

سنجش ارتباط خودکار آمدی و سازگاری زناشویی در زنان دچار نشانگان تخمدان پلی کیستیک و زنان سالم

* سارا شهبازی (MA)^۱ - دکتر سید موسی کافی ماسوله (PhD)^۲

^۱ نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

پست الکترونیک: Shahbazi.258@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۱۲/۰۷ تاریخ ارسال جهت اصلاح: ۹۶/۰۴/۰۳ تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۸/۱۰

چکیده

مقدمه: سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS)، یکی از شایع ترین اختلال غدد درون ریز است که شیوع آن از ۴ تا ۲۵٪ زنان در سن باروری گزارش شده است. این سندرم با پیامدهای متفاوت در زمینه های متابولیک، باروری و روان شناختی همراه است که بایستگی پژوهش در این مورد را روشن می کند. **هدف:** تعیین رابطه خودکار آمدی و سازگاری زناشویی و مقایسه آن در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک و زنان سالم. **مواد و روش ها:** این مطالعه به صورت علی-مقایسه ای و با مشارکت ۱۲۹ زن مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک و ۱۲۵ زن سالم، به روش نمونه گیری در دسترس و با استفاده از معیار تشخیصی روتودام انجام شد. افراد نمونه به پرسشنامه های خودکار آمدی شوارتز و جروسلم (GSE-۱۰) و سازگاری زناشویی اسپانیر (DAS-۳۲) پاسخ دادند. داده ها با نسخه ۲۰ نرم افزار SPSS و روش های آماری ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون، آزمون تی و تحلیل واریانس چند متغیری واکاوی شد. **نتایج:** سازگاری زناشویی به طور معنی دار در زنان PCOS پایین تر از زنان سالم بدست آمد ($p < 0/01$)، اما در متغیر خودکار آمدی، تفاوت دو گروه از نظر آماری معنی دار نبود. همچنین، خودکار آمدی و سازگاری زناشویی در گروه PCOS و سالم رابطه مثبت معنی دار داشت و خودکار آمدی توان پیش بینی سازگاری زناشویی را داشت. **نتیجه گیری:** با توجه به تفاوت سازگاری زناشویی و رابطه آن با خودکار آمدی در زنان مبتلا به PCOS و زنان سالم، به نظر می رسد افزایش آگاهی، غربالگری و فرآیند ارجاع برای بهره گیری از خدمات مشاوره ای در مبتلایان نیاز است.

کلیدواژه ها: سندرم تخمدان پلی کیستیک / خودکار آمدی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و شش، شماره ۱۰۴، صفحات: ۳۱-۴۰

مقدمه

افسردگی (۸)، احساس خستگی، ناکامی و اضطراب که خود می تواند سبب افسردگی شود، ناخشنودی از ظاهر، اختلال خوردن و مشکلات جنسی و زناشویی نیز می توانند از پیامدهای روان شناختی این سندرم باشد (۹). به تازگی برخی پژوهش ها به کاهش کارکرد شناختی در سندرم تخمدان پلی کیستیک نیز اشاره کرده اند (۱۰).

در سال ۱۹۹۹، شیوع این سندرم توسط مؤسسه فرامرزی بهداشت، ۶ تا ۹٪ عنوان شد (۱۱). به طور کلی، شیوع این سندرم با توجه به تعاریف گوناگون از ۴ تا ۲۵٪ گزارش شده است. خبرگزاری دانشجویان ایران در سال ۱۳۹۲ شیوع آن را ۱۴/۶٪ در ایران اعلام کرده است (۱۲). سبب این سندرم به طور کامل شناخته نشده است اما دلایلی که به طور شایع در میان گذاشته می شود دربردارنده توانش ژنتیکی، افزایش تراوش انسولین، مقاومت به انسولین، چاقی، آلودگی محیطی

سندرم تخمدان پلی کیستیک شایع ترین اختلال غدد درون ریز زنان در سن باروری است (۱). این سندرم می تواند از علل ناباروری باشد و اثر درازمدت جدی بر سلامت زنان در حیطه های تولید مثلی، متابولیک و روان شناختی بگذارد (۲ و ۳). از نشانه های جسمی این سندرم می توان به افزایش وزن، مشکل در کاهش وزن و باقی ماندن در وزن ایده آل، درد ناحیه لگن و افزایش نسبت هورمون های LH به FSH (۴)، آپنه، نارسائی کارکردی سلول های β در پانکراس و تغییر سطح هورمون های مترشحه از بافت چربی اشاره کرد (۵ و ۶). این سندرم در درازمدت می تواند به چاقی، کلسترول بالا، دیابت نوع ۲ و بدخیمی آندومتر بیانجامد و ابتلای به آن در دوران بارداری خطر سقط جنین را افزایش می دهد (۷). آکنه، هیرسوتیسم (پرمویی) و ریزش مو از نشانه های مربوط به زیبایی، کاهش عزت نفس، پریشانی، نگاره ناتوان از خود،

۱. کارشناس ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۲. دکترای روانشناسی بالینی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

نیز بار مالی که این سندرم بر سیستم بهداشتی و درمانی کشور وارد می‌کند (۱۳)، اختلالاتی که می‌توانند از علل ناباروری باشند. اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کنند. از این رو، روشن است که پژوهش‌های متعدد و همه‌جانبه در مورد این سندرم به ویژه مسایل حوزه روانشناختی PCOS که تنها یک سوم پژوهش‌های مربوط به این سندرم را به خود اختصاص می‌دهد، اهمیت بسزایی دارد. از سوی دیگر تاکنون پژوهشی در کشورمان در مورد رابطه دو متغیر سازگاری زناشویی و خودکارآمدی در زنان دچار سندرم تخمدان پلی‌کیستیک انجام نشده‌است؛ بنابراین این پژوهش با هدف بررسی رابطه خودکارآمدی و سازگاری زناشویی و مقایسه آن در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و زنان سالم انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مقطعی-توصیفی و با مشارکت ۱۲۹ زن متاهل مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و ۱۲۵ زن متاهل سالم در فاصله سنی ۱۸ تا ۴۵ ساله مراجعه کننده به بیمارستان شهید رجایی تنکابن و مطب‌های منتخب زنان و نازایی این شهرستان انجام شد. تشخیص این سندرم بر پایه معیار روتردام که ابتلا به PCOS را شامل دارا بودن سه معیار الیگومنوره یا آمنوره، داشتن شواهد PCO در سونوگرافی، داشتن علائم بالینی (مانند آکنه، هیرسوتیسم) و یا آزمایشگاهی (هیپراندرژیسم) می‌داند، انجام شده‌است (۲). روش نمونه‌گیری، در دسترس و همه زنان مراجعه‌کننده به مراکز نامبرده که پزشک متخصص زنان و زایمان، ابتلا به آنها را به این سندرم به طور قطعی تشخیص داده‌بود، در صورت گرایش و اعلام رضایت، به پژوهش وارد شدند. گروه شاهد نیز شامل ۱۲۵ زن متاهل سالم در فاصله سنی ۱۸ تا ۴۵ ساله بود که هیچ بیماری مزمنی نداشته و دارای دوره‌های منظم قاعدگی بوده و به صورت در دسترس از همراهان بیمارمان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و نیز سایر بیمارمان در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های شهید رجایی و خصوصی تنکابن و نیز مطب‌های منتخب زنان و نازایی انتخاب شدند. حجم نمونه با فرمول زیر محاسبه شد.

$$n = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2}$$

و شیمیایی (۱۳) و همچنین برانگیختگی زیاد غدد آدرنال در کودکی، مصرف قرص‌های ضدبارداری، نبودن توازن هورمونی و استرس است (۴).

نشانه‌های بالینی سندرم تخمدان پلی‌کیستیک مانند ناباروری، آکنه، هیرسوتیسم و چاقی سبب پیامدهای روانی می‌شود؛ این زنان با چالش‌هایی در مورد کیستی زنانگی خود روبرو هستند که به کاهش عزت نفس، اضطراب، تصویر ضعیف از خود و افسردگی می‌انجامد (۱۴ و ۱۵)؛ افسردگی و خلق منفی نیز می‌تواند بر خودکارآمدی اثر کاهشی داشته‌باشد (۱۶). خودکارآمدی که عامل اصلی در نظریه یادگیری اجتماعی است، باور توانایی فرد در رفتار یا انجام کار ویژه به صورت موفقیت‌آمیز معنی می‌شود (۱۷). خودکارآمدی افزون بر این که می‌تواند بر انگیزه بازسازی سبک زندگی موثر باشد، از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های موفقیت در کاهش وزن است (۱۸). پژوهش‌های اندکی در زمینه خودکارآمدی زنان PCOS انجام شده که نتایج متناقضی از آن بدست آمده‌است (۱۶ و ۱۹). سازگاری زناشویی نیز می‌تواند تحت تاثیر ابتلا به این سندرم قرار گیرد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناسازگاری زناشویی و اجتماعی و اختلالات عملکرد جنسی می‌تواند از پیامدهای روان شناختی این سندرم باشد (۲۰ و ۲۱). همچنین، نتایج پژوهش‌ها در نمونه‌های مختلف نشان می‌دهد خودکارآمدی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده سازگاری زناشویی باشد (۲۶-۲۲)، اما تاکنون پژوهشی در کشورمان رابطه این دو متغیر را در مبتلایان به PCOS بررسی نکرده‌است.

با توجه به نداشتن اتفاق نظر کلی در مورد معیارهای تشخیصی PCOS و تنوع زیاد نشانه‌های این سندرم و نیز چالش‌های علمی در اداره و نگهداری آن، پژوهش‌های زیادی پیرامون آن در حال انجام است. از سوی دیگر، ارتقای میزان سلامت روان زنان و به ویژه زنان دچار بیماری‌های تاثیرگذار بر باروری مانند سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و شناخت عوامل مرتبط با آن جزء اهداف اصلی بهداشت باروری است (۲). با توجه به مباحث جمعیت‌شناختی و پافشاری بر لزوم فرزندآوری و همچنین اهمیت باروری زنان از لحاظ فرهنگی در کشور ما، وابستگی موقعیت زنان به باروری در خانواده و

نمره‌های کمتر از آن نشان دهنده ناسازگاری زناشویی است. نمره کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ همسانی درونی چشمگیری دارد. ثنایی (۱۳۷۹) اعتبار محتوای این مقیاس را بررسی کرد و نشان داد که این پرسشنامه به خوبی توان تمیز زوج‌های متاهل و مطلقه را دارد. اعتبار همزمان این مقیاس نیز سنجیده و روشن شد که این مقیاس همبستگی بالایی با مقیاس رضایت زناشویی انریچ دارد (۲۷).

مقیاس خودکارآمدی عمومی (GSE): این مقیاس در سال ۱۹۷۹ توسط شوارتز و جروسلم، برای ارزیابی خودکارآمدی عمومی و اجتماعی ساخته شد. آزمون نامبرده دو زیر مقیاس خودکارآمدی عمومی و اجتماعی داشت. در سال ۱۹۸۱، شوارتز و جروسلم آزمون را بازنگری کرده و گویه‌های آن را به ۱۰ کاهش دادند بنابراین، پرسشنامه باورهای خودکارآمدی فعلی ۱۰ گزاره دارد که همگی میزان خودکارآمدی عمومی را می‌سنجند. این آزمون ابزار خودگزارشی ویژه بزرگسالان بالای ۱۲ ساله است و پاسخ دهنده باید درگستره لیکرت ۴ درجه‌ای از اصلا درست نیست تا کاملا صحیح، میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از عبارات مشخص کند بیشینه نمره‌ها ۱۰ تا ۴۰ است. 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 برای هنجاریابی این آزمون در ایران، آن را بر نمونه ۵۸۷ نفری از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید چمران اهواز و دانشگاه آزاد مرودشت اجرا کرد که نتایج مربوط به اعتبار آن برپایه آلفای کرونباخ به ترتیب، ۸۴ و ۸۰ بدست آمد. در پژوهش رجبی، ضرایب روایی همگرا بین مقیاس خودکارآمدی عمومی و مقیاس عزت نفس روزنبرگ بر ۳۱۸ نفر، ۳۰٪، در دانشگاه شهید چمران اهواز بر ۲۶۷ نفر، ۲۰ درصد و در دانشجویان دانشگاه آزاد مرودشت بر ۲۰۸ نفر، ۲۳٪ بدست آمد (۲۸).

پس از گردآوری اطلاعات، داده‌ها با نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS و با کمک روش‌های آمار توصیفی و نیز آزمون *t*، تحلیل واریانس و روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون در آمار استنباطی تحلیل شد. داده‌ها برپایه میانگین و انحراف معیار و در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵

در این رابطه، *n*، حجم نمونه را نشان می‌دهد. *P*، شیوع یا نسبت شرایط مورد نظر (سندرم تخمدان پلی‌کیستیک) است که با توجه به میانگین درصد شیوع گفته شده در منابع مطالعاتی، ۱۰٪ بدست آمد. *Z*، دربازه اطمینان ۰/۹۵، ۱/۹۶ و مقدار *d* که دقت را نشان می‌دهد، ۰/۰۵ قرار داده شده است (۲). با این رابطه، حجم نمونه، ۱۳۸ نفر بدست آمد و در نهایت، پس از زدایش پرسشنامه‌هایی که ناقص جواب داده شده بود، ۱۲۹ زن مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و ۱۲۵ زن سالم وارد پژوهش شدند.

همه افراد گروه مورد (مبتلایان به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک) و گروه شاهد (افراد سالم)، تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند و آگاهانه پس از اطمینان از رعایت مسایل اخلاقی و نماندن داده‌های شخصی، رضایت خویش را به صورت شفاهی اعلام کرده، سپس وارد پژوهش شدند.

معیارهای ورود به مطالعه (گروه مورد و گروه شاهد) شامل نداشتن اختلال روانی یا مصرف داروهای اختلال روانی یا پیشینه بستری در بخش اعصاب و روان، باردار نبودن و یا در شیردهی نبودن، نداشتن هرگونه بیماری مزمن (مانند دیابت، اختلالات غدد درون‌ریز، مصرف دارو برای درمان PCOS در ۲ ماه پیش از آن) بود. ورود به پژوهش در گروه مورد با توجه به تشخیص پزشک متخصص، پرونده پزشکی و گزارش خود بیمار و در گروه شاهد برپایه گزارش فرد انجام شد. در پایان افرادی که به پژوهش وارد شده بودند، به پرسشنامه‌های سازگاری زناشویی اسپانیر و خودکارآمدی شوارتز و جروسلم پاسخ دادند.

مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر: این مقیاس توسط اسپانیر در سال ۱۹۷۶ ساخته شد و تا سال ۱۹۸۴ در حدود هزار مطالعه به عنوان ابزار اصلی استفاده شد. این پرسشنامه میزان سازگاری زناشویی زوج‌ها را با ۳۲ پرسش و در قالب ۴ خرده مقیاس تفاهم، جاذبه، رضایت و ابراز احساسات می‌سنجد. هنگام تکمیل پرسشنامه از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود میزان همخوانی هر کدام از پرسش‌ها را با وضعیت فعلی خود بازشناسند. نمره نهایی سازگاری زناشویی از افزودن نمره‌های فرد در تمامی پرسش‌ها و خرده مقیاس‌ها بدست می‌آید و از ۰ تا ۱۵۰ است. نمره ۱۰۱ نقطه برش شمرده می‌شود و

جدول ۳. نتایج آزمون تی نمونه‌های مستقل جهت بررسی معنی‌داری تفاوت دو گروه زنان سالم و مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک از نظر خودکارآمدی عمومی

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

جدول ۴. نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون خودکارآمدی با سازگاری زناشویی و مؤلفه‌های آن در زنان سالم، بیمار و کل زنان نمونه

| متغیر | گروه | رضایت | همبستگی | توافق دو | ابراز | سازگاری |
|-------|---------|-------|---------|----------|-------|---------|
| سالم | دو نفری | ۰/۳۷ | ۰/۳۴ | نفری | ۰/۲۵ | ۰/۳۶ |
| بیمار | دو نفری | ۰/۱۰ | ۰/۲۲ | نفری | ۰/۱۶ | ۰/۲۰ |
| کل | دو نفری | ۰/۲۳ | ۰/۲۸ | نفری | ۰/۲۱ | ۰/۲۸ |

نتایج گروه زنان سالم حاکی از همبستگی مثبت و معنی‌دار خودکارآمدی با همه ابعاد سازگاری زناشویی و سازگاری زناشویی کلی بود. نتایج گروه زنان سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، نشان‌دهنده همبستگی مثبت معنی‌دار خودکارآمدی با همه ابعاد سازگاری زناشویی به جز بعد رضایت دو نفری ($r = 0/10, p > 0/05$) و نیز سازگاری زناشویی کلی ($r = 0/20, p < 0/05$) بود. در نهایت، نتایج از افراد کل نمونه حاکی از همبستگی مثبت معنی‌دار خودکارآمدی با همه ابعاد سازگاری زناشویی و سازگاری زناشویی کلی بود.

جدول ۵. شاخص‌های تحلیل رگرسیون چندگانه با روش ورود همزمان در مورد پیش‌بینی متغیر سازگاری زناشویی توسط متغیر خودکارآمدی در زنان سالم

| متغیر | ضرایب استاندارد | خطای معیار | ضرایب استاندارد شده | t | سطح معنی‌داری |
|--------------------------|-----------------|------------|---------------------|--------|---------------|
| مقدار ثابت گروه سالم | ۱۰۷/۴۶۵ | ۷/۵۳۰ | | ۱۴/۲۷۲ | ۰/۰۰۰ |
| مقدار ثابت گروه بیمار | ۱۰۷/۸۹۵ | ۱۰/۸۰۱ | | ۹/۹۹۰ | ۰/۰۰۰ |
| خودکارآمدی | ۱/۱۰۴ | ۰/۲۵۷ | ۰/۳۶۳ | ۴/۲۹۱ | ۰/۰۰۰ |
| خودکارآمدی | ۰/۸۸۲ | ۰/۳۸۱ | ۰/۲۰۳ | ۲/۳۱۳ | ۰/۰۲۲ |
| مقدار ثابت کل زنان نمونه | ۱۰۵/۹۷۵ | ۶/۴۸۶ | | ۱۶/۳۴۰ | ۰/۰۰۰ |
| خودکارآمدی | ۱/۰۵۳ | ۰/۲۲۵ | ۰/۲۸۵ | ۴/۶۷۵ | ۰/۰۰۰ |

گزارش شد. افزون بر آن گردآوری اطلاعات توسط پرسشنامه به صورت حضوری و به مدت ۹ ماه طول کشید.

نتایج

با توجه پاسخ پرسش‌های مربوط به اطلاعات دموگرافی که در ابتدای پرسش‌های مربوط به پرسشنامه‌ها تعبیه شده بود، نشان داده شد از ۲۵۴ فرد شرکت‌کننده در پژوهش، ۱۲۵ نفر (۴۹/۲٪) سالم و ۱۲۹ نفر (۵۰/۸٪) مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بودند. میانگین مدت ازدواج در زنان سالم، ۱۱/۲۶ سال، در زنان بیمار، ۹/۶۱ سال و در کل افراد نمونه، ۱۰/۴۳ به دست آمد و همچنین، کمترین و بیشترین زمان برای طول مدت ازدواج، به ترتیب، ۲ و ۳۲ سال گزارش شد. مدت، گذشته از تشخیص بیماری در افراد گروه بیمار، از ۱ ماه تا ۲۷۶ ماه متغیر بود و میانگین آن، ۴۸/۰۷ ماه به دست آمد. ۲۶٪ گروه سالم، ۲۹٪ گروه بیمار و ۲۷٪ کل نمونه را افراد بدون فرزند تشکیل می‌دادند.

جدول ۱. نتایج آزمون معنی‌دار تحلیل واریانس چند متغیره نمرات سازگاری زناشویی در گروه‌های زنان سالم و مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک

| متغیر | SS | Df | MS | F | P |
|-----------------|---------|----|---------|-------|-------|
| رضایت دو نفری | ۱۵۶/۶۲۸ | ۱ | ۱۵۶/۶۲۸ | ۳/۱۱۱ | ۰/۰۷۹ |
| همبستگی دو نفری | ۲۸/۰۸۴ | ۱ | ۲۸/۰۸۴ | ۲/۰۳۵ | ۰/۱۵۵ |
| توافق دو نفری | ۵۹۳/۳۶۹ | ۱ | ۵۹۳/۳۶۹ | ۷/۶۳۵ | ۰/۰۰۶ |
| ابراز محبت | ۳۸/۵۲۹ | ۱ | ۳۸/۵۲۹ | ۹/۰۷۲ | ۰/۰۰۳ |

نتایج نشان داد میانگین نمره زنان سالم در مؤلفه‌های توافق دو نفری ($F = 7/635$) و ابراز محبت ($F = 9/072$) به گونه معنی‌دار بالاتر از زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بوده است ($p < 0/05$). اما تفاوت دو گروه در سایر مؤلفه‌های سازگاری زناشویی به حد معنی‌دار نرسید.

جدول ۲. نتایج آزمون تی نمونه‌های مستقل جهت بررسی معنی‌داری تفاوت دو گروه زنان سالم و مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک از نظر سازگاری زناشویی

| گروه | فراوانی | میانگین | انحراف استاندارد | t | درجه معنی‌داری |
|-------|---------|---------|------------------|-------|----------------|
| سالم | ۱۲۵ | ۱۳۹/۰۵ | ۱۶/۹۸۴ | ۲/۶۴۱ | ۰/۰۰۹ |
| بیمار | ۱۲۹ | ۱۳۲/۷۸ | ۲۰/۶۳۳ | | |

با توجه به ضرایب تاثیر خودکارآمدی و آماره تی، این متغیر می‌تواند با ۹۹٪ اطمینان، تغییر مرتبط با سازگاری زناشویی را در زنان سالم، بیمار و کل نمونه پیش‌بینی کند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر که به مقایسه سازگاری زناشویی و خودکارآمدی و رابطه آنها در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و زنان سالم پرداخت، نشان می‌دهد که سازگاری زناشویی زنان مبتلا به این سندرم به طور معنی‌داری پایین‌تر از زنان سالم است و این یافته با پژوهش‌های ولیان (۱۳۹۱) و Drosdzoj و همکاران (۲۰۰۷) همسو است (۲۹ و ۲۰). وضعیت ظاهر و علایم جسمی و روان شناختی پیامد این بیماری، می‌تواند سبب اختلال در روابط بین فردی و زناشویی شده، بر عملکرد جنسی تاثیر بگذارد و عزت نفس را کاهش دهد که همه این موارد می‌تواند بر سازگاری زناشویی اثرگذار باشد. در پژوهش جعفر یزدی و گلزاری در مورد رابطه بین هوش هیجانی و سازگاری زناشویی (۱۳۸۴) عنوان شده که مدیریت و تنظیم هیجان‌ها عامل مهم در تعیین سلامت زندگی زناشویی و ازدواج است (۳۰) و از سوی دیگر پژوهش‌های متعدد از جمله پژوهش شاکراردکانی و همکاران در زمینه ارزیابی افسردگی و سلامت روان در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، بیانگر این نکته است که زنان PCOS در مدیریت هیجان‌ها عملکرد پایین‌تر از افراد سالم دارند (۱۵) که این مساله می‌تواند یکی از تبیین‌های کاهش شاخص‌های سلامت زناشویی و ازدواج باشد. عملکرد جنسی در مبتلایان به PCOS پایین‌تر از زنان سالم است (۲۰) و از سوی دیگر، عملکرد جنسی در پیش‌بینی سازگاری زناشویی ایفای نقش می‌کند (۳۱) و در نهایت، پایین‌تر بودن عملکرد جنسی زنان مبتلا به این سندرم نسبت به زنان سالم، می‌تواند یکی از عوامل توجیه‌کننده تفاوت به دست آمده در سازگاری زناشویی زنان مبتلا به PCOS و زنان سالم باشد. چاقی، موهای زاید و دیگر ابعاد ظاهری متاثر از این سندرم، عزت نفس پایین، تصویر بدنی منفی از خویش، مشکلاتی که برخی از مبتلایان در مورد هویت زنانه خود با آن روبرو هستند و

آشفته‌گی‌های خلقی می‌تواند از عوامل اثرگذار در سازگاری زناشویی مبتلایان باشند. برخی از پژوهش‌ها در حوزه ناباروری، کاهش سازگاری زناشویی و عملکرد جنسی را نتیجه‌ای کلی می‌دانند که در افراد نابارور نسبت به افراد سالم دیده می‌شود (۳۲ و ۳۳). با توجه به این‌که درصد بالایی از افراد مبتلا به PCOS نابارور هستند، مساله ناباروری در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک نیز می‌تواند بخشی از تفاوت سازگاری زناشویی در مبتلایان نسبت به افراد سالم را توجیه کند.

در این پژوهش، تفاوت معنی‌داری از نظر متغیر خودکارآمدی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و زنان سالم دیده‌نشده که این یافته با پژوهش Deeks و همکاران (۲۰۱۰)، همسو و با پژوهش Kozicac و همکاران (۲۰۱۳)، ناهم‌سوست (۱۹ و ۱۶). Wingo و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود عنوان کردند که خودکارآمدی در تغییر رفتار در کاهش وزن موثر نیست (۳۴). تید و همکاران (۲۰۱۱)، در پژوهشی با سرنویس ارزیابی مدیریت سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، ارتقای کیفیت زندگی و خودکارآمدی در زنان مبتلا را بسیار بایسته می‌دانند (۳۵). به طور کلی، پژوهش‌های اندکی در مورد خودکارآمدی در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک انجام شده و نتایج متناقضی از آن‌ها بدست آمده‌است؛ برخی از یافته‌های علمی بر این امر تاکید دارند که خلق منفی از شاخص‌هایی است که همراه با سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بروز می‌کند و این خلق منفی می‌تواند بر خودکارآمدی اثر کاهشی داشته‌باشد (۱۶). افزون بر این عنوان شده است که خودکارآمدی بر اصلاح سبک زندگی موثر است و کاهش وزن و اصلاح سبک زندگی از خطوط نخستین درمان این سندرم است و مبتلایان به این سندرم معمولاً در کاهش وزن و نگهداری وزن ایده‌آل دچار مشکل هستند (۳۵) که این مساله می‌تواند نشان‌دهنده تفاوت در خودکارآمدی مبتلایان و افراد سالم باشد. در سوی دیگر مطالعاتی قرار دارند که مانند نتایج پژوهش ما، تفاوت معنی‌داری در خودکارآمدی زنان مبتلا و غیرمبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک گزارش نکرده‌اند. تبیین‌های متفاوتی می‌تواند پاسخگوی این ناهمگونی نتایج باشد. علاوه بر تفاوت در حجم نمونه و

تجربه کنند و در نهایت رضایت زناشویی بیشتری نیز درک کنند(۲۳).

با توجه به نتایج آماری که همبستگی خودکارآمدی و سازگاری زناشویی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک را نیز نشان می‌دهد، می‌توانیم استنتاج کنیم که عوارض جسمی و روان‌شناختی پیامد سندرم تخمدان پلی کیستیک می‌تواند خودکارآمدی فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار دهد و پایین آمدن خودکارآمدی نیز با القای احساس منفی «بی مهارتی و ناشایستگی»، با کاهش سازگاری زناشویی در ارتباط باشد. سندرم تخمدان پلی کیستیک، عوارض متعدد و طولانی مدتی مانند پرمویی، آکنه، چاقی و ناباروری دارد و با توجه به رابطه رضایت از ظاهر و خودکارآمدی(۴۱)، هر کدام از عوارضی که عنوان شد، به نوبه خود می‌توانند خودباوری و خودکارآمدی فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار دهد و پایین آمدن خودکارآمدی می‌تواند با کاهش سازگاری زناشویی و جنسی در ارتباط باشد. از سوی دیگر، عوارض هورمونی ایجاد شده و تغییر ظاهری پیامد سندرم تخمدان پلی کیستیک نیز می‌تواند سازگاری زناشویی را تحت تأثیر قرار داده و از این‌رو، با پایین آمدن خودکارآمدی فرد مبتلا در ارتباط باشد. بنابراین، به نظر می‌رسد رابطه خودکارآمدی و سازگاری زناشویی در زنان سالم می‌تواند با توجه به رابطه خودکارآمدی با مهارت‌های ارتباطی و زناشویی و در جمعیت بیمار با توجه به عوارض هورمونی، جسمی و ظاهری و روان‌شناختی سندرم تخمدان پلی کیستیک تبیین شود.

نتایج نشان می‌دهد خودکارآمدی در گروه زنان سالم، بیمار و کل نمونه، می‌تواند پیش‌بینی‌کننده سازگاری زناشویی باشد. این یافته با پژوهش‌های فینچام و همکاران(۲۰۰۰)، مبنی بر رابطه چشمداشت کارآمدی با اسنادهای علی و رضایت زناشویی، آذریان و همکاران(۲۰۱۴)، وزیری و همکاران(۱۳۸۸)، اردوینز و همکاران(۲۰۰۱) و تمیتوپ و کهایند(۲۰۱۴)، همسو است(۲۶-۲۲). خودکارآمدی، عامل تعیین‌کننده کلیدی از تغییر روان‌شناختی، انتخاب محیط، فعالیت، کیفیت عملکرد در حیطه خاص و میزان پشتکار و استقامت در هنگام رویارویی با تجارب مثبت یا منفی مطرح شده است(۴۲). وزیری و همکاران(۱۳۸۸)، عنوان کرده‌اند که

روش‌های آماری بکار رفته، تفاوت‌های فرهنگی و هنجارهای اجتماعی نیز می‌تواند از علل تناقض در نتایج پژوهش‌ها باشد. چاقی در بیش از ۵۰٪ مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک دیده می‌شود(۱۴و۷). نگرش نسبت به چاقی در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است و این مساله می‌تواند خودکارآمدی را نیز تحت تأثیر قرار دهد. شاغل بودن زنان نیز از ویژگی‌هایی است که می‌تواند به طور غیرمستقیم بر خودکارآمدی اثرگذار باشد. زنان شاغل به سبب حضور بیشتر در اجتماع و تعامل اجتماعی گسترده‌تر، نسبت به شاخص‌های ظاهری و زیبایی حساس‌تر بوده(۲) و در نتیجه بیشتر مستعد پایین آمدن شاخص‌های روان‌شناختی مرتبط با عوامل ظاهری مانند خودکارآمدی هستند. در پژوهش ما، تنها نزدیک ۲۰٪ افراد نمونه را زنان شاغل تشکیل می‌دادند که خود می‌تواند در تفاوت نتایج به دست آمده با برخی پژوهش‌های ناهمسو موثر باشد.

در زنان سالم، خودکارآمدی با سازگاری زناشویی و ابعاد آن رابطه معنی‌دار نشان داد. در زنان بیمار، خودکارآمدی با ابعاد همبستگی دو نفری، توافق دو نفری، ابراز محبت و نیز سازگاری زناشویی رابطه داشت اما در بعد رضایت دو نفری، رابطه معنی‌دار نبود. در کل نمونه نیز نتایج، حاکی از رابطه مثبت خودکارآمدی با سازگاری زناشویی و ابعاد آن بود. این نتایج مبنی بر تأیید رابطه خودکارآمدی و سازگاری زناشویی، با بسیاری از پژوهش‌هایی که در این مورد انجام شده، همسو است(۲۶-۲۲ و ۳۹-۳۶). بیرامی(۱۳۸۷)، در پژوهش خود عنوان کرد که خودکارآمدی، مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده موفقیت زندگی زناشویی است و در تبیین آن عنوان می‌کند که خودکارآمدی بالا می‌تواند سبب شتاب در روند رسیدن زوج‌ها به هم‌اندیشی و پذیرش یکدیگر شود و از سوی دیگر، خودکارآمدی با کمک به فرآیند تربیت فرزندان، می‌تواند در رضایت زناشویی اثرگذار باشد(۴۰). آذریان و همکاران(۲۰۱۴)، در پژوهش خود به نقل از هال(۱۹۹۸)، عنوان کرده‌اند افراد با خودکارآمدی و خودپاایی بالاتر، می‌توانند در برخورد با دیگران واکنش‌های مناسب‌تری از خود نشان داده، رفتارهای صمیمانه و محبت‌آمیز بیشتری را

تخمدان پلی کیستیک پررنگتر از سایر عوامل گزارش کردند که می تواند با خودکارآمدی مرتبط باشد.

نبود امکان بکارگیری نمونه گیری تصادفی به دلیل نبود فهرستی از مبتلایان به PCOS از محدودیت های پژوهش بود و نیز محدود بودن پژوهش به یک شهرستان گسترش نتایج را با دشواری روبرو می سازد. پیشنهاد می شود رابطه بین مفاهیم روانشناختی با شاخص های جسمانی مانند وزن و هیرسوتیسم و نیز با توجه به نقش احتمالی طول مدت بیماری بر شاخص های روانشناختی فرد، رابطه سن و طول مدت تشخیص بیماری نیز با مفاهیم روان شناختی بررسی شود.

سپاسگزاری و سپاسداری

بدین وسیله از همه افرادی که به عنوان گروه مورد و شاهد با ما همکاری کردند و نیز استادان ارجمند و خانم سوده رفیعی کارشناس مامایی بیمارستان شهید رجایی تنکابن سپاسداری می نمایم. نویسندگان اعلام می دارند که هیچ گونه تضاد و منافی ندارند.

رضایت زناشویی متضمن ادراک خودکارآمدی فرد است و خودکارآمدی می تواند پیش بینی کننده رضایت زناشویی باشد (۲۴). جعفری و همکاران (۲۰۱۱)، عنوان نموده اند که کاهش خودکارآمدی می تواند تصویر بدنی منفی در فرد ایجاد کند و این مسأله نیز می تواند بر رضایت زناشویی و رضایت جنسی اثر بگذارد (۴۱). خودکارآمدی می تواند با کاهش تعارض های مختلف (مانند تعارض کار-خانواده و تعارض خانواده-کار)، رضایت زناشویی را افزایش دهد (۴۲). همان طور که دیده می شود خودکارآمدی از مسیرهای گوناگون مانند ارتباط با تصویر بدنی (۴۳)، ارتباط با تصویر بدن و رضایت از وزن (۴۴) و کاهش تنیدگی و ارتباط با رضایت از زندگی و بهزیستی روان شناختی (۳۹)، می تواند با سازگاری زناشویی در ارتباط بوده و آن را پیش بینی کند. در همین راستا می توان به پژوهش شایان و همکاران (۴۵) اشاره کرد که در بین چند متغیر بررسی شده، تاثیر قد و وزن را در سندرم

منابع

1. Bazarganipoor F. The psychometry of quality of life corrected questionnaire of polycystic ovary syndrome (MPCOSQ) cystic and modeling to determine predictors of health-related quality of life in PCOS patients. Unpublished doctoral Thesis. Tehran ;University of Tarbiat Modarres Medical Science, 2013. [Text in Persian]
2. Amini L, Ghorbani B, Seyyedfatemi N. Mental Health of Women with Polycystic Ovary Syndrome(PCOS) and Some of its Soci-Demographic Determinants. Iran Journal of Nursing 2012; 25: 34-41. [Text in Persian]
3. Escott S , Mark P, Tuchker MG, Kaplan GR, Genton MG, Schattman GL. Diagnostic and Treatment Characteristics of Polycystic Ovary Syndrome: Descriptive Measurement of Patient Perception and Awareness From 657 Confidential Self Reports. BMC Women's Health 2001; 1: 678-681.
4. Goswami PK, Khale A, Ogale S. Natural Remedies for Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS). International Journal of Pharmaceutical and Phytopharmacological Research 2012; 6:396-402.
5. Daniel KA, Ramirez MR. Polycystic Ovary Syndrome, a Review. Uspharmacist 2007; 32: 33-38.
6. Saadati N, Yaghmaei P, Haghghi S, Hashemi F, Ramezani Tehrani F, Hedayati M. Association of Serum Omentin Levels in Women with Polycystic Ovarian Syndrome. Iran Journal of Endocrinology and Metabolism 2012, 14: 375-379. [Text in Persian]
7. Speroff L, Fritz M. Clinical Gynecologic Endocrinology. 8th Edition. 2011, Lippincott, Wiliams& Wilkins.
8. Elsenbruch S, Benson S, Hahn S, Tan S, Mann K, Janssen O, Pleger K, Kimmig R. Determinants of Emotional Distress in Women with Polycystic Ovary Syndrome. Human Reproduction 2006; 21: 1092-1099.
9. Himelien MJ, Thatcher SS. Polycystic ovary syndrome and mental health: A review. Obstet Gynecol 2006; 6: 723-732.
10. Mehrabadi S, Jahanian Sadatmahalleh S, Kazemnejad A. Association of depression and anxiety with cognitive function in patients with polycystic ovary syndrome. J Mazandaran Univ Mes Sci 2014; 27(147): 159-170[Text in Persian]

11. Azziz R, Dumesic D, Goodarzi U. Polycystic ovary syndrome: An ancient disorder. *Fertil Steril* 2011; 95:1544- 1548.
12. Shahbazi S. Comparison of Self Efficacy, Marital Adjustment and Quality of Life in Women with Polycystic Ovary Syndrome and Healthy Women. Unpublished Master Thesis. Rasht; University of Guilan, 2014. [Text in Persian]
13. 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. [Text in Persian]
14. Baker VL, Schillings WJ, Mcclamork HD. Amenorrhoea In: Berek JS, Novak E. *Breks and Novaks gynecology*. 15th Edition, 2012, Lippincott, Williams & Wilkins.
15. Shakerardekani Z, Nasehi A, Eftekhar T, Ghaseminezhad A, Shakerardekani M, Raisi F. Evaluation of Depression and Mental Health Status in Women with Polycystic Ovary Syndrome. *Journal of Family and Reproductive Health* 2011; 5: 67-72.
16. Deeks AA, Gibson ME, Teedeh HJ. Anxiety and Depression in Polycystic Ovary Syndrome: a Comprehensive Investigation. *Fertil Stril* 2010; 93: 2421-2423.
17. Kurbanglo SS, Akkoyunlu B, Umay A. Developing the information literacy self efficacy scale. *Journal of Documentation* 2006; 62: 730-743.
18. 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: 41-51.
19. Kozicca SL, Melanie E, Gibson, H, Helena J, Teede B, Moranac LJ. Assessing self Efficacy and Self Help Methods in Women with Polycystic Ovary Syndrome. *Behavioral Medicine* 2013; 39: 90-96.
20. Drosdzoi A, Skrzypulee V, Mazur B. Quality of Life and Marital Sexual Satisfaction in Women with Polycystic Ovary Syndrome. *Folia Histochemica Et Cytobiologica* 2007; 45: 93-97.
21. Hahn S, Janssen OE, Tan S. et al. Clinical and Psychological Correlates of Quality of Life in Polycystic Ovary Syndrome. *Eur J Endocrinol* 2005; 153: 853-860.
22. Fincham FD, Harold GD, Gano PS. The longitudinal association between attributions and marital satisfaction: direction on effects and role of effecting expectations. *Journal of family psychology* 2000; 14: 267-285.
23. Azarian M, Ghorbanshirodi S, Khalatbari J. Relation between sexual self - efficacy, sensation – seeking and marital satisfaction in married women in islamic Azad university of Rasht. *Journal of Social Issues and Humanities* 2014; 2: 209-212.
24. Vaziri SH, Lotfi Kashani F, Hoseinian S, Ghaffari B. Sexual efficacy and marital satisfaction. *Journal of Thought and Behavior* 2009; 4: 75-81. [Text in Persian]
25. Erdwins CJ, Buffardi LC, Casper WJ, Berin AS. The relationships of women's role strain to special support, role satisfaction and self efficacy. *Fam Rel* 2001; 50: 230-238.
26. Temitope BE, Kehinde AC. Influences of personality and self efficacy on marital adjustment among married couples. *International Journal of Innovative Social Sciences & Humanities Research* 2014; 2: 11-18.
27. Roshan R, Alinaghi A, Sanaei B, Melyani M. Effect of Self Regulation- based Couple Therapy in Promoting Marital Adjustment in Couples with Marital Problems in Counselling Center of Rasol Roshan. *Quarterly of counseling and Family Psychotherapy* 2012; 2: 222-233. [Text in Persian]
28. Rajabi GH. 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. *Journal of Modern Educational Thought* 2006; 2: 111-122. [Text in Persian]
29. Valian K. A comparative Study of marital satisfaction , Self esteem and Body Rate in Women with Polycystic Ovary Syndrome. Unpublished Master Thesis. Tehran; University of Medical Science of Tehran, 2013. [Text in Persian]
30. Jafaryazdi H, Golzari M. Emotional Intelligence and Marital Adjustment in Married Women Employed in Educational and Training Organization. *Family Researching* 2005; 1: 379-392. [Text in Persian]
31. Aliakbari Dehkordi M. Relationship between Women Sexual Function and Marital Adjustment. *Journal of Behaviorial Sciences* 2010; 4: 199-206. [Text in Persian]
32. Mazaheri MA, Keyghobadi F, Ghashang N, Pato M. Solving Methods and Marital Adjustment in Fertile and Infertile Couples. *Journal of Reproduction and Infertility* 2001; 2: 23-27. [Text in Persian]
33. Alirezaii, S. Impact of infertility on female sexual dysfunction: review article. *IJOGI* 2017; 19(40): 91-101. [Text in Persian]
34. Wingo BC, Desmond RA, Brantley P, Appel L, Svetkey L, Stevens VG, Ard GD. Self-Efficacy as a Predictor of Weight Change and Behavior

- Change in the PREMIER . Journal of Nutrition Education and Behavior 2013, 45: 314-321.
35. Teede H, Misso M, Deeks A, Moran L, Struckey B, Wong J, Norman R, Costello M. Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome: a Summary of an Evidence-Based Guideline. Med J 2011; 195: 569-606.
36. Moayyer Toroghi S. The relationship between sexual Efficacy and marital satisfaction in married women. Unpublished Master Thesis. Tonekabon; Islamic Azad University of Tonekabon, 2011. [Text in Persian]
37. Jameii Z. The relationship between sexual Efficacy and sensation seeking with marital satisfaction in married women. Unpublished Master Thesis .Tonekabon;Islamic Azad University of Tonekabon, 2011. [Text in Persian]
38. Shahsiah M, Bahrami F, Mohebi S, Tabarrai Y. Correlation between Mental Well-Being and Marital Life Quality of Couples. Qom Univ Med Sci J 2012; 5 (4) :61-67. [Text in Persian]
39. Ahadi B, Narimani M, Abolghasemi A, Asiaini M. The relationship between emotional intelligence, attribution style and self-efficacy with life satisfaction among employed women. Studies of Education and Psychology of Ferdowsi University of Mashhad 2009; 10: 117-127. [Text in Persian]
40. Beirami F. Sexual satisfaction and its relationship with demographic characteristics. 4th Family and Sexual Health Conference, 2008. Tehran; Shahed University, 2008. [Text in Persian]
41. 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: 630-637.
42. Rajabi Gh, Sarvestani Y, Aslani Kh., Khojastemehr R. Predicators of Marital Satisfaction in Married Female Nurses. Iran Journal of Nursing(IJN) 2013; 26(82): 22-33. [Text in Persian]
43. Woodrow E . The effect of body image on carrer decision making self-efficacy and assertiveness in female athletes and non-athletes. Doctoral dissertation, 2006. Marshal university.
44. Frost J. Self esteem and body satisfaction in male and female elementary school, high school and university students. Sex Roles 2004; 51: 45-54.
45. Shayan A, Masoomi SZ, Shobeiri F, Ahmadinia H. Study the efficient factors on polycystic ovary syndrome. IJOGI 2016; 19(36): 11-18.

Comparing the Relationship Between Self Efficacy and Marital Satisfaction In Polycystic Ovary Syndrome and Healthy Female Cases

*Sara Shahbazi (MA)- Seyyed Moosa Kafi Masuleh

*Corresponding Address: MA of psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University, Guilan Rasht, Iran

Email: Shahbazi.258@gmail.com

Received: 25/Feb/2017 Revised: 24/Jun/2017 Accepted: 01/Niv/2017

Abstract

Introduction: Polycystic ovary syndrome(PCOS) is one of the most common endocrine disorders that whose prevalence has been reported from 4 to 25 percent among women of reproductive age.

Objective: PCOS is associated with different metabolic, reproductive and psychological consequences that demands research studies. The aim of this study was to investigate the relationship between self efficacy and marital satisfaction and compare it in women with polycystic ovary syndrome and healthy counterparts.

Materials and Methods: This study was done using a causal-comparative method on 129 women with polycystic ovary syndrome and 125 healthy women. Available sampling method was employed using Rotterdam criteria. Women in both subject and control groups responded to the DAS-32 and GSE – 10 questionnaires. Data were then analyzed with SPSS software version 20 using statistical methods including pearson's coefficient , regression, T-test and multivariate analysis of variance

Results: According to the results, marital adjustment was significantly lower in subject group than in healthy group ($p < 0.001$). The observed difference in self efficacy between subject and healthy groups was not statistically significant, also there was a positive correlation between self efficacy and marital adjustment in PCOS and healthy groups and self efficacy could predict marital adjustment.

Conclusion: Considering the marital adjustment and its relationship with PCOS in both groups, it seems essential to increase awareness, screening and referring process in order to take advantage of the advisory services.

Conflict of interest: non declared

Key Words: Polycystic Ovary Syndrome\ Self Efficacy

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 104, Pages: 31-40

Please cite this article as: Shahbazi S, Kafi Masuleh S M. Comparing the Relationship Between Self Efficacy and Marital Satisfaction In Polycystic Ovary Syndrome and Healthy Female Cases. J of Guilan Univ of Med Sci 2017; 26(104):31-40. [Text in Persian]

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

2. PhD of Clinical Psychology, Faculty of Literatur & Humanitis of University of Guilan, Rasht, Iran