

مقایسه ی تاب آوری، کفایت اجتماعی و سبک‌های دفاعی در زنان مبتلا و غیر مبتلا به کیست تخمدان

مژگان سپاه منصور^۱ و مرضیه مدرسی^۲

کیست تخمدان از جمله بیماریهای شایع و در عین حال مهم تخمدان در زنان محسوب می شود که می تواند در نتیجه تغییرات فیزیولوژیک، عفونت ها و نیوپلاسم های خوش خیم و بد خیم ایجاد شود. هدف پژوهش حاضر، مقایسه ی تاب آوری، کفایت اجتماعی و سبک‌های دفاعی در زنان مبتلا و غیر مبتلا به کیست تخمدان بود. بدین منظور، طی یک پژوهش علی-مقایسه ای ۱۴۰ زن ۱۸ تا ۳۸ ساله مراجعه کننده به بیمارستان کسری شهر تهران با تشخیص کیست تخمدان و نبود کیست تخمدان، به صورت نمونه ی هدفمند انتخاب و از نظر تاب آوری، سبک‌های دفاعی و کفایت اجتماعی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد بین نمرات تاب آوری در دو گروه زنان عادی و دارای کیست تخمدان تفاوت معنا داری وجود دارد و زنان عادی در مقایسه با زنان دارای کیست تخمدانی از تاب آوری بالاتر برخوردارند. همچنین معلوم شد که از بین سبک‌های دفاعی فقط بین نمرات سبک دفاعی رشد نیافته در دو گروه زنان عادی و دارای کیست تخمدانی تفاوت معنا داری وجود دارد و زنان دارای کیست تخمدانی بیشتر از زنان عادی از سبک های دفاعی رشد نیافته استفاده می کنند. در مقیاس حمایت اجتماعی نیز زنان مبتلا به کیست تخمدان، نمره کمتری دریافت کردند و این نشان می‌دهد که زنان عادی در مقایسه با زنان دارای کیست تخمدانی از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند. نتایج تحقیق حاکی از وجود مشکلات روان شناختی در زنان مبتلا به کیست تخمدان است و به نظر می رسد که آموزش های مبتنی بر تقویت سطح تاب آوری و افزایش کفایت اجتماعی در زنان می تواند ارزش پیشگیری داشته باشد.

واژه های کلیدی: تاب آوری، کفایت اجتماعی، سبک‌های دفاعی، کیست تخمدان

مقدمه

کیست تخمدان، از جمله بیماریهای شایع و در عین حال مهم تخمدان در زنان محسوب می‌شود که می‌تواند در نتیجه تغییرات فیزیولوژیک، عفونت‌ها و نیوپلاسم های خوش خیم و بد خیم ایجاد شود. تحقیقات نشان داده است که کیفیت زندگی زنان مبتلا به این سندرم در مقایسه با افراد سالم و حتی

۱. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران (نویسنده ی مسوول) drsepahmansour@yahoo.com

۲. دپارتمان روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران

در مقایسه با مبتلایان به دیگر بیماریهای زنان، پایین تر است (چینگ، بروکه و استوکی، ۲۰۰۷). این امر در زنان با سطح تاب آوری پایین تر بیشتر مشهود است و از آنجا که تاب آوری در مورد افرادی به کار برده می شود که در برابر فشار روانی مقاوم ترند، بنابراین نسبت به بیشتر افراد کمتر مستعد بیماری هستند و طول عمر بیشتری دارند (بشارت، ۲۰۰۸). تاب آوری را می توان به صورت توانایی بیرون آمدن از شرایط سخت یا تعدیل آن تعریف نمود. در واقع، تاب آوری ظرفیت افراد برای سالم ماندن و مقاومت و تحمل در شرایط سخت و پر خطر است که فرد نه تنها بر آن شرایط دشوار فایق می شود بلکه طی آن و با وجود آن قوی تر نیز می شود (کیانی، ۲۰۱۰). تاب آوری خود به خود ایجاد نمی شود مگر اینکه فرد در موقعیت دشوار و ناخوشایندی قرار گیرد تا برای رهایی از آن یا صدمه پذیری کمتر، حداکثر تلاش را برای کشف و بهره گیری از عوامل محافظت کننده (فردی و محیطی) در درون و بیرون خود که همواره به صورت بالقوه وجود دارد، بکار گیرد (ماستن، ۲۰۱۴).

عوامل تاب آوری باعث می شوند که فرد در شرایط دشوار و با وجود عوامل خطر ساز از ظرفیت های موجود خود در دست یابی به موفقیت و رشد زندگی استفاده کند و از این چالش و آزمونها به عنوان فرصتی برای توانمند کردن خود بهره جوید و از آنها سربلند بیرون آید (اولسون، ۲۰۱۴). تاب آوری با در نظر داشتن توأم شرایط استرس زا و توانایی ذاتی افراد برای پاسخ گویی، دوام آوردن و رشد نرمال در حضور شرایط استرس زا مطرح می شود. تحقیقات جدید تر نشانگر پیوند نه تنها بین تاب آوری و بیماری بلکه بین تاب آوری و طول عمر است. بنابراین داشتن این ویژگی نه تنها ما را در قبال بیماری ها ایمن می کند بلکه به کفایت اجتماعی فرد در طول سال های عمر نیز منجر می شود (رحیمیان بوگر و اصغر نژاد، ۲۰۰۸).

تحقیقات (استرنسون، ۲۰۱۴) نشان می دهد که کفایت اجتماعی به عنوان توانایی افراد برای عمل به شیوه ی سازگارانه ی متناسب با سن و توانایی شناختی تعریف می شود. کفایت اجتماعی، دربرگیرنده عواملی چون خودآگاهی، آگاهی اجتماعی، مدیریت خود، مهارت های ارتباطی و مسوولیت تصمیم گیری است. هسته ی مرکزی کفایت اجتماعی، مهارت های ارتباطی است زیرا از طریق مهارت های ارتباطی مولفه های دیگر کسب می شود (فلنر، لیس و فیلیس، ۲۰۱۳). کفایت اجتماعی، پایه و اساسی برای گسترش طیفی از پیامدهای مطلوب از قبیل اعتماد به نفس، رفاه اجتماعی، کیفیت دوستی، مسوولیت پذیری جنسی، پذیرش توسط همسالان و شایستگی های کاری است. توسعه ی کفایت اجتماعی به عنوان یکی از بهترین پیش بینی کننده های موفقیت در درمان بیماری ها در نظر گرفته می شود زیرا نقص در کفایت اجتماعی نقش عمده ای در سبب شناسی

مسایل فردی داشته و سبب می شود تا حد زیادی نسبت به فشارهای بیرونی و درونی آسیب پذیرتر شوند و مشکلات روانی، اجتماعی و رفتاری برای آن ها پدید آورد؛ از طرفی دیگر، کمبود کفایت اجتماعی به صورت مشکلات رفتاری در بیماران بروز می کند (گرشام، ۲۰۱۳). کفایت اجتماعی، فرد را قادر به انتخاب رفتارهای مناسب در زمینه های مختلف برای تفسیر موثرانه این نشانه های اجتماعی در موقعیت های مختلف و پیش بینی پیامد رفتارها برای خود و دیگران می کند و احساس با ارزش بودن و فرصت شرکت در اجتماع و خانواده را به فرد می دهد.

از سوی دیگر، سبک دفاعی شخصی و مکانیسم های دفاعی به عنوان متغیر اصلی در شناخت شخصیت، آسیب شناسی و میزان سازش یافتگی بر اساس یافته های پژوهشی، بسیار مورد تایید قرار گرفته است (بشارت، ۲۰۰۸). شواهد تجربی، نشان داده است که مکانیسم ها و سبک های دفاعی را می توان بر حسب سلسله مراتبی از سازش یافتگی تنظیم کرد، موضوعی که در زمان بیماری خود را بیشتر نشان می دهد. مکانیسم ها و سبک های دفاعی سازش یافته با پیامدهای سلامت جسمانی و روانی و مکانیسم ها و سبک های سازش نیافته با بسیاری از شاخص های منفی سلامت و بیماری مرتبط هستند (حیدری نسب، ۲۰۰۶). بر اساس طبقه بندی سلسله مراتبی وایلنت در مورد مکانیزم های دفاعی، ۲۰ مکانیسم را به سه سبک دفاعی تقسیم کرده اند. مکانیسم های دفاعی رشد یافته شیوه های مواجهه ای انطباقی، بهنجار و کارآمد محسوب می شوند در حالی که مکانیسم های دفاعی روان آزرده و رشد نیافته، شیوه های مواجهه ای غیر انطباقی و ناکارآمد هستند.

در پژوهشی (بولیک، سالیوان، کارتر و جویس، ۲۰۱۳) نشان داده شد که بین مکانیسم های دفاعی رشد نیافته و بیماری های پلی کیستیک رابطه وجود دارد و همچنین تا کنون مطالعات متعددی روی سطح کیفیت زندگی و سلامت روان افراد مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک انجام شده است و برخی مطالعات نیز به بررسی ارتباط عوامل فردی - اجتماعی مانند سن، شاخص توده ی بدنی وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال و تعداد فرزندان با سلامت روان و افسردگی این زنان پرداخته اند (کافی، بونو و ماسون، ۲۰۰۶؛ چینگ، بروکه و استوکی، ۲۰۰۷؛ آپادیا و ترنت، ۲۰۰۶). با توجه به آنچه گفته شد، هدف این مطالعه بررسی مولفه های تاب آوری، کفایت اجتماعی و سبک های دفاعی در زنان مبتلا به کیست تخمدان بود.

این پژوهش از نوع علی-مقایسه ای بود و جامعه ی آماری آن را زنان ۱۸ تا ۳۸ ساله مراجعه کننده به بیمارستان کسری شهر تهران تشکیل می داد. از این جامعه، نمونه ای به حجم ۷۰ نفر مبتلا به کیست تخمدان با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و با ۷۰ زن غیر مبتلا به کیست تخمدانی بر اساس سن بیماری و تعداد زایمانهای قبلی همتاسازی شدند. آزمودنی ها با استفاده از پرسشنامه ی تاب آوری^۱ (CD-RIS)، پرسشنامه ی سبک دفاعی^۲ (DSQ) و پرسشنامه ی کفایت اجتماعی^۳ مورد آزمون قرار گرفتند.

پرسشنامه ی تاب آوری با ۲۵ سوال توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) جهت اندازه گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، طراحی شده است. این مقیاس ابعاد مختلف تاب آوری شامل حس توانایی فردی مقاومت در برابر تاثیرات منفی، پذیرش مثبت تغییر، اعتماد به غرایز فردی، حس حمایت و امنیت اجتماعی، ایمان روحانی و رویکرد عمل گرایانه به روش های مشکل گشایی را مورد ارزیابی قرار می دهد. حق رنجبر (۲۰۱۱)، پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۴ گزارش کرده است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج عامل (شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف/روابط ایمن، مهار، معنویت) را برای مقیاس تاب آوری تایید کرده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در پژوهش حاضر، پایایی سوالات پرسشنامه های تاب آوری با ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸۸ بدست آمد.

پرسشنامه ی سبک دفاعی (DSQ)، برای سنجش ساز و کارهای دفاعی و توسط آندروز، سینگ و باند (۱۹۹۳) معرفی شده است. این مقیاس دارای ۴۰ سوال و سه سبک دفاعی رشد یافته، روان رنجور و رشد نیافته را سنجش می کند (سینها و واتسون، ۱۹۹۸). دادستان، علی بخشی و پاکدامن (۲۰۰۸) در نمونه ی ایرانی، آلفای کرونباخ هر یک از سبکهای دفاعی پخته، نورتیک و ناپخته را به ترتیب برابر با ۰/۷۲، ۰/۷۴ و ۰/۷۴ محاسبه کرده اند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای سوالات کل برابر با ۰/۸۶۶ بدست آمد.

پرسشنامه ی کفایت اجتماعی^۲ فلنر، یک ابزار ۴۷ سوالی است که توسط فلنر طراحی شده است. این مقیاس توسط پرندین (۲۰۰۶) براساس مدل چهار بعدی فلنر (۱۹۹۰) در ایران هنجار یابی شده است. کفایت اجتماعی، شامل چهار عامل مهارت رفتاری، مهارت شناختی، مهارت های هیجانی و آمایه های

انگیزشی است. اعتبار و پایایی این آزمون، توسط پرندین (۲۰۰۶) مورد تایید قرار گرفته است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای سوالات برابر با ۰/۸۱۶ بدست آمد. برای مقایسه ی نمرات بعد از تایید مفروضه های آزمون از تحلیل واریانس چند متغیری مانوا و آزمون t استفاده شد. داده ها با بیست و یکمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

جدول ۱، مولفه های توصیفی نمرات سبک های دفاعی، تاب آوری و حمایت اجتماعی را در دو گروه زنان عادی و دارای کیست تخمدانی نشان می دهد.

جدول ۱. مولفه های توصیفی نمرات سبک های دفاعی، تاب آوری و حمایت اجتماعی
را در دو گروه زنان عادی و دارای کیست تخمدانی

عادی		دارای کیست		متغیر
sd	M	sd	M	
۱/۰۶	۴/۷۶	۱/۱۰	۵/۱۶	سبک رشد نیافته
۱/۱۸	۵/۷۱	۱/۰۷	۵/۸۳	سبک رشد یافته
۱/۱۲	۵/۶۹	۱/۰۷	۵/۷۴	سبک روان آزرده
۱۵/۷۷	۶۷/۴۶	۱۶/۵۵	۶۱/۱۲	تاب آوری
۲۹/۱۷	۲۴۱/۰۳	۳۱/۴۶	۲۱۷/۳۷	حمایت اجتماعی

به منظور مقایسه ی تفاوت سبکهای دفاعی رشد نیافته، رشد یافته و سبک روان آزرده در زنان دارای کیست تخمدانی و زنان عادی تحلیل واریانس چند متغیری مانوا انجام شد. جدول ۲ خلاصه ی تحلیل واریانس چند متغیری را نشان می دهد.

جدول ۲. خلاصه ی نتایج مفروضه یکسانی ماتریس واریانس ها

Sig.	df2	df1	F	متغیر
۰/۸۳۰	۱۳۳	۱	۰/۰۴۶	رشد نیافته
۰/۴۵۰	۱۳۸	۱	۰/۵۳۷	رشد یافته
۰/۶۴۸	۱۳۸	۱	۰/۲۰۹	روان آزرده

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که با توجه به عدم معناداری نمرات آزمون F مفروضه ی یکسانی واریانس ها برقرار است. نتایج آزمونهای معنی دار بودن مانوا (پیلایی - بارتلت، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ - لالی و بزرگترین ریشه ی روی) برای بررسی اثر اصلی عامل مستقل گروه بندی زنان روی متغیرهای وابسته ی سبک های دفاعی نشان داد که هیچ کدام از آزمونهای معناداری مانوا در رابطه با تفاوت گروه بندی زنان بر متغیرهای سبک های دفاعی معنا دار نیستند. بنابراین اثر عامل گروه بندی زنان بر متغیرهای وابسته سبک های دفاعی معنی دار نیست. بدین معنی که بین سبک های دفاعی زنان عادی و زنان دارای کیست تخمدان تفاوت معنی دار وجود ندارد.

مقایسه ی تاب آوری و حمایت اجتماعی زنان عادی و دارای کیست تخمدانی در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. خلاصه ی نتایج آزمون t برای مقایسه ی نمرات تاب آوری و حمایت اجتماعی در دو گروه زنان عادی و دارای کیست تخمدانی

متغیر	گروه	M	sd	t	df	Sig.
تاب آوری	دارای کیست	۶۱/۱۲	۱۶/۵۵	-۲/۳۰۴	۱۳۶	۰/۰۲۳
	عادی	۶۷/۴۶	۱۵/۷۷			
حمایت اجتماعی	دارای کیست	۲۱۷/۳۷	۳۱/۴۶	-۴/۴۶۵	۱۲۹	۰/۰۰۱
	عادی	۲۴۱/۰۳	۲۹/۱۷			

با توجه به اینکه t محاسبه شده ($P < 0/05$ ، $t = -2/304$) در دو گروه زنان در سطح $0/05$ معنا دار است، بنابراین بین نمرات تاب آوری در دو گروه زنان عادی و دارای کیست تخمدانی تفاوت معنا داری وجود دارد. مقایسه ی میانگین های دو گروه نشان می دهد که میانگین نمرات تاب آوری در زنان عادی ($M = 67/46$) بالاتر از زنان دارای کیست تخمدانی ($M = 61/12$) است. بنابراین زنان عادی در مقایسه با زنان دارای کیست تخمدانی از تاب آوری بالاتر برخوردارند. همچنین، یافته ها نشان دادند با توجه به اینکه t محاسبه شده ($P < 0/05$ ، $t = -4/465$) در دو گروه زنان در سطح $0/05$ معنادار است، بنابراین بین نمرات حمایت اجتماعی در دو گروه زنان عادی و دارای کیست تخمدانی تفاوت معناداری وجود دارد. مقایسه ی میانگین های دو گروه نشان می دهد که میانگین نمرات حمایت اجتماعی در زنان عادی ($M = 217/37$) بالاتر از زنان دارای کیست تخمدانی

است. بنابراین زنان عادی در مقایسه با زنان دارای کیست تخمدانی از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند.

بحث و نتیجه گیری

بررسی تفاوت بین میانگین های نمرات سبک های دفاعی در دو گروه زنان عادی و دارای کیست تخمدانی نشان داد که از بین سبک های دفاعی فقط بین نمرات سبک دفاعی رشد نیافته در دو گروه زنان عادی و دارای کیست تخمدانی تفاوت معناداری وجود دارد و زنان دارای کیست تخمدانی بیشتر از زنان عادی از سبک های دفاعی رشد نیافته استفاده می کنند. همچنین بین نمرات تاب آوری در دو گروه زنان عادی و دارای کیست تخمدانی تفاوت معناداری وجود دارد و زنان عادی در مقایسه با زنان دارای کیست تخمدانی از تاب آوری بالاتر برخوردارند. در مقیاس حمایت اجتماعی نیز زنان مبتلا به کیست تخمدان، نمره ی کمتری دریافت کردند و این نشان می دهد که زنان عادی در مقایسه با زنان دارای کیست تخمدانی از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند. نتایج این تحقیق همسو با پژوهش های بسیاری است که حاکی از وجود مشکلات روان شناختی در زنان مبتلا به کیست تخمدان است مانند مطالعات متعددی که روی سطح کیفیت زندگی، سلامت روان، افسردگی و عوامل فردی - اجتماعی (سن، شاخص توده بدنی، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال و تعداد فرزندان) این زنان انجام شده است (کافی، بونو و ماسون، ۲۰۰۶؛ چینگ، بروکه و استوکی، ۲۰۰۷؛ آپادیا و ترنت، ۲۰۰۶).

از آنجا که زنان مبتلا به کیست تخمدان، عدم رضایت از وضعیت ظاهر و به ویژه چاقی و هیرسوتیسم، اضطراب و ترس های اجتماعی فراوانی که می تواند منجر به انزوای اجتماعی شود را تجربه می کنند، این اختلال می تواند منجر به حساسیت بین فردی و عدم تطابق با هنجارهای اجتماعی، احساس انگ اجتماعی ناشی از این سندرم و حتی افزایش افکار خودکشی نیز شود (بنسون و همکاران، ۲۰۰۹؛ ساندراارامن، شوتا و اسریدههار، ۲۰۰۸؛ کوماراپلی، سنویراتنه و ویجیاراتنه، ۲۰۱۱). تاب آوری، تعیین کننده ی میزان بالاتری از سلامت روان است و به حفظ سلامتی افراد کمک می کند و سطح پایین تاب آوری، شرایط ناگواری را تبیین می کند که منتهی به آسیب پذیری افراد می شود. بنابراین با آموزش ارتقای سطح تاب آوری می توان از بروز بیماریها پیشگیری کرد. آن چه از یافته های این تحقیق و نتایج پژوهش های همسو می توان دریافت، این است که تاب آوری بالا اثر مستقیم با کاهش مشکلات هیجانی و رفتارهای اضطرابی دارد که بیماران کیستیک با آن

درگیرند. براساس نتایج این تحقیق، خصیصه تاب آوری یک ویژگی متمایز کننده در بیماران کیستیک و افراد عادی است. بیماران مذکور به جهت نمره ی پایین تر تاب آوری استرس و فشار روانی بیشتری را در زندگی تجربه می کنند که این امر بر عملکرد رفتاری و مکانیسم های دفاعی آنها در زندگی اثر گذار است؛ در نتیجه ی این امر، تمرکز فرد بر موقعیت های ناگوار و تنش زا معطوف می شود و بنابراین احتمال استفاده از مکانیزم های دفاعی رشد نایافته تقویت می شود، موضوعی که نتایج تحقیق حاضر نیز آن را تایید می کند.

به باور ماستن (۲۰۱۴) در نتیجه ی فرآیند تاب آوری، اثرات ناگوار بیماری، اصلاح یا تعدیل و یا حتی ناپدید می شود و سلامت روان حفظ می شود. توجه و تفسیر نتایج فرضیه ی فوق احتمالا به قرار زیر نشان می دهد که تاب آوری، پیش بینی کننده ی خوب و درستی در سلامتی است. در واقع به نظر می رسد میزان تاب آوری در ایجاد سلامتی بیمار نقش مهم و تعیین کننده ای دارد. بنابراین افراد عادی نسبت به افراد مبتلا به بیماری کیست به واسطه ی وجود تاب آوری بالاتر و انعطاف پذیری انطباقی، اعتماد به نفس بالاتری داشته و در مقایسه با افرادی که از سطح پایین تاب آوری برخوردارند، سازگاری روان شناختی بهتری دارند. از این رو بدیهی است که ضعف و یا عدم سلامتی در افراد مبتلا به کیست می تواند به دلیل تاب آوری پایین باشد.

References

- Benson, S., Hahn, S., Tan, S., Mann, K., Janssen, O.E., & Schedlowski, M. (2009). Prevalence and implications of anxiety in polycystic ovary syndrome: results of an internet-based survey in Germany. *Hum Reprod*, 24(6), 1446-51.
- Besharat, M.A.(2008). Relationship between Resiliency and Deligence sport and mental health sport man. *psychology contemporary*, 3,38-40. (Persian)
- Bonsack, Ch., Despland, J.N., & Spagnoli, J.(1996). Psychometric features of the French version of defens style questionnaire. (DSQ) *European psychiatry*, vol : 11 supp :4 p :384.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Carter, F. A., & Joyce, P. R. (2013). Lifetime comorbidity of alcohol dependence in women with bulimia nervosa. *Addictive Behaviors*, 22(4), 437-46.
- Cass, I., Karlan, B.Y., Scott, J.R., Gibbs, R.S., Karlan, B.Y., & Haney, A.F. (2003). *Danforth's obstetrics and gynecology*, 9th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 971-1018.
- Ching, H.L., Burke, V., & Stuckey, B.G.(2007). 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. *Clinical & Endocrinology*, 66, 373- 79.
- Coffey, S., Bano, G., & Mason, H.D. (2006). Health-related quality of life in women with PCOS: a comparison with the general population using the PCOSQ and the SF-36. *Gynecology Endocrinology*, 22, 80-6.
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anxiety*, 18, pp 76-82.
- Crum, C.P., Lester, S.C., & Cotran, R.S.(2003). *The female genital system and breast*. In:Robbins Basic Pathology 7th ed, USA, WB Saunders Company, 695-700.
- Dadash, Zadeh, Sh.(2009). *Study The relationship of life style and parents with children 14 to 18 with and without conduct disorder from Tehran*. M.a Thesis , Tarbiat Modares University. (Persian)
- Dadsetan,paridokt.(2004).quality of life,perception of disease and attachment styles in diabetic patients.Tehran:alborz farjad
- Dadsetan,paridokt.Pakdaman,shala,Alipakshi,ali.(2010).The relationship between attachment styles and worries about weight in girl students.Journal of behaviour science.(8).69_76.(persian).

- Felner, R. D., Lease, A. M., & Philips, R. C. (2013). *Social Competence and the Language of Adequacy as a Subject Matter for Psychology: A Quadripartite Travel Framework*. In T. Robbins *Basic Pathology 16th ed*, USA, WB Saunders Company, 112-125.
- Gersham, F.M., Watson, T.S., Skinner, C.H. (2001). functional behavioural assessment: principles procedures and future directions. *school psychology review*, 30, 150_172
- Hayashi, Momoko., Miyake, Yuko., & Minakawa, Kunina. (2004). Reliability and validity of the Japanese edition of the defense style questionnaire 40. *Psychiatry and clinical neurosciences*. vol:58. pp:152-156.
- Heidari Nasab, L. (2006). *Compared the clinical and non-clinical samples based defense mechanisms in seeking and finding norm-based psychometric questionnaire dissertation*. M.A Thesis, Tarbiat Modares University. (Persian)
- Inzalicht, M., Aronson, J., Good, C., & McKay, L. (2011). A particular resilience to threatening environments. *Journal of experimental social psychology*, 42, 323-336.
- Kayani, S. (2010). The relationship between emotional intelligence, resiliency, social compatibility on student health model to explain Rvany. *Thesis*. Allameh tabatabaei University, Faculty of Psychology, and Educational Sciences. (Persian)
- Kumarapeli, V., Seneviratne Rde A., & Wijeyaratne, C. (2011). Health-related quality of life an Psychological distress in polycystic ovary syndrome: a hidden facet in South Asian women. *BJOG*. 118(3), 319-28.
- Masten, A. S. (2014). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychology*, 56, 227-238.
- Olsson, C.A. (۲۰۱۴). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of adolescence*, vol: 26:pp 1-11.
- Parandin, shima. (2006). Normalization of social competence questionnaire. Unpublished M.A. Dissertation. university of Allameh Tabatabaei.
- Paula, J., & Hillard, A. (2007). *Begening disease of the female reproductive tract*. In: *Berek JS. Novak's gynecology*. 14th ed, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 440-1.
- Rahimian, Booger, I., & Asgharnejad, A. A. (2008). The relationship between hardiness and self-resiliency and mental health in youth and adult survivors of earthquake in Bam city. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 1(1), 67-70. (Persian)
- Rosa, J., Rosai, & Ackerman, L.V. (2004). *Ackerman's Surgical Pathology 9th ed*, New York, Mosby, Vol; 2, 1659-74.
- Samani, S., Jowkar, B., & Sahragard, N. (2007), resiliency and mental health, life satisfaction. *mjlh Clinical Psychological and psychiatric Iran*, 295, 3-29. (Persian)
- San Martini, Pietro., Roma, Paolo., Sarti, Sara., Lingiardi, Vittorio., & Bond, Michcl. (2004). Italian version of the defense style questionnaire. *Comprehensive psychiatry*, vol:45(6) pp:483-494.
- Sterenson, O. M., & Flaten, M. A. (2014). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of psychosomatic research*, 61, 213-219.
- Sundararaman, P. G., Shweta, & Sridhar, G.R. (2008). Psychosocial aspects of women with polycystic ovary syndrome from south India. *J Assoc Physicians India*, 56, 945-8.
- Upadhy, K., & Trent, M. (2007). Effects of polycystic ovary syndrome on health-related quality of life. *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Research*, 7, 597-603.
- Watson, D.C. & Sinha, B.K. (1998). Gender, age and culture differences in the defense styles questionnaire. *Journal of clinical psychology*, 54(1), 67-75

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 9 (No. 39), pp. 77-86, 2016

Comparing resiliency, social competence and defense mechanism styles in women with and without ovarian cysts

Sepah Mansour, Mojgan
Islamic Azad University, Central Branch, Tehran, Iran
Modaresi, Marzeeyeh
Islamic Azad University, Central Branch, Tehran, Iran

Received: June 23, 2016

Accepted: June 01, 2016

The present study aimed to compare the resiliency, social competence and defense mechanism styles in women with and without ovarian cysts is done. For this purpose, in a causative comparative study, 140 women, aged 18 to 38, who were admitted to Kasra hospital in Tehran with a diagnosis of ovarian cysts and lack of ovarian cysts, were selected through purposive sampling method and evaluated in terms of resiliency, defense mechanism styles and social competence. The result of multivariate analysis of variance demonstrated that there is significant difference between resilience scores in the two groups and that women without ovarian cysts have higher scores than women with ovarian cysts for resiliency. Furthermore, the results determined that among the defense mechanism styles, only for immature defense mechanisms scores there are significant differences between the two groups; women with ovarian cysts use these mechanisms more often than women without ovarian cysts. Additionally, in regards to social support scale, women with ovarian cysts received lower scores that show women without ovarian cysts receive more social support compared to women with ovarian cysts. The results indicate higher prevalence of psychological problems among women with ovarian cysts. It seems that training based on strengthening the resiliency and increasing levels of social competence in women can have preventive values.

Keywords: resiliency, social competence, defense mechanism style, ovarian cysts

Electronic mail may be sent to: drsepahmansour@yahoo.com