Islam and Health Journal
Babol University of Medical Sciences

دانشگاه علوم پزشکی بابل، نشریه اسلام و سلامت
دوره دوم، شماره سوم و چهارم، پاییز و زمستان ۹۴، صفحه: ۶۵-۵۷

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

دریافت مقاله: ۹۶/۸/۲۹ پذیرش مقاله: ۹۷/۲/۳

فاطمه نصیری امیری (PhD)[۲،۱]
شبنم امیدوار (PhD)[*۱]
فهیمه رمضانی 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.
*نویسنده مسئول: **شبنم امیدوار**، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

تلفن: ۳۲۱۹۵۳۱۳ ۱۱ ۹۸+
فاکس: ۳۲۱۹۰۶۱۸ ۱۱ ۹۸+
Email: shomidvar@yahoo.com

چکیده

سابقه و هدف: سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (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 پلی‌کیستیک 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 پلی‌کیستیک 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 پلی‌کیستیک، سلامت، مطالعه کیفی، تحلیل محتوی

مقدمه

سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (PCOS) از شایع‌ترین اختلالات غدد درون‌ریز است که یک نفر از هر ۱۵ زن درسراسر 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 تقریبا سالانه ۴/۳۷ بیلیون 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 پلی‌کیستیک دارد (۵). شواهد زیادی وجود دارد که هیپرانسولینمی و افزایش مقاومت نسبت به انسولین با بروز سندرم تخمدان پلی‌کیستیک ارتباط دارد و افزایش مقاومت نسبت به انسولین یک یافته شایع در افراد چاق است (۶). دلایلی که بطور شایع در ایجاد PCOS مطرح می‌شود، شامل: استعداد ژنتیکی، افزایش میزان ترشح انسولین و مقاومت نسبت به انسولین و چاقی، آلودگی‌های محیطی و شیمیایی است (۷). سندرم تخمدان پلی‌کیستیک یک اختلال چند عاملی است که در اثر تعامل اختلال ژنتیکی و محیطی بوجود می‌آید (۸). اتیولوژی دقیق آن کاملا مشخص نیست اما نوعی اختلال هورمونی است که همراه با افزایش اندروژن و کاهش عملکرد دستگاه تولید مثل است (۹). هم چنین به‌دلیل 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 به‌دلیل عدم تخمک-گذاری مزمن و در معرض قرار گرفتن استروژن بدون همراهی با پروژسترون دارای افزایش خطر بروز سرطان رحم و دهانه رحم می‌باشند (۱۱). سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بیماری مزمنی محسوب می‌شود که درمان قطعی ندارد و بدلیل داشتن علائم متفاوت، بر کلیه جنبه‌های زندگی اثرگذار است (۱۲). اخیرا، محققین بر اهمیت باورها و سبک مقابلی مذهبی در زمینه درمان بیماری‌های مزمن

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-14]

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 پلی‌کیستیک 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 (Cinhall) 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 مفهوم برای روشن کردن این مفهوم ضروری می‌نماید (۱۹). در این مطالعه با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی بر اساس دیدگاه شرکت کنندگان 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 شرکت کنندگان 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 پلی‌کیستیک 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 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 اولیگواوولاسیون، 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 شوندگان استفاده شد. تشخیص سندرم تخمدان پلی‌کیستیک 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 مشارکت-کنندگان 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 سوالی 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 غیرکلامی مانند لحن کلام، سکوت، تاکید و لبخند 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

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-14]

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.

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 مشارکت کنندگان 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 تصمیم گیری 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.

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

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

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-14]

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

درون مایه	طبقات اصلی	زیر طبقات	کد های 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 کم‌بینی نسبت به همسالان
		شناختی	مشغولیت ذهنی و کاهش تمرکز، ناتوانی در حل مساله، ناتوانی در تصمیم‌گیری

بعد سلامت معنوی:

یکی از راه‌های سازگاری با نشانه‌های این سندرم بهره‌گیری 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 نمی‌دهم." و سپس ادامه داد: " ایمان به خدا خیلی می‌تونه آروم کنه آدمو، خیلی، خیلی از اتفاقات رو آدم می‌گه به خواست خداست. اگر خدا بخواد همه چیز درست میشه. مهم‌تر اینکه ارتباط با خدا باعث آرامش آدم میشه".

همچنین بیمار آرایشگر، متاهل (۲۹ ساله) در این زمینه گفت: "ایمان به خدا، نماز خوندن مرا آروم می‌کنه و سعی می‌کنم که با اعتقادات مذهبی و دعا کردن صبر و حوصله‌ام را بیشتر کنم تا با مشکلات آن کنار بیایم".

بیمار ۲۴ ساله متاهل در این رابطه بیان کرد: "بعضی وقتها با خدا حرف می‌زنم و می‌گم بعضی افراد بیماری خیلی بدتری دارند اول از همه اون‌ها رو شفا بده بعد مشکل مرا هم حل کنه. من خیلی به ائمه بخصوص امام زمان متوسل می‌شم و دعای عهد را خیلی دوست دارم. وقتی که این دعا رو می‌خونم خیلی آرامش پیدا می‌کنم و اصلا تمام مشکلات مربوط به این بیماری و حتی مشکل نازایی را هم فراموش می‌کنم.

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

بعد سلامت روانی:

تجربیات اکثریت مشارکت‌کنندگان در بعد روانی شامل: افسردگی، ناامیدی، ترس و اضطراب، بدخلقی، درونگرا بودن است. بسیاری از زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک از نظر سلامت فیزیکی خود را سالم می‌دیدند اما از لحاظ روحی و روانی خود را با دیگران متفاوت می‌دیدند. در این رابطه بیمار متاهل، کارمند (۲۸ ساله) اظهار نمود: "سلامتی فقط درد وفرضاً یک مریضی جسمی داشتن نیست. به نظر من جنبه روانی بیش از دردی که آدم می‌کشه اهمیت داره. این سندرم هیچ دردی نداره اما مسائل روانی و عاطفی‌اش خیلی بیشتره و من در مقابل این بیماری احساس ضعف می‌کنم. این که بعدش چی می‌شه، راه درمانی داره یا اینکه مثل بقیه چیزهاست"

در این رابطه خانم دانشجو (۲۵ ساله) بیان داشت: "یک مدت همین قضیه پرمویی که دکتر نمی‌رفتم و بعد موها رو می‌دیدم خیلی حالت افسردگی پیدا کرده بودم. می‌گفتم که این چیه که این همه مو آمده توی سر من خالی شده، اعصابم خرد شده بود. همش توی اطاقم بودم نه حوصله بیرون را داشتم و اصلاً کلاس (دانشگاه) هم نمی‌رفتم" همچنین ادامه داد: "پریودی من نامنظم بود. درمان کردم یک دوره پریودیم 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 می‌شه و گفتند که کیست‌های ریزی دارید و قابل جراحی هم نیستند و یک تا دو سال پیگیری کردم، اما دیدم که نتیجه‌ای نداشت. ناامید شدم و دیگه بی خیال درمان شدم. به هیچ جایی نمی‌رسه وقتی که چند بار بری دکتر، هی آزمایش بدی، خسته می‌شه آدم، چقدر باید قرص بخوره، هر شب باید یادت باشه که قرصت را بخوری اگر نخوری هیچی، آخه خسته کننده است یک مدت شد، آدم می‌گذاره کنار، می‌گه ولش کن هر چی می‌خواد بشه، شد که شد دیگه، چقدر برم دکتر". همچنین با احساس ناراحتی و تشویش ادامه داد: "کلاً وقتی که یک آدم کیست تخمدان دارد، ترس داره از اینکه در آینده چه مشکلی می‌خواد پیش بیاد. اگر مثلاً دچار نازایی باشه و یا مثلاً منجر به بیماری سخت‌تری بشه".

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

خانم مجرد ۲۶ ساله در مورد رابطه با بدخلقی ناشی از این سندرم چنین می‌گوید: "من خیلی زود از کوره در میرم از وقتی که کیست و مشکلات آن را پیدا کردم، حساس‌تر و زود رنج‌تر شدم. مامانم تا می‌خواهد حرف بزنه، من زود جوش میارم. مامانم میگه بذار من حرفم رو بزنم بعد نظر بده". همچنین ادامه داد: "جدیدا دوست دارم تنها باشم. تنهایی را ترجیح می‌دهم آن هم به خاطر ریزش موی شدیدی که پیدا کردم به قول معروف یک خورده افسردگی گرفتم. چون هم سن و سال‌های خودمو که می‌بینم موهاشون پر پشت‌تر از منه. من وقتی که خودم را با آنها مقایسه می‌کنم افسردگی می‌گیرم و ترجیح می‌دم توی خونه بمونم.

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

بعد سلامت عاطفی:

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

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-14]

زائدی که داره آدم، خیلی اعتماد به نفسش پائین می‌یاره. هر دفعه باید موها را بگیری و دوباره سریع موهات در میاد".

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 تصمیم گیری 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 معمولا خیلی زود در میاد و خیلی اذیتم می‌کنه، خب دو روز بعد در میاد. زیرش لکه‌های سیاه در میاد".

هم چنین 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 مرتبا باید به دنبال برطرف کردن موهاش باشه. اختلالات قاعدگی هم سیستم بدن رو بهم می‌زنه، همه برنامه‌ریزی‌ها رو به هم می‌زنه مثلا یک وقت می‌خواییم مسافرت بریم برنامه‌ریزی می‌کنیم که تو این دوره مثلا پریود 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 اثر گذار 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 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 در احساس سلامت زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بعد روانی این زنان بوده است. در این مطالعه زنان از لحاظ روانی خودشان را کهتر 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 تاثیرات 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، انزواطلبی، 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 هیرسوتیسم که اغلب دچار سندرم تخمدان پلی‌کیستیک هم بودند، را با یک مطالعه کیفی مورد بررسی قرار دادند. آنان اظهار نمودند، هیرسوتیسم باعث زجر احساسی شدیدی می‌شود که بر روی سلامت این زنان تاثیر منفی گذاشته و باعث بروز محدودیت‌هایی در روابط فردی و اجتماعی آنان می‌شود (۲۹). سندرم تخمدان پلی‌کیستیک یکی از علل شایع هیرسوتیسم محسوب می‌شود که در ۶۰٪ از موارد تخمدان پلی‌کیستیک بوجود می‌آید، اما چاقی و نژاد در بروز هیرسوتیسم بسیار نقش دارند (۲۰).

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 سرطان¬هایی می¬باشد که ممکن است تغییرات زیاد و مهمی را در ظاهر بیماران به دلایل جراحی، تاثیرات تاخیری 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

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-14]

مشارکت‌کنندگان به آن اشاره کرده بودند. در مطالعه کیفی Weiss و همکاران نیز مشارکت کنندگان، سندرم تخمدان پلی‌کیستیک را یک بیماری مزمن و پیچیده‌ای می‌دانستند که با نشانه‌های به ظاهر نامربوط اما به عنوان یک سندرم درگیر می‌شدند. آنان این بیماری را طاقت فرسا توصیف نموده که 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 مستقیما 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 پلی‌کیستیک جهت شرکت در تحقیق بعنوان یکی از محدودیت‌ها محسوب می‌شود، اما چون زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک نیاز به درمان و مشاوره دارند و هیچ گونه وجهی بابت مشاوره و هم‌چنین درمان توسط پزشک زنان دریافت نمی‌شد، معمولا 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 برای کاهش این اثر، برای پاسخ دادن به سوالات ۴ هفته اخیر را در نظر داشته باشد. از طرف دیگر شرکت داوطلبانه مشارکت‌کنندگان، احتمالاً موجب حذف تجارب آن دسته از افرادی شده است که به هر دلیلی راضی به مشارکت دراین 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 پلی‌کیستیک 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 "کهتری" در مقام مقایسه با سایر زنان شده است. ازاین 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 پلی‌کیستیک 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 پلی‌کیستیک منجر به درک تاثیرات این بیماری بر روی آنان می‌شود که به عنوان یک استراتژی مهم می‌تواند مکمل مطالعات کمّی شود. گرچه مطالعات قبلی نشان دادند که سندرم تخمدان پلی‌کیستیک 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 پلی‌کیستیک 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.

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-14]

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 symptomology. 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.

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-14]

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 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.

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-14]

Islam and Health Journal
Babol University of Medical Sciences

Babol Univ. of Med. Sciences
Islam and Health Journal/ 2015; 2(3,4): 57-65

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**

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-14]