مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی پانزدهم، شماره‌ی ۱، صفحه‌های ۵۱ ـ ۴۱ (اردیبهشت ۱۳۹۲)

مقاله‌ی پژوهشی

نگرانی‌های زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک: یک مطالعه‌ی کیفی

فاطمه نصیری امیری[۱]، دکتر فهیمه رمضانی‌تهرانی[۲]، معصومه سیمبر[۱]، رضاعلی محمدپور تهمتن[۳]

۱) گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۲) مرکز تحقیقات اندوکرینولوژی تولیدمثل، پژوهشکده‌ی علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی،۳) گروه آمار زیستی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران، **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول:** تهران، اوین، مرکز تحقیقات اندوکرینولوژی تولیدمثل، پژوهشکده‌ی علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دکتر فهیمه رمضانی تهرانی؛ e-mail: ramezani@endocrine.ac.ir

چکیده

مقدمه: سندرم تخمدان پلی‌کیستیک یکی از شایع‌ترین اختلالات غدد درون‌ریز می‌باشد که شیوع آن بسته به تعریف ارایه شده از آن، ۴ تا ۲۵٪ گزارش شده است. این سندرم با پیامدهای متفاوت بالینی شامل عوارض تولیدمثلی، متابولیکی، روانی و بعضی سرطان‌ها همراه است. این‌که زنان مبتلا چگونه علایم این سندرم را تجربه می‌کنند، نامشخص است. هدف پژوهش حاضر تبیین تجارب زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک در مورد نگرانی‌های سلامت بود. مواد و روش‌ها: پژوهش کنونی یک مطالعه‌ی کیفی با روش تحلیل محتوی است که با استفاده از مصاحبه‌های عمیق انفرادی باز و نیمه ساختار یافته، تجارب زندگی ۲۰ نفر از زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک در دامنه‌ی سنی ۱۸ تا ۳۹ سال را در ارتباط با نگرانی‌های سلامت مورد بررسی قرار داد. مصاحبه‌ها تا اشباع داده‌ها ادامه یافت و تمام مصاحبه‌ها، ضبط و رونویسی گردید. داده‌های به دست آمده با استفاده از آنالیز محتوی با روش استقرایی و قیاسی انجام گردید. مضامین استخراج شده شامل نگرانی ناشی از علایم فیزیکی، بار اقتصادی بیماری، ترس از بروز عوارض در آینده و وارد شدن به یک بیماری مزمن بود. یافته‌ها: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک برای کاهش نگرانی خود نیاز به دریافت حمایت ویژه توسط کارکنان خدمات بهداشتی و درمانی دارند، تا با تغییر در شیوه‌ی زندگی سبب ارتقا مدیریت بیماری خود شوند. نتیجه‌گیری: بهتر است این زنان به منظور پاسخ‌گویی به نیازها و انتظارات به طور منظم مورد ارزیابی قرار گیرند.

واژگان کلیدی: سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، نگرانی، مطالعه کیفی

دریافت مقاله: ۹۱/۵/۴ـ دریافت اصلاحیه: ۹۱/۷/۱۲ـ پذیرش مقاله: ۹۱/۷/۱۵

مقدمه

سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (PCOS) از شایع‌ترین اختلالات غدد درون‌ریز است که شیوع آن بسته به تعریف ارایه‌ی شده از آن، ۴ تا ۲۵٪ گزارش شده است.[۱] شیوع این عارضه در کشور ایران با انجام یک مطالعه‌ی کشوری ۱۴/۶٪ گزارش گردید.[۲] تخمین زده شده در جهان ۱۰۵ میلیون نفر از زنان ۱۵ تا ۴۹ سال به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک مبتلا باشند.[۳] به دلیل شیوع بالا و عوارض ناشی از این سندرم که شامل اختلال در تخمک‌گذاری و قاعدگی، نازایی، پرمویی و اختلالات متابولیک می‌باشد، بار مالی زیادی به سیستم بهداشتی درمانی کشور وارد می‌گردد. بار بیماری PCOS در کشور ایالات متحده در زنان ۱۴ تا ۴۴ سال تقریبا سالانه ۴،۳۷ بیلیون دلار تخمین زده شده است.[۴]

علت ایجاد PCOS به طور کامل مشخص نیست اما دلایلی که به طور شایع مطرح می‌شود شامل: استعداد ژنتیکی،

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

افزایش میزان ترشح انسولین، مقاومت نسبت به انسولین، چاقی، آلودگی‌های محیطی و شیمیایی است.[۵] تشخیص PCOS به دلیل متنوع بودن علایم و نشانه‌های آن مشکل می‌باشد،[۶] به علاوه هنوز اتفاق نظر کلی در رابطه با معیارهای تشخیصی آن وجود ندارد،[۷] و به دلیل تنوع زیاد در علایم و نشانه‌های این سندرم و وجود چالش‌های علمی در اداره و مراقبت از آن، پژوهش‌های زیادی پیرامون این سندرم در حال انجام است.[۸] اما بیشتر بررسی‌ها با رویکرد کمی به تمرکز بر پاتوفیزیولوژی، علایم و درمان‌های دارویی این سندرم پرداخته‌اند.[۹] اولین مطالعه‌ی کیفی پیرامون سندرم تخمدان پلی‌کیستیک توسط کیتزینگر و ویلموت (۲۰۰۲) با عنوان ربایندهی نقش زنانگی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک انجام شد. زمینه‌ی اصلی استخراج شده شامل احساس عجیب و غریب بودن، غیر طبیعی بودن و نامناسب بودن بوده است.[۱۰] در پژوهش هیملین و تاچر (۲۰۰۶) زنان مبتلا بیشتر دچار احساس افسردگی، انزواطلبی، اضطراب و ناامیدی بودند.[۱۱] پریشانی روانی و کاهش کیفیت زندگی حتی در زنانی که مراقبت‌های پزشکی را دریافت کرده بودند، نیز وجود داشته است.[۱۲]

نظر به این که اهمیت ابعاد مختلف PCOS در هر جامعه‌ای با توجه به عوامل فرهنگی و اجتماعی متفاوت است و در جامعه‌ی ما به دلیل تفاوت در نوع پوشش زنان ممکن است برخی از ابعاد این سندرم اهمیت بیشتری نسبت به ابعاد دیگر داشته باشد، به عنوان نمونه چاقی اهمیت کمتری نسبت به ابعاد دیگر مانند پرمویی یا آکنه داشته باشد و یا اختلالات قاعدگی به این دلیل روی احکام شرعی (نماز و روزه) اهمیت بیشتری داشته باشد و یا زنان جامعه‌ی ما نگاه متفاوتی به عارضه‌ی نازایی داشته باشند، زیرا در جوامعی که موقعیت زنان وابسته به قدرت باروری آنان است، در صورت نازایی ترس از طلاق همواره سایه‌ی شوم خود را بر سر زندگی آن‌ها دارد.[۱۳] بنابراین، به نظر می‌رسد تبیین تجارب زندگی زنان مبتلا به این عارضه در کشور ایران ضروری باشد و این امر می‌تواند به ارتقا خدمات ارایه شده به مبتلایان بیانجامد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند کارکنان تیم بهداشتی اگر بخواهند به افراد جامعه در ارتقای سلامت آنان کمک کنند باید بتوانند مانند آن‌ها و در شرایط آن‌ها بیاندیشند.[۱۴] بنابراین با توجه به شیوع بالای این سندرم و عدم انجام مطالعه‌ی کیفی در مورد تجارب زنان مبتلا به این سندرم در کشور ایران، پژوهش حاضر با هدف تبیین دغدغه‌های زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک اجرا گردید.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی کیفی است که با استفاده از مصاحبه‌های عمیق انفرادی باز و نیمه ساختار یافته، تجربیات زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک را در ارتباط با نگرانی‌های آنان در مدت ۱۰ ماه (از خرداد ماه لغایت اسفند ماه ۱۳۸۹) مورد بررسی قرار داد. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف‌پذیری و عمیق بودن مناسب پژوهش‌های کیفی است.[۱۵] پرسش‌های کلی به عنوان راهنمای مصاحبه طراحی گردید که پاسخ‌های باز و تفسیری داشته و پاسخ نمونه‌ها، روند آن را هدایت می‌نمود. در پژوهش کیفی به طور شایع از نمونه‌گیری به صورت غیر تصادفی و مبتنی بر هدف استفاده می‌شود، تا داده‌های غنی‌تری به دست آید تا بتوان به اشباع داده‌ها دسترسی پیدا نمود.[۱۶،۱۷] جامعه‌ی پژوهش مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک مراجعه کننده به مرکز تحقیقات اندوکرینولوژی تولیدمثل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بودند. تشخیص سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بر مبنای معیار رتردام بر اساس داشتن کمینه دو معیار از سه معیار زیر برای تشخیص کافی است که شامل عدم تخمک‌گذاری و یا کم تخمک‌گذاری، رویت کیست‌های کوچک و فراوان در تخمدان‌ها از راه سونوگرافی، علایم کلینیکی یا بیوشیمیایی افزایش آندروژن (یا هر دو) در بدن است[۱۸] که توسط پزشک متخصص زنان و زایمان تایید گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل: اعلام رضایت کتبی و شفاهی برای شرکت در مطالعه، زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک در سنین ۱۸ تا ۴۰ سال و نداشتن بیماری‌های مزمن جسمی (به جز سندرم تخمدان پلی‌کیستیک) و بیماری‌های روانی و یا مصرف داروها به طور درازمدت به گفته بیمار بوده است. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف آغاز، و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت که در کل تعداد شرکت‌کنندگان در این بررسی به ۲۰ نفر رسید. معیار تعداد شرکت‌کنندگان در پژوهش کیفی، اشباع داده‌ها است، یعنی در نمونه‌های جدید داده‌ی اضافه تری وارد نمی‌شود و تم‌های قبلی تکرار می‌شود. در مطالعه‌های کیفی نقل قول از بیماران و کسانی که تجربه‌ی دست اول از پدیده‌ی مورد بررسی را دارند، جایگزین اعداد و آمارهای پژوهش‌های کمی می‌شود.[۱۹] مدت مصاحبه ۴۵ تا ۹۰ دقیقه

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

طول کشید. مکان انجام مصاحبه‌ها در مرکز غدد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در یک اتاق جداگانه و آرام توسط پژوهش‌گر نخست انجام پذیرفت. با اجازه‌ی آزمودنی‌ها، مصاحبه‌ها با دستگاه ضبط صدا، ثبت شده و بعد از اتمام مصاحبه، بعد از چند بار گوش دادن در اولین فرصت متن مصاحبه‌ها به همراه ارتباطات غیر کلامی ابتدا دست نویس و سپس تایپ گردید. ابتدا هر مصاحبه مورد تحلیل قرار می‌گرفت و سپس مصاحبه‌ی بعدی انجام می‌شد. در فرآیند کدگذاری باز، متون پیاده شده مصاحبه‌ها، چندین بار توسط پژوهش‌گر مطالعه و مفاهیم اصلی در قالب کدهای اولیه در حاشیه برگ‌ها یادداشت شدند. سپس کدهای با مفهوم مشابه کنار هم در یک گروه قرار داده شدند و زیر طبقه‌ها شکل گرفتند. در طی این مراحل، واحدهای تحلیل چندین بار مرور شده و بر اساس تشابه مفهومی و معنایی طبقه‌بندی شدند. روند تنزل در کاهش داده‌ها[i] در تمام واحدهای تحلیل و طبقه‌های اصلی و فرعی جریان داشت، تا هم تعداد واحدهای مفهومی کمتر و هم طبقه‌های فرعی و اصلی انتزاعی و مفهومی‌تر شوند. به این ترتیب، داده‌ها در طبقه‌های اصلی که کلی، مفهومی و انتزاعی بود، قرار گرفتند و تغییرات لازم در مورد محتوی و نام طبقه (که باید گویای محتوی آن باشد) داده شد. در نهایت پژوهش‌گران و آزمودنی‌ها به احساس رضایت مشترک درباره معنای داده‌ها و آنچه در قالب طبقه‌های اصلی و فرعی محتوی نام آن‌ها نمود یافته است، رسیدند[۲۰،۲۱] که این مضمون‌ها در بخش یافته‌ها نشان داده شد.

برای آنالیز داده‌های کیفی از روش تجزیه و تحلیل محتوی کیفی قراردادی[ii] استفاده شد. در تفسیر داده‌های پژوهش هر دو نوع محتوی آشکار و پنهان مد نظر بود. ابتدا داده‌های فردی مانند سن، سواد، وضعیت تاهل، اشتغال، سن منارک، سابقه‌ی سندرم تخمدان پلی‌کیستیک در خانواده، علاوه بر پرسش‌های پیرامون مسایل تجربه‌های زندگی با سندرم تخمدان پلی‌کیستیک پرسیده شد. پس از آن‌که راهنمای اولیه‌ی سوالات مصاحبه بر اساس اهداف مطالعه تهیه شد، برای اطمینان بیشتر از درستی راهنمای سوالات از سه نفر از اساتید دانشگاه که در زمینه‌ی پژوهش‌های کیفی و نیز موضوع کیفیت زندگی صاحب نظر بودند، تقاضا شد نظرشان را در مورد سوالات از نظر وضوح و سادگی سوالات و نیز مناسب بودن آن ارایه نمایند. هم‌چنین، سه مصاحبه به عنوان مصاحبه‌های آزمایشی انجام شد تا روند جمع‌آوری داده‌ها از نظر سادگی و وضوح سوالات مورد ارزیابی قرار گیرد. مصاحبه با سئوالی کلی در رابطه با احساس آن‌ها پیرامون ابتلا به این سندرم شروع و با پرسش‌های بعدی در زمینه‌ی دغدغه‌ی آن‌ها در رابطه با این بیماری و اولویت علایم مربوطه و تاثیر آن بر زندگی روزمره ادامه می‌یافت.

به منظور دقت و استحکام داده‌ها، با استفاده از معیارهای چهارگانه‌ی گوبا و لینکلن، قابلیت پذیرش، قابلیت اعتماد، قابلیت تایید و قابلیت انتقال داده‌ها[۲۲] مورد ارزیابی قرار گرفت. مشارکت طولانی (۱۰ ماه) پژوهش‌گران با نمونه‌های پژوهش و اختصاص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و نیز مشارکت فعال سایر اعضای تیم پژوهش در تمام مراحل جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها، علاوه بر پژوهش‌گر اصلی، کمک به قابلیت پذیرش داده‌ها نمود. هم‌چنین متن کامل تعدادی مصاحبه‌ی کدگذاری شده در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت تا ارزیابی انطباق مفاهیم با منظور آزمودنی‌ها صورت گیرد.[۲۳] برای ارزیابی قابلیت اعتماد داده‌ها پژوهش‌گر متن چند مصاحبه را به فاصله‌ی چند روز خوانده و دوباره کدگذاری نمود و یافته‌ها با اولین کدگذاری مقایسه گردید. به این ترتیب با دست‌یابی به کدهای مشترک، قابلیت اعتماد داده‌ها تایید شد. هم‌چنین، علاوه بر اعضای تیم پژوهش از دو نفر صاحب نظر در پژوهش کیفی خواسته شد تا اقدام به کدگذاری متن مصاحبه نمایند. سپس توافق بین کدهای داده شده مورد بررسی قرار گرفت. در ضمن، چند مصاحبه‌ی اولیه بعد از کدگذاری در اختیار چند نفر از پژوهش‌گران کیفی قرار گرفت تا در مورد نحوه‌ی پرسیدن سوالات و روند کدگذاری اظهارنظر نمایند. به این‌ترتیب پیشنهادهای ارایه شده در مصاحبه‌های بعدی لحاظ گردید. از تحلیل موارد منفی نیز برای افزایش اعتبار داده‌ها بهره گرفته شد. برای اطمینان از قابلیت تایید یافته‌ها، تمام مراحل پژوهش، شامل جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل داده‌ها، بازنگری ناظرین و روند پژوهش به صورت منظم مستند گردید. برای افزایش قابلیت انتقال تمام فرایند پژوهش و کارهای انجام شده در مسیر پژوهش به صورت واضح و دقیق و مکتوب تهیه شد تا امکان پیگیری مسیر پژوهش و ویژگی جمعیت مورد مطالعه را برای دیگران فراهم کند. از آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش دعوت شد و چگونگی

i- Data reduction
ii -Conventional content analysis

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

کار و اهداف پژوهش برای اطمینان آن‌ها از داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش توضیح داده شد. برای شرکت در پژوهش و ضبط مصاحبه‌ها رضایت آگاهانه‌ی کتبی و شفاهی اخذ شد. داده‌ها در تمام مراحل محرمانه نگاه داشته شده و حفظ گمنامی افراد رعایت گردید، هم‌چنین حق کنارگیری به آزمودنی‌ها در طول انجام پژوهش توضیح داده شد. انجام این بررسی توسط کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تایید گردید.

یافته‌ها

یافته‌های این بخش از پژوهش حاضر با ارایه‌ی داده‌های آمارنگاری آزمودنی‌ها آغاز و سپس با ارایه‌ی برداشت کلی از تجربیات آزمودنی‌ها و مضامین استخراج شده از مصاحبه‌ها ادامه یافت. ویژگی‌های جمعیتی شرکت‌کنندگان در این بررسی در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیتی آزمودنی‌ها در مطالعه‌ی کیفی نگرانی‌های زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک

سن	متوسط سن ۲۶/۷۵ (با محدوده‌ی ۱۸ تا ۳۹ سال)
تاهل	
متاهل	۱۴
مجرد	۶
تحصیلات	
راهنمایی	۱
دیپلم	۱۵
دانشگاهی	۴
شغل	
خانه‌دار	۱۰
کارمند	۳
آزاد	۳
دانشجو یا محصل	۳
کشاورز	۱
زمان شروع بیماری	
از همان ابتدای بلوغ	۱۹
بعد از ازدواج در ۲۱ سالگی	۱
شکایت اصلی	
ناباروری	۷
پرمویی	۳
ریزش مو	۲
اختلالات قاعدگی	۲
چاقی	۲
سابقه‌ی دو سقط و بیشتر	۳
آکنه	۱

بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌ها، تجربه‌های آزمودنی‌ها پیرامون نگرانی‌های آن‌ها در مورد ابتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک در ۴ مضامین اصلی تبیین شد (جدول ۲).

جدول ۲- مضامین اصلی و فرعی در مطالعه‌ی کیفی نگرانی‌های زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک

مضامین اصلی	مضامین فرعی
نگرانی ناشی از علایم فیزیکی	چاقی، پرمویی، ریزش مو، آکنه، اختلالات قاعدگی
ترس از عوارض آینده	اختلال متابولیکی، بدخیمی‌ها، اختلال در باروری
بار اقتصادی بیماری	تحمیل هزینه‌ی درمان علایم، تحمیل هزینه‌ی درمان عوارض
وارد شدن به یک بیماری مزمن	عود علایم بیماری، پیشرفت بیماری به مرور زمان

تجربه‌ی بیشتر آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر نشان داد، این زنان به دلیل اثرات این سندرم بر عملکرد جسمانی خود از شامل چاقی، پر مویی، ریزش موی سر، آکنه و اختلالات قاعدگی احساس ناراحتی نموده، به طوری‌که یکی از نگرانی‌های اصلی آن‌ها را چاقی تشکیل می‌داد. در این رابطه بیمار دیپلمه و متاهل (۲۹ ساله) اظهار نمود:

"چاقی خیلی دردسر ساز است. چون چاقی باعث می‌شه لباسی که دوست دارم نمی‌تونم بپوشم، یک جا مهمانی یا عروسی بخواهم بروم، خجالت می‌کشم" و ادامه داد: "من احساس می‌کنم که همه‌ی این مشکلات ریشه در چاقی من داره. من احساس می‌کنم اگر چاقی من حل بشه، مشکلات من از بین می‌ره. چون من یک بار تجربه لاغر شدن را داشتم، کاملا عادت ماهیانه‌ام منظم شد به طور دقیق سر ماه عادت می‌شدم." هم چنین ادامه داد:

"همه جنبه‌های این بیماری اهمیت خودش را دارد، ولی در حال حاضر برای من لاغر شدن و کاهش وزن از همه جنبه‌های دیگر مهم‌تر است."

هم‌چنین بیمار متاهل، خانه دار، فوق دیپلم (۲۴ ساله) بیان داشت "وقتی می‌بینم از هر طرف یه گوشت اضافه بیرون

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

زده، هر کس که منو می‌بینه میگه که مامانت که این‌قدر لاغره، تو چرا اینقدر چاقی؟ تو به کی کشیدی؟ اعصابم خورد میشه"

تعدادی از زنان مبتلا نگرانی اصلی خود را افزایش موهای زاید ذکر کردند. در این رابطه بیمار مجرد، دانشجو (۲۵ ساله) در این رابطه بیان نمود:

" در درجه اول موهای زاید چون زیبایی آدم رو تحت تاثیر قرار میده " و بعد ادامه داد:

"هر دفعه باید موها رو بگیری و دوباره سریع موها بالا می‌یاد. لباست همیشه باید پوشیده باشه تا موهای زائد مشخص نباشه، خیلی آدم ناراحت می‌شه، وقتی‌که می بینی یک نفر دیگر واقعاً اصلاً موندارہ بعد خودمو با او مقایسه می‌کنم، می‌گویم خوش به حالش که مو نداره چقدر من مو دارم"

هم چنین بیمار مجرد، کارمند، لیسانس (۲۷) ساله در این رابطه اظهار نمود:

"پر مویی چون روی ظاهر اثر می‌گذاره و بالاخره برای هر شخصی مهم است که ظاهرش چه طور باشه، پر مویی برایم خیلی ناراحت کننده است" و سپس به اهمیت آن از دیدگاه خود اشاره کرد:

"خوب نیست دیگه، یک دختر نامرتب و پر مو خیلی بده، مخصوصا موهای زاید که یک چیز خیلی بدیه، حالت کرک نداره. من منتظرم که مدتش بشه که برم لیزر کنم. توی این مدت سعی می‌کنم که توی آینه این قسمت صورتم رو نگاه نکنم."

یکی دیگر از نگرانی‌های زنان مبتلا به این سندرم، ریزش موی سر بود. در این مورد بیمار مجرد، دانشجو (۲۳ ساله) بیان داشت:

"برای یک خانم زیبایی خیلی مهمه، ریزش موهام ناراحتم می‌کنه . چون موهام دیگه خیلی شدید می‌ریزه، موهای زایدم هم زیبایی رو کم می‌کنه، فعلاً من خودم می‌خواهم برم باشگاه، ورزش کنم، ولی خوب موهام خیلی کم شده، می خواهم توی جامعه باشم با دیگران برخورد داشته باشم. خب یک احساس خیلی بدی به آدم دست می‌ده، شما خودتان بهتر درک می‌کنید"

هم‌چنین بیمار مجرد، خیاط، دیپلمه (۲۶ ساله) در این رابطه گفت:

"بیشتر ریزش موهام فکر مرا مشغول می‌کنه. از وقتی خوم را شناختم ریزش مو دارم. که الان بیشتر هم شده، الان اثری که کم مویی روی زیبایی می گذاره برای من خیلی مهمه"

بیمار متاهل، خانه‌دار، فوق دیپلم (۲۴) ساله در همین ارتباط بیان داشت: "من که یک سال اخیر به حدی موهای سرم ریخته، موهام خیلی پر بود حتی از نصف هم کمتر شده. بعد این که من اصلاً جرات نمی‌کنم که موهامو شونه کنم. خیلی موهام می‌ریزه "

و بعد با حالت ناراحتی ادامه داد: "من جوش (آکنه) زیادی دارم. جوش‌هامو فکر کنم از دوم راهنمایی دارم. ولی جوش‌های من مقاوم به درمانه، اصلاً پشتم، کل بدنم جوش داره، فقط روی شکم نداره، پوستم پر از جوشه، روی بازوهام پره. الان یک کرم پوششی داره، الان اینجا (صورتم) پر از جوشه، باور کنید که اینقدر دکتر رفته بودم، دیگه خسته شدم. اگر فقط جوش بود شاید می تونستم تحمل کنم، رنگ پوستم تیره می‌شه، جای جوشام می‌مونه، صورتم پر از لک می‌شه، به خاطر همین موهای زائدم خیلی برایم مهم نیست بیشتر جوش‌ها برایم مهمه "

تعداد کمی از زنان مبتلا با وجود داشتن علایم مختلف این سندرم، تنظیم عادت ماهیانه را مهم‌تر می‌دانستند. بیمار مجرد، خانه‌دار، دیپلمه (۳۲ ساله) گفت: "چون عادت ماهیانه یه چیز درونیه برای من مهم‌تره که اون اول درمان بشه اما موهای زائد رو آدم می‌تونه تمیزش کنه." و علت نگرانی ناشی از قاعدگی نامرتب را این‌گونه بیان نمود:

" چون همه قاعدگی شون مرتبه و برای خودم سوال پیش می‌یاد که چرا من تنظیم نیستم یا عقب می‌افتد یا جلو"

هم‌چنین بیمار متاهل، دیپلمه (۲۶ ساله) اظهار نمود:

اختلالات قاعدگی هم سیستم بدن رو بهم می‌زنه، همه برنامه‌ریزی‌هارو به هم می‌زنه مثلا یک وقت می‌خواهیم مسافرت بریم برنامه‌ریزی می‌کنیم که تو این دوره مثلا پریود نشم ولی می‌شم و نمی‌توانیم برنامه‌ریزی داشته باشیم.

یکی از نگرانی‌های مهم زنان مبتلا به این سندرم ترس از بروز عوارض کوتاه‌مدت و دراز مدت این سندرم بوده است. در این رابطه بیمار مجرد، خانه‌دار، دیپلمه (۳۲ ساله) بیان داشت:

"برای بعد از ازدواج می‌ترسم برای بچه‌دار شدن مشکل داشته باشم..." و بعد با چهره گرفته و ناراحت ادامه داد:

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

"من نگرانم از این که مشکل در زایمان به وجود می‌آید هم‌چنین باعث می‌شه که توده بوجود بیاید که منجر به این بشود که تخلیه شود."

برخی از زنان مشارکت‌کننده در این مطالعه به دلیل ابتلا به این سندرم در حال حاضر دچار عارضه‌ی نازایی شدند و به دلیل این مشکل به کلینیک مراجعه کردند. این زنان نگرانی زیادی را از نظر اثرات نازایی روی سلامتی خود ابراز کرده بودند. در این رابطه بیمار کارمند، لیسانس (۲۸ ساله) اظهار نمود: "الان که من رفتم روی قضیه بارداری ولی باردار نمی‌شم ، خیلی احساس ضعف می‌کنم، برای من خیلی ناراحت‌کننده هست" و بعد با احساس غمگینی ادامه داد:"

"در این سندرم (آدم) هیچ دردی نداره اما مسایل روانی و عاطفی اش خیلی بیشتره، شاید یک ساعت نشستم همین جوری یک جا ظل می نم و فقط دارم به این موضوع فکر می‌کنم بعدش چی می‌شه. راه درمانی داره یا اینکه مثل بقیه چیزهاست، محدوده،"

هم‌چنین بیمار خانه‌دار، دیپلمه (۲۳ ساله) در مورد نگرانی خود از این سندرم گفت:

"بیشتر مشکل باروری برایم مهمه، خوب خیلی خوبه که موهای زایدم هم از بین بره و بعد چاقی، چون چاقی رو احساس می‌کنم دست خودم هست اما موهای زاید و مشکل باروری، دست خودم نیست"

تعداد کمی از زنان مشارکت‌کننده در این مطالعه دچار عوارضی از قبیل سقط خودبخودی، زایمان زودرس، دیابت حاملگی و فشارخون در حاملگی قبلی را تجربه کرده بودند و به همین دلیل از عود این عوارض و از دست دادن حاملگی بعدی هراسان بودند. در این رابطه بیمار کارمند، لیسانس (۳۳ ساله) بیان داشت: "توی بارداری قندم بالا رفت نمی‌دونم شاید به دلیل مصرف کمپوت‌ها بوده است" هم‌چنین با احساس حسرت ادامه داد: "یکی از دغدغه‌های فکری من اینه که بارداری اول را از دست دادم. استرس زیادی دارم برای بارداری بعدی خودم، خیلی می‌ترسم که این عوارض تکرار بشه، من همش توی اینترنت در مورد بارداری های پر خطر و اینکه کیسه آب چرا پاره می‌شه، تحقیق می‌کنم. خودم آن موقع خیلی از پله‌ها بالا و پایین می‌رفتم. در بارداری شکمم خیلی کوچیک بود و بیشتر وزن کم کردم که باعث تعجبم بود. من فکر کردم که باید ۱۰ تا ۱۵ کیلو اضافه وزن پیدا کنم. ماه های اول دو سه کیلو لاغر شدم. ماه‌های آخر ۵ تا ۶ کیلو وزن اضافه کرده بودم و بچه‌ام که به دنیا آمد چون پسر بود و ریه اش هنوز رسیده نشده بود، نمونند."

هم‌چنین بیمار متاهل، خانه‌دار، دیپلمه (۲۴ ساله) که سابقه دو سقط خودبخودی داشته و در این رابطه بیان نمود: "از وقتی سقط دوم داشتم، از آن موقع اصلاً نمی‌دونم چرا، یک جوری ناراحتم، شاید بیشتر فکرم مشغوله. بخاطر این نمی‌تونم دیگه... مثلاً اینقدر هی می‌یام که برگردم، هی دوباره یاد این قضیه‌ها می‌افتم می‌گم، نکنه چیزی باشه، حالا اصلاً به شما بگم بچه‌دار شدن برای من مهم نیست ها، شوهرم هم اینطوری نیست که له له بچه بزنه، اون چون می‌بینه یک مشکلی هست، همش به این فکر می‌کنم که در آینده این مشکل گنده‌تر نشه، بزرگ‌تر برایم نشه "

یکی دیگر از نگرانی‌های این زنان، ابتلا به عوارض طولانی‌مدت این سندرم مانند بیماری دیابت و بیماری‌های قلب و عروق و سرطان‌ها بود که در بیشتر مصاحبه‌ها به آن اشاره کردند در این رابطه بیمار مجرد، خانه‌دار، دیپلمه (۳۲ ساله) بیان داشت: "به این (فکر می‌کنم) که وقتی پا به سن بگذارم مشکلی برایم پیش بیاید. مثلا کیست‌هایی که روی تخمدان است تبدیل به توده بشه، نگرانم می‌کنه" در ادامه به عوارض چاقی اشاره کرد و گفت: "خب مشکل زنانگی به کنار، چاقی خودش هم مشکلاتی دارد. مشکلات عمومی مثلا چاقی باعث افزایش قند و چربی می‌شه"

هم‌چنین آ محصل پیش دانشگاهی (۱۸ ساله) در پاسخ به این که دغدغه اصلی شما چیست؟ بیان داشت:

"من برنامه (پزشکی) تلویزیون را خیلی دنبال می‌کنم برای همین مشکلی که دارم. می‌گن که کسانی که تخمدان پلی‌کیستیک دارند، احتمال داره مبتلا به سرطان بشوند یا نازایی مثلا درصدش خیلی زیاده"

ب مجرد، دانشجو (۲۵ ساله) در پاسخ به این که این سندرم چه تاثیری روی زندگی شما دارد؟ با حالت ناراحتی گفت:

"کلاً وقتی که یک آدم کیست تخمدان داره، ترس از اینکه در آینده چه مشکلی می‌خواهد پیش بیاد، اگر مثلاً نازایی باشه و یا مثلاً منجر به بیماری سخت تری بشه " و بعد ادامه داد: "چون اولین باری که دکتر رفتم، به من گفتند که کیست باید درمان بشه، اگر درمان نشه ممکن است باعث نازایی شود. بعد از این قضیه هم خودم دیگه دکتر نرفته بودم، چون که دیگه خسته شده بودم. دیگه دکتر نرفتم، ولی می‌گم به خودم، که من هنوز کیست دارم. مسلماً پیش خودم می‌گم که

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

خوب در آینده مثلاً من نازا باشم طرف من بچه می‌خواد حالا چی می‌شه، ناراحت می‌شوم دیگه"

در همین رابطه ن مجرد، خیاط، دیپلمه (۲۶ ساله) به عوارض چاقی اشاره کرد و گفت: "در اثر چاقی آدم واریس میگیره خب، وزن روی زانوها فشار میاره و الان که یک خورده راه میرم پاهام و زانوهام درد می‌گیره"

هم‌چنین ر متاهل، خانه‌دار، دیپلمه (۳۲ ساله) به عوارض درازمدت چاقی به دلیل این سندرم اشاره کرده و گفت:

" قند توی خانواده ما زیاده و چاقی هم می‌تونه بوجود بیاره، فشار خون می‌یاره، باعث درد پاها می‌شه، چربی خون می‌یاره"

بیمار متاهل، خانه‌دار، دیپلمه (۲۳ ساله) در مورد نگرانی ناشی از مشکلات اقتصادی و هزینه درمان عوارض سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بیان داشت:

"من یک چند وقتی بود که شوهرم بیکار بود. سعی می‌کردم که اصلاً طرف درمان نیامدیم، چون واقعاً هزینه‌ها خیلی بالا هست. بعد دفترچه بیمه هم نداشتیم. موقعی که دیگه جدی شدم که حتماً باردار بشم، دیگه یکی دوبار با قرض و اینا آمدم پیش دکتر، که حتماً باردار بشم اینا، یک جایی وقتی می‌بینم که باز مشکل اقتصادی پیدا می‌کنیم، یاد هزینه‌ها می‌افتادم، بی‌خیال آمدن می‌شدم، هزینه‌های زیادی رو می‌طلبه. هزینه‌های درمانی بسیار زیاده، یعنی خیلی از هزینه‌ها از جیب مردم هست"

بیمار مجرد، دیپلمه (۲۶ ساله) نیز در رابطه با بار اقتصادی این بیماری گفت:

"هر جا که میرم حتی وقتی که به باشگاه میرم و یا مثلا در جمع قرار می‌گیرم همه حتی بهم میگن که چرا برای موهات کاری نمی‌کنی؟ شاید باور نکنی تا الان شاید ۴۰ میلیون خرج موهام کردم. یعنی خانواده‌ام این دکتر و آن دکتر می‌برند. خیلی پول دارو دادم. حتی این سری آخر که پیش یک متخصص رفتم، داروهایی که داد، کمتر از ۱۰۰ هزار تومان نشد"

بیمار متاهل، مربی یوگا، دیپلمه (۲۳ ساله) در این رابطه گفت: این بیماری خیلی روی اقتصاد خانواده تاثیر می‌گذاره. من که دفعه قبل باردار شدم و سقط کردم خیلی خرج ما بالا رفت. حدود ۶۰۰ هزار تومان خرج کردیم. یکی از آزمایشات که دادیم ۱۵۰ هزار تومان شد یا وقتی سونوگرافی می‌ریم یا هر بار که قرص دیان می‌گیریم، کلی هزینه داره.

نگرانی ناشی از وارد شدن به یک بیماری مزمن:

یکی دیگر از نگرانی‌های زنان مبتلا، پیشرفت علایم این سندرم و عود مکرر آن بعد از قطع درمان بود. در این رابطه بیمار مجرد، دانشجو (۲۵ ساله) بیان داشت:

"اولین بار در سال ۸۴ بود که به خاطر اختلالات قاعدگی دکتر رفتم شاید یک تا دو تا موی زائد داشتم. بعد که قرص‌ها را مصرف کردم بعد دیدم کم‌کم موهای زائدم زیادتر شد. رفتم دکتر و به دکتر گفتم که آیا قرص‌ها تاثیری روی موهای زایدم دارند؟ آخه من اصلاً موهای زاید نداشتم. الان سینه من، شکم من، زیر گردن من همه شده پر مو، برگشتند گفتند نه، این قرص‌هایی که مصرف می‌کنید ربطی به موها نداره. علت افزایش موها شاید ارثی باشه و شاید به خاطر کیست تخمدان "

و بعد با ناراحتی زیاد ادامه داد:

"خسته می‌شه آدم، چقدر باید قرص بخوره ، هر شب باید یادت باشه که قرصت را بخوری اگر نخوری هیچی، آخه خسته‌کننده است. یک مدت که شد آدم می‌گذاره کنار، می‌گه ولش کن، هر چی که می‌خواد بشه، شد که شد دیگه، چقدر برم دکتر "

بیمار مجرد، خیاط، دیپلمه (۲۶ ساله) نیز در این رابطه گفت:

"نگرانم از اینکه چرا هنوز خوب نشدم، با وجود مصرف دارو"

بیمار محصل (۱۸ ساله) نیز با حسرت و امیدواری بیان نمود:

"دوست دارم که زودتر خوب بشم دیگه قرص نخورم مثلا الان چند سالیه که هر روز دارم قرص می‌خورم. دوست دارم یک روشی ابداع بشه که این مشکل رو کلا بر طرف کنه"

اما برخی از زنان مشارکت‌کننده در این پژوهش با نزدیک شدن به سن منوپوز بهتر شدن علایم خود به ویژه در مورد بی‌نظمی قاعدگی را بیان نمودند. در این رابطه خانم متاهل، خانه دار، دیپلمه (۳۹ساله) گفت:

"من فکر می‌کنم یک چند سالیه که اوضاع من بهتر از قبل شده، قبلا حتی تا ۶ ماه هم می‌شد که من پریود نمی‌شدم، ولی خوب الان فاصله بین قاعدگی‌هام کمتر شده"

بحث

در مطالعه‌ی کیفی حاضر که به روش مصاحبه‌ی عمیق فردی اجرا شد برای نخستین بار دغدغه‌ی زنان ایرانی مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک تبیین گردید. در این پژوهش

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

با توجه به تجارب زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک چهار مضامین اصلی از تجزیه و تحلیل بیانات شرکت‌کنندگان استخراج گردید؛ که شامل نگرانی ناشی از علایم فیزیکی، بار اقتصادی بیماری، ترس از بروز عوارض و وارد شدن به یک بیماری مزمن بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد مهم‌ترین دغدغه‌ی زنان مجرد مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، اثرات منفی این سندرم بر زیبایی ظاهری بود که توسط چاقی و افزایش موهای زائد، ریزش موی سر و آکنه ایجاد شده بود که منجر به احساس شرمندگی و کاهش اعتماد به نفس آنان شده بود. به علاوه نگرانی از عدم باروری در آینده نیز یکی از جنبه‌های مهمی بود که در صحبت‌های این زنان بیان شده بود. ترند و همکاران (۲۰۰۳) با مقایسه‌ی دختران مبتلا به PCOS با دختران سالم در یک مطالعه‌ی مقطعی نشان دادند که دختران مبتلا ۳/۴ بار بیش از دختران سالم نگران احتمال عدم باروری در آینده بودند و نگرانی از قدرت باروری همراه با کاهش معنی‌دار میانگین نمرات کیفیت زندگی آنان در مقایسه با دختران سالم بود[۲۴] که با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد.

در بررسی ویز و همکاران (۲۰۱۱) نیز یکی از نگرانی‌های مهم زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، پرمویی، آلوپسیا (کچلی مردانه) و افزایش وزن به شکل آندروئید بوده است. در این پژوهش زنان از لحاظ فیزیکی خودشان را کمتر از زنان دیگر می‌پنداشتند و به دلیل تغییرات ناشی از این سندرم احساس ناامیدی، دلخوری و شرمندگی داشتند.[۹] تید و همکاران (۲۰۱۰)، نیز با یک مطالعه‌ی مروری بیان کردند سندرم تخمدان پلی‌کیستیک یک تجربه مایوس کننده برای زنان است که با چالش‌هایی در رابطه با نقش جنسیتی، تصویر ذهنی نامناسب از بدن به دلیل چاقی، آکنه و افزایش موهای زائد همراه است که به شدت منجر به کاهش کیفیت زندگی این زنان شده و تاثیرات منفی روی وضعیت روانی و سلامت روانشناختی آنان دارد.[۸] هم‌چنین ایکبک و همکاران (۲۰۰۹) که تجارب زنان با مشکل پرمویی را با یک مطالعه‌ی کیفی مورد بررسی قرار دادند، اظهار نمودند بیشتر زنان شرکت‌کننده در پژوهش، خود را غیرجذاب و زشت می‌دیدند و پرمویی سبب زجر احساسی شدیدی شده که روی کیفیت زندگی آنان تاثیر منفی گذاشته و سبب بروز محدودیت‌هایی در زندگی فردی و اجتماعی این زنان می‌شود.[۲۵] سندرم تخمدان پلی‌کیستیک یکی از علل شایع پرمویی محسوب می‌شود که در ۶۰٪ از موارد تخمدان پلی‌کیستیک به وجود می‌آید، اما چاقی و نژاد در بروز پرمویی بسیار نقش دارند.[۲۶] در مطالعه‌ی کیفی کیتزینگر و ویلموت (۲۰۰۲) زنان مبتلا به این سندرم، زن بودن را داشتن موهای نرم و لطیف در بدن و صورت، منظم بودن قاعدگی و داشتن قدرت باروری می‌دانستند و علایم این سندرم سبب شده بود که آن‌ها کمتر احساس زن بودن داشته باشند و خود را از دیگران متفاوت می‌دیدند. دو سوم زنان خود را غیرطبیعی و یک سوم آنان اصطلاح عجیب و غریب را در توصیف خودشان به کار بردند. این پژوهش‌گران سندرم تخمدان پلی‌کیستیک را به عنوان ربایندهی ویژگی‌های زنانگی نام نهادند.[۱۰] هم‌چنین در پژوهش کیفی سیندر (۲۰۰۶) نیز زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک، احساس متفاوت بودن نسبت به دیگران را به دلیل داشتن علایم این سندرم بیان کردند و به ویژه پرمویی اثر منفی روی احساس زن بودن آنان داشته،[۲۷] که با پژوهش حاضر هم‌خوانی داشت.

مهم‌ترین دغدغه‌ی زنان متاهل شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، اختلال در باروری بود که به طور تقریبی دو سوم موارد شکایت اصلی مراجعه‌ی آن‌ها را نازایی، زایمان زودرس و یا سقط جنین تشکیل می‌داد. سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بیشتر به وسیله‌ی اختلال در تخمک‌گذاری به صورت اولیگومنوره یا آمنوره در درمانگاه‌های نازایی تشخیص داده می‌شود.[۲۸] هم‌چنین، علاوه بر مشکل ناباروری، در صورت بارداری این زنان بیشتر در معرض خطر عوارض بارداری هستند. داده‌ها در مورد اثر سندرم تخمدان پلی‌کیستیک روی خطر بروز سقط خود به خودی به صورت متناقض بیان شده است و به طور کلی سقط جنین در این زنان را مانند سایر جمعیت‌های نازا برآورد شد.[۲۹،۳۰] اما در پژوهش گلاک و همکاران (۲۰۰۲) افزایش خطر سقط خود به خودی در سه ماهه اول در زنان PCOS به میزان ۲۵ تا ۷۳٪ گزارش شده است.[۳۱] در زنان مبتلا به سندرم PCOS، عوارض بارداری به ویژه دیابت حاملگی و افزایش فشار خون به طور بارزی افزایش می‌یابد.[۳۲] داده‌های اپیدمیولوژی نیز از همراهی بین این سندرم با افزایش خطر عدم تحمل گلوکز، دیابت حاملگی و دیابت نوع دو حمایت می‌کند.[۳۳] هم‌چنین، غربالگری بیوشیمیایی نیز از همراهی بین سندرم PCOS در افراد چاق با اختلال آزمون تحمل گلوکز را نشان داده است. خطر عدم تحمل کربوهیدرات و دیابت در زنانی که عدم تخمک‌گذاری و یا کاهش تخمک‌گذاری و یا علایم افزایش

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

آندروژن را داشتند، بیشتر بوده است.[۳۴] به همین دلیل توصیه شده غربالگری دیابت در زنان مبتلا به PCOS انجام شود.[۳۵]

یکی دیگر از نگرانی‌های زنان مبتلا به سندرم PCOS علاوه بر نشانه‌های فیزیکی این سندرم، صرف هزینه‌های زیاد برای اداره و درمان علایم بیماری است و به دلیل این که در بسیاری از کشورها درمان‌های نازایی تحت پوشش بیمه قرار ندارد این مسئله خود موجب نگرانی مضاعف این زنان می‌شود.[۲۴] در پژوهش حاضر نیز بسیاری از آزمودنی‌ها به هزینه‌های درمانی علایم و عوارض این سندرم اشاره نموده که بیشتر این درمان‌ها از قبیل درمان‌های نازایی و پرمویی (از قبیل روش‌های کمک باروری و لیزر و الکترولیز) تحت پوشش بیمه درمانی نبوده و به طور مستقیم از جیب مردم باید پرداخت شود و این مورد خود سبب نگرانی بیشتر و یا قطع درمان در آنان می‌شد.

ارتباط بین سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و سرطان آندومتر، تخمدان و پستان به دلیل عدم تخمک‌گذاری طولانی و تحت تاثیر قرار گرفتن ترشح استروژن بدون پروژسترون مطرح شده است. اما در مورد افزایش میزان بروز و مرگ و میر ناشی از سرطان آندومتر در زنان مبتلا اتفاق نظر وجود ندارد.[۳۶] آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر نیز به عوارض بارداری در تجربیات قبلی بارداری خود اشاره نمودند. هم‌چنین، آن‌ها از بروز عوارض درازمدت این سندرم از قبیل بیماری‌های دیابت و سرطان در آینده هراسان بودند.

یکی دیگر از نگرانی‌های زنان مبتلا به این سندرم، مزمن بودن بیماری، عود مکرر علایم و پیشرفت علایم این سندرم بود که بیشتر آزمودنی‌ها به آن اشاره کرده بودند. در پژوهش کیفی ویس ترسا و همکاران (۲۰۱۱) نیز آزمودنی‌ها، سندرم تخمدان پلی‌کیستیک را یک بیماری مزمن و پیچیده‌ای می‌دانستند که با نشانه‌های به ظاهر نامربوط اما به عنوان یک سندرم درگیر می‌شدند. آنان این بیماری را طاقت فرسا توصیف نموده که سبب کاهش سطح سلامتی آنان شده بود.[۹]

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که از زنان تهرانی واجد شرایط در پژوهش که به مرکز تحقیقات غدد دانشگاه شهید بهشتی مراجعه کرده بودند، استفاده شد. به طور معمول افرادی که در مرکز یک کشور یا در یک شهر بزرگ زندگی می‌کنند ممکن است دارای داده‌ها و آگاهی بیشتری نسبت به زنانی باشند که در شهرهای کوچک زندگی می‌کنند. به همین دلیل نگرانی‌های زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک در نقاط دیگر ایران با توجه به تاثیر فاکتورهای محیطی ممکن است با زنان تهرانی متفاوت باشد که به عنوان محدودیت مطالعه مطرح می‌شود. بنابراین برای تبیین نگرانی‌های زنان ایرانی در مورد سندرم تخمدان پلی‌کیستیک به مطالعه‌ی کیفی در مناطق دیگر نیاز است. هر چند که غیر قابل تعمیم بودن یافته‌های پژوهش‌های کیفی از ویژگی‌های این‌گونه بررسی‌ها می‌باشد.

نتیجه‌گیری این که اگرچه بررسی‌های قبلی نشان دادند سندرم تخمدان پلی‌کیستیک سبب زجر احساسی و اثر منفی روی کیفیت زندگی زنان است، اما مطالعه‌ی کنونی نگرانی‌های زنان مبتلا به این سندرم را در مورد اثر آن روی زندگی روزمره را نشان داد. مهم‌ترین دغدغه‌ی زنان متاهل شرکت‌کننده در پژوهش حاضر اختلال در باروری بود، زنان جامعه‌ی ما نگاه متفاوتی به عارضه‌ی نازایی با توجه به عوامل فرهنگی و اجتماعی داشتند، به طوری‌که بیان می‌کردند اگر بر این مشکل فائق آیند بقیه‌ی مشکلات این سندرم را تحمل خواهند نمود. زیرا در جوامعی مانند جامعه‌ی ایران موقعیت زنان وابسته به قدرت باروری آنان است. مهم‌ترین دغدغه زنان مجرد شرکت‌کننده در این پژوهش، اثرات بد این سندرم بر زیبایی ظاهری بود که توسط چاقی و افزایش موهای زاید، ریزش موی سر و آکنه ایجاد شده که خود منجر به احساس شرمندگی و کاهش اعتماد به نفس آنان شده بود. به علاوه تعداد کمی از آن‌ها نیز دغدغه‌ی اختلالات قاعدگی و ترس از نازایی در آینده را داشتند. با توجه به بار جسمی و روحی این بیماری و نگرانی‌های مربوطه، لزوم مداخلات جدی از قبیل روش‌های درمانی، مددکاری اجتماعی، کمک‌های مالی و فراهم نمودن تسهیلات بیشتر جهت کمک رسانی به این بیماران احساس می شود، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به PCOS نیاز به حمایت ویژه‌ی متخصصین و مراقبت‌کنندگان بهداشتی برای کاهش نگرانی‌های خود را دارند تا با تغییر در شیوه‌ی زندگی سبب ارتقا مدیریت بیماری خود شوند. بنابراین بهتر است برای پاسخ‌گویی به نیازها و انتظارات آنان، این بیماران به طور منظم ارزیابی شوند.

سپاسگزاری: به این‌وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران به دلیل حمایت مالی از تحقیق و

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

مساعدت و همکاری تمام مشارکت‌کنندگان و استاد محترم آقای دکتر منتظری تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Homburg R. What is polycystic ovarian syndrome? A proposal for a consensus on the definition and diagnosis of polycystic ovarian syndrome. Hum Reproduction 2002; 17: 2495–9.
2. Ramezani Tehrani F, Simbar M, Tohidi M, Hosseinpanah F, Azizi F. The prevalence of polycystic ovary syndrome in a community sample of Iranian population: Iranian PCOS prevalence study. Reproductive Biology and Endocrinology 2011; 9: 39.
3. Population Reference Bureau. World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau: Demographic Data and Estimates for the Countries and Regions of the World. 2002 Available from: http://www.prb.org/pdf/WorldPopulationDS02_Eng.pdf.
4. Azziz R, Martin C, Hoq L, Badamgarav E, Song P. Health care-related economic burden of the polycystic ovary syndrome during the reproductive life span. J Clin Endocrinol Metab 2005; 90: 4650-8.
5. Goodarzi MO, Dumesic DA, Chazenbalk G, Azziz R. Polycystic ovary syndrome: etiology, pathogenesis and diagnosis. Nat Rev Endocrinol 2011; 7: 219-31.
6. Azziz R, Woods KS, Reyna R, Key TJ, Knochenhauer ES, Yildiz BO. The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. J Clin Endocrinol Metab 2004; 89: 2745-9.
7. Azziz R, Diagnosis of Polycystic Ovarian Syndrome: The Rotterdam Criteria Are Premature, The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 2006; 91: 781-5.
8. Teede H, Deeks A, Moran L. Polycystic ovary syndrome: a complex condition with psychological, reproductive and metabolic manifestations that impacts on health across the lifespan. BMC Med 2010; 8: 41.
9. Weiss TR, Bulmer SM. Young women's experiences living with polycystic ovary syndrome. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2011; 40: 709-18.
10. Kitzinger C, Willmott J. The thief of womanhood': women'sexperience of polycystic ovarian syndrome. Soc Sci Med 2002; 54: 349-61.
11. Himelein MJ, Thatcher SS. Polycystic ovary syndrome and mental health: A review. Obstet Gynecol Surv 2006; 61: 723-32.
12. Elsenbruch S, Benson S, Hahn S, Tan S, Mann K, Pleger K, et al. E. Determinants of emotional distress in women with polycystic ovary syndrome. Human Reproduction 2006; 21: 1092-9.
13. Inhorn MC, Interpreting infertility: medical anthropological perspectives. Introduction. Soc Sci Med 1994; 39: 459-61.
14. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Nursing research. Method, Appraisal and utilization. 5th ed. Philadelphia: Lippincott CO. 2006.
15. Sanei A, Nikbakht Nasrabadi A, Quality research methodology in Tehran Medical University. Entesharat baraye farda, 2004.[Farsi]
16. Morse JM. The significance of saturation. Qualitative Health Research 1995; 5: 147-9.
17. Flick U. An introduction to qualitative research: Theory, method and applications. London: Sage 1998.
18. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS consensus workshop group. "Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome," Human Reproduction 2004; 19: 41-7.
19. Strubert HJ, Carpenter DR, editors. Qualitative Research in Nursing–Advancing the Humanistic Imperative. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006.
20. Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. Thousand Oaks, CA: Sage, 2004.
21. Adib M, Parvizy S, Salsali M. Qualitative Research Methods, Tehran. Boshra, 2008.
22. Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. International Journal of Qualitative Methods 2002; 1: 13-22.
23. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory (2nd ed). Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1998.
24. Trent M, Rich M, Austin SB, Gordon CM. Fertility Concerns and Sexual Behavior in Adolescent Girls with Polycystic Ovary Syndrome: Implications for Quality of Life. J Pediatr Adolesc Gynecol 2003; 16: 33-7.
25. Ekback M, Wijma K, Benzein E. It is always on mind: Women's experiences of their bodies when living with hirsutism. Health Care for Women International 2009; 30: 358-72.
26. Azziz R, Carmina E, Dewailly D, Diamanti-Kandarakis E, Escobar-Morreale HF, et al. Position statement: criteria for defining polycystic ovary syndrome as a predominantly hyperandrogenic syndrome: an Androgen Excess Society guideline. J Clin Endocrinol Metab 2006; 91: 4237-45.
27. Synder B. The lived experience of women diagnosed with polycystic ovary syndrome J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2006; 35: 385-92.
28. Barber TM, Wass JA, McCarthy MI, Franks S, Metabolic characteristics of women with polycystic ovaries and oligo-amenorrhoea but normal androgen levels: implications for the management of polycystic ovary syndrome. Clin Endocrinol (Oxf) 2007; 66: 513-17.
29. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). Fertil Steril 2004; 81: 19–25.
30. Hart R, Hickey M, Franks S. Definitions, prevalence and symptoms of polycystic ovaries and polycystic ovary syndrome. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2004; 18: 671-83.
31. Glueck CJ, Wang P, Goldenberg N, Sieve-Smith L. Pregnancy outcomes among women with polycystic ovary syndrome treated with metformin. Hum Reprod 2002; 17: 2858-64.
32. Boomsma CM, Eijkemans MJ, Hughes EG, Visser GH, Fauser BC, Macklon NS. A meta-analysis of pregnancy outcomes in women with polycystic ovary syndrome. Hum Reprod Update 2006; 12: 673-83.
33. Moran LJ, Misso ML, Wild RA, Norman RJ. Impaired glucose tolerance, type 2 diabetes and metabolic syndrome in polycystic ovary syndrome: a systematic review

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

and meta-analysis. Hum Reprod Update 2010; 16: 347-63.
34. Barber TM, Wass JA, McCarthy MI, Franks S. Metabolic characteristics of women with polycystic ovaries and oligo-amenorrhoea but normal androgen levels: implications for the management of polycystic ovary syndrome. Clin Endocrinol (Oxf) 2007; 66: 513-7.
35. Mohamed Y. Abdel-Rahman, Leila W. Jackson C, Katherine J. Rodewald, Mostafa A. Abdellah , Salah A. Ismail , William W. Hurd a, Polycystic ovary syndrome and diabetes screening: a survey of gynecologists and reproductive endocrinologists. Eur J Obstet Gynecol 2012; 162:178-81.
36. Navaratnarajah R, Pillay OC, Hardiman P. Polycystic ovary syndrome and endometrial cancer. Semin Reprod Med 2008; 26: 62-71.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

Original Article

Concerns of Women with Polycystic Ovary Syndrome: A Qualitative Study

Nasiri Amiri F[1], Ramezani Tehrani F[2], Simbar M[1], Mohammadpour Thamtan R[3]

[1]Department of Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, [2]Reproductive Endocrinology Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, [3]Department of Biostatistics, Faculty of Health Sciences, Mazandaran University of Medical Sciences,Mazandaran, I.R. Iran

e-mail: ramezani@endocrine.ac.ir

Received: 25/07/2012 **Accepted**: 06/10/2012

Abstract

Introduction: Polycystic ovary syndrome (PCOS) is one of the most common chronic endocrine disorders with a prevalence estimated to range between 4-25%, depending on the diagnostic criteria used. It has significant and diverse clinical consequences associated with reproductive, metabolic, psychological morbidity and some cancers. It is not clear how PCOS symptoms influences women's physical experiences and concerns. This qualitative study aimed to explain study the effects that life experiences and concerns women with polycystic ovary syndrome have. Materials and Methods: Twenty women, aged 18 to 39 years, diagnosed with PCOS were interviewed using semi-structured open interviews to reach data saturation. All the interviews were recorded and transcribed, and data were analysed using content analysis, with deductive and inductive methods. Four closely intertwined themes were disclosed: Physical consequences of PCOS, fear of the future, economic burden of disease and coming to terms with a chronic condition. Results: The results of our study suggest that healthcare professionals working with PCOS patients should consider providing peer support groups as a means to alleviate patients concern and to promote self management activities like lifestyle modification. Conclusion: Ideally, support groups should be designed to meet the patients support needs and expectations, and should be evaluated regularly.

Keywords: Polycystic ovary syndrome, Concern, Qualitative study

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]