

بررسی حمایت اجتماعی درک شده و پیش‌بینی‌کننده‌های آن در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک

رقیه اربابی مقدم، دکتر سیده بتول حسن‌پور ازغدی، دکتر لیلا امیری فراهانی

گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران، نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول: تهران- خیابان ولی عصر- بالاتر از میر داماد، خیابان رشید یاسمی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران. دکتر سیده بتول حسن‌پور ازغدی
e-mail: hasanpoorbatoool@yahoo.com

چکیده

مقدمه: سندرم تخمدان پلی‌کیستیک به علل مختلف می‌تواند سبب افت کیفیت زندگی گردد. لذا توجه به حمایت اجتماعی درک‌شده و عوامل مرتبط به آن ممکن است برای مبتلایان سودمند باشد. بر این اساس، این مطالعه با هدف تعیین میزان حمایت اجتماعی درک‌شده و پیش‌بینی‌کننده‌های آن در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک انجام شد. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه از نوع مقطعی است که بر روی ۱۸۱ زن مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک مراجعه‌کننده به بیمارستان فیروزآبادی و فیروزگر در شهر تهران به روش نمونه‌گیری مستمر انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و ابزار حمایت اجتماعی درک‌شده زیمت جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. **یافته‌ها:** میانگین نمره حمایت اجتماعی درک‌شده $5/18 \pm 1/01$ بود و میانگین نمره حیطه‌های آن شامل خانواده ($5/58 \pm 1/40$)، دوستان ($4/38 \pm 1/55$) و دیگر افراد مهم ($5/58 \pm 1/28$) بودند. حمایت اجتماعی درک‌شده با میزان رضایت همسر از اندام و ظاهر زن، وضعیت تاهل، مصرف دارو و وجود هم‌صحبت ارتباط معناداری داشت. براساس مدل رگرسیون خطی چندگانه، متغیرهای وضعیت تاهل ($P=0/005$)، مصرف دارو ($P=0/003$) و وجود هم‌صحبت ($P=0/006$) با میانگین حمایت اجتماعی درک‌شده ارتباط معنادار آماری داشتند و متغیرهای ذکر شده ۱۲ درصد از نمره کل حمایت اجتماعی درک‌شده را پیش‌بینی می‌کردند. نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد حمایت اجتماعی درک‌شده با رضایت همسر از اندام و ظاهر زن، وضعیت تاهل، مصرف دارو و وجود هم‌صحبت در ارتباط است. توجه به متغیرهای مرتبط در تهیه و تدوین برنامه‌های مشاوره‌ای یا آموزشی، در کنار دیگر شیوه‌های درمان برای زنان مبتلا به سندرم تخمدان، کمک‌کننده است.

واژگان کلیدی: سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، حمایت اجتماعی، پیش‌بینی‌کننده‌ها

دریافت مقاله: ۹۹/۱/۳۱ - دریافت اصلاحیه: ۹۹/۴/۱۷ - پذیرش مقاله: ۹۹/۵/۵

مقدمه

و نمای پلی‌کیستیک در سونوگرافی تخمدان) ۱۹/۵٪ و سونوگرافی ۴۱/۴٪ تخمین زده‌اند.^۲ مبتلایان به این سندرم از عوارض این بیماری از جمله مشکلات ناباروری، هیرسوتیسم، آکنه، آلوپسی، چاقی، اختلال در تحمل گلوکز، اختلالات چربی خون و فشار خون رنج می‌برند.^۱ این اختلالات منجر به کاهش کیفیت زندگی و افزایش اختلالات سایکولوژیک در این زنان می‌شود.^۲

پرمویی، هیرسوتیسم و شاخص توده بدنی بالا تاثیر منفی بر عزت نفس و ترس از ارزیابی منفی ظاهر دارد.^{۳،۴} حتی رضایت جنسی در بعضی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک پایین‌تر بوده و فکر می‌کنند که از نظر شریک

سندرم تخمدان پلی‌کیستیک شایع‌ترین اختلال آندوکراین و متابولیک در زنان سنین باروری است و شیوع این سندرم ۵ تا ۱۰ درصد است.^۱ بر اساس یک متاآنالیز انجام شده در ایران، شیوع آن را بر اساس معیار NIH^۱ (داشتن دو علامت تخمک‌گذاری نامنظم یا بدون تخمک‌گذاری و هاپیرآندروژنیسم بالینی یا آزمایشگاهی) ۶/۸٪، رتردام (داشتن دو علامت از سه علامت تخمک‌گذاری نامنظم یا بدون تخمک‌گذاری، هاپیرآندروژنیسم بالینی یا آزمایشگاهی

جنسی خود جذاب نیستند.^۶ شواهد علمی نیز نشان دهنده افزایش شیوع و میزان اضطراب و شیوع ۴ برابری افسردگی در این زنان در مقایسه با زنان سالم دارد.^{۷،۸}

حمایت اجتماعی درک شده از مهم ترین عوامل پیشگویی کننده سلامت جسمی و روانی در افراد است^۹ که باعث حس ارزشمندی در فرد می شود.^{۱۰} نتایج یک مطالعه در بیماران دچار سوختگی نشان داد حمایت اجتماعی یک عامل مهم در انطباق افراد با تغییر ظاهرشان و کاهش حس متفاوت بودن با دیگران است. افرادی که همسرانشان به آن ها اطمینان می دادند که هنوز جذاب اند و سعی در صمیمیت فیزیکی با آن ها داشتند، احساس می کردند که هنوز همان آدم قبلی هستند. خانواده و دوستانی که به این بیماران گوشزد می کردند که ظاهر فیزیکی اهمیت ندارد، در ایجاد عزت نفس و اعتماد به نفس آن ها نقش بسزایی داشتند.^{۱۱} لذا، به نظر می رسد حمایت اجتماعی درک شده با انطباق و پذیرش زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک نسبت به تغییرات ظاهری شان، مرتبط باشد. از طرفی گزارش شده است که حمایت اجتماعی درک شده پیشگویی کننده ورزش و روند کاهش غذا خوردن است^{۱۲} و با توجه به اینکه اغلب زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک اضافه وزن دارند،^{۱۳} به نظر می رسد حمایت اجتماعی درک شده بتواند از این طریق منجر به کاهش وزن و بهبود وضعیت ظاهری در آنان شود. مارکوس^۱ و همکاران گزارش کردند حمایت اجتماعی درک شده بالا از طرف دوستان و خانواده با کاهش اختلالات بدشکلی بدن همراه است،^{۱۴} در حالی که روابط دوستانه ضعیف تر با اختلالات خوردن و نارضایتی بیشتر از بدن همراه است.^{۱۵}

نتایج یک مطالعه دیگر نشان داد که ارتباط مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک با افرادی که آن ها را می فهمند، انطباق با شرایط را برای آنان به ارمغان می آورند، گرچه برای تعداد اندکی از بیماران کسب تجارب منفی، از جمله خواندن تجربیات منفی دیگران، احساس بیگانه بودن را به همراه داشت.^{۱۶} افراد با شرکت در یک گروه حمایتی با هدایت یک پرستار اذعان داشتند که شرکت در این گروه موجب کاهش احساس انزوا، ایجاد یک فرصت برای مقایسه اجتماعی و دریافت اطلاعات شده است و تأثیر زیادی بر احساس توانمندی و خود مدیریتی آن ها گذاشته است.^{۱۷}

مطالعه کیفی که بر روی زنان ۱۸ تا ۲۳ ساله مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک انجام شد بیانگر نیاز این افراد به حمایت روانی، اطلاعات مفید و ارتباط با ارائه دهنده خدمات سلامت بود.^{۱۸} در زنان مبتلا به هیرسوتیسم حمایت اجتماعی به عنوان مهم ترین عامل مرتبط با کیفیت زندگی شناخته می شود.^۹ حمایت اجتماعی و خودکارآمدی، با بهبود عقاید مرتبط با سلامتی و کیفیت زندگی در میان افراد مبتلا به بیماری های مزمن همبستگی دارد. افراد با حمایت اجتماعی محدود، کمتر در رفتارهای سلامتی درگیر می شوند.^{۱۹} با توجه به اثرات قابل توجه حمایت اجتماعی درک شده بر جوانب مختلف زندگی افراد، مراقبین سلامت باید به طور مداوم به ارزیابی سلامت روان افراد مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک پرداخته و با ایجاد یک شبکه حمایتی قوی به انطباق افراد مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک با بیماری شان و خود مراقبتی آن ها کمک نمایند.^{۱۸} شواهد نشان می دهد شناخت عوامل مرتبط با حمایت اجتماعی درک شده می تواند در تهیه و تدوین برنامه های مشاوره ای یا آموزشی به منظور کمک به این بیماران دارای اهمیت باشد، بنابراین مطالعه ی حاضر با هدف تعیین میزان حمایت اجتماعی درک شده و پیش بینی کننده های آن در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه ی مقطعی بر روی ۱۸۱ زن مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک انجام شد. نمونه گیری به شکل مستمر از خرداد ۱۳۹۷ تا مرداد ۱۳۹۸ در بیمارستان فیروزآبادی و فیروزگر در تهران انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن ۱۸ سال و بالاتر از آن، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم وقوع حوادث تنش زا در ۶ ماه گذشته (مانند فوت یا بیماری های جدی در افراد درجه یک، طلاق، عدم مصرف مواد و داروهای مربوط به اختلالات روانی، بنابر خود اظهاری مشارکت کنندگان، عدم وجود بیماری های سیستمیک مزمن و تشخیص ابتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک بر اساس معیار رتردام، طبق نظر پزشک متخصص زنان، بود. معیار خروج، عدم پاسخ به ده درصد سوالات هر یک از پرسش نامه ها بود.

برای تعیین حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض اینکه واریانس مشترک حمایت اجتماعی درک شده با هریک از عوامل مرتبط در زنان

مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک حداقل ۵ درصد (ضریب تعیین) باشد تا ارتباط بین این متغیرها از نظر آماری معنی‌دار تلقی گردد؛ پس از مقدار گذاری در فرمول زیر حجم نمونه ۱۶۵ نفر برآورد گردید که با در نظر گرفتن ده درصد ریزش حجم نهایی به ۱۸۱ نفر رسید.

$$n \geq \left[\frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{0.5 \times \ln[(1+r)/(1-r)]} \right]^2 + 3$$

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل: پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی و مشخصات باروری و ابزار حمایت اجتماعی درک‌شده چندبعدی (MSPSSⁱ) زیمنت بود که به صورت خود گزارشی تکمیل شد.

مقیاس حمایت اجتماعی درک‌شده چندبعدی یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی درک‌شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی تهیه شده است.^{۲۰} این مقیاس میزان حمایت اجتماعی درک‌شده‌ی فرد را در هر یک از سه حیطه‌ی مذکور در طیف لیکرت ۷ گزینه‌ای کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) می‌سنجد. برای به دست آوردن نمره‌ی کل این مقیاس، نمره‌ی همه‌ی گویه‌ها باهم جمع شده و بر تعداد آن‌ها (۱۲) تقسیم می‌شود و دامنه نمرات کلی از ۱ تا ۷ است. نمره‌ی هر حیطه نیز از حاصل جمع نمرات گویه‌های مربوط به آن تقسیم بر تعداد گویه‌های آن زیر مقیاس (۴) به دست می‌آید و دامنه نمرات هر حیطه نیز از ۱ تا ۷ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی حمایت اجتماعی درک‌شده‌ی بیشتر است. روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمنت^{۲۱} و همکاران در حد مطلوب گزارش شده است. سلیمی، جوکار و نیک‌پور (۱۳۸۸) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند.^{۲۱} در پژوهش حاضر پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب همبستگی درونی (آلفا کرونباخ) در کل ابزار و هر یک از حیطه‌های خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۹ و ۰/۸۵ بدست آمد. برای سنجش و طبقه‌بندی میزان هیرسوتسیم و آلپوسی به

ترتیب از مقیاس فریمن و گالوی^{۲۲} و مقیاس طبقه‌بندی آلپوسی لودویگ^{۲۳} استفاده شد.

نمونه‌گیری پس از تایید در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد (IR.IUMS.REC1396.9511482001) و دریافت مجوز از دانشگاه علوم پزشکی ایران در مراکز منتخب شروع شد. پس از موافقت اولیه برای شرکت در پژوهش، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ، سپس پرسش‌نامه‌ها توسط ایشان تکمیل شد. برای بررسی توزیع نرمال داده‌های کمی از آزمون کلموگروف اسمیرنف استفاده شد که غیراز یک مورد که توزیع نرمال نبود و از آزمون کروسکال والیس استفاده شد، در بقیه موارد توزیع داده‌ها نرمال بود و از آزمون‌های پارامتری تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. برای برآورد میزان تأثیر هر کدام از متغیرهای مستقل (مشخصات جمعیت‌شناختی، باروری) بر متغیر وابسته (حمایت اجتماعی درک‌شده) و تبیین تغییرات، تمامی متغیرهایی که دارای $p < 0.05$ بودند وارد مدل رگرسیون خطی چندگانه با راهبرد Enter شدند. قبل از تحلیل چند متغیره، پیش فرض‌های رگرسیون شامل نرمال بودن مانده‌ها، همگنی تغییرات مانده‌ها، هم خطی داده‌های پرت و استقلال مانده‌ها بررسی شد. سطح معنی‌داری در کلیه آزمون‌ها $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

دامنه سنی زنان از ۱۸ تا ۴۶ سال با میانگین و انحراف معیار 28.4 ± 6.42 بود. نمود نفر (۶۸/۲ درصد) از شرکت‌کنندگان متاهل؛ نابارور و ۴۲ نفر (۳۱/۸ درصد) بارور بودند. اطلاعات بیشتر در مورد مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول ۲ آمده است. میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی درک‌شده 5.18 ± 1.01 بود (جدول ۱). جدول ۱- شاخص‌های عددی نمره حمایت اجتماعی درک‌شده در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک ($n=181$)

حمایت اجتماعی درک‌شده	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
حیطه خانواده	۵/۵۸	۱/۴۰	۱	۷
حیطه دوستان	۴/۳۸	۱/۵۵	۱	۷
حیطه افراد مهم	۵/۵۸	۱/۲۸	۱	۷
نمره کل	۵/۱۸	۱/۰۱	۲/۲۵	۷

iii -Ferriman and Galvey

iv -Ludwig

i -Multidimensional Scale of Perceived Social Support

ii -Zimet

جدول یک نشان می‌دهد میانگین نمره حمایت اجتماعی
 درک‌شده در دو حیطه خانواده و افراد مهم برابر و بیشتر از
 حیطه دوستان است. در تمامی حیطه‌ها میانگین نمره حمایت
 اجتماعی درک‌شده بیشتر از میانه ابزار (۴) بود.

جدول ۲- ارتباط مشخصات جمعیت‌شناختی و باروری با حمایت اجتماعی درک‌شده در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک (n=۱۸۱)

عوامل مورد بررسی	شاخص‌های عددی	نتایج آزمون
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
سن	۲۸/۰۴ $\pm$ ۶/۴۲	$r = -0.06$ و $p = 0.382$
مدت ازدواج	۷/۱۲ $\pm$ ۵/۱۷	$r = -0.10$ و $p = 0.221$
شاخص توده بدنی	۲۵/۸۹ $\pm$ ۴/۹۰	$r = -0.04$ و $p = 0.533$
تحصیلات:		
ابتدایی و راهنمایی	۲۱ (۱۱/۶)	$\dagger P = 0.931$
دیپلم و فوق‌دیپلم	۷۸ (۴۳/۱)	
لیسانس و بالاتر	۸۲ (۴۵/۳)	
تحصیلات همسر:		
ابتدایی و راهنمایی	۱۶ (۱۲/۱)	$\dagger P = 0.782$
دیپلم و فوق‌دیپلم	۶۲ (۴۷/۰)	
لیسانس و بالاتر	۵۴ (۴۰/۹)	
شغل:		
خانه‌دار	۹۰ (۴۹/۷)	$\dagger P = 0.851$
شاغل	۵۰ (۳۷/۶)	
دانشجو	۴۱ (۲۲/۷)	
شغل همسر:		
کارگر	۲۵ (۱۸/۹)	$\dagger P = 0.797$
کارمند	۵۱ (۳۸/۶)	
آزاد	۵۶ (۴۲/۴)	
وضعیت اقتصادی:		
مطلوب	۷۱ (۳۹/۲)	$\dagger P = 0.372$
نسبتاً مطلوب	۹۴ (۵۱/۹)	
نامطلوب	۱۶ (۸/۸)	
میزان رضایت همسر از اندام و ظاهر زن:		
بسیار راضی	۵۸ (۴۳/۹)	$\dagger P = 0.026$
راضی	۵۷ (۴۳/۲)	
بی‌تفاوت	۱۰ (۷/۶)	
ناراضی	۷ (۳/۸)	
بسیار ناراضی	۲ (۱/۵)	
وضعیت تاهل:		
مجرد	۴۹ (۲۷/۱)	$\dagger P = 0.005$
متاهل	۱۳۲ (۷۲/۹)	
وضعیت باروری:		
بارور	۹۰ (۶۸/۲)	$\dagger P = 0.964$
نابارور	۴۲ (۳۱/۸)	
مرتبه بارداری:		
۰	۸۷ (۶۵/۹)	$\dagger P = 0.785$
۱	۳۱ (۲۳/۵)	
≥ 2	۱۴ (۱۰/۶)	
تجربه سقط:		
دارد	۳۷ (۲۰/۵)	$\dagger P = 0.944$
ندارد	۱۰۵ (۷۹/۵)	

ادامه جدول ۲

$^{\ddagger}P=0/037$	۱۰۹ (۶۰/۲)	وجود هم‌صحبت
	۷۲ (۳۹/۷)	بلی
$^{\ddagger}P=0/003$	۹۹ (۵۴/۷)	بلی
	۸۲ (۴۵/۳)	خیر
$^{\ddagger}P=0/97$	۵۲ (۲۸/۷)	عدم وجود
	۹۸ (۵۴/۱)	خفیف
	۱۸ (۹/۹)	متوسط
	۱۳ (۷/۲)	شدید
$^{\ddagger}P=0/55$	۸۴ (۴۶/۴)	عدم وجود
	۵۲ (۲۸/۷)	خفیف
	۴۳ (۲۳/۸)	متوسط
	۲ (۱/۱)	شدید [§]
$^{\S}P=0/59$	۱۲۴ (۶۸/۵)	عدم وجود
	۳۹ (۲۱/۵)	خفیف
	۱۶ (۸/۸)	متوسط
	۲ (۱/۱)	شدید [§]

*Pearson correlation Coefficient, †One way ANOVA, ‡Independent t-test, §Kruskal-Wallis

§به علت فراوانی کم (۲ نفر) در ارتباط سنجی در نظر گرفته نشدند.

از میان متغیرهایی که در مطالعه ارتباط تک تک آنان با میانگین نمره حمایت اجتماعی درک‌شده مورد بررسی قرار داده شد، متغیرهای میزان رضایت همسر از اندام و ظاهر زن ($P=0/026$)، وضعیت تاهل ($P=0/005$)، مصرف دارو ($P=0/003$) و وجود هم‌صحبت ($P=0/037$) ارتباط آماری معنادار داشتند. از آنجا که متغیر میزان رضایت همسر از اندام و ظاهر زن فقط در شرکت‌کنندگان متاهل (۱۳۲ متاهل) قابل بررسی بود وارد مدل رگرسیون نشد. بنابراین، سه متغیر وضعیت تاهل، مصرف دارو و وجود هم‌صحبت وارد مدل رگرسیون خطی چندگانه با راهبرد Enter شدند که هر سه متغیر در مدل باقی ماند. طبق نتایج، میانگین نمره حمایت اجتماعی درک‌شده در زنان مبتلا به سندرم تخمدان

پلی‌کیستیک که مجرد بودند به اندازه ۰/۴۶ واحد نسبت به زنان مبتلا متاهل کمتر بود. میانگین نمره حمایت اجتماعی درک‌شده در زنان مبتلا که هم‌صحبتی نداشتند به اندازه ۰/۴۱ واحد نسبت به زنان مبتلا که هم‌صحبت داشتند، کمتر بود، همچنین میانگین نمره حمایت اجتماعی درک‌شده در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک که دارو مصرف نمی‌کردند به اندازه ۰/۴۳ واحد نسبت به زنان مبتلا که دارو مصرف می‌کردند، بیشتر بود. به این ترتیب براساس نتایج مطالعه می‌توان گفت، ۱۲ درصد از تغییرات متغیر وابسته (حمایت اجتماعی درک‌شده زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک)، توسط متغیرهای مستقل، وضعیت تاهل، وجود هم‌صحبت و مصرف دارو تبیین شده است (جدول ۳).

جدول ۳- پیش‌بینی‌کننده نمره حمایت اجتماعی درک‌شده زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک ($n=181$)

متغیرهای مستقل	B ضریب	انحراف معیار	آماره	p-value	فاصله اطمینان ۹۵٪	R^2
وضعیت تاهل	-۰/۴۶	-۰/۲	-۲/۸۶	۰/۰۰۵	-۰/۷۸ تا -۰/۱۴	۰/۱۲
			رده مرجع			
وجود هم‌صحبت	-۰/۴۱	-۰/۲	-۲/۸۱	۰/۰۰۶	-۰/۷ تا -۰/۱۲	
			رده مرجع			
مصرف دارو	۰/۴۳	۰/۲۱	۳/۰۰۹	۰/۰۰۳	۰/۱۵ تا ۰/۷۲	
			رده مرجع			

بحث

نتایج این مطالعه که با هدف تعیین حمایت اجتماعی درک شده و پیش‌بینی‌کننده‌های آن در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک انجام شد، نشان داد که میانگین نمره کل حمایت اجتماعی درک شده از میانه ابزار بالاتر بود. در بین سه حیطه حمایت اجتماعی، کمترین میانگین نمره مربوط به حیطه دوستان و بیشترین میانگین نمره مربوط به حیطه خانواده و افراد مهم بود. حمایت اجتماعی درک شده با میزان رضایت همسر از اندام و ظاهر زن، وضعیت تاهل، مصرف دارو و وجود هم‌صحبت ارتباط معناداری داشت و براساس مدل رگرسیون خطی چندگانه متغیرهای ذکر شده ۱۲ درصد از نمره کل حمایت اجتماعی درک شده را پیش‌بینی می‌کردند.

در مطالعه ایکباکⁱ و همکاران که بر روی افراد مبتلا به هیرسوتیسم انجام شده بود، میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده با ابزار MSPSS که مشابه ابزار بکار گرفته در مطالعه‌ی ما است، سنجیده شده بود.^۵ میانگین نمره کل و هر یک از حیطه‌های مطالعه‌ی ما تقریباً هم‌راستا با نتایج مطالعه ایکباک و همکاران می‌باشد.

در مطالعه فنگⁱⁱ و همکاران حمایت اجتماعی به‌وسیله ابزار ۱۵ آیتی در حیطه‌های خانواده، دوستان و همکاران، در پرستاران مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی سنجیده شده بود؛ که به جز حیطه حمایت همکاران، مابقی میانگین‌ها با نتایج مطالعه حاضر قابل مقایسه است. چون ابزار مطالعه‌ی فنگ با پژوهش ما متفاوت بود، برای مقایسه ابتدا محاسبه شد که میانگین نمره کل حمایت اجتماعی و هر یک از حیطه‌های آن در هر ابزار، چند درصد از میانه مربوط به همان ابزار فاصله دارند. در مطالعه فوق میانگین کل حمایت اجتماعی ۱۸ درصد بالاتر از میانه ابزارشان و در مطالعه‌ی ما ۳۴ درصد بالاتر از میانه ابزارمان بود. میانگین امتیاز حیطه خانواده و دوستان در مطالعه فوق به ترتیب ۱۶ و ۲۴ درصد بالاتر از میانه ابزار مربوطه و در مطالعه حاضر به ترتیب ۳۹ و ۹ درصد بالاتر از میانه ابزار بود. این اختلاف می‌تواند مربوط به تفاوت در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش در دو مطالعه باشد. در مطالعه فنگ و همکاران، میانگین سن و شاخص توده بدنی افراد بیشتر بود، درصد بیشتری از افراد

مجرد (۵۰ درصد) بودند و همه‌ی شرکت‌کنندگان شاغل بودند.^{۲۴}

مارتینⁱⁱⁱ و همکاران با مطالعه بر روی زنان نابارور، حمایت اجتماعی درک شده در حیطه خانواده، دوستان و شریک زندگی را مشابه نتایج مطالعه حاضر ذکر کردند؛ ولی میانگین امتیاز در حیطه خانواده در مطالعه‌ی ما کمی بیشتر از مطالعه فوق می‌باشد.^{۲۵} شاید علت این تفاوت ناچیز، نابارور بودن تمام افراد در مطالعه فوق بوده که ممکن است به علت ایجاد احساس انگ و شرم ناشی از ناباروری، نیازهای خود را کمتر مطرح کرده، لذا حمایت کمتری از خانواده دریافت نموده‌اند.^{۲۵} همچنین، تفاوت‌های فرهنگی بین کشورهای اروپایی و آسیای شرقی (پرتغال که مطالعه فوق در آنجا انجام شده و کشور ایران) نیز می‌تواند منشأ این تفاوت باشد.

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد؛ میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده برحسب وضعیت تاهل تفاوت معنی‌دار آماری داشته و افراد متاهل حمایت اجتماعی درک شده بیشتری در مقایسه با افراد مجرد داشتند ($P=0/005$). بین سه گروه مجرد، متاهل بارور و متاهل نابارور نیز تفاوت معنی‌دار آماری دیده شد ($P=0/013$) و این تفاوت بین دو گروه مجرد و متاهل نابارور بود. به عبارت دیگر حمایت اجتماعی درک شده افراد مجرد کمتر از افراد نابارور بود ($P=0/010$). همسو با نتایج پژوهش حاضر، کارنی^{iv} و همکاران دریافتند که زنان مجرد در مقایسه با زنان متاهل حمایت اجتماعی درک شده پایین‌تر و میزان استرس بالاتری را تجربه می‌کنند.^{۲۶} نتایج یک مطالعه دیگر نیز نشان داد افراد مجرد در مقایسه با افراد متاهلی که وضعیت و رضایت زناشویی بالایی دارند، رضایت کمتری از زندگی خود دارند و این تفاوت حتی با وجود شبکه حمایتی مناسب نیز جبران نمی‌شود.^{۲۷}

در مطالعه‌ی ما، افرادی که دارو مصرف نمی‌کردند، حمایت اجتماعی درک شده بالاتری در مقایسه با افرادی که دارو مصرف می‌کردند دریافت می‌کردند ($p=0/003$). مغایر با این یافته، نتایج بعضی مطالعات نشان دادند بین حمایت اجتماعی از طرف دوستان، خانواده و اطرافیان با پیروی از درمان یا مصرف دارو در مبتلایان به دیابت نوع دو^{۲۸} و بیمای عروق کرونری قلب^{۲۹} ارتباط مثبت معناداری وجود

iii- Martins

iv- Cairney

i- Ekbäck

ii- Fang

دارد. علت مغایرت نتایج این مطالعات شاید به بعضی از عوامل مهم در جلب حمایت اجتماعی توسط خود فرد بازگردد. برای مثال؛ اگر فردی به دلیل عدم جسارت کافی یا عدم اعتماد به دیگران، نیازهای خود را از دیگران مخفی کرده و اجازه حمایت به آنان ندهد، احتمالاً از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار خواهد شد.^{۲۰} از آنجایی که احتمال اقدام به درمان در افرادی که علائم بیشتری از سندرم (اولیگو منوره، آمنوره، ناباروری، هیرسوتیسم، آلوپسی، آکنه) را نشان می‌دهند بیشتر است، ممکن است این افراد به دلیل انگ اجتماعی بعضی از این علائم (هیرسوتیسم، ناباروری و غیره) و یا احساس شرم و نقصی که نسبت به خود دارند، کمتر به دنبال حمایت بوده و لذا حمایت اجتماعی کمتری نیز دریافت نمایند. همچنین از آنجایی که بخشی از علائم این سندرم (علائم هایپر آندروژنیسم) ظاهری است، و با توجه به ارتباط مثبت حمایت اجتماعی درک شده با تصویر ذهنی از جسم بهتر،^{۲۱} این احتمال وجود دارد که افراد دریافت‌کننده حمایت اجتماعی درک شده بالاتر، که احتمالاً تصویر ذهنی بهتری داشته‌اند، نیاز کمتری به درمان احساس کرده و کمتر اقدام به پیگیری جهت درمان و مصرف دارو می‌کنند.

زنانی که فردی را برای تبادل اطلاعات و گفتگو پیرامون مشکلات سندرم تخمدان پلی‌کیستیک داشتند، حمایت اجتماعی درک شده بیشتری را گزارش کردند ($P=0/037$). در همین راستا نتایج مطالعه هالبریⁱ و کالسونⁱⁱ که به بررسی تأثیر ایجاد یک گروه حمایتی آنلاین بر زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک پرداخته بودند، نشان داد که اکثر شرکت‌کنندگان تجربه یک فرایند توانمندسازی در مشارکت در گروه حمایتی آنلاین شامل: ارتباط با کسانی که او را درک می‌کنند، دسترسی به اطلاعات و مشاوره، تعامل با متخصصین و مراقبت‌های بهداشتی و کمک به تصمیم‌گیری‌های مربوط به درمان، افزایش توانایی کنترل و مدیریت را گزارش کردند. فقط دو نفر از افراد، شرکت در گروه حمایتی را یک تجربه نامطلوب شامل خواندن تجربیات منفی دیگران و احساس بیگانگی با گروه را ذکر کردند،^{۱۶} هم چنین پرسشیⁱⁱⁱ و همکاران با مطالعه بر روی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک دریافتند متخصصانی که به‌صورت ویژه با بیماران مبتلا به سندرم تخمدان

پلی‌کیستیک ارتباط دارند، باید زمینه استفاده بیمار از گروه حمایتی هم‌تایان را به‌عنوان وسیله‌ای برای کاهش ناخوشی و ارتقای فعالیت‌های شخصی نظیر سبک زندگی این بیماران فراهم نمایند.^{۱۸}

بین میانگین نمره حمایت اجتماعی درک‌شده در گروهی از شرکت‌کنندگان که احساس می‌کردند همسرشان از ظاهر آن‌ها بسیار راضی است و گروهی که همسرشان را بی‌تفاوت ارزیابی کردند از نظر آماری تفاوت معنی‌داری داشت ($p=0/038$). به عبارتی دیگر افرادی که احساس می‌کردند همسرشان از ظاهر آن‌ها بسیار راضی است، در مقایسه با گروهی که همسرشان را بی‌تفاوت ارزیابی می‌کردند، حمایت اجتماعی درک‌شده بالاتری داشتند. در تایید این نتایج، مطالعه کاترون^{iv} و همکاران نیز نشان داد که حمایت نامناسب با کاهش رضایت زناشویی همراه است،^{۲۱} همچنین دیده شده همراه با کاهش حمایت درک شده، رضایت زناشویی نیز کاهش می‌یابد.^{۲۲}

در مطالعه حاضر میانگین نمره حمایت اجتماعی برحسب سن، تحصیلات زن و همسر، شغل زن و همسر، وضعیت اقتصادی، مدت ازدواج، مرتبه بارداری، تجربه سقط، وضعیت باروری، شاخص توده بدنی، شدت آکنه، شدت آلوپسی و شدت هیرسوتیسم از نظر آماری تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در جستجوهای که محققین انجام دادند مقالات کمی به بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با مشخصات دموگرافیک و باروری پرداختند که جامعه‌ی آماری همین مطالعات نیز زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک نبودند؛ ما برای مقایسه تا حد امکان از مطالعات مرتبط‌تر استفاده کردیم.

همسو با نتایج مطالعه ما در مطالعه عبدالله‌پور و همکاران ارتباطی بین حمایت اجتماعی درک‌شده از سوی خانواده و شاخص توده بدنی مادر، وضعیت اقتصادی اجتماعی، شغل مادر و تحصیلات شوهر دیده نشد، ولی ارتباط معنی‌داری بین حمایت اجتماعی درک‌شده از سوی خانواده با سن و تحصیلات مادر وجود داشت. زنان با تحصیلات دیپلم و بالاتر حمایت اجتماعی درک‌شده بیشتری را از سوی خانواده گزارش کرده بودند.^{۲۳} والنت^v و همکاران ارتباط معنی‌داری بین حمایت اجتماعی خانواده و اضافه‌وزن یافتند.^{۲۴} ولی لیویتس^{vi} و همکاران ارتباط مثبتی بین حمایت اجتماعی و

iv -Cutrona

v- Valente

vi- Livhits

i -Holbrey

ii -Coulson

iii -Percy

میزان کاهش وزن را گزارش کردند.^{۳۰} شاید تفاوت در نتایج مطالعات فوق و مطالعه حاضر به دلیل وجود تفاوت در ویژگی‌های جامعه آماری باشد.

یافته‌های ما نشان دادند وضعیت تاهل، مصرف دارو و وجود هم‌صحب ۱۲ درصد از نمره کل حمایت اجتماعی درک‌شده را پیش‌بینی می‌کردند. هم صحبت ۹۳/۶ درصد مشارکت‌کنندگان پزشک، ماما یا همسرشان بود. چنان که شواهد علمی نشان می‌دهد، وقتی افراد بیمار به جای حمایت یک فرد از حمایت یک گروه پشتیبان برخوردارند، بیشتر به دنبال جستجوی کمک برمی‌آیند. همچنین، زمانی که گروه پشتیبان دارای مهارت همدلی است^{۳۱} و سعی در توانمند کردن افراد برای یافتن راهبردهای خاص برای مقابله با بیماری‌ها دارد، انگیزه بیشتری در افراد جهت گرفتن حمایت ایجاد می‌کند.^{۳۲} مطالعات نشان دادند، نه تنها وجود گروه‌های پشتیبان نقش مهمی در پیش‌بینی حمایت اجتماعی دارند، بلکه در دسترس بودن گروه‌های پشتیبان، به ویژه با کانال‌های ارتباطی مختلف از جمله ارتباطات مجازی و آنلاین،^{۳۳،۳۴} همچنین مجهز بودن گروه‌ها با مداخلات حرفه‌ای،^{۳۵} تشویق و تقویت ارتباطات بین فردی توسط آن‌ها^{۳۶} و نهایتاً توانمند کردن افراد بیمار با مهارت حل مساله توسط گروه‌های پشتیبان احتمال رفتارهای جستجوکننده حمایت اجتماعی را افزایش می‌دهد.^{۳۷} مشارکت‌کنندگان ما هیچ‌کدام برخوردار از یک گروه پشتیبان نبودند، از طرف دیگر ما در مطالعه‌ی خود به بررسی مهارت همدلی و دیگر توانمندی‌های افرادی که هم صحبت نمونه‌های ما بودند، نپرداختیم. شاید موارد ذکر شده از پیش‌بینی‌کننده‌های دیگر حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک باشد.

از جمله عوامل پیش‌بینی‌کننده دیگر حمایت اجتماعی که در مطالعات دیگر به آن اشاره شده و در پژوهش حاضر بررسی نشد، آشنایی اعضای خانواده و خود بیمار به شیوه‌های جستجو حمایت اجتماعی است که سبب می‌شود افراد دچار مشکل به دنبال حمایت‌های بهینه و مورد نیاز خود باشند.^{۳۸} عزت نفس بالا در افراد بیمار نیز این امکان را فراهم می‌کند تا بیشتر به جستجوی حمایت در اجتماعات مختلف به ویژه سیستم‌های ارائه خدمات بهداشت و درمان بپردازند.^{۳۹} قابل ذکر است که بررسی متغیرها و عوامل ذکر شده نیاز به به یک یا چند پژوهشی گسترده با تعداد

نمونه‌های بالا که باطبع زمان بیشتر را می‌طلبد، دارد که انجام آن در حد یک پایان نامه دانشجوی کارشناسی ارشد که زمان محدودی دارد نمی‌گنجد. لذا توصیه می‌شود محققینی که قادر به انجام این مهم هستند با در نظر گرفتن عوامل ذکر شده به بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های حمایت اجتماعی به صورت جامع‌تر و کامل‌تر بپردازند.

محدودیت پژوهش: از آنجایی که داده‌ها بر اساس خود گزارش‌دهی شرکت‌کنندگان بود، ممکن است پاسخ به برخی از سؤالات تحت تاثیر ویژگی‌های فردی و تشخیص افراد قرار گرفته باشد. متغیرهایی نظیر ویژگی‌های فردی، دقت، صداقت، شرایط روحی و روانی مشارکت‌کنندگان در پاسخ‌گویی به سؤالات نیز بر نتیجه‌ی پژوهش مؤثر بود که کنترل آن برای پژوهش‌گر ممکن نبود. از طرف دیگر در مطالعاتی که به بررسی پیش‌بینی‌کننده‌ها برای یک یا چند متغیر پرداخته می‌شود، هر چه تعداد عوامل پیش‌بینی‌کننده افزایش می‌یابد، حجم نمونه نیز بالا می‌رود. با توجه به این که فراهم کردن مشارکت‌کنندگان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک در حجم بالا بسیار زمان بر است، که محدودیتی برای انجام آن در قالب یک پایان‌نامه کارشناسی ارشد است، این مطالعه تنها به بررسی برخی متغیرهایی که مطالعات نشان دادند نقش مهمی در تبیین حمایت اجتماعی دارند، پرداخته است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد از بین متغیرهای مورد بررسی این مطالعه، حمایت اجتماعی درک‌شده با متغیرهای میزان رضایت همسر از اندام و ظاهر زن، وضعیت تاهل، مصرف دارو و وجود هم‌صحب در ارتباط است که توجه به این متغیرها می‌تواند در تهیه و تدوین برنامه‌های مشاوره‌ای یا آموزشی کمک‌کننده باشد.

سپاسگزاری: مطالعه حاضر، حاصل نتایج پایان‌نامه کارشناسی ارشد است که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام یافته است (با شماره IR.IUMS.REC 1396.9511482001). از کارکنان محترم درمانگاه زنان بیمارستان فیروزگر و مرکز غدد بیمارستان فیروزآبادی و بیماران گرامی به خاطر همکاری با گروه تحقیق سپاس‌گزاریم. نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Berek JS. Berek and Novak's Gynecology. 16th, Editor. Philadelphia: LWW; Sixteenth, North American Edition. 2019. Available from: URL: http://gynecology.sbmu.ac.ir/uploads/4_5861737044497138326.pdf
2. Sayehmiri F, Kiani F, Sayehmiri K, Maleki F, Ahmadi M, Shohani M. Prevalence Of Polycystic Ovary Syndrome In Iranian Women: A Systematic Review And Meta-Analysis. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2014; 17: 11-21. [Farsi]
3. Banting LK, Gibson-Helm M, Polman R, Teede HJ, Stepto NK. Physical activity and mental health in women with polycystic ovary syndrome. BMC Womens Health 2014; 14: 51.
4. De Niet JE, De Koning CM, Pastoor H, Duivenvoorden HJ, Valkenburg O, Ramakers MJ, Et Al. Psychological well-being and sexarche in women with polycystic ovary syndrome. Hum Reprod 2010; 25: 1497-503.
5. Ekback MP, Lindberg M, Benzein E, Arestedt K. Social Support: An important factor for quality of life in women with hirsutism. Health Qual Life Outcomes 2014; 12: 183.
6. Golbabaei F, Jamshidimanesh M, Ranjbar H, Azin SA, Moradi S. Efficacy of Sexual Counseling based on PLISSIT Model on Sexual Functioning in Women with Polycystic Ovarian Syndrome. J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29: 43-52. [Farsi]
7. Dokras A, Clifton S, Futterweit W, Wild R. Increased risk for abnormal depression scores in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol 2011; 117: 145-52.
8. Dokras A, Clifton S, Futterweit W, Wild R. Increased Prevalence of anxiety symptoms in women with polycystic ovary syndrome: Systematic review and meta-analysis. Fertil Steril 2012; 97: 225-30.
9. Pooragha R, Kafi S, Rezavi S. Investigating the relation between homesickness and the perceived social support in the freshmen's mental health. Clin Psychol Personal 2012; 19: 27-36. [Farsi]
10. Charyton C, Elliott JO, Lu B, Moore JL. The Impact of social support on health related quality of life in persons with epilepsy. Epilepsy Behav 2009; 16: 640-5.
11. Hodder K, Chur-Hansen A, Parker A. A thematic study of the role of social support in the body image of burn survivors. Health Psychol Res 2014; 2: 1196.
12. Mackey ER, Olson A, Merwin S, Wang J, Nadler EP. Perceived social support for exercise and weight loss in adolescents undergoing sleeve gastrectomy. Obes Surg 2018; 28: 421-6.
13. Yuan C, Liu X, Mao Y, Diao F, Cui Y, Liu J. Polycystic ovary syndrome patients with high bmi tend to have functional disorders of androgen excess: A prospective study. J Biomed Res 2016; 30: 197-202.
14. Marques L, Weingarden HM, Leblanc NJ, Siev J, Wilhelm S. The relationship between perceived social support and severity of body dysmorphic disorder symptoms: The role of gender. Braz J Psychiatry (Sao Paulo, Brazil: 1999) 2011; 33: 238-44.
15. Sharpe H, Schober I, Treasure J, Schmidt U. The role of high-quality friendships in female adolescents' eating pathology and body dissatisfaction. Eat Weight Disord 2014; 19: 159-68.
16. Holbrey S, Coulson NS. A qualitative investigation of the impact of peer to peer online support for women living with polycystic ovary syndrome. BMC Womens Health 2013; 13: 51.
17. Weiss TR, Bulmer SM. Young women's experiences living with polycystic ovary syndrome. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2011; 40: 709-18.
18. Percy CA, Gibbs T, Potter L, Boardman S. Nurse-Led peer support group: experiences of women with polycystic ovary syndrome. J Adv Nurs 2009; 65: 2046-55.
19. Marino P, Sirey JA, Raue PJ, Alexopoulos GS. Impact Of Social Support And Self-Efficacy On Functioning In Depressed Older Adults With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2008; 3: 13-8.
20. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. J Personal Assess 1988; 52: 30-41.
21. Salimi A, Joukar B, Nikpour R. Internet and communication: perceived social support and loneliness as antecedent variables. Psychol stud 2009; 5: 81-102. [Farsi]
22. Ferriman D, Gallwey JD. Clinical assessment of body hair growth in women. J Clin Endocrinol Metab 1961; 21: 1440-7.
23. Ludwig E. Classification of the types of androgenetic alopecia (common baldness) occurring in the female sex. Br J Dermatol 1977; 97: 247-54.
24. Fang L, Hsiao LP, Fang SH, Chen BC. The associations with work stress, social support and overweight/obesity among hospital nurses: A cross-sectional study. Contemp Nurse 2018; 54: 182-94.
25. Martins MV, Peterson BD, Almeida VM, Costa ME. Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. Hum Reprod 2011; 26: 2113-21.
26. Cairney J, Boyle M, Offord DR, Racine Y. Stress, social support and depression in single and married mothers. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003; 38: 442-9.
27. Holt-Lunstad J, Birmingham W, Jones BQ. Is there something unique about marriage? the relative impact of marital status, relationship quality, and network social support on ambulatory blood pressure and mental health. Ann Behav Med 2008; 35: 239-44.
28. Poblete F, Barticevic N, Sapag JC, Tapia P, Bastias G, Quevedo D, et al. Social support, self-rated health, treatment adherence and effectiveness in patients with type ii diabetes and hypertension. Rev Med Chil 2018; 146: 1135-42.
29. Mondesir FL, Carson AP, Durant RW, Lewis MW, Safford MM, Levitan EB, et al. Association of functional and structural social support with medication adherence among individuals treated for coronary heart disease risk factors: Findings from the reasons for geographic and racial differences in stroke (REGARDS) Study. Plos One 2018; 13: E0198578.
30. Charkhian A, Fekrazad H, Sajadi H, Rahgozar M, Haji Abdolbaghi M, Maddahi S, et al. Relationship between health-related quality of life and social support in HIV-infected people in Tehran, Iran. Iran J Public Health 2014; 43: 100-6.
31. Cutrona CE, Shaffer PA, Wesner KA, Gardner KA. Optimally matching support and perceived spousal sensitivity. J Fam Psychol 2007; 21: 754-8.
32. Julia H. Baldwin Gary D. Ellis, Bret M. Baldwin. Marital Satisfaction: An examination of its relationship to spouse support and congruence of commitment among runners. Leisure Sci 1999; 21: 117-31.
33. Abdollahpour S, Ramezani S, Khosravi A. Perceived social support among family in pregnant women. Int J Pediatr 2015; 3: 879-88. [Farsi]
34. Valente TW, Fujimoto K, Chou C-P, Spruijt-Metz D. Adolescent affiliations and adiposity: A social network

- analysis of friendships and obesity. *J Adolesc Health* 2009; 45: 202-4.
35. Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh JA, Dutson E, Mehran A, et al. Is social support associated with greater weight loss after bariatric surgery?: A systematic review. *Obes Rev* 2011; 12: 142-8.
 36. Liu LS, Huh J, Neogi T, Inkpen K, Pratt W. Health vlogger-viewer interaction in chronic illness management. *Proc SIGCHI Conf Hum Factor Comput Syst* 2013; 2013: 49-58.
 37. HALE Brent J, Gonzales Amy L, Richardson M. Vlogging cancer: predictors of social support in YouTube cancer vlogs. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2018; 21: 575-81.
 38. Sposito AM, Silva-Rodrigues FM, Sparapani VC, Iara Pfeifer L, Garcia de Lima RA, Castanheira Nascimento L. Coping strategies used by hospitalized children with cancer undergoing chemotherapy. *J Nurs Scholarsh* 2015; 47: 143-51.
 39. WRIGHT, Kevin B, Sally B. Health-related support groups on the Internet: Linking empirical findings to social support and computer-mediated communication theory. *J Health Psychol* 2003; 8: 39-54.
 40. Midtgaard J, Stelter R, Rørth M, Rørth M, Adamsen L. Regaining a sense of agency and shared self-reliance: the experience of advanced disease cancer patients participating in a multidimensional exercise intervention while undergoing chemotherapy analysis of patient diaries. *Scand J Psychol* 2007; 48: 181-90.
 41. Kreuter MW, Green MC, Cappella JN, Slater MD, Wise ME, Storey D, et al. Narrative communication in cancer prevention and control: a framework to guide research and application. *Ann Behav Med* 2007; 33: 221-35.

Original Article

Study of Perceived Social Support and its Predictors in Women with Polycystic Ovary Syndrome

Arbabi R, Hasanpoor-Azghady SB, Amiri Farahani L

Department of Midwifery and Reproductive Health, Nursing Care Research Center (NCRC), School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, I. R. Iran

e-mail: hasanpoorbatool@yahoo.com

Received: 19/04/2020, Accepted: 26/07/2020

Abstract

Introduction: Polycystic ovary syndrome can result in poor quality of life due to different reasons. Therefore, attention to perceived social support and its associated factors can be beneficial for these patients. This study aimed to determine the level of perceived social support and its predictors in women with polycystic ovary syndrome. **Materials and Methods:** This cross-sectional study was performed on 181 women with polycystic ovary syndrome, referred to Firoozabadi Hospital and Firoozgar Hospital in Tehran, Iran, using continuous sampling. Data were collected using a demographic questionnaire and Zimet's Multidimensional Scale of Perceived Social Support. The collected data were finally analyzed in SPSS version 22. **Results:** The mean score of perceived social support was 5.18 ± 1.01 , and the mean scores of its domains including family, friends, and significant others were 5.58 ± 1.40 , 4.38 ± 1.55 , and 5.58 ± 1.28 , respectively. Perceived social support was significantly correlated with the husband's satisfaction with the woman's body and appearance, marital status, drug use, and having a companion. According to the multiple linear regression model, marital status ($P=0.005$), drug use ($P=0.003$), and having a companion ($P=0.006$) were significantly correlated with the mean perceived social support. These variables predicted 12% of the total score of perceived social support. **Conclusion:** The present results showed that perceived social support is associated with the husband's satisfaction with the woman's body and appearance, marital status, drug use, and having a companion to communicate with. Overall, attention to these influential variables in the design of counselling and training programs, along with other treatment methods for women with polycystic ovarian syndrome, is essential.

Keywords: Polycystic Ovary Syndrome, Social support, Predictors