدودیت‌های پژوهش است. پیشنهاد می‌شود رابطه بین مفاهیم روانشناختی با شاخص‌های جسمانی مانند وزن و هیرسوتیسم و با توجه به نقش احتمالی طول مدت بیماری بر شاخص‌های روانشناختی فرد مبتلا، رابطه سن و طول مدت تشخیص بیماری نیز با مفاهیم روان شناختی بررسی شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به شیوع روز افزون سندرم تخمدان پلی‌کیستیک در جوامع و همچنین اثرات جدی که بر ابعاد سلامت جسمانی و به ویژه روان شناختی می‌گذارد و نظر به این‌که درصد بالایی

References

1. Ciplaka-Gaffin j, Talbott EO, Song MK, Bromberger J, Wilson J. Associations between psychologic symptoms and life satisfaction in wonen with polycystic ovary syndrome. *J womens health (Larchunt)*. 2012;21:179-87.
2. Teede H, Deeks A, Moran L. polycystic ovary syndrome: a complex condition with psychological , reproductive and metabolic manifestations that impacts on health across the lifespan. *BMC Med*. 2010;8.
3. Moran LJ, Deeks AA, Gibson-Helm ME, Teede HJ. Psychological parameters in the reproductive phenotypes of polycystic ovary syndrome. *Human reproduction*. 2012;27:2082-8.
4. Himelien MJ, Thatcher SS. Polycystic ovary syndrome and mental health: A review. *Obstet Gynecol*. 2006;6:723-432.
5. Arshad M, Moradi S, Ahmmadkhani A, Emami Z. Increased Prevalence of Depression in Women with Polycystic Ovary Syndrome. *Iran Journal of Endocrinology and Metabolism* 2011;13:582-6.[in Persian]
6. White C. Cognitive behavior therapy for chronic medical problems: a guide to assesment and treatment in practice. 2 ed. Rehran: Arjmand; 2001.
7. Berek JS, Novak E N. Breks and Novaks gynecology. 15 ed. Tehran: Artin Teb; 2012. [in Persian]
8. Deeks AA, Gibson ME, Teede HJ. Anxitey and depression in polycystic ovary syndrome:a comprehensive investigation. *Fertil Stril*. 2010;93:2421-3.
9. Amini L, Quality of Life in Women with Polycystic Ovary Syndrome. *Payesh*. 2012;11:857-62. [in Persian]
10. Coffey S, Bano G, Manson H. Health Related Quality of Life in Women with Polycystic Ovary Syndrome: a Comparison with the General Population Using the Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (PCOSQ) and the Short Form-36 (SF-36). *Gynecol Endocrinol* 2006;22:80-6.
11. Kerchner A, Lester W, Dokras A. Risk of depression and other mental health disorders in women with polycystic ovary syndrome: a longitudinal study. *Fertility and Infertility*. 2009;91:207-12.
12. Drosdzoj A, Skrzypulee V, Mazur B. Quality of Life and Marital Sexual Satisfaction in Women with Polycystic Ovary Syndrome. *Folia Histochemica Et Cytobiologica* 2007;45:93-7.
13. Kumarapeli V, Senevirante R, Wijeyaratne C. Health – related quality of life and psychological distress in polycystic ovary syndrome: a hidden facet in a Asian women. *BJOG*. 2011;118:319-28.
14. Kozicca S, Melanie E, Gibson H, Helena J, Teede B, Moranac L. Assessing self Efficacy and Self Help Methods in Women

with Polycystic Ovary Syndrome. Behavioral medicine 2013;39:90-6.

15. Esmaili M, Alikhani M, Gholam Araghi M, Hoseini F. Quality of life and its relationship with self efficacy in patients undergoing hemodialysis. Iran Journal of Nursing. 2005;18:77-84. [in Persian]

16. Tsay SL, Healstead M. Self care, self efficacy, depression and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. International journal of nursing studies. 2002;39:245-57.

17. Jafari F, Farahbakhsh K, Shafiabadi A, Delavar A. Quality of life and menopause: developing a theoretical model based on meaning in life, self efficacy beliefs and body image. Journal of aging & mental health. 2011;15:630-7. [in Persian]

18. Jalilian F, Emdadi S, Jafari Jahromi Z. The relationship between self-efficacy and quality of life in women with diabetes referred to Diabetes Research Center of Hamadan. Regional Conference on Women's Health; Hamadan: Islamic Azad university; 2011. [in Persian]

19. Karimzade Shirazi M, Razavieh A, Kaveh M. Relationship between self efficacy and quality of life in employed teachers of Shahre Kord. Share Kord University of Medical Sciences. 2008;10:28-35. [in Persian]

20. AfsharFathi M, Atigh M. The relationship between self-efficacy and quality of life due

to the mediating role of resiliency among heart patients. Methods and psychological models. 2011;2:109-22. [in Persian]

21. Altimer E, Russell DW, Koa CF, Lehmann TR, Weinstein JN. Role of self-efficacy in rehabilitation outcome chronic low back pain patients. Journal of counseling psychology. 1993;40:335-90.

22. Nasiri Amiri F, Ramezani Tehrani F, Simbar M, Mohammadpour R. Concerns of Women with Polycystic Ovary Syndrome: a Qualitative Study. Iran Journal of Endocrinology and Metabolism 2013;15:41-51. [in Persian]

23. Roy-Byrne PP, al e. Anxiety disorders and comorbid medical illness. Gen Hosp Psychiatry. 2008;3:208-25.

24. Nejat S, Montazeri A, Holakooi Naiini K, Mohammad K, Majdzadeh S. Normalization of World Health Organization Quality of Life Questionnaire: Translation, and Psychometry of Iranian Type. Journal of Health Faculty and Health Researching Institute 2006;4:1-12.[in Persian].

25. Moradimanesh F, Ahadi H, Jomhari F, Rahgozar M. Relationship between Psychological Distress and Quality of Life in Women with Breast Cancer. Journal of Medical Science of Zabol University 2013;4:51-9. [in Persian]

26. Rajabi G. Survey the Validity and Reliability of the General Self Efficacy in

- Students of Psychology and Educational Science Faculty of Ahvaz University and Azad University of Marvdasht. 2006;2:111-22. [in Persian]
27. Ching H, Burke V, Stukey B. Quality of Life and Psychological Morbidity in Women with Polycystic Ovary Syndrome: Body Mass Index, Age and the Provision of Patient Information are Significant Modifiers. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2007;66:373-9.
28. Hahn S, Janssen O, Tan S, et al. Clinical and Psychological Correlates of Quality of Life in Polycystic Ovary Syndrome. *Eur J Endocrinol* 2005;153:853-60.
29. Teede H, Misso M, Deeks A, Moran L, Struckey B, Wong J, et al. Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome: a Summary of an Evidence-Based Guideline. *Med J*. 2011;195:569-606.
30. Wingo B, Desmond R, Brantley P, Appel L, Svetkey L, Stevens V, et al. Self-Efficacy as a Predictor of Weight Change and Behavior Change in the PREMIER *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2013;45:314-21.
31. Speroff L, Fritz M. *Clinical Gynecologic Endocrinology*. 8 ed. Tehran: Golban; 2011. [in Persian]
32. Strauser DR, Kets K, Keim J. The relationship between self efficacy, locus of control and work personality. *Journal of rehabilitation*. 2002;68:20-7.
33. LevEL, Owen SV. A prospective study of adjustment to hemodialysis. *Anna journal*. 1998;25:495-504.
34. Vaziri S, Lotfi Kashani F, Hoseinian S, Ghaffari B. Sexual functioning and marital satisfaction. *Journal of Thought and Behavior*. 2009;4:75-81. [in Persian]
35. Ghaffari M, Rezaii A. Investigate the relationship between marital satisfaction and quality of life with obsessive-compulsive tendency and life skills in Payame Noor married students. *Journal of Medical Sciences of Islamic Azad University*. 2013;23:140-7. [in Persian]
36. Weiss A, Moradi S. Quality of life and related factors in women suffering from HIV in Tehran. *Family Research*. 2005;2:310-25. [in Persian]
37. Wyshak G. Health rating in relation to illness-physical functioning, general mental health and well-being: self-reports of college Aluminate, ages < 40-80 and older. *Qualife Res*. 2003;12:667-74.

A comparative Survey of the Relationship between Self Efficacy and Life Quality in Polycystic Ovary Syndrome and Healthy Women

Sara Shahbazi¹, Seyyed Moosa Kafi Masouleh²

1. MA of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

2. Professor of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

Abstract

Background and Aim: Polycystic ovary syndrome (PCOS) is one of the endocrine disorders among women of reproductive age with high prevalence and different metabolic, reproductive and psychological consequences that clarifies the necessity of doing research in this regard. The main aim of this research was to compare the relationship between self efficacy and quality of life of women with polycystic ovary syndrome and healthy women.

Materials and Methods: This research was carried out via a sectional comparative method on 129 women suffering from polycystic ovary syndrome and 125 healthy women. Available sampling method was employed using the Rotterdam criteria. Women from both the research and the control groups responded to the whoqol-bref and GSE-10 questionnaires. The Data was then analyzed using multiple statistical methods, including the Pearson's coefficient, regression, t-test and multivariate analysis of variance.

Results: The quality of life was significantly lower among the women from the research group compared to the healthy group ($p < 0.001$). But the observed difference of self-efficacy between the research and the healthy group was not statistically significant. There was a positive correlation between self-efficacy and the quality of life and also self-efficacy could predict the quality of life in the healthy group and the whole sample.

Conclusions: It seems to be essential to increase awareness, screening and referring process in order to take advantage of the advisory services to improve psychological factors in both PCOS and healthy women.

Keywords: Polycystic ovary syndrome (PCOS), Quality of life, Self-efficacy