



تبیین مفاهیم سلامت معنوی، روانی، عاطفی و شناختی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک: یک مطالعه کیفی

پذیرش مقاله: ۹۷/۲/۳

دریافت مقاله: ۹۶/۸/۲۹

فاطمه نصیری امیری (PhD)^۱

شبنم امیدوار (PhD)^۲

فهیمه رضائی تهرانی (MD)^۳

معصومه سیمبر (PhD)^۴

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۲. مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۳. مرکز تحقیقات اندوکرینولوژی تولید مثل، پژوهشکده غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

^۵نویسنده مسئول: شبنم امیدوار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

تلفن: +۹۸ ۱۱ ۳۲۱۹۵۳۱۳

فاکس: +۹۸ ۱۱ ۳۲۱۹۰۶۱۸

Email: shomidvar@yahoo.com

چکیده

سابقه و هدف: سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS) از شایع‌ترین اختلالات مزمن غدد درون ریز است که با پیامدهای متفاوت بالینی از قبیل عوارض تولید مثلی، متابولیکی و روانی و بعضی از سرطانها همراه است. این که سلامت معنوی، روانی، عاطفی و شناختی زنان مبتلا به این سندرم چگونه است، بخوبی تشریح نشده است. هدف از این مطالعه تبیین مفاهیم سلامت معنوی، روانی، عاطفی و شناختی از دیدگاه زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک و متخصصین آنان است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش با یک مطالعه کیفی با استفاده از تحلیل محتوی جهت تبیین وضعیت سلامت معنوی، روانی، عاطفی و شناختی زنان مبتلا به PCOS طراحی شده است. مصاحبه‌ها در بیمارستان روحانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بابل تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. همه مصاحبه‌ها ضبط شده و رونویسی گردید. داده‌ها بوسیله مصاحبه‌های عمیق انفرادی باز و نیمه ساختار یافته با ۲۳ نفر از زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک و ۸ نفر از متخصصین به اشباع رسید. اطلاعات بدست آمده با استفاده از تجزیه و تحلیل محتوی با روش مقایسه مداوم مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: در مطالعه کیفی با آنالیز محتوا در حیطه سلامت معنوی (مشیت الهی، دعا و نیایش، تفکر به آخرت، توسل به ائمه، سازگاری با مشکلات بیماری)، سلامت روانی (افسردگی، ناامیدی، ترس و اضطراب، بدخلقی، درونگرا بودن)، حیطه عاطفی (اعتماد به نفس پایین، احساس خجالت و شرمندگی، احساس حقارت و خود کم‌بینی نسبت به همسالان) و حیطه شناختی (مشغولیت ذهنی و کاهش تمرکز، ناتوانی در حل مساله، ناتوانی در تصمیم‌گیری) استخراج گردید. آنچه که در این مطالعه قابل توجه بوده، تاثیر اعتقادات مذهبی در پذیرش و سازگاری با مشکلات این سندرم و افزایش تحمل آنان نسبت به عوارض این سندرم بوده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه زنان مبتلا به PCOS با اعتقادات مذهبی، بهتر توانستند با عوارض گسترده این بیماری تطابق و سازگاری پیدا کنند؛ لذا در اداره این بیماران علاوه بر درمان علائم جسمی، باید به جنبه‌های مختلف معنوی، روانی، عاطفی و شناختی آنان توجه شود.

واژه‌گان کلیدی: سندرم تخمدان پلی کیستیک، سلامت، مطالعه کیفی، تحلیل محتوی

مقدمه

می‌شود، شامل: استعداد ژنتیکی، افزایش میزان ترشح انسولین و مقاومت نسبت به انسولین و چاقی، آلودگی‌های محیطی و شیمیایی است (۷). سندرم تخمدان پلی کیستیک یک اختلال چند عاملی است که در اثر تعامل اختلال ژنتیکی و محیطی بوجود می‌آید (۸). اتیولوژی دقیق آن کاملاً مشخص نیست اما نوعی اختلال هورمونی است که همراه با افزایش اندروژن و کاهش عملکرد دستگاه تولید مثل است (۹). هم چنین به دلیل اختلال در تحمل گلوکز، دیابت نوع دو، افزایش غیر طبیعی چربی‌های خون و افزایش فشار خون در خطر افزایش بیماری‌های قلب و عروقی هستند (۱۰) و از طرف دیگر به دلیل عدم تخمک‌گذاری مزمن و در معرض قرار گرفتن استروژن بدون همراهی با پروژسترون دارای افزایش خطر بروز سرطان رحم و دهانه رحم می‌باشند (۱۱). سندرم تخمدان پلی کیستیک بیماری مزمن محسوب می‌شود که درمان قطعی ندارد و بدلیل داشتن علائم متفاوت، بر کلیه جنبه‌های زندگی اثرگذار است (۱۲). اخیراً، محققین بر اهمیت باورها و سبک مقابله‌ای مذهبی در زمینه درمان بیماری‌های مزمن

سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS) از شایع‌ترین اختلالات غدد درون‌ریز است که یک نفر از هر ۱۵ زن در سراسر دنیا به آن مبتلا می‌شوند (۱). میزان شیوع آن بسته به تعریف استفاده شده از این سندرم از ۴٪ تا ۲۵٪ گزارش شده است (۲). شیوع این عارضه در کشور ما بر اساس معیار روتردام ۱۴/۶ درصد و بر اساس معیار NIH ۸/۵ درصد گزارش شده است (۳). بدلیل شیوع بالا و عوارض ناشی از این سندرم، بار مالی زیادی به سیستم بهداشتی درمانی کشور وارد می‌شود. بار بیماری PCOS در کشور ایالات متحده در زنان ۱۴ تا ۴۴ سال تقریباً سالانه ۴/۳۷ میلیارد دلار تخمین زده شد (۴). شیوع PCOS به موازات چاقی در حال افزایش است. علت PCOS پیچیده و متفاوت است، اما چاقی نقش بسیار مهمی در پاتولوژی سندرم تخمدان پلی کیستیک دارد (۵). شواهد زیادی وجود دارد که هیپرانسولینمی و افزایش مقاومت نسبت به انسولین با بروز سندرم تخمدان پلی کیستیک ارتباط دارد و افزایش مقاومت نسبت به انسولین یک یافته شایع در افراد چاق است (۶). دلایلی که بطور شایع در ایجاد PCOS مطرح

اشکال مختلف این سندرم را داشته باشند. تشخیص PCOS بدلیل متنوع بودن علائم و نشانه‌ها مشکل است (۲۰). معیارهای روتردام به تشخیص صحیح آن کمک می‌کند. بر طبق این معیارها داشتن حداقل دو معیار از سه معیار زیر برای تشخیص کافی است که شامل: عدم تخمک گذاری و یا اولیگووولاسیون، رویت کیست‌های کوچک و فراوان در تخمدان‌ها از طریق سونوگرافی، علائم کلینیکی یا بیوشیمیایی افزایش آندروژن (یا هر دو) در بدن است (۲۱). همچنین جهت غنای داده‌ها پس از اتمام نمونه‌گیری از مبتلایان، از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی (متخصصین زنان، مامایی، غدد، پوست) مصاحبه عمیق فردی انجام شد.

نمونه‌گیری به صورت هدفمند و با حداکثر تنوع از نظر سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و اشکال مختلف سندرم بر اساس شکایت اصلی مراجعه، انجام شد. با پیشرفت مطالعه، نمونه‌گیری نظری دنبال شد تا مفاهیم و طبقات ایجاد شده، را بتوان با تجارب گروهی متنوع از مشارکت کنندگان در قالب الگوی مفهومی استحکام بخشید و فرآیند اصلی مطالعه ظهور یابد (۲۲). تعداد نمونه در قسمت کیفی پژوهش تا زمانی ادامه می‌یابد که پژوهشگر به اشباع کامل اطلاعات دست یابد (۲۳). نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف آغاز و به صورت نظری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت که در مجموع تعداد شرکت‌کنندگان بیمار در این مطالعه به ۲۰ نفر و تعداد ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی (متخصصین زنان، مامایی، غدد، پوست) به ۸ نفر رسید. روش جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش حاضر به شیوه مصاحبه عمیق انفرادی باز و نیمه ساختار یافته با بیماران مبتلا به PCOS و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی (متخصصین زنان، مامایی، غدد، پوست) بود. از یادداشت در عرصه نیز برای سخنان و حالات و حتی حرکات بدنی مصاحبه شونده‌ها استفاده شد. تشخیص سندرم تخمدان پلی کیستیک توسط پزشک متخصص غدد و زنان دانشگاه علوم پزشکی بابل تایید شد. پژوهشگر با معرفی خود و بیان اهداف مطالعه، مشارکت‌کنندگان را برای شرکت در مصاحبه دعوت می‌کرد. پیش از انجام هر مصاحبه از مشارکت‌کنندگان رضایت کتبی و شفاهی شرکت در پژوهش و نیز ضبط صدا کسب می‌شد. برای ضبط صدا از وسیله‌ی (MP3 player) استفاده شد و به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد فایل‌های صوتی محرمانه در جای امنی نگهداری خواهد شد. مصاحبه‌ها در اتاقی جداگانه و آرام در همان بیمارستان انجام شد. زمان تقریبی هر جلسه از پیش برای مشارکت‌کنندگان اعلام شده بود و با توجه به تمایل آنان افزایش و یا کاهش می‌یافت. به طور متوسط هر مصاحبه ۷۵ دقیقه (۴۵ تا ۹۰) به طول انجامید. جهت مصاحبه نیمه ساختارمند با متخصصین مصاحبه با سوالاتی کلی در رابطه با تاثیر این سندرم بر ابعاد مختلف زندگی بیماران مبتلا به این سندرم شروع شد و سپس سوالات راهنمای مصاحبه بدون ترتیب از پیش تعیین شده با هدایت مشارکت‌کنندگان ادامه می‌یافت. بحث با حفظ زمان تا آنجا پیش می‌رفت که مصاحبه‌گر اطمینان می‌یافت که مفاهیم ارائه شده را به خوبی دریافت کرده است. لذا با ارایه‌ی سوالات فرعی و ژرف‌کاو مصاحبه ادامه می‌یافت. زمان تقریبی هر مصاحبه از قبل اعلام شده بود و با توجه به علاقه و وضعیت مشارکت‌کنندگان افزایش و یا کاهش می‌یافت. میانگین مدت مصاحبه با متخصصین ۳۵ دقیقه (۲۰ تا ۴۵ دقیقه) بود. بعد از اتمام هر مصاحبه، بعد از چند بار گوش دادن در اولین فرصت متن مصاحبه‌ها به همراه ارتباطات غیر کلامی مانند لحن کلام، سکوت، تاکید و لیخند ابتدا دست نویس شد و سپس تایپ شد. ابتدا هر مصاحبه مورد تحلیل قرار می‌گرفت و سپس مصاحبه بعدی انجام می‌شد. محقق در پایان هر مصاحبه

تمرکز کرده‌اند (۱۵-۱۳). نتایج تحقیق Rider و همکاران نشان داد که کسانی که از سبک‌های سازگاری مذهبی در برخورد با نگرانی‌های زندگی استفاده می‌کردند، کمتر مستعد ابتلا به اختلالات خوردن بودند (۱۶). همچنین Rippentrop و همکاران نشان دادند که بین به کارگیری سبک‌های مقابله‌ی دینی با سلامت جسمانی و روانی در بیماران مبتلا به درد مزمن ارتباط معنی داری وجود داشته است (۱۷). با توجه به این که اهمیت ابعاد مختلف PCOS در هر جامعه‌ای با توجه به عوامل فرهنگی و اجتماعی متفاوت است، پس بنظر می‌رسد تبیین مفاهیم سلامت معنوی، روانی، عاطفی و شناختی زنان مبتلا به PCOS مبتنی بر خصوصیات فرهنگی و اجتماعی جامعه ما می‌تواند اطلاعات صحیح در خصوص واقعیت‌های موجود را مشخص نماید تا بتوان بر اساس نتایج این مطالعه مداخلات مناسب را در آینده طراحی کرد. مطالعه حاضر به روش مطالعه کیفی در جستجوی تبیین مفاهیم سلامت معنوی، روانی، عاطفی و شناختی زنان مبتلا در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به روش کیفی و با رویکرد تحلیل محتوی قراردادی انجام شد. رویکردهای کیفی برای کشف تجربیات ذهنی بیماران با ارزش می‌باشد. در این رویکرد پژوهشگر کار خود را با یک نظریه شروع نمی‌کند بلکه با یک عرصه شروع می‌کند و اجازه می‌دهد فرآیندها خود، نمایان گردند. در این مطالعه جهت ایجاد موقعیت برای پاسخ به سوالات تحقیق از روش تحلیل محتوا استفاده شده است. تحلیل محتوی یک روش تحقیق است که در مطالعات مربوط به علوم سلامتی طی سال‌های اخیر بسیار مورد استفاده قرار گرفته است. بیش از ۴۰۰۰ مقاله منتشر شده طی سال‌های ۱۹۹۱ تا ۲۰۰۲ با رویکرد تحلیل محتوی در پایگاه اطلاعاتی سیناهل (Cinhal) یافت شده است. هدف تحلیل محتوی مانند همه رویکردهای پژوهشی فراهم آوردن شناخت بینشی نو، تصویری از واقعیت و راهنمای عمل است. در تحلیل محتوی کیفی هدف تولید دانش و درک پدیده تحت مطالعه است (۱۸).

Mandzak & Mc Milan واژه سلامت را شایسته تحلیل مفهومی می‌دانند چرا که در چند دهه اخیر مطالب زیادی در خصوص آن نگاشته شده است و این مفهوم در علوم مراقبتی به عنوان یک مفهوم پایه مطرح است و با وجود استفاده مکرر از این واژه مفهوم آن به روشنی درک نشده است. لذا انجام تحلیل مفهومی برای روشن کردن این مفهوم ضروری می‌نماید (۱۹). در این مطالعه با استفاده از روش تحلیل محتوی قراردادی بر اساس دیدگاه شرکت‌کنندگان در مطالعه مفاهیم آشکار و پنهان مشخص شدند. سپس این مفاهیم کد بندی، خلاصه‌سازی، طبقه‌بندی شد و درون مایه‌ها استخراج گردیدند. کدها بر اساس واحدهای معنا بر گرفته از توصیفات شرکت‌کنندگان کشف شده و سپس بر اساس تفاوت‌ها یا شباهت‌ها در طبقات مختلف تقسیم‌بندی شدند. طبقه‌بندی به نحوی صورت گرفت که هر گویه فقط در یک طبقه قرار گرفت. ابعاد و مولفه‌های تشکیل دهنده کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک مشخص شد. جامعه پژوهش در این مطالعه شامل زنان مبتلا به PCOS در سنین باروری که به درمانگاه زنان و غدد بیمارستان روحانی دانشگاه علوم پزشکی بابل جهت دریافت مراقبت‌های مربوطه مراجعه کردند و حداکثر تنوع از نقطه نظر عوامل زمینه‌ای نظیر وضعیت تاهل، تحصیلات، سن، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش با ارائه اطلاعات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان آغاز و سپس با ارائه برداشت کلی از تجربیات زنان مبتلا به تخمدان پلی‌کیستیک و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و بهداشتی مشارکت‌کننده در پژوهش و درون مایه‌های استخراج شده از مصاحبه‌ها ادامه یافت. در ابتدا اطلاعات فردی چون سن، سواد، وضعیت تاهل، اشتغال، سن منارک، سابقه سندرم تخمدان پلی‌کیستیک در خانواده، علاوه بر سوالات پیرامون مسائل تجربیات زندگی با سندرم تخمدان پلی‌کیستیک پرسیده شد. مشخصات دموگرافیک و جمعیتی مشارکت‌کنندگان در این مطالعه جدول ۱ آورده شده است. در هر یک از ابعاد سلامتی سعی شده است که با ارائه نقل قول‌های مستقیم از توصیف مشارکت‌کنندگان حمایت شود تا خواننده بهتر بتواند روند تجزیه و تحلیل را پیگیری نماید. بر اساس مراحل هفت‌گانه تحلیل محتوای کیفی، طبقه‌هایی از داده‌های این مطالعه ظهور یافتند که همگی پیرامون ابعاد مختلف سلامت زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بوده است. عبارات و جملات متعلق به هر کدام از مصاحبه‌ها به طور مجزا از مصاحبه‌های دیگر و با توجه به وجوه مشترک، در قالب زیر طبقه‌ها و طبقه‌ها سازماندهی شدند. عوامل تاثیرگذار بر سلامت زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک در ابعاد روانی، عاطفی و شناختی شامل افسردگی، ناامیدی، ترس و اضطراب، بدخلقی، درونگرایی، اعتماد به نفس پایین، احساس خجالت و شرمندگی، احساس حقارت و خود کم‌بینی نسبت به همسالان، و مشغولیت ذهنی و کاهش تمرکز، ناتوانی در حل مساله و تصمیم‌گیری بود که درون مایه، طبقات اصلی و زیر طبقات و کدهای اصلی استخراج شده در مورد تجربیات مشارکت‌کنندگان در خصوص عوارض سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بر کیفیت زندگی در ابعاد معنوی، روانی و عاطفی و شناختی به تفکیک در جدول ۲ نشان داده شده است.

گزارشی کوتاه در مورد روند مصاحبه و نکات مهم آن به صورت نوشته تهیه نمود که در تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفتند. جمع‌آوری داده‌ها در فاصله زمانی ۱۰ ماه (از خرداد ماه لغایت اسفند ماه ۱۳۸۹) ادامه یافت. در فرآیند کدگذاری اولیه، 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 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. هر بار تغییرات لازم در مورد محتوی و نام طبقه (که باید گویای محتوی آن باشد) داده شد. در نهایت پژوهشگران و مشارکت‌کنندگان به احساس رضایت مشترک درباره معنای داده‌ها و آنچه در قالب طبقه‌های اصلی و فرعی محتوی نام آنها نمود یافته است، رسیدند که این مضمون‌ها در بخش یافته‌ها نشان داده شد. پژوهشگر برای افزایش اعتبار داده‌ها حضور طولانی با مشارکت‌کنندگان (۱۰ ماه) و اختصاص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها را حفظ نمود و علاوه بر این حضور همکاران تیم تحقیق در محیط پژوهش برای اولین مصاحبه و نیز همکاری بسیار نزدیک سه نفر از اساتید صاحب نظر در مطالعه کیفی در جریان تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها نقش مهمی در قابلیت اعتبار اطلاعات داشته است. در مواقعی که یافته‌ها همخوانی نداشتند و یا متناقض بودند گفتگو درباره موضوع تا رسیدن به نظر نهایی انجام می‌شد. این مطالعه در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به عنوان طرح تحقیقاتی ثبت گردید و کمیته اخلاق این مطالعه را تایید کرد. شرکت‌کنندگان قبل از شروع مصاحبه و قبل از آغاز مطالعه، فرم رضایت را امضا کردند.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک و جمعیتی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و متخصصین مربوطه

مدت مصاحبه (دقیقه)	تحصیلات	شغل	مشخصات جمعیتی متخصصین	تعداد (درصد)	مشخصات جمعیتی بیماران
۴۵	فوق تخصص	عضو هیات علمی پژوهشکده غدد	اندوکرینولوژیست	۸ (۳۴/۸)	سن (سال)
				۱۳ (۵۶/۵)	۱۸-۲۴
۳۰	فوق تخصص	عضو هیات علمی پژوهشکده غدد	اندوکرینولوژیست	۲ (۸/۷)	۲۵-۳۴
				۱۵ (۶۵/۲)	۳۵-۴۰
۲۰	فوق تخصص	عضو هیات علمی علوم پزشکی بابل	اندوکرینولوژیست	۸ (۳۴/۸)	متاهل
				۲ (۸/۷)	مجرد
۳۵	متخصص	آزاد (مطب)	اندوکرینولوژیست	۱۵ (۶۵/۲)	راهنمایی
				۶ (۲۶/۱)	دپلم
۴۰	متخصص	عضو هیات علمی علوم پزشکی بابل	اندوکرینولوژیست	۱۰ (۴۳/۵)	دانشگاهی
				۴ (۱۷/۴)	خانه دار
۳۵	فوق لیسانس	عضو هیات علمی پژوهشکده غدد	ژنیکولوژیست	۴ (۱۷/۴)	کارمند
				۱ (۴/۳)	شغل آزاد
۴۰	فوق لیسانس	عضو هیات علمی پژوهشکده غدد	ژنیکولوژیست	۴ (۱۷/۴)	کشاورز
				۲۱ (۹۱/۳)	دانشجو یا محصل
۳۵	فوق لیسانس	عضو هیات علمی پژوهشکده غدد	درماتولوژیست	۲ (۸/۷)	از همان ابتدای بلوغ
				۸ (۳۴/۸)	بعد از ازدواج
۴۰	فوق لیسانس	عضو هیات علمی پژوهشکده غدد	مامایی	۳ (۱۳)	ناباروری
				۲ (۴/۳)	پرمویی
۳۵	فوق لیسانس	عضو هیات علمی پژوهشکده غدد	مامایی	۴ (۱۷/۴)	ریزش مو
				۲ (۴/۳)	اختلالات قاعدگی
۳۵	فوق لیسانس	عضو هیات علمی پژوهشکده غدد	مامایی	۳ (۱۳)	چاقی
				۱ (۴/۳)	سقط
					آکنه

جدول ۲: درون مایه، طبقات اصلی و زیر طبقات ابعاد سلامت معنوی، روانی، عاطفی و شناختی استخراج شده از دیدگاه زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک و متخصصین مربوطه

درون مایه	طبقات اصلی	زیر طبقات	کدهای اصلی
اثرات سندرم	معنوی، روانی، عاطفی و شناختی	معنوی	مشیت الهی، دعا و نیایش، تفکر به آخرت، توسل به ائمه، سازگاری با مشکلات بیماری
		روانی	افسردگی، ناامیدی، ترس و اضطراب، بدخلقی، درونگرا بودن
		عاطفی	اعتماد به نفس پایین، احساس خجالت و شرمندگی، احساس حقارت و خود کم بینی نسبت به همسالان
		شناختی	مشغولیت ذهنی و کاهش تمرکز، ناتوانی در حل مساله، ناتوانی در تصمیم گیری

بعد سلامت معنوی:

خرد شده بود. همش توی اطاقم بودم نه حوصله بیرون را داشتم و اصلاً کلاس (دانشگاه) هم نمی رفتم "هم چنین ادامه داد: "پریودی من نامنظم بود. درمان کردم یک دوره پریودی مرتب بود اما باز هم دوباره دیدم ۱۵ روز پریودم عقب افتاد. باز گفتم ۱۵ روز که هیچ چیز نیست. اما باز دیدم که یک دوره اصلاً نشدم دوباره دکتر رفتم دکتر گفت اگر قاعدگی ۱۵ روز یا بیشتر عقب بزنه دوباره این کیستها ایجاد می شه و گفتند که کیستهای ریزی دارید و قابل جراحی هم نیستند و یک تا دو سال پیگیری کردم، اما دیدم که نتیجه ای نداشت. ناامید شدم و دیگه بی خیال درمان شدم. به هیچ جایی نمی رسه وقتی که چند بار بری دکتر، هی آزمایش بدی، خسته می شه آدم، چقدر باید قرص بخوره، هر شب باید یادت باشه که فرصت را بخوری اگر نخوری هیچی، آخه خسته کننده است یک مدت شد، آدم می گذاره کنار، می گه ولش کن هر چی می خواد بشه، شد که شد دیگه، چقدر برم دکتر ". هم چنین با احساس ناراحتی و تشویش ادامه داد: "کلاً وقتی که یک آدم کیست تخمدان دارد، ترس داره از اینکه در آینده چه مشکلی می خواد پیش بیاد. اگر مثلاً دچار نازایی باشه و یا مثلاً منجر به بیماری سخت تری بشه ".

بیمار آرایشگر متاهل (۲۹ ساله) گفت: "چون عادت ماهیانه نمی شوم و فقط با خوردن قرص پروژسترون یا تزریق آمپول پروژسترون عادت ماهیانه می شوم از لحاظ روحی و درونی احساس خوبی ندارم ".

خانم مجرد ۲۶ ساله در مورد رابطه با بدخلقی ناشی از این سندرم چنین می گوید: "من خیلی زود از کوره در میرم از وقتی که کیست و مشکلات آن را پیدا کردم، حساس تر و زود رنج تر شدم. مامانم تا می خواهد حرف بزنه، من زود جوش میارم. مامانم میگه بذار من حرفم رو بزنم بعد نظر بده ". هم چنین ادامه داد: "جدیدا دوست دارم تنها باشم. تنهایی را ترجیح می دهم آن هم به خاطر ریزش موی شدیدی که پیدا کردم به قول معروف یک خورده افسردگی گرفتم. چون هم سن و سال های خودمو که می بینم موهاشون پر پشت تر از منه. من وقتی که خودم را با آنها مقایسه می کنم افسردگی می گیرم و ترجیح می دم توی خونه بمونم.

در رابطه با درونگرا بودن بیمار متاهل (۲۳ ساله) اظهار نمود: "من سعی می کنم زیاد با دیگران ارتباط برقرار نکنم که از آن طرف مثلاً حرفی به من زده شه یا در مورد این که چرا باردار نمی شم سوال کنه که من نتونم جواب بدم، سعی می کنم که بسته ارتباط برقرار کنم زیاد ارتباطم باز نباشه ".

بعد سلامت عاطفی:

تجربیات اکثریت مشارکت کنندگان در بعد سلامت عاطفی شامل: اعتماد به نفس پایین، احساس خجالت و شرمندگی، احساس حقارت و خود کم بینی نسبت به همسالان بود. خانم مجرد (۲۵ ساله) در این باره بیان نمود: "همین موهای

یکی از راه های سازگاری با نشانه های این سندرم بهره گیری از اعتقادات مذهبی بوده است. در این رابطه بیمار ۱۸ ساله محصل بیان داشت:

من آدمی نیستم که خیلی به بیماری و این چیزها فکر کنم هر چی خدا بخواد، راضیم. میگم زیاد دغدغه خاصی برایم نداره، اینطوری نیستم که بگم چرا من این بیماری را دارم چرا بقیه این بیماری را ندارند؟ نه اینطوری نیستم. خیلی اهمیت نمی دهم. " و سپس ادامه داد: "ایمان به خدا خیلی می تونه آرام کنه آدمو، خیلی، خیلی از اتفاقات رو آدم می گه به خواست خداست. اگر خدا بخواد همه چیز درست میشه. مهم تر اینکه ارتباط با خدا باعث آرامش آدم میشه ".

هم چنین بیمار آرایشگر، متاهل (۲۹ ساله) در این زمینه گفت: "ایمان به خدا، نماز خواندن مرا آرام می کنه و سعی می کنم که با اعتقادات مذهبی و دعا کردن صبر و حوصله ام را بیشتر کنم تا با مشکلات آن کنار بیایم ".

بیمار ۲۴ ساله متاهل در این رابطه بیان کرد: "بعضی وقتها با خدا حرف می زنم و می گم بعضی افراد بیماری خیلی بدتری دارند اول از همه اون ها رو شفا بده بعد مشکل مرا هم حل کنه. من خیلی به ائمه بخصوص امام زمان متوسل می شم و دعای عهد را خیلی دوست دارم. وقتی که این دعا رو می خونم خیلی آرامش پیدا می کنم و اصلاً تمام مشکلات مربوط به این بیماری و حتی مشکل نازایی را هم فراموش می کنم.

خانم مجرد ۲۷ ساله اظهار کرد: "وقتی من به آخرت فکر می کنم و این که همه ما می میریم و فقط اعمال و رفتار ما در اون دنیا مهمه دیگه کمتر به زیبایی ظاهری و پرمویی خودم فکر می کنم و مشکلات مربوط به بیماری برای من قابل تحمل می شه ".

بعد سلامت روانی:

تجربیات اکثریت مشارکت کنندگان در بعد روانی شامل: افسردگی، ناامیدی، ترس و اضطراب، بدخلقی، درونگرا بودن است. بسیاری از زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک از نظر سلامت فیزیکی خود را سالم می دیدند اما از لحاظ روحی و روانی خود را با دیگران متفاوت می دیدند. در این رابطه بیمار متاهل، کارمند (۲۸ ساله) اظهار نمود: "سلامتی فقط درد و فرضاً یک مریضی جسمی داشتن نیست. به نظر من جنبه روانی بیش از دردی که آدم می کنه اهمیت داره.

این سندرم هیچ دردی نداره اما مسائل روانی و عاطفی اش خیلی بیشتره و من در مقابل این بیماری احساس ضعف می کنم. این که بعدش چی می شه، راه درمانی داره یا اینکه مثل بقیه چیزهاست "

در این رابطه خانم دانشجو (۲۵ ساله) بیان داشت: "یک مدت همین قضیه پرمویی که دکتر نمی رفتم و بعد موها رو می دیدم خیلی حالت افسردگی پیدا کرده بودم. می گفتم که این چیه که این همه مو آمده توی سر من خالی شده، اعصابم

دیگران سلامت معنوی نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی زنان را هماهنگ کرده و جهت سازگاری انسان با مشکلات و عوارض بیماری‌ها بسیار ضروری است (۲۴).

یکی دیگر از عوامل مهم اثرگذار بر سلامت زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بعد روانی ناشی از عوارض این سندرم است. در مطالعه کیفی Weiss و همکاران یکی از عوامل مهم اثرگذار بر احساس سلامت زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بعد روانی این زنان بوده است. در این مطالعه زنان از لحاظ روانی خودشان را کمتر از زنان دیگر پنداشته و بدلیل تغییرات ناشی از این سندرم احساس ناامیدی، دلخوری و شرمندگی داشتند که با یافته‌های مطالعه ما همخوانی دارد (۲۵).

همچنین Teede و همکاران نیز با یک مطالعه مروری بیان کردند که سندرم تخمدان پلی‌کیستیک یک تجربه مایوس‌کننده برای زنان است که تأثیرات منفی بر روی وضعیت روانی و سلامت روانشناختی آنان دارد و بشدت منجر به کاهش کیفیت زندگی این زنان می‌شود (۲۶). در مطالعه Himelein و Thatcher زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک اغلب دچار احساس افسردگی، انزوای، اضطراب و ناامیدی بودند (۲۷). پریشانی روانی و کاهش کیفیت زندگی حتی در زنانی که مراقبت‌های پزشکی را دریافت کرده بودند، نیز وجود داشته است (۲۸). بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان یکی دیگر از عوامل اثرگذار بر سلامت زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک عکس‌العمل نامناسب و نگرش منفی جامعه نسبت به آنان بوده است که به همین دلیل برخی از آنها دچار کاهش تعاملات اجتماعی شده بودند. Ekback و همکاران که تجارب زنان با مشکل هیپوسوتیسم که اغلب دچار سندرم تخمدان پلی‌کیستیک هم بودند، را با یک مطالعه کیفی مورد بررسی قرار دادند. آنان اظهار نمودند، هیپوسوتیسم باعث زجر احساسی شدیدی می‌شود که بر روی سلامت این زنان تأثیر منفی گذاشته و باعث بروز محدودیت‌هایی در روابط فردی و اجتماعی آنان می‌شود (۲۹). سندرم تخمدان پلی‌کیستیک یکی از علل شایع هیپوسوتیسم محسوب می‌شود که در ۶۰٪ از موارد تخمدان پلی‌کیستیک بوجود می‌آید، اما چاقی و نژاد در بروز هیپوسوتیسم بسیار نقش دارند (۳۰).

اکثریت زنان شرکت‌کننده در این مطالعه بیان کردند که نشانه‌های این سندرم بر روی تصویر ذهنی آنان اثر منفی گذاشته و همین مسئله سبب احساس شرمندگی و کاهش اعتماد به نفس آنان شده بود. نخستین بار Hopwood و همکاران، بیان داشتند که تصویر ذهنی از خویشتن هدف مهمی در ارزیابی کیفیت زندگی در درمان سرطان‌هایی می‌باشد که ممکن است تغییرات زیاد و مهمی را در ظاهر بیماران به دلایل جراحی، تأثیرات تأخیری رادیوتراپی یا عوارض جانبی داروهای سیستمیک ایجاد کند (۳۰). Carson بیان می‌دارد که تصویری که هر یک از ما انسان‌ها در مورد وضعیت فیزیکی خود داریم، تصویر ذهنی نامیده می‌شود. تصویر ذهنی از دو بعد تشکیل شده است. بعد ادراکی (ارزیابی فرد از اندازه‌های بدنش) و بعد احساسی و شناختی (نگرش فرد در مورد شکل اندامش) (۳۱). بر اساس یافته‌های موجود این فرض مطرح شده است، هنگامی که فرد، ظاهر خود را از معیارهای مطلوب و ایده‌آل پایین‌تر بداند، ممکن است با احساسات و نگرش‌های نامناسب نسبت به خود مانند عزت نفس یا اعتماد به نفس پایین و یا حتی افسردگی همراه باشد (۳۲). یکی دیگر از اثرات این سندرم بر سلامت زنان، مزمن بودن بیماری، عود مکرر علائم و پیشرفت علائم این سندرم بود که اغلب

زائدی که داره آدم، خیلی اعتماد به نفسش پائین می‌باره. هر دفعه باید موها را بگیرم و دوباره سریع موها را می‌دازم.

و یا بیمار متاهل (۲۴ ساله) در مورد اثر کاهش وزن بر اعتماد به نفس بیان نمود: "من وقتی که یک کم، (وزن) کم می‌کنم و می‌شم ۵۹ کیلو اینا، قشنگ اعتماد به نفسم می‌ره بالا، مثلاً طرز لباس پوشیدنم، دیگه ناراحت نمی‌شم که لباس آزاد بپوشم که پهلو مشخص نشه، راحت لباس می‌پوشم اما وقتی که وزنم می‌ره بالا، پهلوها می‌زنه بیرون دیگه".

بیمار مجرد ۲۷ ساله بیان نمود: "اطرافیانم نسبت به من کم موتر هستند، به همین دلیل، یک حس حقارت به من دست می‌ده که چرا من اینقدر پر مو هستم، اما دیگران این طور نیستند. همیشه فکر می‌کنم که میشه من یک وقت ببینم که کل بدنم مو نداره. خیلی اعتماد به نفس میاره وقتی که آدم مو نداشته باشه". هم‌چنین با احساس ناراحتی ادامه داد: "خیلی جاها وقتی دعوت می‌شم نمی‌رم اگه مو داشته باشم. خیلی دوست دارم که مو نداشته باشم".

هم‌چنین بیمار مجرد ۳۲ ساله بیان داشت: "بین مردم که می‌آمدم، زشت بود که موهای زائد وجود داشت. از دید مردم زشته وقتی به موهای زائد نگاه می‌کنند. ظاهرم برایم مهم بود. مهمه که اگر جایی می‌رفتم مورد تمسخر دیگران نباشم".

بعد سلامت شناختی:

تجربیات اکثریت مشارکت‌کنندگان در بعد شناختی شامل: مشغولیت ذهنی و کاهش تمرکز و احساس ناتوانی در حل مساله و تصمیم‌گیری بود در این رابطه بیمار متاهل خانه‌دار (۲۷ ساله) بیان داشت: "رشد موهای زائد همیشه فکرم را مشغول می‌کنه، با این که یک روز در میون تمیز می‌کنم. موهای زیر چانه‌ام که معمولاً خیلی زود در میاد و خیلی اذیتم می‌کنه، خب دو روز بعد در میاد. زیرش لکه‌های سیاه در میاد".

هم‌چنین بیمار کارمند (۳۳ ساله) با احساس ناراحتی اظهار نمود: "مشکلات و دغدغه‌های فکری باعث می‌شود که من پناه ببرم به رستوران و فست فود. روحیه‌ام بعد از دست دادن بارداری بسیار ضعیف شده و توانایی‌ام کاهش پیدا کرده است".

هم‌چنین بیمار متاهل (۲۶ ساله) بیان نمود: موهای زائد آدم رو اذیت می‌کنه. یک خانم مرتباً باید به دنبال برطرف کردن موهاش باشه. اختلالات قاعدگی هم سیستم بدن رو بهم می‌زنه، همه برنامه‌ریزی‌ها رو به هم می‌زنه مثلاً یک وقت می‌خواهیم مسافرت ببریم برنامه‌ریزی می‌کنیم که تو این دوره مثلاً پرپود نشم ولی می‌شم و نمی‌تونیم برنامه‌ریزی داشته باشیم.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه‌ی کیفی که به روش تحلیل محتوی با استفاده از مصاحبه‌ی عمیق فردی اجرا شد، برای نخستین بار ما توانستیم که به تبیین مفاهیم سلامت از دیدگاه زنان ایرانی مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و متخصصین آنان در ابعاد معنوی، روانی، عاطفی و شناختی بپردازیم. با توجه به تجارب زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک عوامل موثر بر سلامت شامل ابعاد مختلفی بوده است. یکی از عوامل مهم اثرگذار بر سلامت زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بعد معنوی زنان بوده است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد زنانی که به خواست و مشیت الهی در وقایع زندگی خود اعتقاد داشتند و دارای سلامت معنوی بیشتری بودند، احساس رضایت بیشتری از زندگی خود داشتند. موافق با مطالعه

برای کاهش این اثر، برای پاسخ دادن به سوالات ۴ هفته اخیر را در نظر داشته باشد. از طرف دیگر شرکت داوطلبانه مشارکت کنندگان، احتمالاً موجب حذف تجارب آن دسته از افرادی شده است که به هر دلیلی راضی به مشارکت در این مطالعه نشدند. این پژوهش، اولین مطالعه‌ی کیفی در کشور ماست که به بررسی مفهوم سلامت روانی، عاطفی و شناختی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک از دیدگاه بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و بهداشتی پرداخته است. یافته‌ها نشان داده است، علائم و نشانه‌های این سندرم سبب اختلال در سلامت روانی، عاطفی، شناختی این زنان می‌شود، بطوری که منجر به ایجاد باور "کهنتری" در مقام مقایسه با سایر زنان شده است. از این روست که علاوه بر اثرات جسمی متاثر از این بیماری، بجاست که با توجه به اثرات شگرف این بیماری بر ابعاد مختلف بدن، عوارض پنهان آن نیز در ارائه‌ی خدمات بهداشتی درمانی لحاظ گردد تا در کنار درمان علائم و عوارض گسترده آن به اختلال در سلامت روانی، عاطفی و شناختی هم مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری نهایی این که ظاهر فیزیکی افراد مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک تاثیر منفی قابل ملاحظه‌ای بر روی سلامت روانی، عاطفی و شناختی آنان دارد، بنابراین ما معتقدیم که مطالعات کیفی بر روی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک منجر به درک تاثیرات این بیماری بر روی آنان می‌شود که به عنوان یک استراتژی مهم می‌تواند مکمل مطالعات کمی شود. گرچه مطالعات قبلی نشان دادند که سندرم تخمدان پلی کیستیک باعث زجر احساسی و اثر منفی بر روی کیفیت زندگی زنان است، اما مطالعه ما تجارب ذهنی زنان مبتلا به این سندرم را در مورد اثرات آن بر روی جنبه‌های مختلف سلامت نشان داد. 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 کمک‌رسانی به این بیماران احساس می‌شود، با توجه به نتایج این مطالعه، بیماران مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک نیاز به حمایت ویژه متخصصین و مراقبت‌دهندگان بهداشتی برای کاهش مشکلات خود را دارند تا با تغییر در شیوه زندگی سبب ارتقاء مدیریت بیماری خود شوند. بهتر است جهت پاسخگویی به نیازها و انتظارات آنان، این بیماران بطور منظم ارزیابی شوند.

مشارکت‌کنندگان به آن اشاره کرده بودند. در مطالعه کیفی Weiss و همکاران نیز مشارکت کنندگان، سندرم تخمدان پلی کیستیک 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 باعث کاهش سطح سلامتی آنان شده بود (۳۳). یکی از نکات قابل توجه در این مطالعه، نحوه سازگاری زنان مبتلا به سندرم PCOS، با نشانه‌های سندرم بوده است. در مطالعه ما زنان از رویکردهای سازگاری متنوعی از قبیل مشغول نمودن خود با کارهای دیگر، کوچک و بی اهمیت دانستن بیماری، عدم تفکر در مورد نشانه‌های این سندرم و پذیرش بیماری به عنوان خواست الهی اشاره نمودند. آنچه که در رویکردهای استفاده شده در این پژوهش قابل توجه بوده، تاثیر اعتقادات مذهبی در پذیرش بیماری بود. در مطالعات مشابه نیز انجام دعا، نماز و آیین‌های مذهبی برای بازگرداندن سلامتی و دوری از بیماری توسط زنان آمریکایی، آفریقایی، آسیایی‌تبار و هندی نیز گزارش شده است (۳۴).

یکی دیگر از مشکلات سلامتی زنان مبتلا به سندرم PCOS، صرف هزینه‌های زیاد برای اداره و درمان علائم بیماری است و چون در بسیاری از کشورها درمان‌های نازایی تحت پوشش بیمه نیست این مسئله خود موجب نگرانی مضاعف این زنان می‌شود (۳۵). در مطالعه ما نیز بسیاری از زنان مشارکت‌کننده به هزینه‌های درمانی علائم و عوارض این سندرم اشاره نموده که اکثریت این درمان‌ها از قبیل درمان‌های نازایی و هیرسوتیسم (از قبیل روش‌های کمک باروری و لیزر و الکترولیز) تحت پوشش بیمه درمانی نبوده و مستقیماً از جیب مردم باید پرداخت شود و این مسئله خود سبب نگرانی بیشتر و یا قطع درمان در آنان می‌شد.

با وجود همکاری خوب مشارکت‌کنندگان در مطالعه‌ی حاضر، جلب حمایت و ایجاد انگیزه در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک جهت شرکت در تحقیق بعنوان یکی از محدودیت‌ها محسوب می‌شود، اما چون زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک نیاز به درمان و مشاوره دارند و هیچ گونه وجهی بابت مشاوره و هم‌چنین درمان توسط پزشک زنان دریافت نمی‌شد، معمولاً انگیزه کافی برای شرکت در مطالعه وجود داشت. هم‌چنین یادآوری وقایع گذشته همواره می‌تواند تا حدودی با فراموشی همراه باشد، اما در این مطالعه سعی شده است

References

1. Orio F, Vuolo L, Palomba S, Lombardi G, Colao A. Metabolic and cardiovascular consequences of polycystic ovary syndrome. *Minerva ginecologica* 2008; 60(1): 39-51.
2. Homburg R. What is polycystic ovarian syndrome? A proposal for a consensus on the definition and diagnosis of polycystic ovarian syndrome. *Human reproduction (Oxford, England)* 2002; 17(10): 2495-9.
3. Tehrani FR, 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. *Reprod Biol Endocrinol* 2011; 9: 39.
4. Azziz R, Marin C, Hoq L, Badamgarav E, Song P. Health care-related economic burden of the polycystic ovary syndrome during the reproductive life span. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism* 2005; 90(8): 4650-8.
5. 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. *Clinical endocrinology* 2007; 66(4): 513-7.
6. Fauser BC, Tarlatzis BC, Rebar RW, Legro RS, Balen AH, Lobo R, et al. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. *Fertility and sterility* 2012; 97(1): 28-38. e25.
7. Goodarzi MO, Dumesic DA, Chazenbalk G, Azziz R. Polycystic ovary syndrome: etiology, pathogenesis and diagnosis. *Nature reviews Endocrinology* 2011; 7(4): 219-31.
8. Diamanti-Kandarakis E. Role of obesity and adiposity in polycystic ovary syndrome. *International journal of obesity (2005)*. 2007; 31 Suppl 2: S8-13; discussion S31-2.
9. DuRant EM, Leslie NS, Critch EA. Managing polycystic ovary syndrome: a cognitive behavioral strategy. *Nurs Womens Health* 2009; 13(4): 292-300.
10. Goolsby MJ. AACE hyperandrogenism guidelines. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 2001; 13(11): 492-4.
11. Hunter MH, Sterrett JJ. Polycystic ovary syndrome: it's not just infertility. *American Family Physician* 2000; 62(5): 1079-88, 90.
12. Jones GL, Hall JM, Balen AH, Ledger WL. Health-related quality of life measurement in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review. *Human reproduction update*. 2008; 14(1): 15-25.
13. Cotton S, Grossoehme D, McGrady ME. Religious coping and the use of prayer in children with sickle cell disease. *Pediatric blood & cancer*. 2012; 58(2): 244-9.
14. Chida Y, Schrempft S, Steptoe A. A novel religious/spiritual group psychotherapy reduces depressive symptoms in a randomized clinical trial. *Journal of religion and health*. 2016; 55(5): 1495-506.
15. Reynolds N, Mrug S, Wolfe K, Schwebel D, Wallander J. Spiritual coping, psychosocial adjustment, and physical health in youth with chronic illness: a meta-analytic review. *Health psychology review*. 2016; 10(2): 226-43.
16. Rider KA, Terrell DJ, Sisemore TA, Hecht JE. Religious coping style as a predictor of the severity of anorectic symptomatology. *Eating disorders*. 2014; 22(2): 163-79.
17. Rippentrop AE, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*. 2005; 116(3): 311-21.
18. Downe-Wamboldt B. Content analysis: method, applications, and issues. *Health care for women international*. 1992; 13(3): 313-21.
19. Mandzuk LL, McMillan DE. A concept analysis of quality of life. *Journal of orthopaedic nursing*. 2005; 9(1): 12-18.

20. 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. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism* 2004; 89(6): 2745-9.
21. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Human reproduction (Oxford, England)*. 2004; 19(1): 41-7.
22. Strauss A CJ. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1998.
23. Schneider Z, Elliott D. *Nursing research: methods, critical appraisal and utilisation*: Elsevier Pty Limited; 2004.
24. Fernsler JI, Klemm P, Miller MA. Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. *Cancer Nursing*. 1999; 22(2): 134-40.
25. Weiss TR, Bulmer SM. Young women's experiences living with polycystic ovary syndrome. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN* 2011; 40(6): 709-18.
26. 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 medicine* 2010; 8: 41.
27. Himelein MJ, Thatcher SS. Polycystic ovary syndrome and mental health: A review. *Obstet Gynecol Surv* 2006; 61(11): 723-32.
28. Elsenbruch S, Benson S, Hahn S, Tan S, Mann K, Pleger K, et al. Determinants of emotional distress in women with polycystic ovary syndrome. *Human reproduction (Oxford, England)* 2006; 21(4): 1092-9.
29. Ekback M, Wijma K, Benzein E. "It is always on my mind": women's experiences of their bodies when living with hirsutism. *Health care for women international* 2009; 30(5): 358-72.
30. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *European journal of cancer (Oxford, England: 1990)* 2001; 37(2): 189-97.
31. Carson VB. *Mental health nursing*. 4th, Edition ed. Philadelphia: W.B.Saunders; 2006.
32. Pesa JA, Syre TR, Jones E. Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: the importance of body image. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine* 2000; 26(5): 330-7.
33. Weiss TR, Bulmer SM. Young women's experiences living with polycystic ovary syndrome. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*. 2011; 40(6): 709-18.
34. Tam Ashing K, Padilla G, Tejero J, Kagawa-Singer M. Understanding the breast cancer experience of Asian American women. *Psycho-oncology* 2003; 12(1): 38-58.
35. Trent ME, 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(1): 33-7.



Explaining the spiritual, mental, emotional and cognitive health concepts in women with polycystic ovary syndrome: A qualitative study

Received: 20 Nov. 2017

Accepted: 23 April 2018

Nasiri Amiri F (PhD)^{1,2}

Omidvar Sh (PhD)^{1*}

Ramezani Tehrani F (MD)³

Simbar M (PhD)⁴

1. Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

2. Infertility and Reproductive Health Research Center, Health Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

3. Endocrinology Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Corresponding Author:

Omidvar Sh

Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

Tel: +98 11 32195313

Fax: +98 11 32190618

Email: shomidvar@yahoo.com

Abstract

Introduction: Polycystic ovary syndrome (PCOS) is the most common chronic endocrine disorders. It has diverse clinical manifestations including reproductive, metabolic and mental features as well as some cancers. It is unclear how the spiritual, mental, emotional and cognitive health of PCOS women is. The aim of this study was to clarify the spiritual, mental, emotional and cognitive health concepts in PCOS women.

Methods: This qualitative study was conducted to explain the spiritual, mental, emotional and cognitive health concepts in PCOS women using content analysis. Interviewing of the participants was continued to reach data saturation at the Rohani Hospital affiliated to the Babol University of Medical Sciences. All interviews were recorded and transcribed. Semi-structured open-ended deep individual interviews were conducted on 23 women with PCOS and 8 specialists. Data were analyzed using content analysis with the continuous comparison method.

Findings: The qualitative study was used content analysis to reveal a) the spiritual dimension (divine providence, prayer, thinking of the hereafter, resorting to Imams and adaptation to disease problems), b) the mental dimension (depression, disappointment, fear and anxiety, distraction and introversion), c) the emotional dimension (low self-esteem, embarrassed and shameful feeling, humiliation and self-contemplation against peers), and d) the cognitive dimension (mental engagement and concentration reduction, inability to solve a problem and inability to make decisions). A remarkable point in this study was the effect of religious beliefs on accepting and adapting to the problems of this syndrome and increasing their tolerance to the complications of this syndrome.

Conclusion: Considering that the PCOS women with religious beliefs were better able to adapt to widespread complications of the disease; therefore, in addition to the treatment of physical symptoms, the various spiritual, mental, emotional and cognitive aspects should be considered to control these patients.

Keywords: Polycystic ovary syndrome, Health, Qualitative study, Content analysis