

نگرانی‌های زنان مبتلا به سندروم تخمدان پلی‌کیستیک: یک مطالعه‌ی کیفی

فاطمه نصیری امیری^۱، دکتر فهیمه رمضانی‌تهرانی^۲، معصومه سیمیر^۱، رضاعلی محمدپور تهمتن^۳

^۱ گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ^۲ مرکز تحقیقات آندوکرینولوژی 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 مسنوی: تهران، اوین، مرکز تحقیقات آندوکرینولوژی تولیدمثل، پژوهشکده‌ی علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دکتر فهیمه رمضانی تهرانی؛ e-mail: ramezani@endocrine.ac.ir

چکیده

مقدمه: سندروم 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 سندروم با پیامدهای متفاوت بالینی شامل عوارض تولیدمثلی، متابولیکی، روانی و بعضی سرطان‌ها همراه است. این‌که زنان مبتلا چگونه عالیم این سندروم را تجربه می‌کنند، نامشخص است. هدف پژوهش حاضر تبیین تجارب زندگی زنان مبتلا به سندروم تخمدان پلی‌کیستیک در مورد نگرانی‌های سلامت بود. مواد و روش‌ها: پژوهش کنونی یک مطالعه‌ی کیفی با روش تحلیل محتوى است که با استفاده از مصاحبه‌های عمیق انفرادی باز و نیمه ساختار یافته، تجارت زندگی ۲۰ نفر از زنان مبتلا به سندروم 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 محتوى با روش استقرایی و قیاسی انجام گردید. مضامین استخراج شده شامل نگرانی ناشی از عالیم 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 سندروم 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: سندروم تخمدان پلی‌کیستیک، نگرانی، مطالعه‌ی کیفی

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

پلی‌کیستیک مبتلا باشند.^۱ به دلیل شیوع بالا و عوارض ناشی از این سندروم که شامل اختلال در تخمک‌گذاری و قاعدگی، نازابی، پرمومی 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 تقریباً سالانه ۴,۳۷ میلیون دلار تخمین زده شده است.^۲ علت ایجاد PCOS به طور کامل مشخص نیست اما دلایلی که به طور شایع مطرح می‌شود شامل: استعداد ژنتیکی،

مقدمه

سندروم تخمدان پلی‌کیستیک (PCOS) از شایع‌ترین اختلالات غدد درون‌ریز است که شیوع آن بسته به تعریف ارایه شده از آن، ۴ تا ۲۵٪ گزارش شده است.^۱ شیوع این عارضه در کشور ایران با انجام یک مطالعه‌ی کشوری ۱۰۵/۶٪ گزارش گردید.^۲ تخمین زده شده در جهان ۴۹ میلیون نفر از زنان ۱۵ تا ۴۹ سال به سندروم تخمدان

دغدغه‌های زنان مبتلا به سندروم تخمنان 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 سندروم تخمنان 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 سندروم تخمنان پلی‌کیستیک مراجعه کننده به مرکز تحقیقات اندوکرینولوژی تولیدمثُل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بودند. تشخیص سندروم تخمنان 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 تخمنان‌ها از راه سونوگرافی، عالیم کلینیکی یا بیوشیمیابی افزایش آنдрوجن (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 سندروم تخمنان پلی‌کیستیک در سنین ۱۸ تا ۴۰ سال و نداشتن بیماری‌های مزمن جسمی (به جز سندروم تخمنان 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 تمها قبلي تکرار می‌شود. در مطالعه‌های کیفی نقل قول از بیماران و کسانی که تجربه‌ی دست اول از پیدیده مورد بررسی را دارند، جایگزین اعداد و آمارهای پژوهش‌های کمی می‌شود.^{۱۹} مدت مصاحبه ۴۵ تا ۹۰ دقیقه

افزایش میزان ترشح انسولین، مقاومت نسبت به انسولین، چاقی، آلوگی‌های محیطی و شیمیابی است.^۵ تشخیص PCOS به دلیل متنوع بودن عالیم 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 عالیم و نشانه‌های این سندروم و وجود چالش‌های علمی در اداره و مراقبت از آن، پژوهش‌های زیادی پیرامون این سندروم در حال انجام است.^۸ اما بیشتر بررسی‌ها با رویکرد کمی به مرکز بر پاتوفیزیولوژی، عالیم و درمان‌های دارویی این سندروم پرداخته‌اند.^۹ اولین مطالعه‌ی کیفی پیرامون سندروم تخمنان پلی‌کیستیک توسط کیتزینگر و ویلموت (۲۰۰۲) با عنوان ربانیده نقش زنانگی در زنان مبتلا به سندروم تخمنان 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 نامیدی 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 سندروم اهمیت بیشتری نسبت به ابعاد دیگر داشته باشد، به عنوان نمونه چاقی اهمیت کمتری نسبت به ابعاد دیگر مانند پرمومی یا آکنه داشته باشد و یا اختلالات قاعده‌گی 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 کم کنند باید بتوانند مانند آن‌ها و در شرایط آن‌ها بیاندیشند.^{۱۴} بنابراین با توجه به شیوع بالای این سندروم و عدم انجام مطالعه‌ی کیفی در مورد تجارب زنان مبتلا به این سندروم در کشور ایران، پژوهش حاضر با هدف تبیین

سوالات و نیز مناسب بودن آن ارایه نمایند. همچنین، سه مصاحبه به عنوان مصاحبه‌های آزمودنی 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 سندروم شروع و با پرسش‌های بعدی در زمینه‌ی دغدغه‌ی آن‌ها در رابطه با این بیماری و اولویت عالیم مربوطه و تاثیر آن بر زندگی روزمره ادامه می‌یافتد.

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 کدگزاری 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 کدگزاری نمود و یافته‌ها با اولین کدگزاری 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 کدگزاری متن مصاحبه نمایند. سپس توافق بین کدهای داده شده مورد بررسی قرار گرفت. در ضمن، چند مصاحبه‌ی اولیه بعد از کدگزاری در اختیار چند نفر از پژوهش‌گران کیفی قرار گرفت تا در مورد نحوه پرسیدن سوالات و روند کدگزاری اظهارنظر نمایند. به این ترتیب 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 مكتوب 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

طول کشید. مکان انجام مصاحبه‌ها در مرکز غدد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در یک اتاق جدگانه 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 کدگزاری 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 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 محتوى و نام طبقه (که باید گویای محتوى آن باشد) داده شد. در نهایت پژوهش‌گران و آزمودنی‌ها به احساس رضایت مشترک درباره معنای داده‌ها و آنچه در قالب طبقه‌های اصلی و فرعی محتوى 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 محتوى کیفی قراردادیⁱⁱ استفاده شد. در تفسیر داده‌های پژوهش هر دو نوع محتوى آشکار و پنهان مد نظر بود. ابتدا داده‌های فردی مانند سن، سواد، وضعیت تأهل، اشتغال، سن منارک، سابقه‌ی سندروم تخدمان پلی‌کیستیک در خانواده، علاوه بر پرسش‌های پیرامون مسایل تجربه‌های زندگی با سندروم تخدمان 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

i- Data reduction

ii -Conventional content analysis

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

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

مضامین فرعی	مضامین اصلی
نگرانی ناشی از عالیم اختلالات قاعده‌گی اختلال متابولیکی، بدخیمی‌ها، اختلال در باروری تحمل هزینه‌های درمان عالیم، تحمل هزینه‌ی درمان عوارض وارد شدن به یک بیماری عود عالیم بیماری، پیشرفت بیماری مزمن به مرور زمان	چاقی، پرمومی، ریژش مو، آکنه، فیریکی ترس از عوارض آینده بار اقتصادی بیماری هزینه‌ی درمان عوارض

تجربه‌ی بیشتر آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر نشان داد، این زنان به دلیل اثرات این سندروم بر عملکرد جسمانی خود از شامل چاقی، پرمومی، ریژش موی سر، آکنه و اختلالات قاعده‌گی 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 دردرس ساز است. چون چاقی باعث می‌شه لباسی که دوست دارم نمی‌تونم بپوشم، یک جا مهمنانی 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 می‌رده. چون من یک بار تجربه لاغر شدن را داشتم، کاملاً 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."

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

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 سندروم تخمدان پلی‌کیستیک

تاهل	متاهل	متوجه	مجرد	تحصیلات	راهنما	دیپلم	دانشگاهی	شغل	خانه‌دار	کارمند	آزاد	دانشجو یا محصل	کشاورز	زمان شروع بیماری	از همان ابتدای بلوغ	بعد از ازدواج در ۲۱ سالگی	شکایت اصلی	ناباروری	پرمومی	ریژش مو	اختلالات قاعده‌گی	چاقی	سابقه‌ی دو سقط و بیشتر	آکنه
۱۴																								
۶																								
۱																								
۱۵																								
۴																								
۱۰																								
۲																								
۲																								
۲																								
۱																								
۱۹																								
۱																								
۷																								
۲																								
۲																								
۲																								
۲																								
۲																								
۲																								
۱																								

اثری که کم مویی روی زیبایی می‌گذاره برای من خلی مهمه"

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

و بعد با حالت ناراحتی ادامه داد: "من جوش (آکنه) زیادی دارم. جوش‌های فکر کنم از دوم راهنمایی دارم. ولی جوش‌های من مقاوم به درمانه، اصلاً پشتمن، کل بدن جوش داره، فقط روی شکم نداره، پوستم پر از جوشه، روی بازوها 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 می‌توNSTم تحمل کنم، رنگ پوستم تیره می‌شه، جای جوشام می‌مونه، صورتم پر از لک می‌شه، به خاطر همین موهای زائد خلی برایم مهمه نیست بیشتر جوش‌ها برایم مهمه"

تعداد کمی از زنان مبتلا با وجود داشتن علایم مختلف این سندروم، تنظیم عادت ماهیانه را مهمتر می‌دانستند. بیمار مجرد، خانه‌دار، دیپلمه (۲۶ 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 قاعده‌گی نامرتب را این‌گونه بیان نمود:

"چون همه قاعده‌گی 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 قاعده‌گی هم سیستم بدن رو بهم می‌زن، همه برنامه‌ریزی‌هارو به هم می‌زنه مثلاً یک وقت می‌خواهیم مسافرت بریم برنامه‌ریزی می‌کنیم که تو این دوره مثلاً پریود نشم ولی می‌شم و نمی‌توانیم برنامه‌ریزی داشته باشیم.

یکی از نگرانی‌های مهم زنان مبتلا به این سندروم ترس از بروز عوارض کوتاه‌مدت و دراز مدت این سندروم 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:

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، خلی آدم ناراحت می‌شه، وقتی که می‌بینی یک نفر دیگر واقعاً اصلاً مونداره بعد خودمو با او مقایسه می‌کنم، می‌گویم خوش به حالش که مو نداره چقدر من مو دارم"

هم‌چنین 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 خلی ناراحت کننده است" و سپس به اهمیت آن از دیدگاه خود اشاره کرد:

"خوب نیست دیگه، یک دختر نامرتب و پر مو خلی بده، مخصوصاً موهای زاید که یک چیز خلی 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 سندروم، ریزش موی سر بود. در این مورد بیمار مجرد، دانشجو (۲۳ ساله) بیان داشت:

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

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

"بیشتر ریزش موهم فکر مرا مشغول می‌کنه. از وقتی خوم را شناختم ریزش مو دارم. که الان بیشتر هم شده، الان

کیلو وزن اضافه کرده بودم و بچه‌ام که به دنیا آمد چون پسر بود و ریه اش هنوز رسیده نشده بود، نموند. 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. بخاره 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 نیست‌ها، شوهرم هم اینطوری نیست که له له بزن، اون چون می‌بینه یک مشکلی هست، همش به این فکر می‌کنم که در آینده این مشکل گنده‌تر نشیه، بزرگ‌تر برایم نشیه"

یکی دیگر از نگرانی‌های این زنان، ابتلا به عوارض طولانی‌مدت این سندروم 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 (۲۲ ساله) بیان داشت: "به این (فکر می‌کنم) که وقتی پا به سن بگذارم مشکلی برایم پیش بیاید. مثلاً کیست‌هایی که روی تخدمان است تبدیل به توده بشیه، نگرانم می‌کنم" در ادامه به عوارض چاقی اشاره کرد و گفت: "خب مشکل زنانگی به کنار، چاقی خودش هم مشکلاتی دارد. مشکلات عمومی مثلاً چاقی باعث افزایش قند و چربی می‌شیه"

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 تخدمان پلی‌کیستیک دارند، احتمال داره مبتلا به سرطان بشوند یا نازایی مثلاً درصدش خیلی زیاده"

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

"کلاً وقتی که یک آدم کیست تخدمان داره، ترس از اینکه در آینده چه مشکلی می‌خواهد پیش بیاد، اگر مثلاً نازایی باشه و یا مثلاً منجر به بیماری سخت تری بشیه" و بعد ادامه داد: "چون اولین باری که دکتر رفتم، به من گفتند که کیست باید درمان بشیه، 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

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

برخی از زنان مشارکت‌کننده در این مطالعه به دلیل ابتلا به این سندروم 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: "الآن 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 سندروم (آدم) هیچ دردی نداره اما مسایل روانی و عاطفی اش خیلی بیشتره، شاید یک ساعت نشستم همین جوری یک جا ظل می‌نم و فقط دارم به این موضوع فکر می‌کنم بعدش چی می‌شیه. راه درمانی داره یا اینکه مثل بقیه چیزهاست، محدوده،"

هم‌چنین بیمار خانه‌دار، دیپلمه (۲۳ ساله) در مورد نگرانی خود از این سندروم 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 عارضی از قبیل سقط خودبخودی، زایمان زوردرس، 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 (۲۳ 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 دارم. استرس زیادی دارم برای بارداری بعدی خودم، خیلی می‌ترسم که این عوارض تکرار بشیه، من همچ توی اینترنت در مورد بارداری‌های پر خطر و اینکه کیسه آب چرا پاره می‌شیه، تحقیق می‌کنم. خودم آن موقع خیلی از پله‌ها بالا و پایین می‌رفتم. در بارداری شکم 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. ماه‌های اول دو سه کیلو لاغر شدم. ماه‌های آخر ۵ تا ۶

یک دیگر از نگرانی‌های زنان مبتلا، پیشرفت عالیم این سندروم 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 قاعده‌گی دکتر رفتم شاید یک تا دو تا میزائده داشتم. بعد که قرص‌ها را مصرف کردم بعد دیدم کمک موهای زائد زیادتر شد. رفتم دکتر و به دکتر گفتم که آیا قرص‌ها تاثیری روی موهای زاید 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 باشد و شاید به خاطر کیست تخدمان"

و بعد با ناراحتی زیاد ادامه داد:

"خسته می‌شده آدم، چقدر باید قرص بخوره، هر شب باید یادت باشند که قرصت را بخوری اگر نخوری هیچی، آخه خسته‌کننده است. یک مدت که شد آدم می‌گذاره کنار، می‌گه و لش کن، هر چی که می‌خواهد 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 مثلاً 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 عالیم خود به ویژه در مورد بی‌نظمی قاعده‌گی را بیان نمودند. در این رابطه خانم متاهل، خانه دار، دیپلمه (۳۹ ساله) گفت:

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

بحث

در مطالعه‌ی کیفی حاضر که به روش مصاحبه‌ی عمیق فردی اجرا شد برای نخستین بار دغدغه‌ی زنان ایرانی مبتلا به سندروم تخدمان پلی کیستیک تبیین گردید. در این پژوهش

خوب در آینده مثلاً من نازا باشم طرف من بچه می‌خواهد حالاً 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 می‌باره و الان که یک خورده راه میرم پاهام و زانوها درد می‌گیره"

همچنین ر متاهل، خانه دار، دیپلمه (۲۲ ساله) به عوارض درازمدت چاقی به دلیل این سندروم اشاره کرده و گفت: "قند توی خانواده ما زیاده و چاقی هم می‌تونه بوجود بیاره، فشار خون می‌باره، باعث درد پاهای می‌شه، چربی خون می‌یاره"

بیمار متاهل، خانه دار، دیپلمه (۲۳ ساله) در مورد نگرانی ناشی از مشکلات اقتصادی و هزینه درمان عوارض سندروم تخدمان پلی کیستیک 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 آدم پیش دکتر، که حتماً باردار بشم اینا، یک جایی وقتی می‌بینم که باز مشکل اقتصادی پیدا می‌کنیم، یاد هزینه‌ها می‌افتدام، 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 ابر اقتصادی این بیماری گفت:

"هر جا که میرم حتی وقتی که به باشگاه میرم و یا مثلاً 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 می‌گذارد. 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:

می‌شود که در ۶۰٪ از موارد تخدمان پلیکیستیک به وجود می‌آید، اما چاقی و نژاد در بروز پرمومی بسیار نقش دارند.^{۲۶} در مطالعه‌ی کیفی کیتزنگر و ویلموت (۲۰۰۲) زنان مبتلا به این سندروم، زن بودن را داشتن موهای نرم و لطیف در بدن و صورت، منظم بودن قاعده‌ی و داشتن قدرت باروری می‌دانستند و عالیم این سندروم سبب شده بود که آن‌ها کتر 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 برند. این پژوهش‌گران سندروم تخدمان پلیکیستیک را به عنوان ربانیده‌ی ویژگی‌های زنانگی نام نهادند.^{۲۷} همچنین در پژوهش کیفی سیندر (۲۰۰۶) نیز زنان مبتلا به سندروم تخدمان پلیکیستیک، احساس متفاوت بودن نسبت به دیگران را به دلیل داشتن عالیم این سندروم بیان کردند و به ویژه پرمومی اثر منفی روی احساس زن بودن آنان داشته،^{۲۸} که با پژوهش حاضر همخوانی داشت.

مهم‌ترین دغدغه‌ی زنان متاحل 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. سندروم تخدمان پلیکیستیک بیشتر به وسیله‌ی اختلال در تخمک‌گذاری به صورت اولیگومونره یا آمنوره در درمانگاه‌های نازایی تشخیص داده می‌شود.^{۲۹} همچنین، علاوه بر مشکل نازاباروری، در صورت بارداری این زنان بیشتر در معرض خطر عوارض بارداری هستند. داده‌ها در مورد اثر سندروم تخدمان 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.^{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 سندروم PCOS عوارض بارداری به ویژه دیابت حاملگی و افزایش فشار خون به طور بارزی افزایش می‌یابد.^{۳۲} داده‌های اپیدمیولوژی نیز از همراهی بین این سندروم با افزایش خطر عدم تحمل گلوکن، دیابت حاملگی و دیابت نوع دو حمایت می‌کند.^{۳۳} همچنین، غربالگری بیوشیمیایی نیز از همراهی بین سندروم 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 عالیم افزایش

با توجه به تجارب زندگی زنان مبتلا به سندروم تخدمان پلیکیستیک چهار مضامین اصلی از تجزیه و تحلیل بیانات شرکت‌کننگان استخراج گردید: که شامل نگرانی ناشی از عالیم 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 سندروم تخدمان پلیکیستیک، اثرات منفی این سندروم 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^{۳۴} که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد.

در بررسی ویز و همکاران (۲۰۱۱) نیز یکی از نگرانی‌های مهم زنان مبتلا به سندروم تخدمان پلیکیستیک، پرمومی، 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 سندروم احساس نامیدی، دلخوری و شرمندگی داشتند.^{۳۵} تید و همکاران (۲۰۱۰)، نیز با یک مطالعه‌ی مروری بیان کردند سندروم تخدمان پلیکیستیک یک تجربه مایوس کننده برای زنان است که با چالش‌هایی در رابطه با نقش جنسیتی، تصویر نهنجی 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.^{۳۶} همچنین ایکبک و همکاران (۲۰۰۹) که تجارب زنان با مشکل پرمومی را با یک مطالعه‌ی کیفی مورد بررسی قرار دادند، اظهار نمودند بیشتر زنان شرکت‌کننده در پژوهش، خود را غیرجذاب و زشت می‌دیدند و پرمومی 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.^{۳۷} سندروم تخدمان پلیکیستیک یکی از علل شایع پرمومی محسوب

می‌کنند. به همین دلیل نگرانی‌های زنان مبتلا به سندروم تخمدان پلی کیستیک 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 سندروم تخمدان پلی کیستیک به مطالعه‌ی کیفی در مناطق دیگر نیاز است. هر چند که غیر قابل تعیین بودن یافته‌های پژوهش‌های کیفی از ویژگی‌های این گونه بررسی‌ها می‌باشد.

نتیجه‌گیری این که اگرچه بررسی‌های قبلی نشان دادند سندروم تخمدان پلی کیستیک سبب زجر احساسی و اثر منفی روی کیفیت زندگی زنان است، اما مطالعه‌ی کنونی نگرانی‌های زنان مبتلا به این سندروم 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 سندروم 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 سندروم 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 قاعده‌گی 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 می‌شود، 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

آندرولوژن 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 سندروم PCOS علاوه بر نشانه‌های فیزیکی این سندروم، 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.^{۳۶} در پژوهش حاضر نیز بسیاری از آزمودنی‌ها به هزینه‌های درمانی علایم و عوارض این سندروم اشاره نموده که بیشتر این درمان‌ها از قبیل درمان‌های نازایی و پرمومی (از قبیل روش‌های کمک باروری و لیزر و الکتروولیز) 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 سندروم تخمدان پلی کیستیک 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.^{۳۷} آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر نیز به عوارض بارداری در تجربیات قبلی بارداری خود اشاره نمودند. همچنین، آن‌ها از بروز عوارض درازمدت این سندروم از قبیل بیماری‌های دیابت و سرطان در آینده هراسان بودند.

یکی دیگر از نگرانی‌های زنان مبتلا به این سندروم، مزمن بودن بیماری، عود مکرر علایم و پیشرفت علایم این سندروم بود که بیشتر آزمودنی‌ها به آن اشاره کرده بودند. در پژوهش کیفی ویس ترسا و همکاران (۲۰۱۱) نیز آزمودنی‌ها، سندروم تخمدان پلی کیستیک را یک بیماری مزمن و پیچیده‌ای می‌دانستند که با نشانه‌های به ظاهر نامریوط اما به عنوان یک سندروم درگیر می‌شدند. آنان این بیماری را طاقت فرسا توصیف نموده که سبب کاهش سطح سلامتی آنان شده بود.^{۳۸}

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

مساعدت و همکاری تمام مشارکت‌کنندگان و استاد محترم آقای

دکتر منظری تشكروقدرتانی 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, Hosseinipanah 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's experience 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 barye 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

- 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-menorrhoea 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. Is-mail , 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.

Original Article

Concerns of Women with Polycystic Ovary Syndrome: A Qualitative Study

Nasiri Amiri F¹, Ramezani Tehrani F², Simbar M¹, Mohammadpour Thamtan R³

¹Department of Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, ²Reproductive Endocrinology Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, ³Department 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