

Explaining the Structural Relationships of Quality of Life Based on Emotional and Marital Adjustment Mediated by Coping Strategies in Women with Polycystic Ovary Syndrome

Tahereh Morshedi¹, Mahdieh Salehi^{2*}, Valiollah Farzad³, Fariba Hasani², Elham Shakibazadeh⁵

1. PhD Student Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran .
3. Associate Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
4. Associate Professor, School of Public Health, University of Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Corresponding Author: Mahdieh Salehi, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: mah.salehi@iauctb.ac.ir

Received: 13 December 2020

Accepted: 19 January 2021

Published: 6 September 2022

How to cite this article:

Morshedi T, Salehi M, Farzad V, Hasani F, Shakibazadeh E. Explaining the Structural Relationships of Quality of Life Based on Emotional and Marital Adjustment Mediated by Coping Strategies in Women with Polycystic Ovary Syndrome. *Salāmat-i ijtimāi (Community Health)*. 2022; 9(3):27-39. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v9i3.31376>.

Abstract

Background and Objective: Polycystic ovary syndrome has reduced the quality of life due to many physical and psychological complications. The aim of this study was to explain the structural relationships between quality of life based on emotional and marital adjustment mediated by coping strategies in women with polycystic ovary syndrome.

Materials and Methods: This study was correlation using structural equation modelling. The statistical population included all married women aged 20 to 50 years with polycystic ovary syndrome referred to hospitals of all Tehran University of Medical Sciences in 2020. Among the hospitals with gynaecology clinics, Bu-Ali and Arash were selected by simple random sampling method. A total of 300 women with polycystic ovary syndrome were included in the study by available sampling method. Emotional adjustment, marital adjustment, coping strategies and quality of life questionnaires were used to collect data. Data were analysed using Pearson correlation, structural equation modelling, PLS, and SPSS Statistics for Windows, version 22.0 (SPSS Inc., Chicago, Ill., USA). The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: By increasing the mean (SD) of emotional adjustment 94.1 (1.2) and marital adjustment 103.1 (1.2), quality of life increased to 77.7 (0.73) ($P < 0.01$). Also, by increasing the mean (SD) of problem-oriented strategy 48.7(8.5), quality of life increased, and increasing the emotion-oriented strategy decreased the quality of life 53.1 (9.6) ($P < 0.01$). Problem-oriented coping strategy ($\beta = 0.28$) and emotion-oriented ($\beta = -0.24$) played a mediating role in the relationship between emotional adjustment and quality of life. In this way, with increasing the amount of problem-oriented coping strategy, and decreasing the amount of emotion-oriented coping strategy, the quality of life score increased. Problem-oriented coping strategies ($\beta = 0.32$) and emotion-oriented strategies ($\beta = -0.30$) had a mediating role in the relationship between marital adjustment and quality of life, as the problem-oriented coping strategy increased, and Decreased emotion-oriented coping strategy, quality of life score increased.

Conclusion: The study showed that both emotional and marital adjustment improved the quality of life in women with polycystic ovary syndrome. Problem-oriented strategy was also associated with improved quality of life, but emotion-focused strategy worsened the quality of life. In addition, problem-oriented and emotion-oriented coping strategies played a mediating role in the relationship between emotional adjustment and marital adjustment with quality of life. That is, with the increase of the problem-oriented strategy, the quality of life improved and with the increase of the emotion-oriented strategy, the quality of life worsened.

Keywords: Quality of life, Emotional adjustment, Marital adjustment, Coping strategies, polycystic ovary syndrome.

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.IAU.TMU.REC.1399.092.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

تبیین روابط ساختاری کیفیت زندگی بر اساس سازگاری هیجانی و سازگاری زناشویی با میانجی‌گری راهبردهای مقابله‌ای در زنان مبتلا به سندرم پلی‌کیستیک تخمدان

طاہره مرشدی^۱، مهدیه صالحی^{۲*}، ولی‌اله فرزاد^۳، فریبا حسنی^۲، الهام شکیبازاده^۴

۱. دانشجوی دکتری دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

۲. استادیار، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

۳. دانشیار، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

۴. دانشیار، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: مهدیه صالحی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

Email: mah.salehi@iauctb.ac.ir

تاریخ دریافت: دی ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: بهمن ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: بیماری سندرم تخمدان پلی‌کیستیک به دلیل عوارض جسمی و روان‌شناختی زیاد، منجر به کاهش کیفیت زندگی شده است. هدف از انجام این پژوهش تبیین روابط ساختاری کیفیت زندگی بر اساس سازگاری هیجانی و سازگاری زناشویی با میانجی‌گری راهبردهای مقابله‌ای در زنان مبتلا به سندرم پلی‌کیستیک تخمدان بود.

روش و مواد: این پژوهش به روش همبستگی با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان متأهل ۲۰ تا ۵۰ سال دارای سندرم تخمدان پلی‌کیستیک مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران (آزاد و دولتی) در سال ۹۹-۱۳۹۸ بودند. از بین بیمارستان‌های دارای کلینیک زنان در شهر تهران بیمارستان بوعلی و بیمارستان جامع آرش با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در نظر گرفته شد و تعداد ۳۰۰ نفر نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین زنان دارای سندرم تخمدان پلی‌کیستیک مراجعه‌کننده به این مراکز انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌های سازگاری هیجانی، سازگاری زناشویی، راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت زندگی جمع‌آوری شدند و با استفاده از نرم افزارهای PLS و SPSS.25 با روش همبستگی-پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری و تحلیل شدند.

یافته‌ها: با افزایش نمره سازگاری هیجانی با میانگین (انحراف معیار) $94/1$ ($1/2$) و سازگاری زناشویی با $103/1$ ($1/2$)، نمره کیفیت زندگی با میانگین (انحراف معیار) $77/7$ ($0/73$) افزایش یافت ($P < 0/01$). همچنین با افزایش میانگین (انحراف معیار) راهبرد مسأله مدار $48/7$ ($8/5$) نمره کیفیت زندگی افزایش و با افزایش راهبرد هیجان مدار با میانگین (انحراف معیار) $53/1$ ($9/6$)، نمره کیفیت زندگی کاهش یافت ($P < 0/01$). راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار ($\beta = 0/28$) و هیجان مدار ($\beta = -0/24$) در رابطه بین سازگاری هیجانی و کیفیت زندگی نقش واسطه‌ای داشت به این صورت که با افزایش میزان راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار، و کاهش میزان راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار، نمره کیفیت زندگی افزایش یافت. راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار ($\beta = 0/32$) و هیجان مدار ($\beta = -0/30$) در رابطه بین سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی نقش واسطه‌ای داشت به این صورت که با افزایش راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار، و کاهش راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار، نمره کیفیت زندگی افزایش یافت.

نتیجه‌گیری: مطالعه نشان داد سازگاری هیجانی و زناشویی هر دو موجب بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک شد. راهبرد مسأله مدار نیز با بهبود کیفیت زندگی همراه بود اما راهبرد هیجان مدار موجب بدتر شدن کیفیت زندگی شد. علاوه بر این راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار و هیجان مدار در رابطه بین سازگاری هیجانی و سازگاری زناشویی با کیفیت زندگی نقش واسطه‌ای داشت، یعنی با افزایش راهبرد مسأله مدار، کیفیت زندگی بهتر و با افزایش راهبرد هیجان مدار کیفیت زندگی بدتر شد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، سازگاری هیجانی، سازگاری زناشویی، راهبردهای مقابله‌ای، سندرم تخمدان پلی‌کیستیک.

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۵ کیفیت زندگی را تصورات افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به محتوای فرهنگی و ارزش سیستمی که در آن زندگی می‌کنند و در رابطه با اهداف، استانداردها و نگرانی‌های آنها تعریف می‌کنند، به عبارت دیگر کیفیت زندگی تحت تأثیر سلامت فیزیکی فرد، وضعیت روانشناختی، میزان عدم وابستگی، ارتباطات اجتماعی و ارتباط آنها با عوامل برجسته محیط آنان قرار می‌گیرد (۱). از جمله عواملی که بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد، بیماری‌ها است. به عبارت دیگر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، یک مفهوم پویا و چندبعدی بوده و شامل جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی مرتبط با یک بیماری و یا درمان آن است، بنابراین اندازه‌گیری کیفیت زندگی اطلاعات مهمی را در زمینه شناسایی عوامل تأثیرگذار بر بیماری و فواید درمان یا مداخلات پزشکی از دیدگاه بیماران فراهم می‌کند (۲). بیماری‌ها معمولاً سبب کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌گردند، از جمله این بیماری‌ها، بیماری سندرم تخمدان پلی کیستیک می‌باشد. سندرم تخمدان پلی کیستیک شایع‌ترین اختلال آندوکرینی دستگاه تولیدمثل در زنان است (۳). برخی از علائم این بیماری شامل پرمویی، فقدان قاعدگی یا بی‌نظمی در آن، نازایی، بزرگی دو طرفه تخمدان پر از کیست، چاقی و عدم تحمل گلوکز است (۴). هر چند به نظر می‌رسد نقش عوامل بیوشیمیایی، آندوکراین و متابولیک و همچنین مسائل جسمی در افت کیفیت زندگی مبتلایان به این سندرم مؤثر باشد اما مسائل دیگری نیز در این موضوع تأثیرگذار هستند، خطرات مرتبط با سلامتی و تغییرات ظاهری فرد و یا تظاهرات روانی شایعی همچون اضطراب و افسردگی می‌توانند سبب کاهش معنی‌داری در حیطه جسمی و روانی کیفیت زندگی این افراد گردند (۵)، سندرم تخمدان پلی کیستیک، یک بیماری ناهمگن است که در آن بسیاری از علائم با درجات مختلف مشاهده می‌شود همچنین افزایش علائم افسردگی، اضطراب، عزت نفس پایین و نگرانی‌های اجتماعی موجب افزایش علائم می‌گردد (۶)، به نحوی که پارامترهایی نظیر افت سلامت عمومی، محدودیت‌های ناشی از سلامت روانی، چالش در تعاملات زناشویی، اختلال در عملکرد اجتماعی و کاهش سطح انرژی و موجب افت کیفیت زندگی این زنان می‌شود (۷). با توجه به اینکه درمان قطعی برای سندرم تخمدان پلی کیستیک وجود ندارد مدیریت بیماری باید در بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران به وسیله بهبود سلامتی و جلوگیری از عوارض درازمدت بیماری هدف قرار گیرد (۸). عوامل مؤثر بر مدیریت سندرم تخمدان پلی کیستیک از ابعاد مختلفی قابل بررسی است، از جمله: پزشکی، روان‌شناختی و عوامل فردی و اجتماعی (۹). از بعد روانشناختی، شناخت عوامل تأثیرگذار و تبیین چگونگی تأثیرگذاری آنها در جهت افزایش کیفیت زندگی به رغم وجود بیماری می‌تواند تأثیرگذار باشد (۱۰). تحقیقات حاکی از این است که بیماری سندرم تخمدان پلی کیستیک می‌تواند بهزیستی روانی و سلامت روانی زن‌ها را به شدت تحت تأثیر قرار دهد و سبب مشکلات روانشناختی در آنان شود (۱۱). به همین دلیل برخی مطالعات در این حوزه به سمت مطالعه کیفیت زندگی، سبک زندگی، ویژگی‌های عاطفی و جسمی تأثیرگذار در این بیماران سوق پیدا کرده است تا عوامل مؤثر بر مدیریت این بیماری شناسایی شود و بتوان از آن‌ها در جهت بهبود مدیریت بیماری استفاده کرد (۱۲). تحقیقات نشان داده است نشانه‌های افسردگی، اضطراب، ناگویی هیجانی و نوروگرایی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک در مقایسه با زنان عادی بالاتر است و ارتباط معنی‌داری بین اختلالات روانی-عاطفی مانند افسردگی و آندروژن‌های سرم خون این زنان وجود دارد. تحقیقات نشان می‌دهد آندروژن بالا باعث رفتار تهاجمی در مردان و زنان می‌شود در نتیجه آن می‌تواند سبب افسردگی باشد و سازگاری هیجانی را تحت تأثیر قرار دهد (۱۳). از جمله عوامل روان‌شناختی تأثیرگذار بر مدیریت این بیماری، می‌توان به سازگاری هیجانی اشاره کرد. سازه‌ای که به طور نظام‌مند در تعیین ساختار شخصیتی افراد ایفای نقش می‌کند (۱۴). سازگاری هیجانی، توانایی آمیزش، انطباق، مصالحه، همکاری و کنارآمدن با خود، محیط و دیگران تعریف شده است و متأثر از عوامل اجتماعی، روانی و زیستی است، به طوری که عواطف منفی حاصل از مشکلات اجتماعی با ایجاد مشکلات روانشناختی و یا مشکلات جسمانی می‌توانند این فرآیند را با وقفه مواجه کنند (۱۵). تحقیقات نشان داده است که وجود سندرم تخمدان پلی کیستیک در بروز و افزایش مشکلات و اختلالات روان‌شناختی و تأثیر بر رضایت زناشویی و رضایت جنسی تأثیرگذار است و آن را با چالش مواجه می‌کند و در نهایت بر

کاهش کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (۱۶). سازگاری زناشویی پایین با نشانه‌های استرس و در نهایت بروز علائم جسمانی و روانی در زوجین مرتبط است (۱۷). سازگاری زناشویی همچنین با عواملی همچون عملکرد جنسی، راهبردهای مقابله‌ای، وفاداری، اعتماد، ارزش‌های اخلاقی و سازگاری هیجانی زوجین مرتبط است، سازگاری زناشویی حالتی است که در آن یک احساس کلی از رضایت و شادکامی در زن و شوهر نسبت به ازدواج‌شان و نسبت به یکدیگر وجود دارد. سازگاری زناشویی به معنای نداشتن مشکل در زندگی نیست، بلکه به معنای ظرفیت سازگار شدن با مشکلات و توانایی حل آن‌ها است (۱۷).

در این میان نقش راهبردهای مقابله‌ای بیش از پیش نمایان می‌شود. راهبردهای مقابله‌ای، مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا به کار می‌رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌شود (۱۸). این راهبردها فرایندهایی پویا و مداوم هستند، راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار، کوشش‌هایی جهت تنظیم پیامدهای هیجانی واقعه تنش‌زاست و تعادل عاطفی و هیجانی را از طریق کنترل هیجانات حاصله از موقعیت تنش‌زا حفظ می‌کنند و در مقابل راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار که بیانگر اعمالی هستند که هدفشان تغییر یا کاهش موقعیت‌های فشارزاست و شامل اقدامات سازنده فرد در رابطه با شرایط تنش‌زا است و سعی دارد تا منبع تنیدگی را حذف کرده یا تغییر دهد (۱۸). نتایج مطالعات نشان داده است که بیماری‌های استرس‌مدار و وخیم‌تر شدن سلامت عمومی بیشتر در کسانی دیده می‌شود که پیوسته از مقابله‌ی هیجانی استفاده می‌کنند و دارای نقش اساسی در توانایی سازگاری با موقعیت‌های پرتنش زندگی می‌باشند (۱۹).

سبک‌های مسأله‌مدار کنار آمدن با خواسته‌ها و محدودیت‌های تنش‌زای محیط، جهت‌گیری‌های کیفیت زندگی این افراد امکان‌پذیر است. راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار رابطه معناداری با سلامت روان و کیفیت زندگی دارد (۲۰). به عنوان مثال، انتخاب راهبرد مقابله‌ای، می‌تواند بر روی کیفیت زندگی تأثیر مثبت یا منفی بگذارد، چنانچه تطابق خوب صورت پذیرد، کیفیت زندگی فرد افزایش یافته و در غیر این صورت مشکلاتی مانند عدم توانایی در حل تعارضات و از هم گسیختگی خانواده ایجاد می‌گردد (۲۱). در عین حال، استرس‌های گوناگون با تأثیر منفی که بر منابع مقابله‌ای فردی و اجتماعی شخص اعمال می‌کنند، باعث کاهش مقاومت فرد می‌گردند و در دراز مدت اثرات ناخوشایندی بر سلامت جسمی و روانی فرد می‌گذارند، کاربرد مقابله ناکارآمد در طولانی مدت طیف وسیعی از استرس پایدار و بی‌نظمی هیجانی را به بار می‌آورد که این آشفتگی در حوزه‌های جسمانی، اجتماعی و کل محیط زندگی نمود پیدا می‌کند و فرد از کیفیت زندگی مناسب جهت رشد و بالندگی برخوردار نخواهد بود (۲۲).

ضرورت پژوهش حاضر از این جهت است که این بیماری علاوه بر تأثیرات جسمی دارای بار روانشناختی نیز می‌باشد، در اکثر بررسی‌ها و پژوهش‌ها بیشتر به بحث پزشکی و جسمی این بیماری پرداخته شده و جنبه روانشناختی و توجه به کیفیت زندگی این زنان کمتر پرداخته شده است و همچنین بیشتر پژوهش‌ها به صورت پراکنده به بررسی برخی از متغیرهای مؤثر بر این بیماری پرداخته‌اند و مطالعه همزمان چندین متغیر که بتواند به صورت چند متغیری روابط این عوامل را در کنار هم بررسی کند، کمتر یافت شد. شناسایی عوامل روان‌شناختی تأثیرگذار و روابط این عوامل منجر به ارتقای دانش می‌گردد و از این نتایج می‌توان در طراحی روش‌های درمانی روان‌شناختی به منظور افزایش کیفیت زندگی این زنان علیرغم بیماری و عوارض آن سود جست. بنابراین هدف از انجام این پژوهش تدوین مدل ساختاری کیفیت زندگی بر اساس سازگاری هیجانی و سازگاری زناشویی با میانجی‌گری راهبردهای مقابله‌ای در زنان مبتلا به سندرم پلی‌کیستیک تخمدان بود.

روش و مواد

این پژوهش به روش همبستگی با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان متأهل ۲۰-۵۰ سال دارای سندرم تخمدان پلی‌کیستیک مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران، آزاد و دولتی در سال ۹۹-۱۳۹۸ بود. تعداد ۳۰۰ نفر نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین زنان دارای سندرم تخمدان پلی‌کیستیک مراجعه‌کننده به این مراکز انتخاب شدند. در تعیین تعداد نمونه به دلیل این که در پژوهش مدل‌یابی به ازای هر متغیر آشکار ۱۰ تا ۱۵ نفر نیاز است (۱۰) و بر اساس متغیرهای موجود و

وجود پنج متغیر آشکار، ۷۵ نفر مورد نیاز بود اما از آن جا که تعداد نمونه در پژوهش های مدل سازی نیابستی کمتر از ۲۰۰ نفر باشد، تعداد ۳۰۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس با تشخیص بیماری سندرم تخمدان پلی کیستیک توسط پزشک زنان انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال و متأهل بودن زنان بوده است. معیارهای خروج از پژوهش نیز ارائه اطلاعات ناقص و عدم پاسخگویی به تمامی سوالات پرسشنامه های پژوهش بوده است. جهت اجرای پرسشنامه ها، لیست بیمارستان های شهر تهران تهیه گردید، در گام بعدی از بین دانشگاه علوم پزشکی دولتی (دانشگاه های تهران، بهشتی و ایران) به صورت تصادفی دانشگاه علوم پزشکی تهران انتخاب شد. از بین بیمارستان های دارای کلینیک زنان، بیمارستان جامع زنان آرش و بیمارستان بوعلی انتخاب شد. ملاحظات اخلاقی این پژوهش به این شرح بود که به جهت حفاظت از اطلاعات شخصی افراد در پرسشنامه ها از کد استفاده شد. ابتدا توضیحات شفاهی درباره تحقیق و اهداف آن به افراد داده شد و آنها با رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت کردند. همچنین مشارکت کنندگان رضایت خود را به صورت کتبی اعلام کردند.

پرسشنامه کیفیت زندگی فرم - کوتاه سازمان جهانی بهداشت: پرسشنامه کیفیت زندگی فرم کوتاه دارای ۲۶ سؤال است که به ارزیابی چهار بعد کیفیت زندگی افراد می پردازد. در کل حداقل و حداکثر نمره بین ۲۶ تا ۱۳۰ می باشد. کسب نمرات بالاتر در این پرسشنامه به معنای کیفیت زندگی بالاتر در فرد است. بنابراین پرسشنامه در مجموع ۲۶ سوال دارد. برای نمره گذاری سوالات لیکرت ۵ گزینه ای وجود دارد که نمره گذاری از ۱ تا ۵ صورت می گیرد. نتایج مطالعات نصیری و رضویه این مقیاس دارای روایی همگرا و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴/ نشان دهنده همسانی درونی مطلوب آن است. در مورد پایایی مقیاس، در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت که در ۱۵ مرکز بین المللی این سازمان صورت گرفته است ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (۲۳). ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۱۳ به دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس پایایی برای خرده مقیاس های سلامت جسمی ۰/۷۰۲، سلامت روان شناختی ۰/۶۹۳، محیط اجتماعی ۰/۷۱۱ و روابط اجتماعی ۰/۶۵۱ به دست آمد که معرف سطح قابل قبولی از ثبات داخلی خرده مقیاس ها می باشد.

پرسشنامه سازگاری هیجانی: Rubio و همکاران در سال ۲۰۰۷ مقیاس سازگاری هیجانی را با هدف آزمون پایداری یا تعادل هیجانی افراد توسعه دادند (۲۵). این مقیاس شامل ۲۸ ماده است. مشارکت کنندگان به هر ماده روی یک طیف شش درجه ای از ۱ (کاملاً موافق) تا ۶ (کاملاً مخالف) پاسخ می دهند. این پرسشنامه دارای دو عامل فقدان نظم بخشی هیجانی و فیزیولوژیک و ناامیدی و تفکر آرزومندانه می باشد. حداقل و حداکثر نمره ۱۶۸ - ۲۸ می باشد. نمره بالاتر نشان دهنده سازگاری هیجانی بیشتر است یا به عبارتی نمره پایین تر نشان دهنده فقدان نظم بخشی و انگیختگی هیجانی و ناامیدی و تفکر آرزومندانه بیشتر است. در این مطالعه ضریب همسانی درونی مقیاس سازگاری هیجانی ۰/۸۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر جهت میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس پایایی برای خرده مقیاس های فقدان نظم بخشی هیجانی و فیزیولوژیک ۰/۸۱۴، و ناامیدی و تفکر آرزومندانه ۰/۷۹۱ به دست آمد که معرف سطح قابل قبولی از ثبات داخلی خرده مقیاس ها می باشد.

پرسشنامه سازگاری زناشویی: این ابزار توسط Spanier در سال ۱۹۷۶ تهیه گردیده است. این پرسشنامه برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از نظر زن و شوهر یا هر دو نفری است که با هم زندگی می کنند. پرسشنامه دارای ۳۲ سؤال با سبک لیکرت است. نمره کل مجموع تمام سوالات بین صفر تا ۱۵۱ است. افرادی که نمره آنها ۱۰۱ و یا کمتر از آن باشد، دارای مشکل ناسازگار تلقی می شوند و نمرات بالاتر از ۱۰۱ و بالاتر نشان دهنده رابطه بهتر است (۲۵). در ایران ملازاده، پایایی پرسشنامه را با روش باز آزمایی ۰/۸۶ و با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آورد و روایی همگرای پرسشنامه تایید شد (۲۶). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ محاسبه گردید و سوال ۲۸ به دلیل نداشتن پایایی مناسب حذف شد. این ضریب برای کل پرسشنامه ۰/۸۷۲ به دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس پایایی برای خرده مقیاس

های رضایت زناشویی ۰/۸۹۰، همبستگی دو نفری ۰/۸۷۸، توافق دو نفری ۰/۹۴۲ و ابراز محبت ۰/۷۸۱ به دست آمد که معرف سطح قابل قبولی از ثبات داخلی خرده مقیاس ها می باشد.

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای: پرسشنامه توسط Folkman and Lazarus در سال ۱۹۸۴ تهیه شده است و ۶۶ گویه دارد که هشت روش رویارویی را بررسی می کند. این الگوهای هشت گانه به دو دسته روش های مسأله مدار و هیجان مدار تقسیم شده است. قسمت مسأله محور داری چهار مؤلفه جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، حل مدبرانه مسئله و ارزیابی مجدد مثبت است و قسمت هیجان محور نیز شامل چهار مؤلفه رویارویی، دوری گزینی، خویشتن داری و گریز- اجتناب است. پرسشنامه دارای نمره گذاری لیکرت ۴ نمره ای است. به گزینه اصلا، عدد ۱ و گزینه زیاد، عدد ۴ تعلق می گیرد و حداقل و حداکثر نمره ۶۶-۲۶۴ می باشد. اعتبار پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس از طریق ثبات درونی اندازه‌های مقابله‌ای که به وسیله ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده (۰/۸۶) مناسب تشخیص داده شد (۲۷). در پژوهش حاضر جهت میزان آلفای کرونباخ محاسبه گردید و سوالات ۱ و ۲۶ به دلیل نداشتن پایایی مناسب حذف شد. این ضریب برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ به دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس پایایی برای خرده مقیاس های راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار ۰/۸۱ و راهبرد مقابله مسئله مدار ۰/۷۳ به دست آمد.

در راستای تحلیل استنباطی از روش مدل معادلات ساختاری و برازندگی الگوی پیشنهادی براساس شاخص مجذور خی دو، شاخص برازندگی تطبیقی CFI، شاخص نیکویی برازش GFI، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده AGFI و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب RMSEA و باقی مانده ریشه مجذور میانگین (SRMR) بررسی شد. برای ارزیابی روابط واسطه‌ای از آزمون بوتاسترپ استفاده شد. سطح معناداری در این پژوهش، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. تحلیل های فوق با بهره گیری از نرم افزار SPSS-21 و PLS به اجرا در آمد. سطح معناداری آزمون ها در این پژوهش، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان در پژوهش حاضر، (۷/۵) ۴۲/۹ سال بود. توزیع فراوانی اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان در جدول شماره ۱ ارایه شده است.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه

متغیر	(درصد) تعداد	متغیر	(درصد) تعداد
بوعلی	۱۱۱ (۳۷)	سن بلوغ	۸-۱۲ سال
بیمارستان	آرش	۱۸۹ (۶۳)	۱۳-۱۶ سال
سن آزمودنی‌ها	۳۸ (۱۲/۸)	مدت ازدواج	کمتر از ۵ سال
	۶۷ (۲۲/۳)	۶-۱۰ سال	۸۸ (۲۹/۴)
	۴۹ (۱۶/۴)	۱۱-۱۵ سال	۵۹ (۱۹/۷)
	۵۰ (۱۶/۷)	۱۶-۲۰ سال	۲۹ (۹/۷)
	۴۰ (۱۳/۲)	۲۱-۲۵ سال	۲۶ (۸/۶)
	۵۶ (۱۸/۶)	۲۶-۳۰ سال	۱۷ (۵/۸)
تحصیلات	۱۲ (۴/۰)	بیشتر از ۳۰ سال	۹ (۲/۹)
	۲۰ (۶/۷)	تعداد فرزندان	بدون فرزند
	۲۱ (۷/۰)	یک	۱۰۸ (۳۶)
	۱۵۵ (۵۱/۷)	دو	۶۸ (۲۲/۷)
	۸۲ (۲۷/۳)	سه	۹۱ (۳۰/۳)
	۱۰ (۳/۳)	چهار فرزند و بیشتر	۲۶ (۸/۷)
شغل	۱۲۶ (۴۲/۰)		۷ (۲/۳)
	۱۷۳ (۵۷/۷)		
	۱ (۰/۳)		

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی مشکلات سندم تخمدان پلی کیستیک در شرکت کنندگان در مطالعه

متغیر	پاسخها	(درصد) تعداد
وضعیت اضافه وزن	بله	۲۲۲ (۷۴)
	خیر	۷۸ (۲۶)
عوارض و مشکلات مرتبط با سندرم پلی کیستیک تخمدان	نازایی	۱۰۸ (۳۶)
	زایمان زودرس	۲۴ (۸)
	سقط جنین	۳۱ (۱۰/۳)
	خونریزی، قاعدگی های نامنظم، درد و نظایر این	۶۵ (۲۱/۷)
	نامشخص (علامت نزدند)	۴ (۱/۳)
وضعیت مو زائد	هیچ کدام	۶۸ (۲۲/۷)
	بله	۱۶۲ (۵۴)
	خیر	۱۳۸ (۴۶)
وضعیت پرپود	منظم	۸۱ (۲۷)
	نا منظم	۱۹۱ (۶۳/۷)
	نا مشخص	۲۸ (۹/۳)

در ادامه به بررسی حداقل نمره، حداکثر نمره و دامنه تغییرات، میانگین و انحراف استاندارد پرداخته شد که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

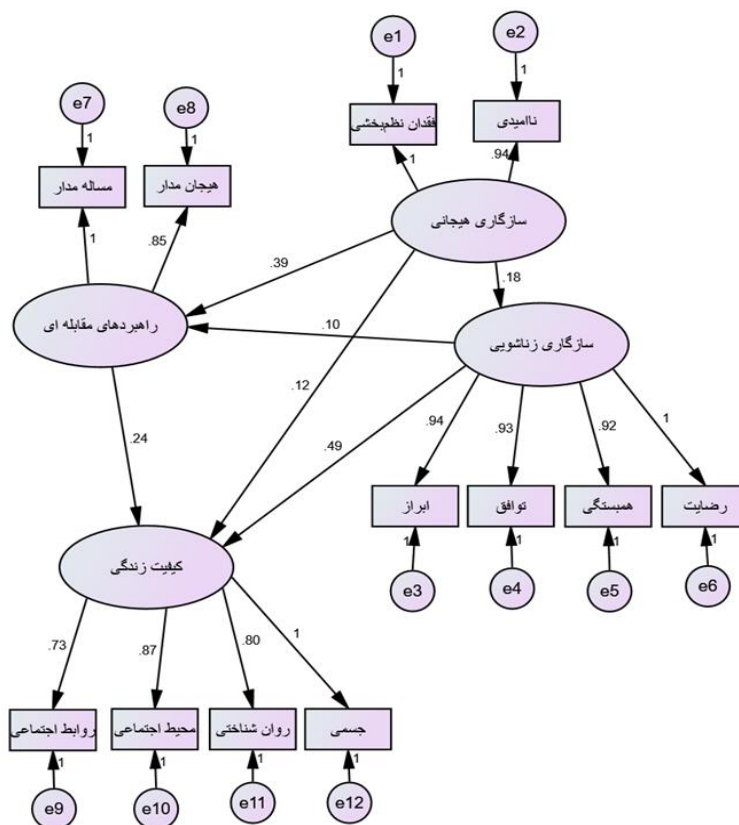
جدول شماره ۳- همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

۵	۴	۳	۲	۱	(انحراف معیار) میانگین	
				*	۹۴/۱ (۱/۲)	۱- سازگاری هیجانی
			*	۰/۱۸	۱۰۳/۱ (۱/۲)	۲- سازگاری زناشویی
		*	۰/۱۶	۰/۴۰	۴۸/۷ (۸/۵)	۳- راهبرد مسأله مدار
	*	۰/۷۳	-۰/۳۶	-۰/۵۰	۵۳/۱ (۹/۶)	۴- راهبرد هیجان مدار
*	-۰/۴۱	۰/۳۷	۰/۵۵	۰/۳۱	۷۷/۷ (۰/۷۳)	۵- کیفیت زندگی

با افزایش میانگین (انحراف معیار) سازگاری هیجانی (۱/۲) ۹۴/۱ و سازگاری زناشویی (۱/۲) ۱۰۳/۱، میانگین (انحراف معیار) نمره کیفیت زندگی (۰/۷۳) ۷۷/۷ افزایش یافت ($P < ۰/۰۱$). همچنین با افزایش میانگین (انحراف معیار) راهبرد مسأله مدار (۸/۵) ۴۸/۷ نمره کیفیت زندگی افزایش و با افزایش میانگین (انحراف معیار) راهبرد هیجان مدار (۹/۶) ۵۳/۱ نمره کیفیت زندگی کاهش یافت ($P < ۰/۰۱$). راهبرد مقابله ای مسئله مدار ($\beta = ۰/۲۸$) و هیجان مدار ($\beta = -۰/۲۴$) در رابطه بین سازگاری هیجانی و کیفیت زندگی نقش واسطه ای داشت به این صورت که با اثر مستقیم راهبرد مقابله ای مسئله مدار، و اثر معکوس راهبرد مقابله ای هیجان مدار، کیفیت زندگی افزایش یافت. راهبرد مقابله ای مسئله مدار ($\beta = ۰/۳۲$) و هیجان مدار ($\beta = -۰/۳۰$) در رابطه بین سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی نقش واسطه ای داشت به این صورت که با اثر مستقیم راهبرد مقابله ای مسئله مدار، و اثر معکوس راهبرد مقابله ای هیجان مدار، کیفیت زندگی افزایش یافت.

جدول شماره ۴- برازش کلی مدل

متغیر	R Square	√ R Square	NFI
سازگاری زناشویی	۰/۰۳۴	۰/۱۸۴	۰/۸۰۱
راهبردهای مقابله ای	۰/۱۷۵	۰/۴۱۸	
کیفیت زندگی	۰/۳۹۸	۰/۶۳۰	



نمودار ۱- بارهای عاملی و ضرایب مسیر (خروجی PLS)

شاخص NFI در مقادیری بین ۰ و ۱ قرار دارد. هرچه NFI به ۱ نزدیک تر باشد، مناسب تر است. مقادیر NFI بالای ۰/۷ معمولاً تناسب قابل قبولی را نشان می دهد و بالای ۰/۸ خوب و بالای ۰/۹ خیلی خوب تلقی می شود. با توجه به میزان NFI=۰/۸۰۱ مدل برازش خوبی دارد. در ادامه، جدول شماره ۵، اثرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای پژوهش بر یکدیگر را نشان می دهند.

جدول شماره ۵- اثرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرها

متغیر	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل	واریانس تبیین شده
به کیفیت زندگی از سازگاری هیجانی	۰/۱۲۶	۰/۰۹۰	۰/۲۱۶	۰/۳۹۸
سازگاری زناشویی	۰/۴۹۸	۰/۰۲۲	۰/۵۲	
راهبردهای مقابله‌ای مسأله مدار	۰/۲۳۹	۰/۰۹۴	۰/۳۳۳	
به راهبردهای مقابله‌ای از سازگاری هیجانی	۰/۳۹۲	۰/۰۱۷	۰/۴۰۹	۰/۱۷۵
سازگاری زناشویی	۰/۰۹۱	۰/۰۱۷	۰/۱۰۸	

بحث

مطالعه نشان داد که با افزایش میانگین (انحراف معیار) سازگاری هیجانی (۱/۲) و سازگاری زناشویی (۱/۲) ۱۰۳/۱، میانگین (انحراف معیار) نمره کیفیت زندگی (۰/۷۳) ۷۷/۷ افزایش یافت. همچنین با افزایش میانگین (انحراف معیار) راهبرد مسأله مدار ۴۸/۷ (۸/۵) نمره کیفیت زندگی افزایش و با افزایش میانگین (انحراف معیار) راهبرد هیجان مدار ۵۳/۱ (۹/۶) نمره کیفیت زندگی کاهش یافت. راهبرد مقابله‌ای مسأله مدار ($\beta=0/28$) و هیجان مدار ($\beta=-0/24$) در رابطه بین سازگاری هیجانی و کیفیت زندگی نقش واسطه‌ای داشت به این معنی که با افزایش میزان راهبرد مقابله‌ای مسأله مدار، و کاهش

میزان راهبرد مقابله ای هیجان مدار، نمره کیفیت زندگی افزایش یافت. راهبرد مقابله ای مسئله مدار ($\beta=0/32$) و هیجان مدار ($\beta=0/30$) در رابطه بین سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی نقش واسطه ای داشت به این صورت که با افزایش راهبرد مقابله ای مسئله مدار، و کاهش راهبرد مقابله ای هیجان مدار، نمره کیفیت زندگی افزایش یافت. یافته ها نشان داد سازگاری هیجانی دارای رابطه مثبت معناداری با کیفیت زندگی است و بر اساس نتایج به دست آمده اثر مستقیم مسیر سازگاری هیجانی بر کیفیت زندگی زنان دارای سندرم تخمدان پلی کیستیک تایید شد. این نتیجه همسو با نتایج *Damone* و همکاران (۹) مبنی بر افسردگی، اضطراب و استرس درک شده در زنان مبتلا و غیر مبتلا به سندرم پلی کیستیک تخمدان و پژوهش *Dokras* و همکاران (۱۰) مبنی بر سندرم تخمدان پلی کیستیک آندروژن: افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی، و اختلالات خوردن در سندرم تخمدان پلی کیستیک همسو بود. در تبیین این یافته می توان گفت که وجود سازگاری هیجانی پایین به دلیل عدم توانایی کنترل هیجانات، ارضای نیازها، برقراری روابط مناسب، درک دیگران و درونیات خود و تحمل شکست و ناکامی بر سبک زندگی و کیفیت زندگی افراد تأثیر می گذارد و سبب پایین آمدن کیفیت زندگی آنان می شود. همچنین مطالعات نشان داده است که نشانه های افسردگی، اضطراب، ناگویی هیجانی و نوروژنری در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک در مقایسه با زنان عادی بالاتر است (۱۱) و ارتباط معنی داری بین اختلالات روانی-عاطفی مانند افسردگی و آندروژن های سرم خون این زنان وجود دارد، تحقیقات نشان می دهد آندروژن بالا باعث رفتار تهاجمی در مردان و زنان می شود در نتیجه آن می تواند سبب افسردگی باشد و به عبارت دیگر می توان گفت سازگاری هیجانی را تحت تأثیر قرار دهد (۲۸). اثر مستقیم مسیر سازگاری زناشویی بر کیفیت زندگی زنان دارای سندرم تخمدان پلی کیستیک تایید شد. این نتیجه همسو با نتایج پژوهش بصیرت و همکاران (۴) مبنی بر استرس، افسردگی، عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی در زنان نابارور با و بدون سندرم تخمدان پلی کیستیک همسو بود. در تبیین این یافته می توان گفت که سازگاری زناشویی بر بسیاری از ابعاد زندگی فردی و اجتماعی افراد تأثیرات مهمی به جای می گذارد و سازگاری زناشویی پایین با نشانه های استرس و در نهایت بروز علائم جسمانی و روانی در زوجین مرتبط است (۱۲). بنابراین وجود سندرم تخمدان پلی کیستیک در بروز و افزایش مشکلات و اختلالات روان شناختی بر سازگاری زناشویی و رضایت جنسی تأثیرگذار است و این تأثیر نامطلوب سازگاری زناشویی را با چالش مواجه می کند (۲۳)، این چالش ها و مشکلات در نهایت بر کاهش کیفیت زندگی تأثیر گذارند (۲۸). بر اساس نتایج به دست آمده اثر مستقیم راهبردهای مقابله ای بر کیفیت زندگی زنان دارای سندرم تخمدان پلی کیستیک تایید شد. این نتیجه همسو با نتایج پژوهش *Carron* و همکاران (۸) مبنی بر مقابله در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک، پژوهش *Benson* و همکاران (۵) مبنی بر مقابله ناسازگارانه با بیماری در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک و پژوهش کلاهی و همکاران (۱۶) مبنی بر رابطه کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله ای در بیماران مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک است. در تبیین این یافته می توان گفت بیماری سندرم پی کیستیک تخمدان به دلیل عوارض جانبی (اعم از تغییرات هورمونی، تغییرات ظاهری و بین فردی) موجب ایجاد فشار روانی بر این زنان می گردد و استرس های گوناگون با تأثیر منفی ای که بر منابع مقابله ای فردی و اجتماعی شخص اعمال می کنند، باعث کاهش مقاومت فرد می گردند و در دراز مدت اثرات ناخوشایندی بر بهداشت جسمی و روانی فرد گذاشته و در نهایت کیفیت زندگی را کاهش می دهد (۵). در عین حال کاربرد مقابله ناکارآمد در طولانی مدت طیف وسیعی از استرس پایدار و بی نظمی هیجانی را به بار می آورد که این آشفتگی در حوزه های جسمانی، اجتماعی و کل محیط زندگی نمود پیدا می کند و فرد از کیفیت زندگی مناسب جهت رشد و بالندگی برخوردار نخواهد بود (۶). راهبردهای سازگاری با این بیماری می تواند در کمک به سازگاری این زنان با بیماری و ارتقای سطح کیفیت زندگی آنان مؤثر باشد (۱۱). نتایج نشان داده اند که در گروهی از این زنان همزمان با افزایش نمرات مشکلات روان شناختی، استفاده از مقابله هیجانی ناسازگار، افزایش بیشتری داشت و استفاده کمتر از راهبرد مسئله مدار دیده شد (۶). مطالعات همبستگی بالایی بین کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله عاطفی - هیجانی را نشان دادند، این محققان بیان کردند که بیماران مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک در معرض خطر بیماری ها و مشکلات روان شناختی هستند که منجر به کاهش کیفیت زندگی می شود. بنابراین این بیماران نیاز به

حمایت و راهنمایی برای استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب و سازگارانه دارند. همچنین نه تنها درمان جسمی بلکه نظارت و مراقبت روانی به ویژه حمایت اجتماعی نیز باید برای آنها انجام شود (۱۶). رابطه سازگاری زناشویی و سازگاری هیجانی زنان دارای سندرم تخمدان پلی کیستیک تایید شد. این نتیجه همسو با نتایج با نتایج Damone و همکاران (۹) مبنی بر افسردگی، اضطراب و استرس درک شده در زنان مبتلا و غیر مبتلا به سندرم پلی کیستیک تخمدان و پژوهش بصیرت و همکاران (۴) مبنی بر استرس، افسردگی، عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی در زنان نابارور با و بدون سندرم تخمدان پلی کیستیک است. از آنجا که سازگاری هیجانی متأثر از عوامل اجتماعی، روانی و زیستی است وجود عواطف منفی حاصل از مشکلات اجتماعی با ایجاد مشکلات روانشناختی و یا مشکلات جسمانی می‌توانند این فرآیند را با وقفه مواجه کنند (۷). نتایج نشان داده‌اند که نشانه‌های افسردگی، اضطراب، ناگویی هیجانی و نوروگرایی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک در مقایسه با زنان عادی بالاتر است و سندرم پلی کیستیک تخمدان به دلیل تغییرات هورمونی و جسمی که در زنان ایجاد می‌کند سبب ایجاد بار روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) و مشکل در تنظیم هیجانی این بیماران می‌شود و فشار روانی را در فرد ایجاد می‌کند فشار روانی ایجاد شده سبب بروز مشکلات روان‌شناختی و مشکل در ارتباطات بین فردی این بیماران می‌شود (۱۷). تحقیقات نشان می‌دهد ارتباط معنی‌داری بین اختلالات روانی - عاطفی مانند افسردگی و آندروژن‌های سرم خون این زنان وجود دارد، آندروژن بالا باعث رفتار تهاجمی در مردان و زنان می‌شود، در نتیجه می‌تواند سبب افسردگی شود و سازگاری هیجانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۴). در نهایت این عوامل بر سازگاری زناشویی این زنان تأثیر گذار است (۳۲). اثر غیر مستقیم سازگاری هیجانی با میانجی‌گری راهبردهای مقابله‌ای بر کیفیت زندگی زنان دارای سندرم تخمدان پلی کیستیک نیز تایید شد که همسو با نتایج پژوهش Carron و همکاران (۸) مبنی بر مقابله در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک، پژوهش Benson و همکاران (۵) مبنی بر مقابله ناسازگارانه با بیماری در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک و پژوهش کلاهی و همکاران (۱۶) مبنی بر رابطه کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک است. در بیماران مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک میزان اضطراب و افسردگی بیشتر و به تبع آن سازگاری هیجانی پایین‌تری وجود دارد (۲۹)، وجود سازگاری هیجانی پایین به دلیل عدم توانایی کنترل هیجانات، ارضای نیازها، برقراری روابط مناسب، درک دیگران و درونیات خود، منجر به استفاده بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای هیجانی می‌گردد (۱۸)، مطالعات نشان داده‌اند که راهبردهای سازگاری و انطباقی، با تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت استرس‌زا منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌گردد (۳۰). انتخاب راهبرد مقابله‌ای، می‌تواند بر روی کیفیت زندگی تأثیر مثبت یا منفی بگذارد، چنانچه تطابق خوب صورت پذیرد، کیفیت زندگی فرد افزایش یافته و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای نامناسب، تحمل شکست و ناکامی بر سبک زندگی و کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد و سبب پایین آمدن کیفیت زندگی آنان می‌شود (۱۶). در این مدل اثر غیر مستقیم مسیر سازگاری زناشویی با میانجی‌گری راهبردهای مقابله‌ای بر کیفیت زندگی زنان دارای سندرم تخمدان پلی کیستیک تایید نشد. این نتیجه با نتایج پژوهش بصیرت و همکاران (۴) مبنی بر استرس، افسردگی، عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی در زنان نابارور با و بدون سندرم تخمدان پلی کیستیک و با نتایج پژوهش Carron و همکاران (۸) مبنی بر مقابله در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک، غیر همسو است. بیماری سندرم پلی کیستیک تخمدان با توجه به عوارضی که به همراه دارد و بر ارتباطات بین فردی از جمله ارتباط با همسر (سازگاری زناشویی) تأثیر گذار است (۲) از جمله این عوامل می‌توان به مشکلات در عملکرد جنسی (۷) اشاره کرد. راهبردهای سازگاری و راهبردهای مقابله‌ای به عنوان راهی جهت افزایش سازگاری زناشویی مطرح هستند (۲)، که این عوامل در نهایت منجر به افزایش کیفیت زندگی می‌گردد (۱۶). در این پژوهش این مسیر معنادار نشد، با توجه به معناداری مسیر سازگاری زناشویی بر کیفیت زندگی (به صورت مستقیم)، احتمال دارد در مسیر سازگاری زناشویی به راهبرد مقابله‌ای باید متغیرهای میانجی قرار بگیرند به عبارت دیگر راهبرد مقابله‌ای به تنهایی نمی‌تواند مسیر سازگاری زناشویی به کیفیت زندگی را معنی کند و نیاز به متغیرهای دیگری است. از محدودیت این پژوهش می‌توان به این موضوع اشاره کرد که این پژوهش در دو بیمارستان شهر تهران اجرا شده است و استفاده از نتایج آن در مناطق دیگر باید با احتیاط

صورت گیرد. از جمله پیشنهادات بر آمده از این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد: با توجه به محدودیت در اجرا پیشنهاد می‌گردد این پژوهش در دوران پس از کرونا اجرا گردد و نتیجه‌های دو پژوهش مقایسه شوند. با توجه به وجود افسردگی بیشتر در این زنان پیشنهاد می‌شود که این پژوهش با در نظر گرفتن متغیرهایی همانند پریشانی روانی، نشخوار فکری و نظایر آن اجرا گردد. همچنین با توجه به مشکلات روان‌شناختی و کاهش کیفیت زندگی این زنان پیشنهاد می‌شود که علاوه بر دریافت خدمات پزشکی، خدمات روان‌شناختی جهت کاهش عوارض ناشی از بیماری به این زنان ارائه شود. با توجه به اینکه در برخی از پژوهش‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه زنان مبتلا به سندرم پلی کیستیک تخمدان استفاده شده بود پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی به طور همزمان از هر دو پرسشنامه کیفیت زندگی (کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم پلی کیستیک تخمدان) استفاده شود. این مطالعه بر روی زنان متأهل انجام شده است توصیه می‌شود در مطالعات بر روی زنان و دختران مجرد پرداخته شود. در انتها، با توجه به معناداری مدل، توصیه می‌شود مدل درمانی و آموزشی مبتنی بر مدل این پژوهش تدوین گردد و اثربخشی آن بررسی شود.

نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد سازگاری هیجانی و زناشویی هر دو موجب بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک شد. راهبرد مسأله مدار نیز با بهبود کیفیت زندگی همراه بود اما راهبرد هیجان مدار موجب بدتر شدن کیفیت زندگی شد. علاوه بر این راهبرد مقابله ای مسئله مدار و هیجان مدار در رابطه بین سازگاری هیجانی و سازگاری زناشویی با کیفیت زندگی نقش واسطه ای داشت، یعنی با افزایش راهبرد مسأله مدار، کیفیت زندگی بهتر و با افزایش راهبرد هیجان مدار کیفیت زندگی بدتر شد.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش حاضر، کمال تشکر و قدردانی می‌گردد. این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول پژوهش و دارای کد کمیته اخلاق به شماره IR.IAU.TMU.REC.1399.092 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی می‌باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Açmaz G, Albayrak E, Acmaz B, Başer M, Soyak M, Zararsız G, İpekMüderriş İ. Level of anxiety, depression, self-esteem, social anxiety, and quality of life among the women with polycystic ovary syndrome. *The Scientific World Journal*. 2013;2(4):19-28.
2. Karimi R, Bakhtiyari M, Arani AM. Protective factors of marital stability in long-term marriage globally: a systematic review. *Epidemiology and health*. 2019;41(1):72-83.
3. Basirat Z, Faramarzi M, Esmaelzadeh S, Firoozjai SA, Mahouti T, Geraili Z. Stress, depression, sexual function, and alexithymia in infertile females with and without polycystic ovary syndrome: a case-control study. *International journal of fertility & sterility*. 2019;13(3):203.
4. Basirat Z, Faramarzi M, Chehrizi M, Amiri M, Ghofrani F, Tajalli Z. Differences between infertile women with and without PCOS in terms of anxiety, coping styles, personality traits, and social adjustment: a case-control study. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2020;301(2):619-26.
5. Benson S, Hahn S, Tan S, Janssen OE, Schedlowski M, Elsenbruch S. Maladaptive coping with illness in women with polycystic ovary syndrome. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2010;39(1):37-45.
6. Omidian M, Rahimian Boogar I, Talepasand S, Najafi M, Kaveh M. The Cultural Tailoring and Effectiveness of Couples Coping Enhancement Training on Marital Adjustment of Wives. *Practice in Clinical Psychology*. 2019;7(1):43-52.
7. Bozdag G, Mumusoglu S, Zengin D, Karabulut E, Yildiz BO. The prevalence and phenotypic features of polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction*. 2016;31(12):2841-55.

8. Carron R, Kooienga S, Boyle DK, Alvero R. Coping in women with polycystic ovary syndrome: implications for practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2017;13(10):700-7.
9. Damone AL, Joham AE, Loxton D, Earnest A, Teede HJ, Moran LJ. Depression, anxiety and perceived stress in women with and without PCOS: a community-based study. *Psychological medicine*. 2019;49(9):1510-20.
10. Dokras A, Stener-Victorin E, Yildiz BO, Li R, Ottey S, Shah D, Epperson N, Teede H. Androgen Excess-Polycystic Ovary Syndrome Society: position statement on depression, anxiety, quality of life, and eating disorders in polycystic ovary syndrome. *Fertility and sterility*. 2018;109(5):888-99.
11. De Frène V, Verhofstadt L, Loeys T, Stuyver I, Buysse A, De Sutter P. Sexual and relational satisfaction in couples where the woman has polycystic ovary syndrome: a dyadic analysis. *Human reproduction*. 2015;30(3):625-31.
12. Ruvalcaba-Romero NA, Fernández-Berrocal P, Salazar-Estrada JG, Gallegos-Guajardo J. Positive emotions, self-esteem, interpersonal relationships and social support as mediators between emotional intelligence and life satisfaction. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 2017;9(1):1-6.
13. Głowińska A, Zielona-Jenek M, Pawelczyk A, Banaszewska BE. Determinants of emotional problems and mood disorders in women with polycystic ovary syndrome. *Ginekologia polska*. 2016;87(6):405-10.
14. Sánchez-Ferrer ML, Adoamnei E, Prieto-Sánchez MT, Mendiola J, Corbalán-Biyang S, Moñino-García M, Palomar-Rodríguez JA, Torres-Cantero AM. Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome attending to a tertiary hospital in Southeastern Spain: a case-control study. *Health and quality of life outcomes*. 2020;18(1):1-10.
15. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications; 2015.
16. Kolahi L, Asemi N, Mirzaei M, Adibi N, Beiraghdar M, Mehr AM. The relationship between quality of life and coping strategies in polycystic ovary syndrome patients. *Advanced biomedical research*. 2015;4:12-23.
17. Sentse M, Prinzie P, Salmivalli C. Testing the direction of longitudinal paths between victimization, peer rejection, and different types of internalizing problems in adolescence. *Journal of abnormal child psychology*. 2017;45(5):1013-23.
18. Rodríguez-Entrena M, Schuberth F, Gelhard C. Assessing statistical differences between parameters estimates in Partial Least Squares path modeling. *Quality & quantity*. 2018;52(1):57-69.
19. Brutocao C, Zaiem F, Alsawas M, Morrow AS, Murad MH, Javed A. Psychiatric disorders in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine*. 2018;62(2):318-25.
20. Simon S, Keitel M, Bigony C, Park-Taylor J. Psychological distress in women with polycystic ovary syndrome: the role of attachment and coping. *Psychology, health & medicine*. 2020;1(3):10-17.
21. Amiri M, Bidhendi Yarandi R, Nahidi F, Tohidi M, Ramezani Tehrani F. The relationship between clinical and biochemical characteristics and quality of life in patients with polycystic ovary syndrome. *Clinical endocrinology*. 2019;90(1):129-37.
22. McKinney C, Milone MC, Renk K. Parenting and late adolescent emotional adjustment: Mediating effects of discipline and gender. *Child Psychiatry & Human Development*. 2011;42(4):463-81.
23. Rzońca E, Iwanowicz-Palus G, Bień A, Wdowiak A, Szymański R, Chołubek G. Generalized self-efficacy, dispositional optimism, and illness acceptance in women with polycystic ovary syndrome. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(11):2484-96.
24. Carlson JM, Miller PA. Family burden, child disability, and the adjustment of mothers caring for children with epilepsy: Role of social support and coping. *Epilepsy & Behavior*. 2017;68(1):168-73.
25. Basirat Z, Faramarzi M, Chehrazi M, Amiri M, Ghofrani F, Tajalli Z. Differences between infertile women with and without PCOS in terms of anxiety, coping styles, personality traits, and social adjustment: a case-control study. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2020;301(2):619-26.
26. Scaruffi E, Franzoi IG, Civilotti C, Guglielmucci F, La Marca L, Tomellini M, Veglia F, Granieri A. Body image, personality profiles and alexithymia in patients with polycystic ovary syndrome (PCOS). *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2019;40(4):294-303.
27. Annette S, Stephan G, Mueser KT, Martin H, Elisabeth R, Ulrich G, Marketa C, Rolf E, Hans-Jürgen M, Peter F. A 2-year longitudinal study of neuropsychological functioning, psychosocial adjustment and rehospitalisation in schizophrenia and major depression. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2020;270(6):699-708.

28. Sulaiman MA, Al-Farsi YM, Al-Khaduri MM, Waly MI, Saleh J, Al-Adawi S. Psychological burden among women with polycystic ovarian syndrome in Oman: a case-control study. *International journal of women's health*. 2017;9(2):897-910.
29. Tan J, Wang QY, Feng GM, Li XY, Huang W. Increased risk of psychiatric disorders in women with polycystic ovary syndrome in Southwest China. *Chinese medical journal*. 2017;130(3):262-73.
30. Veltman-Verhulst SM, Boivin J, Eijkemans MJ, Fauser BJ. Emotional distress is a common risk in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis of 28 studies. *Human reproduction update*. 2012;18(6):638-51.
31. World Health Organization. *World report on ageing and health*. World Health Organization; 2015;1(3):45-59.
32. Cheung YB, Yeo KK, Chong KJ, Khoo EY, Wee HL. Reliability and validity of the English-, Chinese-and Malay-language versions of the World Health Organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire in Singapore. *Ann Acad Med Singap*. 2017;46(12):461-9.