

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

واژگان کلیدی: سندروم تخدمان پلی‌کیستیک، حمایت اجتماعی، پیش‌بینی کننده‌ها

دریافت مقاله: ۹۹/۱/۲۱ - دریافت اصلاحیه: ۹۹/۴/۱۷ - پذیرش مقاله: ۹۹/۵/۵

و نمای پلی‌کیستیک در سونوگرافی تخدمان) $19/5\%$ و سونوگرافی $41/4\%$ تخمین زده‌اند.^۱ مبتلایان به این سندروم از عوراض این بیماری از جمله مشکلات ناباروری، هیرسوتیسم، آکنه، آلوپسی، چاقی، اختلال در تحمل گلوکز، اختلالات چربی خون و فشار خون رنج می‌برند.^۲ این اختلالات منجر به کاهش کیفیت زندگی و افزایش اختلالات سایکولوژیک در این زنان می‌شود.^۳

پرمومی، هیرسوتیسم و شاخص توده بدئی بالا تاثیر منفی بر عزت نفس و ترس از ارزیابی منفی ظاهر دارد.^{۴,۵} حتی رضایت جنسی در بعضی زنان مبتلا به سندروم تخدمان پلی‌کیستیک پایین‌تر بوده و فکر می‌کنند که از نظر شریک

مقدمه

سندروم تخدمان پلی‌کیستیک شایع‌ترین اختلال آندوکرین و متابولیک در زنان سینین باروری است و شیوع این سندروم ۵ تا ۱۰ درصد است.^۶ بر اساس یک متابولیز انجام شده در ایران، شیوع آن را بر اساس معیار NIH (داشتن دو علامت تخمک‌گذاری نامنظم یا بدون تخمک‌گذاری و هایپرآندرودنیسم بالینی یا آزمایشگاهی) $6/8\%$ ؛ رتردام (داشتن دو علامت از سه علامت تخمک‌گذاری نامنظم یا بدون تخمک‌گذاری، هایپرآندرودنیسم بالینی یا آزمایشگاهی

مطالعه کیفی که بر روی زنان ۱۸ تا ۲۲ ساله مبتلا به سندرم تخدمان پلی کیستیک انجام شد بیانگر نیاز این افراد به حمایت روانی، اطلاعات مفید و ارتباط با ارائه دهنده خدمات سلامت بود.^{۱۰} در زنان مبتلا به هیرسوتیسم حمایت اجتماعی به عنوان مهم‌ترین عامل مرتبط با کیفیت زندگی شناخته می‌شود.^{۱۱} حمایت اجتماعی و خودکارآمدی، با بهبود عقاید مرتبط با سلامتی و کیفیت زندگی در میان افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن همبستگی دارد. افراد با حمایت اجتماعی محدود، کمتر در رفتارهای سلامتی درگیر می‌شوند.^{۱۲} با توجه به اثرات قابل توجه حمایت اجتماعی درکشده بر جوانب مختلف زندگی افراد، مراقبین سلامت باید به طور مداوم به ارزیابی سلامت روان افراد مبتلا به سندرم تخدمان پلی کیستیک پرداخته و با ایجاد یک شبکه حمایتی قوی به انطباق افراد مبتلا به سندرم تخدمان پلی کیستیک با بیماری‌شان و خود مراقبتی آن‌ها کمک نمایند.^{۱۳} شواهد نشان می‌دهد شناخت عوامل مرتبط با حمایت اجتماعی درکشده می‌تواند در تهیه و تدوین برنامه‌های مشاوره‌ای یا آموزشی به منظور کمک به این بیماران دارای اهمیت باشد، بنابراین مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین میزان حمایت اجتماعی درکشده و پیش‌بینی کننده‌های آن در زنان مبتلا به سندرم تخدمان پلی کیستیک انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه‌ی مقطعی بر روی ۱۸۱ زن مبتلا به سندرم تخدمان پلی کیستیک انجام شد. نمونه‌گیری 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 تنشیز را در ۶ ماه گذشته (مانند فوت یا بیماری‌های جدی در افراد درجه یک، طلاق، عدم مصرف مواد و داروهای مربوط به اختلالات روانی، بنابر خود اظهاری مشارکت کنندگان، عدم وجود بیماری‌های سیستمیک مزمن و تشخیص ابتلا به سندرم تخدمان پلی کیستیک بر اساس معیار رتردام، طبق نظر پژشك متخصص زنان، بود. معیار خروج، عدم پاسخ به ده درصد سوالات هر یک از پرسشنامه‌ها بود.

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

جنسي خود جذاب نیستند.^{۱۴} شواهد علمی نیز نشان دهنده افزایش شیوع و میزان اضطراب و شیوع ۴ برابری افسردگی در این زنان در مقایسه با زنان سالم دارد.^{۱۵}

حمایت اجتماعی درکشده از مهم‌ترین عوامل پیشگویی کننده سلامت جسمی و روانی در افراد است^{۱۶} که باعث حس ارزشمندی در فرد می‌شود.^{۱۷} نتایج یک مطالعه در بیماران دچار سوختگی نشان داد حمایت اجتماعی یک عامل مهم در انطباق افراد با تغییر ظاهرشان و کاهش حس عقاوتش بودن با دیگران است. افرادی که همسرانشان به آن‌ها اطمینان می‌دادند که هنوز جذاباند و سعی در صمیمیت فیزیکی با آن‌ها داشتند، احساس می‌کردند که هنوز همان آدم قبلی هستند. خانواده و دوستانی که به این بیماران گوشزد می‌کردند که ظاهر فیزیکی اهمیت ندارد، در ایجاد عزت نفس و اعتماد به نفس آن‌ها نقش بسزایی داشتند.^{۱۸} لذا، به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی درکشده با انطباق و پذیرش زنان مبتلا به سندرم تخدمان پلی کیستیک نسبت به تغییرات ظاهری‌شان، مرتبط باشد. از طرفی گزارش شده است که حمایت اجتماعی درکشده پیشگویی کننده ورزش و روند کاهش غذا خوردن است^{۱۹} و با توجه به اینکه اغلب زنان مبتلا به سندرم تخدمان پلی کیستیک اضافه وزن دارند،^{۲۰} به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی درکشده بتواند از این طریق منجر به کاهش وزن و بهبود وضعیت ظاهری در آنان شود. مارکوس^{۲۱} و همکاران گزارش کردند حمایت اجتماعی درکشده بالا از طرف دوستان و خانواده با کاهش اختلالات بدشکلی بدن همراه است،^{۲۲} در حالی که روابط دوستانه ضعیف‌تر با اختلالات خوردن و نارضایتی بیشتر از بدن همراه است.^{۲۳}

نتایج یک مطالعه دیگر نشان داد که ارتباط مبتلایان به سندرم تخدمان پلی کیستیک با افرادی که آن‌ها را می‌فهمند، انطباق با شرایط را برای آنان به ارمغان می‌آورند، گرچه برای تعداد اندکی از بیماران کسب تجارب منفی، از جمله خواندن تجربیات منفی دیگران، احساس بیگانه بودن را به همراه داشت.^{۲۴} افراد با شرکت در یک گروه حمایتی با هدایت یک پرستار اذعان داشتند که شرکت در این گروه موجب کاهش احساس انسزا، ایجاد یک فرصت برای مقایسه اجتماعی و دریافت اطلاعات شده است و تأثیر زیادی بر احساس توانمندی و خود مدیریتی آن‌ها گذاشته است.^{۲۵}

ترتیب از مقیاس فریمن و گالویⁱⁱⁱ و مقیاس طبقه‌بندی آلوپسی لودویگ^{iv} استفاده شد.^{۲۲،۲۳}

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، پیش‌فرض‌های 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 ۶۴ سال با میانگین و انحراف معیار $42 \pm 6/42$ بود. نود نفر (۶۸/۲ درصد) از شرکت‌کنندگان متاهل؛ نابارور و نفر ۴۲ (۳۱/۸) بارور بودند. اطلاعات بیشتر در مورد مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول ۲ آمده است. میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی درکشده $10/1 \pm 1/10$ بود (جدول ۱). جدول ۱- شاخص‌های عددی فهره حمایت اجتماعی درکشده در زنان مبتلا به سندروم تخدمان پلی‌کیستیک ($n=181$)

حمایت اجتماعی درکشده	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
حیطه خانواده	۵/۵۸	۱/۴۰	۱	۷
حیطه دوستان	۴/۲۸	۱/۰۵	۱	۷
حیطه افراد مهم	۵/۰۸	۱/۲۸	۱	۷
نمره کل	۵/۱۸	۱/۰۱	۱/۰۱	۲/۲۰

iii -Ferriman and Galvey
iv -Ludwig

مبتلا به سندروم تخدمان 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 درنظر گرفتن ده درصد ریزش حجم نهایی به ۱۸۱ نفر رسید.

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

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل: پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی و مشخصات باروری و ابزار حمایت اجتماعی درکشده چندبعدیⁱ (MSPSS) 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 مخالف (۱) تا کاملاً موافق (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 مرربوط 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 نشان دهنده‌ی حمایت اجتماعی درکشده‌ی بیشتر است. روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمتⁱⁱ و همکاران در حد مطلوب گزارش شده است. سلیمانی، جوکار و نیک پور (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 0.86 , 0.82 و 0.82 گزارش کردند.^{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 0.85 , 0.89 و 0.85 بدست آمد. برای سنجش و طبقه‌بندی میزان هیرسوتسیم و آلوپسی به

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 اجتماعی درستان است. در تمامی حیطه‌ها میانگین نمره حمایت اجتماعی درکشده بیشتر از میانه ابزار (۴) بود.

جدول ۲- ارتباط مشخصات جمعیت شناختی و باروری با حمایت اجتماعی درکشده در زنان مبتلا به سندرم تخدمان پلی کیستیک ($n=181$)

عوامل مورد بررسی	شاخص‌های عددی	نتایج آزمون
سن	میانگین \pm انحراف معیار	
مدت ازدواج	$28/4 \pm 6/42$	$t=-0/0/6$ و $p=0/282$
شخص توده بدنی	$7/12 \pm 5/17$	$=0/221$ و $p^{\circ}=0/101$
تحصیلات:	$25/89 \pm 4/90$	$t=-0/0/4$ و $p=0/533$
ابتدایی و راهنمایی	تعداد (برصد)	
دیپلم و فوق‌دیپلم	$21 (11/6)$	${}^{\dagger}P=0/931$
لیسانس و بالاتر	$78 (42/1)$	
تحصیلات همسر:	$82 (45/3)$	
ابتدایی و راهنمایی	$16 (12/1)$	${}^{\dagger}P=0/682$
دیپلم و فوق‌دیپلم	$62 (47/0)$	
لیسانس و بالاتر	$54 (40/9)$	
شغل:		
خانه‌دار	$90 (49/7)$	${}^{\dagger}P=0/801$
شاغل	$50 (27/6)$	
دانشجو	$41 (22/7)$	
شغل همسر:		
کارگر	$25 (18/9)$	${}^{\dagger}P=0/797$
کارمند	$51 (38/6)$	
آزاد	$56 (42/4)$	
وضعیت اقتصادی:		
مطلوب	$71 (39/2)$	${}^{\dagger}P=0/372$
نسبتاً مطلوب	$94 (51/9)$	
نامطلوب	$16 (8/8)$	
میزان رضایت همسر از اندام و ظاهر زن:		
بسیار راضی	$58 (43/9)$	${}^{\dagger}P=0/026$
راضی	$57 (42/2)$	
بی‌تفاوت	$10 (7/6)$	
ناراضی	$7 (2/8)$	
بسیار ناراضی	$2 (1/0)$	
وضعیت تأهل:		
مجرد	$49 (27/1)$	${}^{\ddagger}P=0/005$
متاهل	$132 (72/9)$	
وضعیت باروری:		
بارور	$90 (68/2)$	${}^{\ddagger}P=0/964$
نابارور	$42 (31/8)$	
مرتبه بارداری:		
.	$87 (60/9)$	${}^{\dagger}P=0/680$
۱	$31 (22/0)$	
≥ 2	$14 (10/8)$	
تجربه سقط:		
دارد	$27 (20/0)$	${}^{\ddagger}P=0/944$
ندارد	$105 (79/5)$	

ادامه جدول ۲

وجود هم صحبت

بلی

خیر

صرف دارو:

بلی

خیر

آکنه:

عدم وجود

خفیف

متوسط

شدید

آلوبسی:

عدم وجود

خفیف

متوسط

شدید*

هیرسوتیسم:

عدم وجود

خفیف

متوسط

شدید*

[‡] P=0.037	۱۰۹ (۶۰/۲)	
	۷۲ (۳۹/۷)	
		صرف دارو:
[‡] P=0.003	۹۹ (۵۴/۷)	بلی
	۸۲ (۴۰/۳)	خیر
		آکنه:
[†] P=0.97	۵۲ (۲۸/۷)	عدم وجود
	۹۸ (۵۴/۱)	خفیف
	۱۸ (۹/۹)	متوسط
	۱۲ (۷/۲)	شدید
		آلوبسی:
[†] P=0.55	۸۴ (۴۶/۴)	عدم وجود
	۵۲ (۲۸/۷)	خفیف
	۴۳ (۲۳/۸)	متوسط
	۲ (۱/۱)	شدید*
		هیرسوتیسم:
[§] P=0.59	۱۲۴ (۶۸/۵)	عدم وجود
	۲۹ (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.

** زنان مبتلا تا هم صحبت در اندازه ۴۶/۰ واحد نسبت به زنان مبتلا تا هم صحبت در اندازه ۴/۰ واحد نسبت به زنان مبتلا که هم صحبت داشتند، کمتر بود، همچنین میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده در زنان مبتلا به سندروم تخدمان پلی‌کیستیک که دارو مصرف نمی‌کردند به اندازه ۴۳/۰ 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 درک شده زنان مبتلا به سندروم تخدمان پلی‌کیستیک)، توسط متغیرهای مستقل، وضعیت تاہل، وجود هم صحبت و مصرف دارو تبیین شده است (جدول ۳).

پلی‌کیستیک که مجرد بودند به اندازه ۴۶/۰ واحد نسبت به زنان مبتلا تا هم صحبت در اندازه ۴/۰ واحد نسبت به درک شده در زنان مبتلا که هم صحبت داشتند به اندازه ۴/۰ واحد نسبت به زنان مبتلا که هم صحبت داشتند، کمتر بود، همچنین میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده در زنان مبتلا به سندروم تخدمان پلی‌کیستیک که دارو مصرف نمی‌کردند به اندازه ۴۳/۰ 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 درک شده زنان مبتلا به سندروم تخدمان پلی‌کیستیک)، توسط متغیرهای مستقل، وضعیت تاہل، وجود هم صحبت و مصرف دارو تبیین شده است (جدول ۳).

جدول ۳- پیش‌بینی‌کننده نمره حمایت اجتماعی درک شده زنان مبتلا به سندروم تخدمان پلی‌کیستیک (n=۱۸۱)

R ²	%۹۵ اطمینان	p-value	آماره	انحراف معیار	B ضریب	متغیرهای مستقل
.۰۱۲	-۰/۷۸ تا -۰/۱۴	.۰۰۰	-۲/۸۶	-۰/۲	-۰/۴۶	وضعیت تاہل
	-۰/۰۷ تا -۰/۱۲	.۰۰۶	-۲/۸۱	-۰/۲	-۰/۴۱	وجود هم صحبت
						صرف دارو
	۰/۰۷ تا ۰/۱۵	.۰۰۳	۲/۰۰۹	.۰/۲۱	.۰/۴۳	
			رده مرتع			

از میان متغیرهایی که در مطالعه ارتباط تک تک آنان با میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده موردن بررسی قرار داده شد، متغیرهای میزان رضایت همسر از اندام و ظاهر زن درک شده، وضعیت تاہل (P=0.026)، وجود هم صحبت (P=0.037) و وجود هم صحبت (P=0.003) ارتباط آماری معنادار داشتند. از آنجا که متغیر میزان رضایت همسر از اندام و ظاهر زن فقط در شرکت‌کنندگان متأهل (۱۲۲ متأهل) قابل بررسی بود وارد مدل رگرسیون نشد. بنابراین، سه متغیر وضعیت تاہل، مصرف دارو و وجود هم صحبت وارد مدل رگرسیون خطی چندگانه با راهبرد Enter شدند که هر سه متغیر در مدل باقی ماند. طبق نتایج، میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده در زنان مبتلا به سندروم تخدمان پلی‌کیستیک، توسط متغیرهای مستقل، وضعیت تاہل، وجود هم صحبت و مصرف دارو تبیین شده است (جدول ۳).

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

مارتینⁱⁱⁱ و همکاران با مطالعه بر روی زنان نابارور، حمایت اجتماعی درکشده 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.^{۲۶} هم‌چنین، تفاوت‌های فرهنگی بین کشورهای اروپایی و آسیای شرقی (پرتفال که مطالعه فوق در آنجا انجام شده و کشور ایران) نیز می‌تواند منشاء این تفاوت باشد.

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد؛ میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده برحسب وضعیت تأهل تفاوت معنی‌دار آماری داشته و افراد متاهل حمایت اجتماعی درکشده 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.^{۲۷} 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.^{۲۸}

در مطالعه‌ی ما، افرادی که دارو مصرف نمی‌کردند، حمایت اجتماعی درکشده 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^{۲۹} و بیمای عروق کرونری قلب^{۳۰} ارتباط معناداری وجود

بحث

نتایج این مطالعه که با هدف تعیین حمایت اجتماعی درکشده و پیش‌بینی کنندگان آن در زنان مبتلا به سندروم 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 تأهل، 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 هیرسوتویسم انجام شده بود، میانگین نمره حمایت اجتماعی درکشده با ابزار MSPSS که مشابه ابزار بکار گرفته در مطالعه‌ی ما است، سنجیده شده بود.^{۳۱} میانگین نمره کل و هر یک از حیطه‌های مطالعه‌ی ما تقریباً هم راستا با نتایج مطالعه ایکباک و همکاران می‌باشد.

در مطالعه فنگⁱⁱ و همکاران حمایت اجتماعی به‌وسیله ابزار ۱۵ آیتمی در حیطه‌های خانواده، دوستان و همکاران، در پرستاران مبتلا به اضافه وزن و چاقی سنجیده شده بود؛ که به‌جز حیطه حمایت همکاران، مابقی میانگین‌ها با نتایج مطالعه حاضر قابل مقایسه است. چون ابزار مطالعه‌ی فنگ با پژوهش می‌تفاوت 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 ابزارمربوطه و در مطالعه حاضر به ترتیب ۳۹ و ۹ درصد بالاتر از میانه ابزاربود. این اختلاف می‌تواند مربوط به تفاوت در ویژگی‌های جمعیت‌شناسختی نمونه پژوهش در دو مطالعه باشد. در مطالعه فنگ و همکاران، میانگین سن و شاخص توده بدنی افراد بیشتر بود، درصد بیشتری از افراد

iii- Martins
iv- Cairney

i- Ekbäck
ii- Fang

پلی‌کیستیک ارتباط دارند، باید زمینه استفاده بیمار از گروه حمایتی همتایان را به عنوان وسیله‌ای برای کاهش ناخوشی و ارتقای فعالیت‌های شخصی نظری 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 ($p=0.028$). 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 کاترونوا^{۱۹} و همکاران نیز نشان داد که حمایت نامناسب با کاهش رضایت زناشویی همراه است.^{۲۰} همچنین دیده شده همراه با کاهش حمایت درکشده، رضایت زناشویی نیز کاهش می‌یابد.^{۲۱}

در مطالعه حاضر میانگین نمره حمایت اجتماعی بر حسب 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 هیرسوتویسم 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 سندروم تخدمان 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 شد، 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.^{۲۲} والنت^۷ و همکاران ارتباط معنی‌داری بین حمایت اجتماعی خانواده و اضافه‌وزن یافتند.^{۲۳} ولی لیویتس^۹ و همکاران ارتباط مثبتی بین حمایت اجتماعی و

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.^{۲۴} آنجایی که احتمال اقدام به درمان در افرادی که علائم بیشتری از سندروم (اویلیگومنوره، آمنوره، ناباروری، هیرسوتویسم، آلوپسی، آکنه) را نشان می‌دهند بیشتر است، ممکن است این افراد به دلیل انگ اجتماعی بعضی از این علائم (هیرسوتویسم، ناباروری وغیره) 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 سندروم (علائم هایپرآندروژنیسم) ظاهری است، و با توجه به ارتباط مثبت حمایت اجتماعی درکشده با تصویر ذهنی از جسم بهتر،^{۲۵} این احتمال وجود دارد که افراد دریافت‌کننده حمایت اجتماعی درکشده 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 سندروم تخدمان پلی‌کیستیک داشتند، حمایت اجتماعی درکشده بیشتری را گزارش کردند ($P=0.037$). در همین راستا نتایج مطالعه هالبری^۱ و کالسون^{۲۶} که به بررسی تأثیر ایجاد یک گروه حمایتی آنلاین بر زنان مبتلا به سندروم تخدمان 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 تجاربیات منفی دیگران و احساس بیگانگی با گروه را ذکر کردند.^{۲۷} هم چنین پرسی^{۲۸} و همکاران با مطالعه بر روی زنان مبتلا به سندروم تخدمان پلی‌کیستیک دریافتند متخصصانی که به صورت ویژه با بیماران مبتلا به سندروم تخدمان

i - Holbrey

ii - Coulson

iii - Percy

نمونه‌های بالا که باطیع زمان بیشتر را می‌طلبید، 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 پیش‌بینی کننده‌های 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 پیش‌بینی کننده‌ها برای یک یا چند متغیر پرداخته می‌شود، هر چه تعداد عوامل پیش‌بینی کننده افزایش می‌یابد، حجم نمونه نیز بالا می‌رود. با توجه به این که فراهم کردن مشارکت‌کنندگان مبتلا به سندروم تخدمان پلی‌کیستیک در حجم بالا بسیار زمان براست، که محدودیتی برای انجام آن در قالب یک پایان نامه 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 درکشیده با متغیرهای میزان رضایت همسر از اندام و ظاهر زن، وضعیت تأهل، مصرف دارو و وجود هم‌صحبت در ارتباط است که توجه به این متغیرها می‌تواند در تهیه و تدوین برنامه‌های مشاوره‌ای یا آموزشی کمک‌کننده باشد.

سپاسگزاری: مطالعه حاضر، حاصل نتایج پایان نامه کارشناسی ارشد است که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام یافته است (با شماره 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.

نویسنده‌گان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

میزان کاهش وزن را گزارش کردند.^{۳۵} شاید تفاوت در نتایج مطالعات فوق و مطالعه حاضر به دلیل وجود تفاوت در ویژگی‌های جامعه آماری باشد.

یافته‌های ما نشان دادند وضعیت تأهل، مصرف دارو و وجود هم‌صحبت ۱۲ درصد از نمره کل حمایت اجتماعی درکشیده را پیش‌بینی می‌کردند. هم صحبت ۹۲/۶ درصد مشارکت‌کنندگان پزشک، ماما یا همسرشان بود. چنان‌که شواهد علمی نشان می‌دهد، وقتی افراد بیمار به جای حمایت یک فرد از حمایت یک گروه پشتیبان برخوردارند، بیشتر به دنبال جستجوی کمک بر می‌آیند. هم‌چنین، زمانی که گروه پشتیبان دارای مهارت همدلی است^{۳۶} و سعی در توانمند کردن افراد برای یافتن راهبردهای خاص برای مقابله با بیماری‌ها دارد، انگیزه بیشتری در افراد جهت گرفتن حمایت ایجاد می‌کند.^{۳۷} 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،^{۳۹-۴۸} هم‌چنین مجهز بودن گروه‌ها با مداخلات حرفه‌ای،^{۳۷} تشویق و تقویت ارتباطات بین فردی توسط آن‌ها^{۴۰} 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 پیش‌بینی کننده‌های دیگر حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به سندروم تخدمان پلی‌کیستیک باشد.

از جمله عوامل پیش‌بینی کننده دیگر حمایت اجتماعی که در مطالعات دیگر به آن اشاره شده و در پژوهش حاضر بررسی نشد، آشنایی اعضا 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.^{۴۱} 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 پردازند.^{۴۲} قبل ذکر است که بررسی متغیرها و عوامل ذکر شده نیاز به به یک یا چند پژوهشی گستره با تعداد

References

1. Berek JS. Berek and Novak's Gynecology. 16th, Editor. Philadelphia: LWW; Sixteenth, North American Edition. 2019. Available from: URL: http://gynecology.sbmnu.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, Arrestedt 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. Midtgård J, Stelter R, Rørt M, Rørt 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: hasanpoorbatoool@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