

## Evaluation of Quality of Life of Women with Polycystic Ovary Syndrome Referred to Ardabil Alavi Educational and Medical Center, 2021

Jegargoosheh Sh<sup>1</sup>, Mostafazadeh F<sup>2</sup>, Fathibitaraf S<sup>3</sup>, Akhavanakbari P\*<sup>2</sup>

1. Students Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

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

3. Department of Rheumatology, School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

\* *Corresponding author.* Tel: +989143520325, E-mail: p.akhavanakbari@arums.ac.ir

Received: Jul 10, 2021 Accepted: Dec 04, 2021

### ABSTRACT

**Background & aim:** Polycystic ovary syndrome is one of the most common endocrine disorders in women that affect the quality of life. Due to the fact that quality of life is affected by different cultures and social norms and beliefs, this study was conducted to determine the quality of life of women with polycystic ovary syndrome referred to Alavi Medical Center in Ardabil.

**Methods:** The present study is a descriptive study in which 75 women with polycystic ovary syndrome referred to Alavi Hospital in Ardabil were studied in the period of February 2021 to May 2021. Sampling was done randomly. The data collection tool was consisted of a two-part questionnaire: the first part consisted of demographic information and the second part consisted of a standard 26-item Women's Quality of Life Questionnaire (PCOSQ). Descriptive and inferential statistical methods (independent t-test) were used to analyze the data.

**Results:** The results showed that the total quality of life score is  $52.96 \pm 19.66$ . Also, the mean and standard deviation of each of the areas related to the quality of life of women with polycystic ovary syndrome from highest to lowest, were included emotional ( $63.03 \pm 20.43$ ), hirsutism ( $60.48 \pm 15.30$ ), Weight ( $59.94 \pm 19.17$ ), infertility ( $45.14 \pm 24.19$ ), and menstrual disorders ( $36.28 \pm 15.30$ ).

**Conclusion:** In general, the results of the study showed that the quality of life of people with polycystic ovary syndrome was moderate. Since polycystic ovary syndrome is a multidimensional disease and its complications can have a significant impact on all aspects of a person's life, so the maximum ability to prevent, diagnose and treat of this disease in the field of educational, health and treatment and support measures should be considered.

**Keywords:** Polycystic Ovary Syndrome, Quality of Life, Hirsutism

## بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی علوی اردبیل در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹

شیوا جگرگوشه<sup>۱</sup>، فریده مصطفی زاده<sup>۲</sup>، سپیده فتحی بیطرف<sup>۳</sup>، پوران اخوان اکبری<sup>۲\*</sup>

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ایران

۲. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ایران

۳. گروه روماتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ایران

\* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۳۵۲۰۳۲۵. ایمیل: p.akhavanakbari@arums.ac.ir

### چکیده

**زمینه و هدف:** سندرم تخمدان پلی کیستیک یکی از شایع ترین اختلالات غدد درون ریز در زنان است که کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار می دهد. با توجه به اینکه کیفیت زندگی متاثر از فرهنگ و هنجارهای اجتماعی و اعتقادات مختلف است، لذا این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک مراجعه کننده به مرکز آموزشی-درمانی علوی اردبیل انجام شد.

**روش کار:** مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی می باشد که در آن ۷۵ نفر از زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی علوی شهر اردبیل در بازه زمانی بهمن ماه ۱۳۹۹ تا اردیبهشت ماه ۱۴۰۰ مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه گیری بصورت تصادفی انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات مشتمل بر پرسشنامه دو بخشی بود: بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم پرسشنامه استاندارد ۲۶ سوالی کیفیت زندگی ویژه زنان (PCOSQ) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی و استنباطی (آزمون آماری تی مستقل) استفاده گردید.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که نمره کل کیفیت زندگی زنان  $52/96 \pm 19/66$  می باشد. همچنین میانگین نمرات هر کدام از حیطه های مربوط به کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک به ترتیب از بیشترین به کمترین امتیاز شامل عاطفی-هیجانی ( $63/03 \pm 20/43$ )، هیرسوتیسم ( $60/48 \pm 15/30$ )، وزن ( $59/94 \pm 19/17$ )، ناباروری ( $45/14 \pm 24/19$ ) و اختلالات قاعدگی ( $36/28 \pm 15/30$ ) بود.

**نتیجه گیری:** مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک در حد متوسط بود. از آنجایی که این سندرم، یک بیماری چندبعدی تلقی می گردد و عوارض ناشی از آن می تواند تاثیر قابل ملاحظه ای در تمام ابعاد زندگی و کیفیت زندگی فرد بگذارد، بنابراین بایستی حداکثر توانایی های پیشگیری، تشخیصی و درمانی این بیماری در زمینه اقدامات آموزشی، بهداشتی درمانی و حمایتی را مد نظر قرار داد.

**واژه های کلیدی:** سندرم تخمدان پلی کیستیک، کیفیت زندگی، هیرسوتیسم

دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۱۹

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۱۳

### مقدمه

حدود ۱۰-۵ درصد از زنان را در سنین باروری مبتلا می کند (۱) و با علائمی نظیر قطع خونریزی قاعدگی (آمنوره)، خونریزی غیرعملکردی رحم، عدم تخمک گذاری، ناباروری، چاقی، سیکل نامنظم، پرمویی

سندرم تخمدان پلی کیستیک<sup>۱</sup> (PCOS) یکی از شایع ترین اختلالات غدد درون ریز در زنان است که

<sup>۱</sup> Polycystic Ovary Syndrome

دیابت نوع ۲، سندرم متابولیک، آپنه در زمان خواب، بیماری قلبی-عروقی و بیماری کبد چرب غیرالکلی با سندرم تخمدان پلی کیستیک مرتبط شناخته شده است (۱۰). با توجه به عوارض ذکر شده در خصوص سندرم تخمدان پلی کیستیک به نظر می‌رسد این بیماری می‌تواند تمام ابعاد زندگی را تحت تاثیر قرار دهد که یکی از مهم‌ترین آن‌ها، کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی<sup>۲</sup> (HRQOL)، یک مفهوم پویا و چندبعدی بوده و شامل جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی مرتبط با یک بیماری و یا درمان آن است که جهت بررسی تاثیر وضعیت سلامتی بر کیفیت زندگی کاربرد دارد (۱۱). عوامل مهمی مانند سلامت جسمانی، روانی، سطح استقلال و روابط اجتماعی در ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی گنجانده شده است بنابراین اندازه‌گیری کیفیت زندگی، اطلاعات مهمی را در زمینه فواید درمان یا مداخلات پزشکی از دیدگاه بیماران فراهم می‌کند زیرا به عنوان ادراک فرد تعریف می‌شود (۱۲). با توجه به اینکه درمان قطعی برای سندرم تخمدان پلی کیستیک وجود ندارد به نظر می‌رسد بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران از طریق تغییر سبک زندگی، ورزش کردن، کاهش وزن و... به عنوان راهکارهایی جهت مدیریت این بیماری باشد (۱۳).

از آنجایی که اهمیت ابعاد مختلف سندرم تخمدان پلی کیستیک در هر جامعه‌ای با توجه به عوامل فرهنگی و اجتماعی متفاوت بوده و در جامعه ما به دلیل تفاوت در نوع پوشش زنان ممکن است برخی از ابعاد این سندرم اهمیت بیشتری نسبت به ابعاد دیگر داشته باشد، به عنوان مثال اختلالات قاعدگی به دلیل احکام شرعی (نماز و روزه) و ترس از طلاق ناشی از عارضه نازایی، دارای اهمیت بیشتری است (۱۴، ۱۵). همچنین نظر به اینکه کیفیت زندگی متاثر از فرهنگ و هنجارهای اجتماعی و اعتقادات مختلف است و در شهری مانند اردبیل که با توجه به شرایط فرهنگی

(هیپرسوتیسم) و وجود کیست در تخمدان و اختلالات بیوشیمیایی و هورمونی مشخص می‌شود (۳، ۴). تخمین زده شده که در جهان ۱۰۵ میلیون نفر از زنان ۱۵ تا ۴۹ سال به سندرم تخمدان پلی کیستیک مبتلا می‌باشند (۴). شیوع این سندرم مطابق با گزارش انستیتو ملی بهداشت در ایران، ۷/۱ درصد گزارش شده است (۵). معیارهای تشخیصی آن در سال‌های ۱۹۹۰ توسط موسسه ملی سلامت، ۲۰۰۳ توسط کنفرانس روتردام و ۲۰۰۶ توسط انجمن فزونی آندروژن<sup>۱</sup> (AES) استانداردسازی شده است (۸-۶). بر اساس مصوبه کنفرانس روتردام هلند (۲۰۰۳)، تشخیص سندرم تخمدان پلی کیستیک باید مبتنی بر حضور حداقل ۲ معیار از ۳ معیار اصلی زیر باشد: (۱) عدم تخمک‌گذاری یا تخمک‌گذاری کم، (۲) نشانه‌های بیوشیمیایی یا بالینی هیپرآندروژنیسم، (۳) تخمدان‌های پلی کیستیک (تشخیص داده با سونوگرافی) و نیز رد کردن سایر اختلالات همراه با تولید بیش از حد آندروژن (۹). از میان علائم ذکر شده، هیپرآندروژنیسم ویژگی اصلی سندرم تخمدان پلی کیستیک محسوب می‌شود که عمدتاً در اثر تولید بیش از حد آندروژن در تخمدان‌ها و به درجات کمتر در غدد فوق کلیه به وجود می‌آید و با تظاهرات بالینی هیپرسوتیسم، آکنه و آلوپسی آندروژنیک نمایان می‌گردد. عدم تخمک‌گذاری یا تخمک‌گذاری کم مرتبط با تخمدان پلی کیستیک می‌تواند منجر به کاهش باروری شود. همچنین این زنان با خطر فزاینده‌هایپرپلازی و کانسر آندومتر مواجه می‌باشند (۱۰). حساسیت به انسولین در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک در مقایسه با زنان طبیعی به طور متوسط ۴۵-۳۰ درصد کاهش می‌یابد و مقاومت به انسولین و هایپرانسولینمی جبرانی، ویژگی مشترک در زنان چاق و به درجات کمتر در زنان لاغر مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک محسوب می‌شود (۹). در طول دهه گذشته چندین عارضه متابولیک جدی شامل

<sup>2</sup> Health Related Quality of Life

<sup>1</sup> Androgen Excess Society

حاکم، باروری و فرزندآوری دارای اهمیت بیشتری می‌باشد، لذا این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک انجام شد.

## روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که در مقطع زمانی بهمن ۱۳۹۹ تا اردیبهشت ۱۴۰۰ انجام گرفت. جامعه آماری کلیه افراد مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک مراجعه‌کننده به درمانگاه تخصصی زنان مرکز آموزشی درمانی علوی شهر اردبیل بودند. با توجه به محدودبودن جامعه هدف مطالعه و عدم دسترسی به تمامی نمونه‌ها از روش کوکران و جدول مورگان- کرجسی برای تعیین حجم نمونه استفاده شد (۱۶،۱۵). بطوری که بر اساس جامعه هدف که در حدود ۹۰ نفر تخمین زده می‌شد و سطح معنی داری ۰/۵، حجم نمونه ۷۳ نفر بدست آمد که با احتساب ۱۰٪ احتمال ریزش نمونه‌ها، تعداد ۸۰ نفر تعیین شد.

$$n = \frac{\frac{z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left( \frac{z^2 pq}{d^2} - 1 \right)}$$

افراد بر اساس معیار روتردام (دارا بودن ۳ معیار الیگومنوره یا آمنوره، نتایج سونوگرافی و علایم بالینی (آکنه، هیرسوتیسم) و یا آزمایشگاهی در خصوص زیادی ترشح هورمون‌های آندروژنی)، بررسی و در صورت دارابودن معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل عدم ابتلا به بیماری‌های تیروئید، دیابت، قلبی، کلیوی، فشار خون و بیماری‌های روانی شناخته شده بر اساس شرح حال خود شرکت‌کنندگان و یا پرونده پزشکی آنان (در صورت وجود پرونده پزشکی) و نیز داشتن حداقل یک فرزند در مورد زنان متأهل بود. بعد از اخذ رضایت‌نامه کتبی از نمونه‌های پژوهش، افراد بصورت در دسترس وارد مطالعه شدند. ۵ نفر

از شرکت‌کنندگان که در طول پژوهش از ادامه همکاری صرف نظر نموده و یا تمام بندهای پرسشنامه را تکمیل نکردند، از مطالعه خارج شدند. بنابراین مطالعه روی ۷۵ نفر انجام گرفت. جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه بود. در صورت سواد کم افراد، قرائت پرسشنامه‌ها و درج پاسخ‌ها در پرسشنامه‌ها توسط محقق صورت گرفت. پرسشنامه شامل دو قسمت بود؛ بخش اول فرم اطلاعات دموگرافیک (سن، وضعیت تاهل، قد، وزن، وضعیت اشتغال، تحصیلات) و بخش دوم پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی ویژه زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (PCOSQ) بود. این پرسشنامه توسط کرونین<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۸) طراحی شده و شامل ۲۶ سوال است که کیفیت زندگی افراد را به تفکیک در زمینه‌های عاطفی-هیجانی (۸ سوال)، هیرسوتیسم (۵ سوال)، وزن (۵ سوال)، نازایی (۴ سوال) و اختلالات قاعدگی (۴ سوال)، می‌سنجد (۱۷). روایی و پایایی این پرسشنامه توسط امینی و همکاران در سال ۱۳۹۱ تعیین شده و ضریب آلفای کرونباخ در حیطه‌های عاطفی-هیجانی، هیرسوتیسم، وزن و نازایی، بالاتر از ۰/۷ بوده است. همچنین تمام سوالات در حیطه مرتبط با خود دارای همبستگی مناسبی بوده اند (۱۸). نحوه امتیازبندی سوالات به شکل لیکرت ۷ گزینه‌ای بوده و امتیاز هر سوال از ۱ تا ۷ متغیر است (۱۷). کیفیت زندگی افراد به تفکیک پاسخ‌های داده شده به شکل میانگین و انحراف معیار و به شکل نمرات صفر تا ۱۰۰ (نمره بالاتر به معنی کیفیت زندگی بهتر) گزارش گردید.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تی مستقل) استفاده شد و مقدار  $p$  کمتر از ۰/۰۵، معنی‌دار تلقی گردید.

<sup>۱</sup> Cronin

## یافته‌ها

در این مطالعه ۷۵ نفر از زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی مرکز آموزشی درمانی علوی شهر اردبیل شرکت کردند که بیشتر آنان در بازه سنی ۳۵-۲۶ سال (۴۸٪) قرار داشتند. از نظر تحصیلات فقط ۱۵ نفر تحصیلات دانشگاهی داشتند و تحصیلات اکثر زنان (۴۰٪) در سطح متوسطه بود. شاخص توده بدنی<sup>۱</sup> ۲ نفر (۳٪) کمتر از ۱۸/۵ و ۵۴ نفر (۷۲٪) بین ۲۵-۲۹/۹ کیلوگرم بر مترمربع گزارش شد (جدول ۱).

خصوص ابعاد کیفیت زندگی شرکت کنندگان در مطالعه نیز نتایج نشان داد که میانگین هر کدام از حیطه‌های مربوط به کیفیت زندگی افراد مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک به ترتیب از بیشترین امتیاز به کمترین امتیاز، شامل عاطفی-هیجانی، هیرسوتیسم، وزن، ناباروری و اختلالات قاعدگی بودند (جدول ۲).

جدول ۲. میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم

تخمدان پلی کیستیک		
انحراف معیار	میانگین	ابعاد کیفیت زندگی
۲۰/۴۳	۶۳/۰۳	عاطفی
۱۵/۳۰	۶۰/۴۸	هیرسوتیسم
۱۹/۱۷	۵۹/۹۴	وزن
۲۴/۱۹	۴۵/۱۴	ناباروری
۱۵/۳۰	۳۶/۲۸	اختلالات قاعدگی
۱۹/۶۶	۵۲/۹۶	کیفیت زندگی کل

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش

متغیر	گروه	تعداد (درصد)
سن (سال)	۱۵-۲۵	۲۰ (۲۷٪)
	۲۶-۳۵	۳۶ (۴۸٪)
	۳۶-۴۵	۱۵ (۲۰٪)
	۴۶-۵۰	۴ (۵٪)
سطح تحصیلات	بیسواد	۳ (۴٪)
	ابتدایی	۱۱ (۱۵٪)
	راهنمایی	۱۶ (۲۱٪)
وضعیت تاهل	متوسطه	۳۰ (۴۰٪)
	دانشگاهی	۱۵ (۲۰٪)
	مجرد	۳۰ (۴۰٪)
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)	متاهل	۴۵ (۶۰٪)
	کمتر از ۱۸/۵	۲ (۳٪)
	۱۸/۵-۲۵/۸	۹ (۱۲٪)
وضعیت اشتغال	بیشتر از ۳۰	۵۴ (۷۲٪)
	خانه دار	۱۰ (۱۳٪)
	شاغل	۵۲ (۶۹٪)
		۲۳ (۳۱٪)

نتایج آزمون تی مستقل در مقایسه میانگین ابعاد کیفیت زندگی افراد مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک بر اساس وضعیت تاهل نشان داد که میانگین نمرات سه حیطه هیرسوتیسم، ناباروری و اختلالات قاعدگی کیفیت زندگی در گروه مجرد کمتر از متاهل‌ها بود، در حالی که میانگین نمرات بعد عاطفی-هیجانی و وزن در گروه مجرد بیشتر از گروه متاهل گزارش شد. همچنین میان بعد عاطفی ( $p=۰/۱۴$ ) و وزن ( $p=۰/۵۳$ ) زنان با وضعیت تاهل هیچگونه ارتباط معنی‌داری یافت نشد؛ اما بین ناباروری ( $p=۰/۰۰۲$ )، اختلالات قاعدگی ( $p=۰/۰۰۶$ ) و هیرسوتیسم ( $p=۰/۰۰۳$ ) با وضعیت تاهل، ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت، بطوری که در میانگین نمرات این ابعاد در افراد مجرد، کمتر از افراد متاهل بود (جدول ۳).

بر اساس نتایج، نمره کل کیفیت زندگی زنان شرکت کننده در مطالعه  $۵۲/۱۹ \pm ۹۶/۶۶$  بود که نشان‌دهنده کیفیت زندگی متوسط آنان می‌باشد. در

<sup>۱</sup> Body Mass Index

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندروم تخمدان پلی کیستیک بر اساس وضعیت تاهل

ابعاد کیفیت زندگی	وضعیت تاهل	میانگین	سطح معنی داری
عاطفی	متاهل	۶۱/۰۴ ± ۱۹/۲	۰/۱۴
	مجرد	۶۴/۳۲ ± ۲۱/۲	
هیرسوتیسم	متاهل	۶۲/۱۴ ± ۱۵/۰۲	۰/۰۰۳
	مجرد	۵۹/۰۳ ± ۱۶/۰۹	
وزن	متاهل	۵۸/۴۸ ± ۱۹/۱۰	۰/۵۳
	مجرد	۶۰/۳۴ ± ۱۹/۲۳	
ناباروری	متاهل	۴۸/۵۶ ± ۲۴/۸۲	۰/۰۰۲
	مجرد	۴۳/۱۷ ± ۲۴/۲	
اختلالات قاعدگی	متاهل	۳۷/۸۲ ± ۱۶/۲	۰/۰۰۶
	مجرد	۳۴/۱۴ ± ۱۳/۲	

### بحث

نتایج این مطالعه که با هدف تعیین کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی علوی اردبیل انجام شد، نشان داد که زنان شرکت کننده در مطالعه از کیفیت زندگی متوسطی برخوردار بودند. در مطالعه ارجمندی و همکاران نیز کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک در حد متوسط دیده شد که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی داد (۱۹). با این حال، مطالعه ادوامنی<sup>۱</sup> و همکاران در اسپانیا نشان داد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک به طور قابل توجهی کاهش داشته است (۱). این مغایرت می‌تواند ناشی از تفاوت در ابزارهای مورد استفاده باشد؛ بطوری که در مطالعه حاضر پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک استفاده شد در حالی که در مطالعه فوق، پرسشنامه سلامت فرم کوتاه 12V2 مورد استفاده قرار گرفته است.

نتایج نشان داد که در بین ابعاد کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک، بعد عاطفی-هیجانی، بیشترین امتیاز و اختلالات قاعدگی، کمترین امتیاز را به خود اختصاص دادند؛ این بدان معنا است که اختلالات قاعدگی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان

پلی کیستیک، زندگی آنان را بیشتر تحت تاثیر قرار داده و تاثیر بیشتری بر افت کیفیت زندگی آنان می‌گذارد، در مقابل عوامل عاطفی-هیجانی کمترین تاثیر را در افت کیفیت زندگی افراد دارد. در مطالعه کولاهی و همکاران نیز نمرات مربوط به ابعاد کیفیت زندگی از کمترین به بیشترین امتیاز به ترتیب شامل اختلالات قاعدگی، هیرسوتیسم، مشکلات ناباروری، وزن و عاطفی بود که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد (۲۰). در حالی که در مطالعات مک کوک<sup>۲</sup> و همکاران، و هاشیموتو<sup>۳</sup> و همکاران، بعد وزن بیشترین عامل در افت کیفیت زندگی زنان مبتلا به PCOS مطرح شد که با مطالعه حاضر مغایرت دارد (۲۱، ۲۲). مسینا<sup>۴</sup> و همکاران نیز در مطالعه خود با عنوان کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک دارای اضافه وزن و با وزن طبیعی نشان دادند نمرات کیفیت زندگی در زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک بسیار پایین‌تر از زنان با وزن طبیعی بود که این یافته بیانگر آن است که چاقی بیشترین تاثیر را در افت کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک دارد (۲۳). جونز<sup>۵</sup> و همکاران اشاره می‌کنند انتظارات جوامع غربی به بعد وزن و وضعیت

<sup>2</sup> Mc Cook

<sup>3</sup> Hashimoto

<sup>4</sup> Messina et al

<sup>5</sup> Jones

<sup>1</sup> Adoamnei

ظاهری زنان نسبت به سایر جوامع بیشتر است (۲۴)، در حالی که در فرهنگ ایرانی که پوشش اسلامی، پوشش حاکم می‌باشد، اهمیت توجه به مساله وزن، کمتر است. در مطالعه حاضر بعد از اختلالات قاعدگی کمترین نمرات کسب شده به ترتیب مربوط به ابعاد ناباروری، وزن و هیرسوتیسم بود. در خصوص مساله هیرسوتیسم، شایان ذکر است که در اکثر جوامع مسائل زیبایی خصوصاً برای زنان بسیار حائز اهمیت است، بنابراین رشد موهای زاید به دلیل اختلال در این موضوع می‌تواند تاثیر منفی را در کیفیت زندگی زنان مبتلا به PCOS داشته باشد، بطوری که دروسدزول<sup>۱</sup> و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که هیرسوتیسم متوسط و شدید باعث ایجاد اختلال در کیفیت زندگی زنان مبتلا می‌شود (۲۵). همچنین ساری و همکاران که تجارب زنان با مشکل پرمویی را با یک مطالعه کیفی مورد بررسی قرار دادند، اظهار نمودند که بیشتر زنان شرکت کننده در پژوهش، خود را غیر جذاب و زشت می‌دیدند و پرمویی سبب زجر احساسی شدیدی شده که روی کیفیت زندگی آنان تاثیر منفی گذاشته و سبب بروز محدودیت‌هایی در زندگی فردی و اجتماعی آنان می‌شود (۲۶). در مطالعه کوفی و همکاران، زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک، زن بودن را در داشتن موهای نرم و لطیف در بدن و صورت، قاعدگی منظم و قدرت باروری می‌دانستند و علائم این سندرم سبب شده بود که آن‌ها کمتر احساس زن بودن داشته باشند و خود را از دیگران متفاوت ببینند. این پژوهشگران، سندرم تخمدان پلی کیستیک را به عنوان رباینده ویژگی‌های زنانگی نام نهادند (۲۷).

در مطالعه حاضر نمرات کسب شده در بعد ناباروری کیفیت زندگی در افراد مجرد نسبت به متاهل‌ها کمتر بود. بدیهی است که باروری و تولید مثل، اساس و پایه زندگی بشری بوده و جزء اولویت‌های مهم زندگی محسوب می‌شود، به همین دلیل است که

نمره این بعد در مجردها کمتر از متاهلین بود. این مساله نشان می‌دهد که افراد مجرد به دلیل ترس از ناباروری در آینده به قدرت باروری اهمیت زیادی می‌دهند. ترند و همکاران نیز معتقدند که یکی از نگرانی‌های افراد مبتلا به PCOS، بعد ناباروری آن است، به دلیل ترس از ناباروری در آینده، کیفیت زندگی این افراد کاهش می‌یابد (۲۸). در بعد اختلالات قاعدگی نیز، نتایج مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری را بین افراد مجرد و متاهل نشان داد. زیرا در هر دو گروه اختلالات قاعدگی به دلیل تاثیر در قدرت باروری بسیار حائز اهمیت است که از مهمترین نگرانی‌های مربوط به افراد مبتلا است. اما در افراد مجرد این نگرانی به دلیل ترس از کاهش قدرت باروری در زندگی زناشویی در آینده بیشتر است و از آنجایی که زنان متاهل شرکت کننده در مطالعه دارای حداقل یک فرزند بودند بنابراین این نگرانی تا حدودی کمتر بود.

این پژوهش در زمان همه گیری ویروس کرونا به انجام رسیده و به توصیف کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک صرف نظر از تاثیر شرایط بحرانی کووید-۱۹ پرداخت، بنابراین نمی‌توان به وضوح بیان نمود که کیفیت زندگی زنان مبتلا در این دوران صرفاً متأثر از سندرم تخمدان پلی کیستیک می‌باشد چون ممکن است استرس ناشی از پاندمی کووید-۱۹ علائم سندرم تخمدان پلی کیستیک نظیر هیرسوتیسم یا اختلالات قاعدگی را افزایش دهد. لذا، توصیه می‌گردد محققان در آینده تاثیر پاندمی کووید-۱۹ را بر ابعاد کیفیت زندگی زنان مبتلا به این سندرم مورد مطالعه قرار دهند.

### نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی زنان مرکز آموزشی درمانی علوی شهر اردبیل در حد متوسط بوده و اختلالات قاعدگی

<sup>1</sup> Drosdzol

مشاوره‌های و درمانی موثر جهت درمان این بیماری و ارتقای آگاهی پزشکان و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به منظور ارائه مراقبت‌های جامع‌تر به زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک گامی در بهبود کیفیت زندگی این بیماری برداشت.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل با کد اخلاق IR.ARUMS.REC.1399.254 می‌باشد. از تمام بیماران و همکارانی که در اجرای این پژوهش یاری نمودند، نهایت سپاسگزاری می‌گردد.

با کسب کمترین نمره، بیشترین تاثیر را در افت کیفیت زندگی این بیماران داشته است. از آنجایی که اختلالات قاعدگی را می‌توان به استرس، چاقی، تغذیه نامناسب و... نسبت داد بنابراین توصیه می‌گردد با رعایت اصول تغذیه صحیح و افزایش فعالیت بدنی و انجام ورزش و کاهش استرس و... این اختلال را تا حدودی اصلاح نمود. همچنین با توجه به ابتلای بالای زنان به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و عوارض ناشی از آن بایستی حداکثر توانایی‌های پیشگیری، تشخیصی و درمانی این بیماری را در حیطه‌های اقدامات آموزشی، بهداشتی- درمانی و حمایتی مدنظر قرار داد و با تشخیص زودرس بیماری در افراد و ارائه گزینه‌های

### References

- 1- Sanchez-Ferrer ML, Adoamnei E, Prieto-Sanchez MT, Mendiola J, Corbalán-Biyang S, Moñino-García M, et al. Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome attending to a tertiary hospital in Southeastern Spain: a case-control study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2020;18(1):1-10.
- 2- Amiri M, Bidhendi Yarandi R, Nahidi F, Tohidi M, Ramezani Tehrani F. The relationship between clinical and biochemical characteristics and quality of life in patients with polycystic ovary syndrome. *Clinical Endocrinology*. 2019;90(1):129-37.
- 3- Zafari Zangeneh F, Naghizadeh MM, Bagheri M. Comparing life style of patients with polycystic ovary syndrome and normal women. *Tehran University of Medical Sciences Journal*. 2018;76(1):58-66 [Persian].
- 4- Nasiri Amiri F, Ramezani Tehrani F, Simbar M, Mohammadpour Thamtan RA. Concerns of women with polycystic ovary syndrome: a qualitative study. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2013;15(1):41-51 [Persian].
- 5- 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. *Reproductive Biology and Endocrinology*. 2011;9(1):1-7 [Persian].
- 6- Azziz R, Woods KS, Reyna R, Key TJ, Knochenhauer ES, Yildiz BO. The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2004;89(6):2745-49.
- 7- Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *International Journal of Fertility and Sterility*. 2004;81(1):19-25.
- 8- Azziz R, Carmina E, Dewailly D, Diamanti-Kandarakis E, Escobar-Morreale HF, Futterweit W, et al. Positions statement: criteria for defining polycystic ovary syndrome as a predominantly hyperandrogenic syndrome: an androgen excess society guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2006;91(11):4237-45.
- 9- Speroff L, Fritz MA. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Wolter: KluterHealth; 2012.
- 10- Setji TL, Brown AJ. Polycystic ovary syndrome: diagnosis and treatment. *The American Journal of Medicine*. 2007;120(2):128-32.

- 11- AlJamal Y, Buckarma EL, Ruparel R, Allen S, Farley D. Cadaveric dissection vshomemade model: what is the best way to teach endoscopic totally Extraperitoneal inguinal hernia repair? *Journal of Surgical Education*. 2018;75(3):787-91.
- 12- Moghadam ZB, Fereidooni B, Saffari M, Montazeri A. Measures of health-related quality of life in PCOS women: a systematic review. *International Journal of Women's Health*. 2018;10:397.
- 13- 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(1):1-10.
- 14- Inhorn MC, Interpreting infertility: medical anthropological perspectives. *Social Science and Medicine*. 1994;39:459-61.
- 15- Cochran WG. *Sampling Techniques*. 3rd edition. John Wiley & Sons Inc. New York: 1977.
- 16- Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 1970;30(3):607-10.
- 17- Cronin L, Guyatt G, Griffith L, Wong E, Azziz R, Futterweit W, et al . Development of a health-related quality-of-life questionnaire (PCOSQ) for women with polycystic ovary syndrome (PCOS). *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 1998;83(6):1976-87.
- 18- Amini L, Ghorbani B, Montazeri A. Iranian version of health-related quality of life questionnaire for patients with polycystic ovary syndrome (PCOSQ): translation, reliability and validity. *Payesh*. 2012;11(2):227-33 [Persian].
- 19- Mazloomymahmoodabad SS, Ardjmandi M, Farajkhoda T. To evaluate health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome in Yazd, 2014. *Toloo Behdasht*. 2016;14(6):236-46 [Persian].
- 20- Kolahi L, Asemi N, Mirzaei M, Adibi N, Beiraghdar M, Mehr AM. The relationship between quality of life and coping strategies in polycystic ovary syndrome patients. *Advanced Biomedical Research* . 2015;4:168.
- 21- McCook JG, Reame NE, Thatcher SS. Health related quality of life issues in women with polycystic ovary syndrome. *Journal of Obstetrics, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2005;34(1):12-20.
- 22- Hashimoto DM, Schmid J, Martins FM, Fonseca AM, Andrade LH, Kirchengast S, et al. The impact of the weight status on subjective symptomatology of the polycystic ovary syndrome: a cross-cultural comparison between Brazilian and Austrian women. *Anthropologischer Anzeiger* . 2003;61(3):297-310.
- 23- Panico A, Messina G, Lupoli GA, Lupoli R, Cacciapuoti M, Moscatelli F, et al. Quality of life in overweight (obese) and normal-weight women with polycystic ovary syndrome. *Patient Preference and Adherence*. 2017;11:423-29.
- 24- Jones GL, Palep-Singh M, Ledger WL, Balen AH, Jenkinson C, Campbell MJ, et al. Do South Asian women with PCOS have poorer health-related quality of life than Caucasian women with PCOS? a comparative cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2010;8(1):1-8.
- 25- Drosdzol A, Skrzypulec V, Mazur B, Pawlińska Chmara R. Quality of life and marital sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. *Folia Histochemica and Cytobiologica*. 2007;45(1):93-97.
- 26- Sari SA, Celik N, Cicek AU. Body perception, self-esteem, and comorbid psychiatric disorders in adolescents diagnosed with polycystic ovary syndrome. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2020;33(6):691-96.
- 27- Coffey S, Mason H. The effect of polycystic ovary syndrome on health-related quality of life. *Gynecological Endocrinology*. 2003;17(5):379-86.
- 28- 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. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2003;16(1):33-37.