



راهبردهای سازگاری در بیماران مبتلابه سندروم تخمدان پلی کیستیک؛ یک مطالعه کیفی

فاطمه بازرگانی پور^۱، نازآفرین حسینی^{۲*}، سیدعبدالوهاب تقوی^۱

۱- دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان - مرکز تحقیقات باروری و ناباروری - استادیار.

۲- دانشگاه علوم پزشکی یاسوج - مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت - استادیار.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۲/۳۱، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۶/۱۰

چکیده

مقدمه: سندروم تخمدان پلی کیستیک (PCOS)، آثار عمده‌ای بر ابعاد مختلف زندگی بیماران مبتلا دارد. مفهوم توانایی جهت مقابله با بیماری، می‌تواند در چگونگی ارزیابی افراد از کیفیت زندگیشان حائز اهمیت باشد. بنابراین، درک عمیق چگونگی سازش این بیماران ضروری به نظر می‌رسد. هدف از پژوهش حاضر، فراهم نمودن درک عمیق راهبردهای سازگاری استفاده شده در بیماران مبتلابه PCOS می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه با رویکرد کیفی و از نوع تحلیل محتوی است. جهت انجام آن، از مصاحبه عمیق با ۲۰ بیمار مبتلابه PCOS، که به صورت مبتنی برهدف انتخاب شدند استفاده گردید.

نتایج: درون مایه‌های اصلی به دست آمده از داده‌ها شامل تراوشات فکری (اعتقادات مذهبی، پارادوکس افکار)، گام‌های عملی (گام‌های مثبت مانند در جستجوی اطلاعات و درمان، گام‌های منفی مانند انفعال و اختفاء) و در جستجوی حمایت (حمایت خانواده، حمایت هم‌تایان، حمایت دوستان) بود. **نتیجه‌گیری:** بیماران در سازش با PCOS، در ابعاد مختلف زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی شرایط متفاوتی را تجربه می‌کردند. عده‌ای در سازش مؤثر با این شرایط موفق نبودند و برخی با حمایت دیگران و پشتوانه‌های اعتقادی و معنوی و روحیه مثبت به خوبی سازش یافته بودند. باتوجه به شیوع بالای مشکلات جسمانی، روانی و اجتماعی در این بیماران، تقویت منابع سازگاری و شناسایی موانع تطابق می‌تواند در کمک به سازگاری این گروه با بیماری و ارتقای سطح کیفیت زندگی آنان مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: سازگاری، سندروم تخمدان پلی کیستیک، مطالعه کیفی.

*نویسنده مسئول: یاسوج - خیابان شهید منتظری - دانشکده پرستاری مامایی، تلفن: ۰۷۴۱-۲۲۳۴۴۷۷، Email: hosseinichenar@yahoo.com

ارجاع: بازرگانی پور فاطمه، حسینی نازآفرین، تقوی سیدعبدالوهاب. راهبردهای سازگاری در بیماران مبتلابه سندروم تخمدان پلی کیستیک؛ یک مطالعه کیفی. مجله دانش و تندرستی ۱۳۹۳؛ ۹(۳): ۲۸-۳۹.

مقدمه

سندروم تخمدان پلی کیستیک (PCOS) (Polycystic ovarian syndrome)، شایع‌ترین و پیچیده‌ترین اختلال آندوکراین در زنان سنین باروری می‌باشد (۱). شیوع PCOS در مطالعات ۲/۲-۲۶٪ تخمین زده شده است (۵-۹). در آخرین مطالعه انجام شده در ایران (۱۱۲۶ نفر)، شیوع این بیماری ۱۴٪ گزارش شده است (۲).

نتایج پژوهش‌های قبلی، بیانگر تأثیر منفی PCOS و علائم آن روی کیفیت زندگی این بیماران می‌باشد. کاهش کیفیت زندگی در PCOS با عدم رضایت جنسی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ناباروری، مشکلات مرتبط با وزن، آکنه، هیرسوتیسم و بی‌نظمی قاعدگی و سایر عوارض مرتبط است (۳-۱۰). بسیاری از علائم PCOS دردناک، ناخوشایند و غیرقابل پیشگویی بوده و با ویژگی‌هایی مرتبط است که از لحاظ فرهنگی "غیرزنانه" و نامطلوب تلقی می‌گردد (۷ و ۱۱). به علاوه، این بیماری با اختلالات بیوشیمیایی همراه است که این اختلالات نیز می‌توانند منجر به مشکلات خلقی گردند (۱۲). چون، PCOS اغلب در سنی بروز پیدا می‌کند که مسئله یافتن شریک جنسی، فعالیت جنسی و ازدواج حائز اهمیت است، تصور می‌شود مسایل زیبایی و روانی - جنسی مرتبط با آن باعث مشکلات شدید روانی در این زنان گردد (۱۳). بیماران مبتلا به PCOS، سلامت روان ضعیف‌تری نسبت به بیماران مبتلا به آسم، صرع، دیابت، درد کمر، آرتریت و بیماری عروق کرونری گزارش نموده‌اند (۱۴).

راهبردهای سازگاری، مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تغییر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش زا به کار رفته و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌گردد (۱۵). انتخاب راهبرد، می‌تواند بر روی کیفیت زندگی تأثیر مثبت یا منفی بگذارد. چنانچه تطابق خوب صورت پذیرد، کیفیت زندگی فرد افزایش یافته و در غیر این صورت مشکلاتی مانند عدم توانایی در حل تعارضات و از هم گسیختگی خانواده ایجاد می‌گردد (۱۶).

دانش امروزه ما در زمینه PCOS، عمدتاً از مطالعات کمی استخراج شده است که تمرکز بیشتر روی پاتوفیزیولوژی، علائم و درمان دارویی این سندروم است. PCOS، هنوز به عنوان یک نگرانی سلامت جسمانی نگریسته شده و درمان می‌گردد؛ درحالی که امروزه مشخص شده است که این بیماران نیاز به درمان کل نگر دارند، تا به جنبه‌های روانی، جنسی و اجتماعی این سندروم نیز توجه گردد. دیسترس روانی و کاهش کیفیت زندگی درک شده توسط بیمار، می‌تواند حتی پس از دریافت درمان‌های دارویی نیز تداوم یابد (۸). در پژوهش‌های اخیر، به وضوح نیاز به انجام مطالعات کیفی بیشتر در این راستا طلب شده است. ویژگی‌های مکرر با پزشک، آزمایشات متعدد، رنج و عدم قطعیت ناشی از انتظار برای جواب آزمایشات همگی واقعیت‌های دردناکی برای این

بیماران هستند. پاسخ بیماران به تنش‌ها، منحصر به فرد بوده و برحسب موقعیت‌های گوناگون متفاوت است. با در نظر گرفتن بار جسمانی و روانی تشخیص بیماری روی زندگی فرد، شیوع نسبتاً بالای PCOS در ایران و تأثیر راهبردهای سازگاری بر رفاه جسمانی و روانی، تصور می‌شود ارزیابی راهبردهای سازگاری که فرد در مواجهه با بیماری مانند PCOS تجربه نموده است حائز اهمیت باشد. از دیدگاه فولکمن، راهبردهای سازگاری به کار برده شده توسط بیماران، حیطه‌ای هستند که گروه پزشکی و درمان می‌توانند مداخله نمایند (۱۷). برخلاف شواهد روزافزون در زمینه جنبه‌های روانی، جنسی و اجتماعی این سندروم و تأثیر استراتژی‌های سازگاری در تطابق با بیماری، تاکنون پژوهشی در این زمینه با رویکرد کیفی از دیدگاه بیماران مبتلا به PCOS جهت بررسی عمیق‌تر موضوعات گزارش شده در مطالعات کمی انجام نگردیده است. بنابراین، هدف از پژوهش حاضر فراهم نمودن درک عمیق راهبردهای سازگاری استفاده شده در بیماران مبتلا به PCOS می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوی (content analysis) می‌باشد. تحلیل محتوی کیفی، به عنوان یک روش تحقیق تعریف می‌شود که به منظور تفسیر ذهنی محتوای داده‌های متنی به کار می‌رود. در این روش، از طریق فرآیند طبقه‌بندی سیستماتیک، کدها و درون مایه‌ها مورد شناسایی قرار می‌گیرند. تحلیل محتوی، چیزی فراتر از استخراج محتوی عینی برگرفته از داده‌های متنی بوده و از این طریق می‌توان درون مایه‌ها و الگوهای پنهان را از درون محتوی داده‌های شرکت‌کنندگان در مطالعه را نمایان ساخت (۱۸).

در این مطالعه، برای انتخاب شرکت‌کنندگان، نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف شروع شد و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. ملاک انتخاب بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه این بود که مبتلا به PCOS (تشخیص توسط متخصص زنان براساس معیار روتردام)، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های مؤثر بر کیفیت زندگی، توانایی جهت خواندن یا صحبت کردن به زبان فارسی، عدم ابتلا به سایر وضعیت‌های بالینی مشابه PCOS مانند هایپرپلازی آدرنال (تشخیص توسط متخصص مربوطه)، ایرانی‌الصل و متمایل به همکاری و شرکت در تحقیق و بازگویی تجارب خود به محقق باشند. پژوهش حاضر، در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های خصوصی زنان و زایمان کاشان و یاسوج انجام گردید. در مورد هر مشارکت‌کننده اطلاعات دموگرافیک و مرتبط با بیماری PCOS پرسش و در فرم مربوطه ثبت گردید. نمره‌دهی هیرسوتیسم، براساس مقیاس فریمن - گالوی بود که اولین بار در سال ۱۹۶۱ ارایه شد. هاج (Hatch) و همکاران این سیستم نمره‌دهی را تعدیل کرده و آن را به ۹ منطقه حساس به آندروژن در بدن محدود

مدت مصاحبه بین ۲۰ دقیقه تا یک ساعت و ۲۹ دقیقه با میانگین ۴۲ دقیقه بود.

تمامی مصاحبه‌ها ضبط شدند و سپس بلافاصله به صورت کلمه به کلمه تایپ شدند تا تحت تجزیه و تحلیل قرار گیرند. با توجه به اینکه در تحقیق کیفی نیاز است که محقق در اطلاعات غوطه‌ور گردد (۲۲)، لذا پژوهشگر مصاحبه‌ها را در چند نوبت گوش کرد و متن تایپ شده را بارها مرور نمود. در این تحقیق، تجزیه و تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری داده و به صورت مقایسه مداوم داده‌ها انجام گردید. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها در راستای هدف تحقیق یعنی درک منابع سازگاری بیماران مبتلابه PCOS، در شش مرحله شامل موارد ذیل انجام گرفت (۲۳): ۱- آشنا شدن محقق با داده‌ها، ۲- تولید کدهای اولیه از داده‌ها، ۳- جستجو برای یافتن درون مایه‌ها با مرور کدهای مختلف استخراج شده در مراحل قبلی، ۴- بازنگری درون مایه‌ها و مقایسه مجدد آنها با داده‌ها برای اطمینان از صحت آنها، ۵- تعریف و نامگذاری درون مایه‌ها و ۶- آماده کردن گزارش نهایی.

در سراسر فرآیند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، هرگونه تأمل و جرقه‌های ذهنی مرتبط با داده‌ها که به ذهن می‌رسید محقق یادداشت کرده و برای مصاحبه‌های بعدی از آنها استفاده می‌نمود. در طول این مطالعه، روش‌هایی برای اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها انجام گرفت. اعتبار (Credibility)، قابلیت اعتماد (Dependability)، تناسب (Fittingness) و قابلیت تأیید (Conformability) به عنوان معیارهای دقت علمی در تحقیقات کیفی هستند که در این مطالعه مورد توجه قرار گرفته‌اند (۲۱). یکی از بهترین روش‌ها برای ایجاد اعتبار، درگیری طولانی مدت با موضوع است که در این تحقیق پژوهشگر به مدت دو سال با موضوع تحقیق، داده‌ها و بیماران PCOS درگیر بوده است. قبل از انجام مصاحبه، محقق چند بار شرکت‌کننده را ملاقات می‌نمود تا اینکه بتواند اعتماد شرکت‌کننده را جلب نموده و رابطه و فضایی مناسب برای انجام مصاحبه عمیق فراهم شود. چک کردن یافته‌ها با شرکت‌کنندگان (Member check) انجام شد. بازنگری ناظرین (Externals check) نیز انجام گردید؛ بدین منظور بخش‌هایی از متن مصاحبه به همراه کدهای مربوطه و طبقات پدیدار شده برای چند ناظر فرستاده شد تا جریان تجزیه و تحلیل را بررسی و در مورد صحت آنها اعلام نظر نمایند. برای تعیین تناسب یافته‌ها، متن مصاحبه‌ها با تعدادی از بیماران که در تحقیق شرکت نداشتند در میان گذاشته شد که آنها تناسب یافته‌ها را تأیید نمودند. استفاده از روش نمونه‌گیری با حداکثر تنوع که به تناسب یا انتقال‌پذیری یافته‌ها به دیگران کمک می‌کند، نیز در این مطالعه مورد توجه قرار گرفت. همچنین، برای تأییدپذیری و حساسی دقیق، محقق مراحل و روند تحقیق را به طور دقیق ثبت و گزارش نمود تا امکان پیگیری تحقیق برای دیگران فراهم شود. این

نمودند. هر منطقه براساس میزان رشد موهای انتهایی (ترمینال) از ۴-۰ نمره‌دهی می‌شود. نمره ۷ یا بیشتر نشان‌دهنده وجود هیرسوتیسم است (۱۹). جهت سنجش آکنه از مقیاس جهانی درجه‌بندی آکنه (GAGS) (Global Acne Grading System) استفاده گردید. این مقیاس شش منطقه از صورت، قفسه سینه و قسمت فوقانی پشت را براساس سطح درگیری، توزیع و دانسیته واحدهای پیلوسباسه مدنظر قرار می‌دهد. حاشیه صورت با مسیر رویش مو، چانه و گوش‌ها تعیین می‌گردد. هر یک از شش منطقه براساس مقیاس صفر تا چهار درجه‌ای نمره‌دهی می‌شوند که شدیدترین ضایعه در هر منطقه تعیین‌کننده نمره آن منطقه است. سپس نمره هر منطقه ضربدر نمره عامل (factor) می‌گردد. نمره عامل براساس منطقه درگیری متفاوت بوده و بدین صورت می‌باشد؛ پیشانی: ۲، گونه راست یا چپ: ۲، بینی: ۱، چانه: ۱، قفسه سینه و قسمت فوقانی پشت: ۳. بنابراین، نمره کلی آکنه حاصل ضرب نمره عامل ضربدر مجموع نمره مناطق درگیر شده است (۲۰).

شرکت‌کننده اول، با سابقه PCOS حدود نه سال انتخاب شد و اطلاعات به‌دست آمده از این مصاحبه به انتخاب شرکت‌کنندگان بعدی کمک کرد. پس از پدیدار شدن طبقات اولیه، انتخاب شرکت‌کننده بعدی بر این سؤال استوار بود که او چقدر می‌تواند به روشن شدن هرچه بیشتر طبقات درحال پدیدار شدن کمک کند. این روال نمونه‌گیری، تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. در این مطالعه، به‌دنبال مصاحبه از ۱۸ مشارکت‌کننده، اشباع حاصل شد و طبقات اولیه شکل گرفت؛ با این وجود برای اطمینان بیشتر دو مصاحبه دیگر هم انجام شد، اما اطلاعات جدیدی دریافت نشد که منجر به کدگذاری و تشکیل طبقات جدید شود. بنابراین در مجموع، با ۲۰ مشارکت‌کننده مصاحبه انجام گرفت. شرکت‌کنندگان به حداکثر تنوع از نظر خصوصیات دموگرافیک انتخاب گردیده بودند (جدول ۱). مصاحبه‌ها به صورت انفرادی و در محیطی آرام با انتخاب مشارکت‌کننده انجام گردید.

روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، مصاحبه عمیق و بدون ساختار با استفاده از سؤالات باز بود. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف و عمیق بودن، مناسب پژوهش‌های کیفی است (۲۱). مصاحبه ابتدا با یک سؤال کلی و باز مبنی بر اینکه "ابتدا درباره تاریخچه بیماریتان برای من صحبت کنید"، شروع می‌شد. سپس، پرسیده شد که "از زمان شروع بیماری با چه مشکلاتی مواجه بودید؟ چگونه با این مشکلات کنار آمدید یا آنها را اداره کردید؟". سؤالات بعدی و پیگیری کننده، براساس اطلاعاتی که شرکت‌کننده ارائه می‌کرد، برای روشن شدن مفهوم مورد مطالعه سؤال می‌شد. همچنین، سؤالات عمق‌دهنده مصاحبه مانند "ممکنه بیشتر توضیح دهید؟ منظورتان چیست؟" هم لایه لای مصاحبه‌ها متناسب با پاسخ‌های داده شده ارائه شد. طول

حتما حکمتی درش هست. به خصوص اینکه توی قرآن هم گفته به هر کس بخوایم پسر به هر کس بخوایم دختر می دهیم و هر کس را هم که بخوایم عقیم می کنیم. می گفتم حتما نازاییم حکمتی داره..." (مشارکت کننده ۲۷ ساله).

"همیشه می گم تقدیر و سرنوشته. یک امتحان الهیه، خدادادیه، یه چیزه که خدا خودش باید رفش کنه درسته که خودمون خیلی نقش داریم ولی تا اون نخواست نمیشه..." (مشارکت کننده ۲۵ ساله).

"هر بار که دکتر دارو بهم می داد اعتقاد اینه که بیماریم کفاره گناهام هست، یعنی هر بار آمپول ها رو می زدم می گفتم اشکال نداره با هر بار دردش، گناهانم پاک میشه..." (مشارکت کننده ۲۸ ساله).

۱-۲: پارادوکس افکار: یکی از موضوعات حائز اهمیت در مواجهه این بیماران با مشکل خود، طرز تفکر آنان در مورد بیماری است که شامل اندیشه های مثبت و منفی می باشد.

۱-۲: اندیشه مثبت: یکی از اندیشه های مثبت که به طور شایع توسط بیماران گزارش شده بود، تفکر خوش بینانه آنان به بیماری خود بود:

"کلاً آدمی هستم که حتی اگه بهم بگن که سرطان هم داری شوکه نمیشم چون اینکه تکنولوژی پیشرفت کرده که هر چیزی میشه قابل درمانه..." (مشارکت کننده ۲۵ ساله).

"کلاً آدم خوش بینی هستم. با خودم می گم هنوز وقت هست. سعی می کنم همیشه جنبه خوب زندگی رو بینم سعی می کنم حتی وقایع بد رو سبک بگیرم که می کنم خوب رو پیدا کنم. این خیلی تا به حال برام مؤثر بوده..." (مشارکت کننده ۳۲ ساله).

"روبهم من هیچ وقت تنبلی تخمدان را به عنوان بیماری فکر نکردم. این نیست که بگم چون من نازام پس بیمارم..." (مشارکت کننده ۲۱ ساله).

۱-۲: اندیشه منفی: جنبه دیگر سازگاری بیمار با PCOS، تفکر منفی آنان با این موضوع مانند احساس نوسیدی و ترس بود:

"احساس می کنم هیچ راه حلی نداره. هر راهی رو می رم احساس می کنم همه درها به روم بسته است..." (مشارکت کننده ۳۲ ساله).

"خیلی از اقوام و دوستان رو می شناسم که رفتن پیش دکتر زود جواب گرفتن ولی من چون چند ساله که جواب نگرفتم احساس می کنم دیگه هیچ وقت حل نمی شه..." (مشارکت کننده ۳۴ ساله).

"الان تمام وقتمو واسه بچه های دیگران می دارم، دوستشون دارم ولی وقتی خودم بخوام بچه دار بشم می ترسم اونقدر سنم رفته باشه بالا که دیگه حوصلشو نداشته باشم بیشتر فامیل میدونم که من به بچه خیلی علاقه دارم. احساس می کنم اینجوری آینده زندگیم در خطره چون وقتی بچه ندارم یعنی هیچ ثمره زندگی ندارم. احساس می کنم بچه ندارم همین جور عمرم داره بیهوده می گذره، سن هم که بره بالا

مطالعه بخشی از نتایج طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی یاسوج می باشد که توسط کمیته اخلاق آن دانشگاه مورد تأیید قرار گرفته است. در ابتدای مصاحبه، به مشارکت کنندگان درباره هدف تحقیق، روش مصاحبه، اطمینان دادن از محرمانه بودن اطلاعات و حق آنان در شرکت یا خروج از مطالعه توضیح داده شد و رضایت آگاهانه از آنان کسب گردید. زمان مصاحبه نیز با هماهنگی و خواست مشارکت کننده تنظیم شد.

نتایج

پس از مشخص شدن مفاهیم اولیه، ۱۹۰ کد اولیه از مصاحبه ها استخراج شدند. این کدها پس از چند بار مرور، خلاصه سازی و براساس تشابه ها و تناسب طبقه بندی شدند و سپس با مرور بیشتر و مقایسه طبقات، معنای درونی آنها به صورت درون مایه های اولیه شناسایی شدند. درون مایه های اولیه براساس ماهیت، به صورت مفهومی و انتزاعی نامگذاری شدند. بدین ترتیب، این درون مایه ها، منابع سازگاری در این بیماران را پدیدار ساختند. این درون مایه ها شامل تراوشات فکری، گام های عملی و در جستجوی حمایت بودند (جدول ۲).

تراوشات فکری: این درون مایه شامل اعتقادات مذهبی و اندیشه های مرتبط با بیماری بود.

۱-۱: اعتقادات مذهبی: این درون مایه، یکی از مهمترین راهبردهای سازگاری در پژوهش حاضر بود که شامل دو درون مایه فرعی به شرح ذیل می باشد.

۱-۱-۱: توکل به قادر مطلق: اگرچه، مشارکت کنندگان در این پژوهش از رویکردهای سازگاری متنوعی استفاده نموده بودند؛ اما، معتقد بودند که سلامت و بیماری براساس خواست الهی رخ می دهد و لذا در همه امور به خداوند توکل می کنند:

"اینکه خواست خداست اگه اگر هم نخواه با همه تکنولوژی ها هم نمیشه..." (مشارکت کننده ۲۲ ساله). "ولی، معتقدم بیماریم کلاً خواست خدا بوده..." (مشارکت کننده ۲۷ ساله).

"خدا اگه بیماری رو میده درمانشو هم میده، بیماری مثل یه جوش میمونه که باید به یه حدی برسه تا بترکه، درسته باید درمانو بکنیم ولی باید به یه حدی برسه که مصلحتم بشه که باردار بشم..." (مشارکت کننده ۲۷ ساله).

"ما راه خودمون رو ادامه می دیدم، درمان می کنیم دیگه خدا هر چی بخواد..." (مشارکت کننده ۳۰ ساله).

۱-۱-۲: بیماری، آزمون الهی: برخی مشارکت کنندگان، معتقد بودند که ابتلا به بیماری وسیله ای برای آزمون آنها بوده و آن را تقدیر الهی می دانند. به این طریق مشکلات ناشی از بیماری را تعدیل می کنند:

"همیشه با خودم می گفتم من یک همسر خوب دارم. خونه زندگی و همه چیزو خدا بهم داده. ولی این نازایی رو بهم داده که مغرور نشم.

"...یا اینکه کمتر بیرون می‌رم تا آفتاب به صورت من نخوره و بدتر نشه..." (مشارکت‌کننده ۲۳ ساله).

"بعضی وقتا واسه چاقیم روم نمیشه برم بیرون یا مسافرت. احساس می‌کنم خیلی بد اندامم و اندامم خیلی زشته. حتی خجالت می‌کشم توی مهمونیا راه برم یا بشینم. فکر می‌کنم نرم بیرون بهتره..." (مشارکت‌کننده ۲۸ ساله).

"اگه بخوام برم عروسی و فرصت نداشته باشم موهای صورتمو بردارم، اون عروسیو نمی‌رم..." (مشارکت‌کننده ۳۴ ساله)

۲-۲: گام‌های مثبت: یافته‌های این مطالعه نشان داد که اگرچه اکثر مشارکت‌کنندگان به خواست خدا در ابتلا به بیماری اعتقاد داشتند، ولی پیگیری‌های درمانی را انجام داده و به دنبال کسب اطلاعات بیشتر در زمینه PCOS بودند.

۲-۲-۱: در جستجوی اطلاعات: شرکت‌کنندگان در این پژوهش، عمده اطلاعات خود در مورد PCOS و درمان را از رسانه‌ها، کتاب و پرسنل درمانی کسب نموده بودند:

"سوآلای مختلف تو ذهنمه. باز خداروشکر دوستم یه کتاب در زمینه باروری بهم داده که بعضی پاسخ‌هامو از اون می‌گیرم..." (مشارکت‌کننده ۲۲ ساله).

"الان می‌دونم که باعث بی‌نظمی قاعدگی، نازایی می‌شه چاقی می‌اره و موی زاید هم می‌اره که از بعضی بروشورها، تلویزیون یاد گرفتم اینکه برخی از پزشک هام واسم توضیح میدادن..." (مشارکت‌کننده ۲۸ ساله).

۲-۲-۲: در جستجوی درمان: علاوه بر پیروی از دستورات دارویی، بیماران خود نیز در راستای کاهش علائم مرتبط با بیماری اقداماتی انجام می‌دادند که برخی موارد با نتیجه مثبت همراه بود:

"ولی خوب باید درمان هم شد نمی‌شه که دست روی دست گذاشت بگیریم خدا هرچی بخواد. درسته اول خدا و امامان. ولی خدا خودش میگه از تو حرکت از من برکت..." (مشارکت‌کننده ۳۴ ساله).

"واسه جوش‌هام، کاسنی همش می‌خورم تا بره داخل. همه کاری می‌کنم که صورتم جوش نداشته باشه..." (مشارکت‌کننده ۳۰ ساله).

"از چاقی بدم میاد حس می‌کنم از قیافه می‌افتم. ذهنمو مشغول می‌کنه به خودش. پیاده‌روی می‌ریم هرشب. محدودیت رژیم غذایی هم دارم..." (مشارکت‌کننده ۲۹ ساله).

"دکتر بهم گفت اگه بری ورزش پیودات منظم می‌شه، روزی نیم ساعت ورزش کن. چون توی خونه همتم نمی‌شه می‌رم باشگاه، ورزش ایروبیکی می‌رم ولی پیروdam یکی در میون منظم شده. ولی بیشتر نامنظمه یعنی همش عقب میافته ولی باز ورزش میرم..." (مشارکت‌کننده ۲۸ ساله).

درمانش هم سخت‌تره تفاوت سنی هم با بچه خیلی زیاد می‌شه الان حوصلم واسه بزرگ کردن بچه بیشتره شاید اگه بعدا باردار بشم حوصلم کمتر می‌شه، زایمانم سخت‌تر می‌شه..." (مشارکت‌کننده ۲۹ ساله).

گام‌های عملی: تدابیر عملی مورد استفاده در پژوهش حاضر، به صورت اقدامات منفی یا مثبت بودند.

۱-۲: گام‌های منفی: شامل راهکارهایی بودند که واحدهای پژوهش برای جلوگیری از افزایش مشکلات جسمانی خود استفاده می‌نمودند.

۱-۲-۱: اختفاء: اختفا به صورت مخفی کردن مشکلات جسمانی از دیگران بود. برخی مطرح می‌کردند که در مقابل واکنش نامناسب اطرافیان، سعی می‌کردند که مشکلات جسمانی خود را از دید مردم پنهان نمایند:

"احساس می‌کنم همه بهم نگاه می‌کنن و میگن چقد ریش داره واسه همین همش تیغ تو کیفمه تا یکم اومد بیرون فوری بزدم. توی روز حدود ۲ بار اینکارو انجام می‌دم یه بار صبح و یه بار هم عصر. اگه مهمونی برم که دیگه هیچ، دایم دستمو می‌ذارم رو صورتم که ببینن آیا هست یا نه؟..." (مشارکت‌کننده ۲۵ ساله).

"اگه موهای زاید باشه چند روز اصلاً نمیخام بیرون بیام یا اگه بیام مخفی‌شون می‌کنم..." (مشارکت‌کننده ۳۴ ساله).

"موهای زاید خیلی زیاده اعصابم و خرد می‌کنه. نمیخام دیگران ببینن روسریمو و مقنعمو روش می‌کشم که کسی نبینه. اگه ببینن بهم میگن که صورتت مثل مردا شده دیگه نمیشه از شوهرت تشخیصت داد. توی خونه هم سعی می‌کنم موهام بلند باشه که صورتمو بپوشونه که شوهرم نبینه. حالا که کوتاه کردم همش روسری سرمه. همش سعی می‌کنم جلو آینه باشم..." (مشارکت‌کننده ۲۲ ساله).

"اگه برم خونه مادر شوهرم همش چادر می‌ندازم رو صورتم تا روی گونه‌هامو بگیره و جوشام پیدا نباشه. تا وضو می‌گرفتم اگه کرم‌هام پاک می‌شد فوری کرم می‌زدم..." (مشارکت‌کننده ۲۳ ساله).

"من رنگ پوستم خوبه ولی واسه این جوشا مجبورم کرم و پنکک بزدم که پیدا نباشن..." (مشارکت‌کننده ۲۴ ساله).

۲-۱-۲: انفصال: اکثر مشارکت‌کنندگان از مردم فاصله می‌گرفتند و سعی داشتند علیرغم تمایل به مواجهه با مردم، از آنان دوری گزینند و تمایلی به شرکت در مجالس شادی و مهمانی را نداشته باشند:

"علاقه به عروسی‌ام کم شده. بیرون که می‌رم احساس خوبی ندارم. چون چاق شدم حس می‌کنم همه بهم نگاه می‌کنن. لباس‌هایی که قبلاً می‌پوشیدم الان که نمی‌تونم بپوشم حس بدی دارم به زور می‌رم توی جمع. بیرون رفتنو دیگه دوست ندارم. دوست دارم توخونه باشم..." (مشارکت‌کننده ۲۷ ساله).

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی و بالینی بیماران

مشارکت کننده	سن	تحصیلات	مدت ازدواج (سال)	سال‌های گذر از PCOS (سال)	وضعیت اشتغال	داشتن بی نظمی قاعدگی	وضعیت باروری	BMI	نمره هیرسوتیسم	نمره آکنه
۱	۲۷	ارشد	۱۴	۹	خانه دار	اولیگو منوره	نازایی اولیه (۱/۵ سال)	۲۹	۴	۸
۲	۲۳	ارشد	۱۴	۱۰	شاغل	طبیعی	نازایی اولیه (۱ سال)	۲۴	۱۶	۳۰
۳	۲۴	دیپلم	۱۲	۸	خانه دار	متغیر	نازایی اولیه (۳ سال) نازایی اولیه (۱/۵ سال)	۲۷	۸	۱۰
۴	۲۲	دیپلم	۸	۴	خانه دار	طبیعی	نازایی ثانویه (۳ سال) یک سقط	۱۹	۴	۱۶
۵	۲۷	ارشد	۱۸	۱۲	خانه دار	متغیر	نازایی اولیه (۶ ماه)	۲۴	۷	۷
۶	۲۲	سیکل	۸	۹	خانه دار	آمنوره	نازایی اولیه (۶ ماه) نازایی اولیه (۱ سال)	۲۳	۸	۱۶
۷	۲۷	کارشناسی	۱۲		شاغل	متغیر	نازایی ثانویه (۴ ماه) یک سقط	۳۱	۹	صفر
۸	۲۲	سیکل	۴	۳	خانه دار	طبیعی	نازایی اولیه (۳ سال)	۳۳	۹	۳
۹	۳۰	سیکل	۲	۴	خانه دار	متغیر	نازایی اولیه (۱/۵ سال)	۲۵	۱۰	۸
۱۰	۲۵	کاردانی	۱۲	۱۰	خانه دار	آمنوره	نازایی اولیه (۲ سال)	۲۵	۳	۱۶
۱۱	۲۵	کاردانی	۱۳	۳	خانه دار	طبیعی	نازایی اولیه (۱ سال)	۲۰	۹	۲۱
۱۲	۲۹	دیپلم	۱	۱	خانه دار	طبیعی	نازایی اولیه (۱ سال)	۲۷	۳	۷
۱۳	۲۸	دیپلم	۲	۲	خانه دار	متغیر	نازایی اولیه (۱ سال)	۲۲	صفر	۸
۱۴	۲۵	کارشناسی	۱۲	۱۰	خانه دار	آمنوره	نازایی اولیه (۱/۵ سال)	۲۵	۱۵	۲۴
۱۵	۲۳	دیپلم	۳	۳	خانه دار	طبیعی	نازایی اولیه (۲ سال)	۲۵	۹	۱۰
۱۶	۲۸	کارشناسی	۵	۸	شاغل	اولیگو منوره	نازایی اولیه (۲ سال)	۲۷	۱۲	۹
۱۷	۳۴	کارشناسی	۱۰	۱۵	خانه دار	آمنوره	نازایی اولیه (۸ سال)	۲۶	۱۳	۱۷
۱۸	۲۱	دیپلم	۳	۳	شاغل	طبیعی	نازایی اولیه (۲ سال)	۲۳	۴	۷
۱۹	۲۷	دیپلم	۵	۴	خانه دار	اولیگو منوره	نازایی اولیه (۴ سال)	۲۲	۹	۷
۲۰	۳۲	ابتدایی	۱۲	۱۰	خانه دار	اولیگو منوره	نازایی اولیه (۹ سال)	۲۷	۵	۹

در جستجوی حمایت: یکی از منابع مهم در سازگاری با PCOS، حمایت از سوی اطرافیان بیان گردید. این حمایت‌ها عمدتاً از سوی همسر و سپس از سوی سایر اعضای خانواده و دیگران می‌باشد. ۱-۳: حمایت خانواده: حمایت خانواده به‌عنوان یکی از مهمترین منابع موردنیاز بر آرامش و سازگاری تجربه شده بود. این دسته از افراد تجارب خود را بدین شرح بیان کردند:

"بهم می‌گفتن که تغذیتو هم اصلاح کنی یا ورزش کنی اثرش بیشتر می‌شه، زودتر خوب می‌شه واسه همین دکتر تغذیه رفتیم، رژیممو اصلاح کردم پیاده‌روی می‌کردم تأثیر داشت، پرودام خیلی منظم‌تر شد... (مشارکت کننده ۳۲ ساله). "من همیشه رژیم و ورزش دارم، مجبورم همیشه کم بخورم غذاهای سرخ کردنی و شیرین رو خیلی کم کردم." (مشارکت کننده ۲۵ ساله).

مهم نیست. ذهنمو مثل قبلاً مشغول نمی‌کنه... (مشارکت‌کننده ۲۳ ساله).

۲-۳: حمایت همتایان: برخی بیماران، زمانی که با سایر بیماران مبتلابه PCOS ملاقات می‌کردند و با آنان صحبت می‌نمودند، نگرانی کمتری را گزارش می‌کردند:

"با چند نفر که مشورت کردم کمتر ازش می‌ترسم که میگن درمان داره. راه حل داره. مامانم که باهاش حرف زدم چون خودشم نازایی داشته می‌گه چیزی نیست که با چند نسخه دارو مصرف کردن درمان می‌شی..." (مشارکت‌کننده ۲۷ ساله).

درحالی که برای بعضی دیگر، ارتباط با همتایان، مانعی در سازش با وضعیت موجود محسوب می‌گردید. به عبارت دیگر، همسانان از دو نقش متفاوت و متناقض در سازگاری افراد برخوردار بودند:

"چند نفر که حرف می‌زدم بهم میگفتن ما چند میلیون خرج کردیم فایده نداشته نمی‌خواد تو هم بری ناامید می‌شدم..." (مشارکت‌کننده ۳۲ ساله).

۳-۳: حمایت دوستان: مشارکت‌کنندگان بیان نمودند که ارتباط و صحبت کردن با دوستان سبب می‌شد تا بیمار احساس کند تا حدودی از فشارهای روانی تخلیه شده است:

"یکی از آشناها من هم خانمش هوشبری خونده میاد خونمون حرف‌های امیدوارکننده بهمون می‌زنه یکم روحیم بهتر می‌شه..." (مشارکت‌کننده ۲۲ ساله)

بحث

مفهوم توانایی جهت مقابله با بیماری، می‌تواند در چگونگی ارزیابی افراد از کیفیت زندگیشان حائز اهمیت باشد (۲۴). در زمینه PCOS، این بیماری با عواقب روانی و عاطفی متعددی همراه است. یافته‌های مطالعات انجام شده دال بر این موضوع است که زنان مبتلابه PCOS در معرض انواع عواقب روانی شامل افسردگی، اضطراب، تفکرات منفی، مشکلات جنسی و مرتبط با تصویر بدنی به همراه کاهش کیفیت زندگی قرار دارند (۲۵-۲۷). این حقیقت که ۱۴٪ زنان PCOS در تلاش جهت خودکشی هستند، اهمیت مسأله را بیشتر می‌نماید (۶). بسیاری از بیماران، با PCOS به طرق مختلف سازگار شده و از مکانیسم‌های سازگاری متفاوتی برای تطابق با چالش‌های جسمانی و روانی وارد شده استفاده می‌نمایند. طبق دانش ما، پژوهش حاضر اولین مطالعه کیفی انجام شده در زمینه توصیف مکانیسم‌های سازگاری استفاده شده توسط بیماران مبتلابه PCOS می‌باشد. به‌علت آثار جسمانی و روانی - اجتماعی مرتبط با این بیماری، بررسی استراتژی‌های سازگاری در کمک به تطابق این بیماران حائز اهمیت است.

جدول ۲- درون مایه‌های استخراج شده

درون مایه	زیرطبقات
تراوشات فکری	توکل به قادر مطلق
اعتقادات مذهبی	بیماری، آزمون الهی
پارادوکس افکار	اندیشه‌های مثبت (امید، خوش بینی)
گام‌های عملی	اندیشه‌های منفی (ناامیدی، ترس)
گام‌های منفی	اختفاء
گام‌های مثبت	انفصال
در جستجوی حمایت	در جستجوی اطلاعات
	در جستجوی درمان
	حمایت خانواده
	حمایت دوستان
	حمایت همتایان

"فقط به مامانم و مادرشوهرم گفتم اونا خداییش همش دلداریم میدان که چیزی نیست حتی باهام مطب هم میان. چیزی نیست بچه دار می‌شی ما هم اینجوری بودیم..." (مشارکت‌کننده ۲۱ ساله).

"خواهرم، مامانم، همش بهم می‌گفتن که جوش نخور هر وقت موقش باشه می‌شه. فکرشو نکن چیز خاصی نیست تو ۴-۵ سال که اینجوری هستی فالانی ۲۵ سال نازا بوده بچه‌دار شده. خیلی کمکم کردن توی زایمانم توی حاملگی. حتی سقطی که داشتم چقدر مامانم دلداریم داد. دیگه امیدوارم می‌شدم. همش می‌گفت فالانی رو نگاه کن چه مشکلاتی داره رحمش بچه خوره داره هر بار بادار می‌شه باید سقط کنه..." (مشارکت‌کننده ۲۷ ساله).

"شوهرم خیلی اخلاقی خوبه و درکم می‌کنه. احساس می‌کنم شوهرم ناراحت می‌شه ولی اصلاً به روی خودش نیاره که من ناراحت بشم. ولی بعضی وقتا طوری عصبانی می‌شم باهاش دعوا می‌کنم. ولی خودش رعایت می‌کنه حرفو دیگه تکرار نمی‌کنه یا کاری نمی‌کنه منو ناراحت کنه. اگه کسی از من پرسه چرا بچه‌دار نمی‌شید بهشون میگه خودمون نمی‌خوایم. فعلاً دیر نیست فعلاً وقت هست. خیلی بهم امید میده که ما هنوز سنی آزمون نگذشته فالانی رو دیدی بالاخره باردار شدن. اگه مشکلک پوله خودم حلش می‌کنم. خیلی دلداریم میده. ولی احساس می‌کنم که خودشم ناراحته..." (مشارکت‌کننده ۲۸ ساله).

"واقعاً ازش ممنونم. با کج خلقی‌ها، دپرسی‌ها و بی‌حوصلگی‌های من خوب کنار اومده. غر نمی‌زنه. شوهرم خداروشکر رعایت می‌کنه سربه سرم نمیداره..." (مشارکت‌کننده ۲۲ ساله).

"خدا روشکر همسرم اصلاً این چیزا واسش مهم نیست حتی خودش با موچین بر میداره. خیلی آرامشم واسه علائم بعد از ازدواج بیشتر شده. حتی چاق تر هم شدم چون واسه همسرم وزن و این چیزا

مفهوم مثبت از خود و کنترل شخصی و یک دیدگاه خوش بینانه، حتی کاذب در مورد آینده همراه شود، نه تنها در اداره مشکلات روزانه، بلکه در کنار آمدن با حوادث استرس‌زا و تهدیدزای زندگی به افراد کمک می‌کند (۳۵). در تبیین این یافته، باید اشاره نمود که افراد خوش‌بین از روش‌های مقابله هیجان مدار که مستلزم دوری از مشکل و انفعال است و فرد بیشتر دچار استرس و فشار روانی ناشی از آن شده و در نهایت تسلیم استرس می‌شود، کمتر استفاده می‌کنند. افراد خوش بین، در مقابله با مشکلات و حوادث استرس‌زای زندگی بیشتر به حل مسأله و ارزیابی مشکل به شکل سالم‌تر می‌پردازند و گرایش بیشتری به کاربرد راهبردهای مسأله مدار دارند.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که بیماران حمایت‌های مختلفی را در طی سازگاری با بیماری دریافت می‌کنند. مشارکت‌کنندگان اشاره نمودند که بیشترین حمایت را از طرف خانواده دریافت نموده‌اند. توجه و حمایت از جانب خانواده، باعث ایجاد امیدواری و دلگرمی در بیماران می‌گردد و این احساس را در آنان ایجاد می‌نمود که در مواجهه با بیماری تنها نیستند. بیماران، در بین اعضای خانواده، شریک زندگی خود را به‌عنوان مهره کلیدی در حمایت از خود می‌دانستند. در واقع، حمایت و پشتیبانی توسط همسر، مهمترین منبع حمایتی افراد در دوره‌های بیماری است (۳۶). حضور همسر، به‌عنوان فردی که احساس همبستگی و تعلق فرد به دیگران را افزایش می‌دهد، می‌تواند بر سلامت و عملکرد فرد تأثیر داشته باشد. همچنین حضور همسر، به‌عنوان حامی در کاهش تنش مؤثر بوده و باعث افزایش رضایت از زندگی طی مرحله بیماری می‌گردد (۳۷). یافته دیگر این مطالعه، تأثیر مثبت هم‌تایان در مواجهه بهتر با بیماری بود. بیماران بیان می‌کردند که دیدن بیماران سازگار شده باعث ایجاد حس امیدواری و تقویت روحیه آنان می‌گردید. مطالعات مشابه در زمینه بیماران مزمن، نیز تأثیر مثبت حمایت هم‌تایان را مورد تأیید قرار داده‌اند (۳۸). مشارکت‌کنندگان همچنین به نقش حمایتی دوستان در طی روند سازگاری با PCOS اشاره نمودند. نقش و رفتار حمایتی دوستان از طریق مورد توجه قرار دادن بیمار این احساس را ایجاد می‌نمود که در این مرحله با وجود بیماری، دوستان آنها را تنها نگذاشته‌اند. در مطالعات بیان شده است که حمایت از جانب دوستان باعث بهبود روابط اجتماعی در بیمار می‌گردد. بهبود روابط اجتماعی باعث کاهش افسردگی و اضطراب در فرد شده و رضایت از سلامتی و کاهش نگرانی وی رادر پی دارد، بنابراین، ارائه این حمایت‌ها باعث افزایش اعتماد به نفس می‌شود (۳۹).

مشکلات روحی و روانی ناشی از بیماری و واکنش نامناسب دیگران، باعث می‌شود بیمار مبتلا به PCOS به طرق مختلف تغییر شکل ظاهری خود را پنهان نموده یا از جامعه فاصله بگیرد که این واکنش‌ها باعث به مخاطره افتادن تمامیت اجتماعی فرد می‌گردد. این

نتایج این مطالعه، نشان داد یکی از مهمترین عواملی که در سازگاری با بیماری PCOS کمک‌کننده بوده است، نگرش مذهبی آنان می‌باشد. در مطالعات، مشخص شده است که باورهای مذهبی و معنویت مکانیسم مهمی برای تطابق با بحران و عوامل استرس‌زای زندگی هستند (۲۸ و ۲۹). معنویت و باورهای روحانی، با احساس سلامتی رابطه داشته و به‌نظر می‌رسد نماز و نیایش دارای آثار مشابه مراقبه هستند (۳۰). از آنجا که اکثریت جمعیت ایران مسلمان بوده و جامعه به میزان قابل توجهی متأثر از فرهنگ اسلامی است، این درون مایه بیانگر این واقعیت است که مشارکت‌کنندگان از باورها و رفتارهای مذهبی خود به‌عنوان یک راهبرد مهم سازگاری در مدت ابتلا به این بیماری بهره‌مند بوده‌اند. مشارکت‌کنندگان در رابطه با باورهای مذهبی خود بیان نموده بودند که در همه موقعیت‌های دشوار، به قدرت مطلق توکل داشته‌اند؛ همچنان که توکل به خدا و قدرت گرفتن از خدا به‌عنوان شایع‌ترین مکانیسم سازگاری در رویارویی با موقعیت‌های تنش‌زا مطرح گردیده است (۳۱). در مطالعات بیان گردیده است که، اعتقاد به خدا و قدرت برتر بر کاهش استرس تأثیر داشته و باعث ارتقاء سلامت جسمی و روانی فرد می‌شود (۳۲)، چنانچه، در سوره رعد (آیه ۲۸) می‌فرماید که "فردی که به خدا ایمان دارد، آرامش را در زندگی خود تجربه می‌کند".

بسیاری از مشارکت‌کنندگان، بیماری خود را آزمون و تقدیر الهی می‌دانستند و معتقد بودند که مشمول توجه خاص خداوند هستند. بیماران مسلمان، معتقدند که بیماری، رنج و مرگ بخشی از زندگی و یک آزمون الهی می‌باشد (۳۳). قرآن کریم، به کسانی اشاره می‌کند که در تمامی مراحل زندگی، خدا را ناظر اعمال خود می‌دانند، به استقبال مشکلات می‌روند و انتظار وقوع آن را دارند (سوره بلد، آیه ۴). آنها، مشکلات را به‌عنوان امتحان و صلاح‌دید الهی به‌شمار می‌آورند. به‌نظر می‌رسد، در جامعه‌ای با باورهای غنی فکری، فرهنگی و مذهبی، وجود ارتباط مثبت بین سلامت معنوی و امید این طور تفسیر شود که این بیماران می‌توانند حضور خداوند در زندگی خود را حس کنند که آن‌ها را هدایت می‌کند، سبب شادی آن‌ها می‌شود و هر وقت که نیاز داشته باشند از آن‌ها حمایت خواهد کرد.

در مطالعه حاضر، تعدادی از مشارکت‌کنندگان سعی داشتند که بر شرایط خود فایق آیند و افکار مثبت را در خود تقویت نمایند. آنان، عقیده داشتند که نباید خود را در برابر PCOS رها سازند. خوش‌بینی، به جهت گزینی اشاره دارد که در آن معمولاً پیامدهای مثبت مورد انتظارند و این پیامدها به‌عنوان نتایج عوامل ثابت، کلی و درونی در نظر گرفته می‌شود (۳۴). خوش‌بینی و به‌طور کلی باورهای مثبت، بر بیماری‌ها و سلامت جسمانی و روانی انسان تأثیر زیادی می‌گذارد. تایلر و همکاران (۲۰۰۰)، در این زمینه بیان می‌کنند که اگر ادراکات عادی انسان با یک

حمایت روانی- اجتماعی او می‌تواند باعث ارتقاء سطح کیفیت زندگی او گردند. ارزیابی استراتژی‌های سازگاری در بیماران مبتلابه PCOS، می‌تواند در تشخیص افراد در معرض خطر کاهش رفاه روانی اجتماعی و مشکلات روانی یاری دهد. آموزش به بیمار می‌تواند شامل ارائه اطلاعاتی در زمینه PCOS و مشاوره به بیمار در زمینه روش‌های کنترل مشکلات مرتبط با بیماری (شامل مسائل زیبایی مرتبط با آکنه و هیرسوتیسم) باشد. همچنین، می‌توان بیماران را در درگیری فعال با بیماری و حمایت او در زمینه درمان (مانند کنترل وزن) یاری رسانید. بیماران، باید اهمیت همکاری با برنامه‌های درمانی به‌علت خطرات مرتبط با سلامتی که در آینده آنها را تهدید می‌نماید را درک نمایند. بنابراین، آموزش بیمار مبتلابه PCOS، می‌تواند در درگیری فعال آنها با برنامه‌های درمانی و سازگاری بیشتر با این بیماری یاری رساند. اقدامات حمایتی می‌تواند شامل آموزش مهارت‌های اجتماعی به بیمار نظیر تأکید بر داشتن پنداشت مثبت، تقویت استراتژی‌های مثبت موجود در فرد، تأکید بر توجه کمتر به واکنش دیگران، توصیه به داشتن تعامل با دیگران و تأمین حمایت اجتماعی برای فرد از طرق فراهم نمودن حمایت مناسب از سوی خانواده، دوستان و همتایان باشد.

لازم به ذکر است مطالعه حاضر با رویکرد کیفی صورت گرفت که در آن مشارکت‌کنندگان به تعداد محدود و به‌طور هدفمند انتخاب گردیده‌اند. از این‌رو، نتایج آن قابل تعمیم به کل جامعه و در سایر نقاط نمی‌باشد. به‌نظر می‌رسد که، انجام مطالعات بیشتر جهت ارزیابی تطابق این بیماران و عوامل منجر شونده به راهبردهای منفی سازگاری ضروری است. درک راهبردهای سازگاری استفاده شده در بیماران مبتلابه PCOS در ایران، می‌تواند جهت اداره این بیماری و ارائه حمایت جسمانی، روانی و اجتماعی کمک‌کننده باشد. در پایان، امید است که نتایج این مطالعه و مطالعات آینده گامی در جهت بهبود راهبردهای سازگاری استفاده شده، مشکلات، محدودیت‌ها و استرس‌های تجربه شده توسط این بیماران باشد.

بیماران در سازش با PCOS، در ابعاد مختلف زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی شرایط متفاوتی را تجربه کرده بودند. عده‌ای در سازش مؤثر با این شرایط موفق نبودند و برخی با حمایت دیگران، پشتوانه‌های اعتقادی و معنوی و روحیه مثبت به‌خوبی سازش یافته بودند. با توجه به شیوع بالای مشکلات جسمانی، روانی و اجتماعی در این بیماران، تقویت منابع سازگاری و شناسایی موانع تطابق می‌تواند در کمک به سازگاری این گروه با بیماری و ارتقاء سطح کیفیت زندگی آنان مؤثر باشد. یادگیری زندگی با یک بیماری مزمن، یک فرآیند است که مراقبان حرفه‌ای می‌توانند در آموزش برای سازگاری با آن، از معنویت و مذهب با تأکید بر داشتن معنا و هدف در زندگی و ایمان درونی و روحیه مثبت بهره‌جسته و نقش به‌سزایی داشته باشند. این

موضوع می‌تواند بر توانایی او در محیط منزل، کاری و شغلی‌اش تأثیر گذاشته و موجب نقصان شرایط اقتصادی اجتماعی وی گردد. در یک بررسی بین‌المللی در کشورهای خلیج فارس (۴۰) و یک مطالعه در اروپا (۴۱)، به‌ترتیب بیش از ۳۳ و ۵۳ درصد از بیماران، مشکل خود را مخفی می‌نمودند. در مطالعه حسینی و همکاران، نیز به‌علت دیدگاه منفی جامعه به صرع، انگ اجتماعی و ترس از رد شدن توسط همتایان و جامعه تمام بیماران از استراتژی اختفاء استفاده نموده بودند (۲۹).

درمان علائم جسمانی بیماری‌های مزمن بدون توجه به مهارت‌های سازگاری مرتبط با عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی ناکافی می‌باشد. بنسون و همکاران (۲۰۱۰)، مطالعه‌ای روی ۴۴۸ بیمار مبتلابه PCOS جهت تعیین ارتباط مکانیسم‌های سازگاری با افسردگی انجام دادند. یافته‌های این مطالعه نشان داد بیماران که از روش‌های فعال سازگاری (جستجوی اطلاعات و حل مسأله) استفاده نموده بودند افسردگی کمتری داشتند و بیمارانی که از روش‌های غیرفعال سازگاری همچون گوشه‌نشینی، ترحم به خود (self-pity) استفاده کرده بودند نمرات بالاتر اضطراب و افسردگی را نشان دادند. همچنین، سازگاری غیرفعال پیشگویی‌کننده نمرات کمتر کیفیت زندگی بود (۴۲).

فرآیندهای مقابله، راهبردهای اختصاصی هستند که افراد در برابر اوضاع استرس‌زای زندگی به‌کار می‌برند و تلاش‌های شناختی و رفتاری افراد را در تفسیر و غلبه بر مشکلات دربرمی‌گیرند. از این‌رو، توانایی مقابله فرد با این عوامل را می‌توان از سه جنبه مورد بررسی قرار داد. راهبرد مقابله مدار، شامل اقداماتی هستند که فرد در رابطه با شرایط استرس‌زا کارهای سازنده و مفیدی انجام می‌دهد و دربرگیرنده راهبردهای رویارویی فعال، برنامه‌ریزی، خودداری از انجام اعمال عجولانه و جستجوی حمایت ایزاری می‌باشد. راهبرد مقابله هیجان مدار مثبت، کوشش‌هایی را شامل می‌شود که برای تنظیم پاسخ‌های هیجانی واقع استرس‌زا به‌کار می‌رود و دربرگیرنده راهبرد جستجوی حمایت اجتماعی مبتنی بر هیجان، پذیرش و شوخی می‌باشد. راهبرد هیجان مدار منفی یا غیرمؤثر که دربرگیرنده عدم‌درگیری ذهنی با مسأله، انکار، عدم‌درگیری رفتاری در جهت حل مسأله، تمرکز بر هیجان و استفاده از داروها و الکل می‌باشد (۴۳). هدف پژوهش حاضر، بررسی استراتژی‌های سازگاری استفاده شده توسط بیماران مبتلابه PCOS بود. اگرچه مشارکت‌کنندگان از راهبردهای متعدد و مثبت سازگاری مانند اعتقادات مذهبی، جستجوی حمایت و اطلاعات و درمان استفاده نموده بودند ولی گفته‌های مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد که اغلب آنها هیجان محور می‌باشند. این استراتژی‌ها، همچنین نشان‌دهنده این موضوع است که احتمالاً عدم‌تطابق روانی اجتماعی، چالشی برای بیماران ایرانی مبتلابه PCOS می‌باشد. متخصصین بهداشت باروری و سایر مراقبین حرفه‌ای، از طریق آموزش به بیمار و

16. Molitor N, Palomares RS, Sammons C. Homecoming: Resilience after wartime. *American Psychology Association* 2003;1-7.
17. Folkman S. Thoughts about psychological factors, PNI, and cancer. *Adv Mind-Body Med* 1999;9-15:255.
18. Rambod M, Rafii F. Perceived social support in hemodialysis patients. *Iran J of Nursing* 2009;22(58):1-12.[Persian].
19. Ferriman D GJ. Clinical assessment of body hair growth in women. *J Clin Endocrinol Metab* 1961;21:1440-7.
20. Lever WF, Schaumburg-Lever G. *Acne vulgaris. Histopathology of the Skin.* 7th edn Philadelphia: JB Lippincott 1990:218-9.
21. Haidari S, Salahshourian A, Rafii F. The relationship between social support and quality of life in cancer patients affiliated to Iran University of Medical Sciences. MSc Dissertation Tehran: Iran University of Medical Sciences 2006:124-5.[Persian].
22. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005;15(9):1277-88.
23. Streubert HJ, D.R. C. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic perspective.* 3th ed Philadelphia: Lippincott. 2003:27-39.
24. Fayers PM, Machin D. *Quality of life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes.* West Sussex, UK: John Wiley & Sons Ltd. 2007.
25. Hahn S, Janssen OE, Tan S, Pleger K, Mann K, Chedlowski M, et al. Clinical and psychological correlates of quality-of-life in polycystic ovary syndrome. *Euro J Endocrinol* 2005;153:853-60.
26. Mansson M, Holte J, Landin-Wilhelmsen K, Dahlgren E, Johansson A, Landen M. Women with polycystic ovary syndrome are often depressed or anxious: A case control study. *Psychoneuroendocrinology* 2008;33:1132-8.
27. Bazarganipour F, Ziaei S, Montazeri A, Frozanfar F, Faghizadeh S. Health-related quality of life and its relationship with clinical symptoms among Iranian patients with polycystic ovarian syndrome. *IJRM* 2012;[In press].
28. Jacobs-Pilipski M, Winzelberg A, Wilfley D, Bryson SW, Taylor CB. Spirituality among young women at risk for eating disorders. *Eating Behaviors* 2006;6(4):293-300.
29. Hosseini N, Sharif F, Ahmadi F, Zare M. Striving for balance: Coping with epilepsy in Iranian patients. *Epilepsy & Behavior* 2010;18:466-71.
30. Meisenhelder JB, Chandler EN. Prayer and health outcomes in church lay leaders. *Western Journal of Nursing Research* 2000;22:706.
31. Tartaro J, Luecken LJ, Gunn HE. Exploring heart and soul: effects of religiosity/spirituality and gender on blood pressure and cortisol stress responses. *Journal of Health Psychology* 2005;10:753.
32. Mackenize E, Rajagopal D, Melibhom M, R a-M. Spiritual support and psychological well being : older adults' perception of the religion and health connection. *Altern ther health Med* 2000;6:37-45.
33. Rassool GH. The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. *Journal of Advanced Nursing* 2000;32:1476-84.
34. Peterson C. The future of optimism. *American Psychologist* 2000;55(1).
35. Taylor SE, Kemeny ME, Reed GM, Bower JE, Gruene Wald TL. Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist* 2000;955(1).
36. Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Oshvandi Kh, Lakdzaji S. Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patients. *J of Tabriz Univ of Med Sci* 2007;29(1):49-54.[Persian].

یافته‌ها، می‌تواند به مدیران و برنامه‌ریزان حوزه سلامت باروری کمک نماید که باید در چه حیطه‌هایی و با چه اهدافی برای تسهیل سازگاری هرچه بیشتر این بیماران، مداخله و برنامه‌ریزی نمایند.

تشکر و قدردانی

از پشتیبانی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج و همچنین کلیه واحدهای پژوهش تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Aziz R. Androgen excess is the key element in polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2003;80:252-4.
2. Ramezani Tehrani F SM, 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;9:39.
3. Trent ME RM, Austin SB, Gordon CM. Fertility concerns and sexual behavior in adolescent girls with polycystic ovary syndrome: implications for quality of life. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003;16:33-7.
4. Mallon E NJ, Klassen A, Stewart-Brown SL, Ryan TJ, Finlay AY. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br J Dermatol* 1999;140:676.
5. Barth JH CJ, Cherry CA, Day A. Psychological morbidity in women referred for treatment of hirsutism. *J Psychosom Res* 1993;37:615-9.
6. Mansson M HJ, Landin-Wilhelmsen K, Dahlgren E, Johansson A, Landen M. Women with polycystic ovary syndrome are often depressed or anxious: A case control study. *Psychoneuroendocrinology* 2008;33:1132-8.
7. Kitzinger CWJ. The thief of womanhood: women's experience of polycystic ovarian syndrome. *Soc Sci Med* 2002;54:349-61.
8. Elsenbruch S HS, Kowalsky D, Offner AH, Schedlowski M, Mann K, Janssen OE. Quality of life, psychosocial well-being and sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocr Metab* 2003;88:5801-7.
9. Trent M AS, Rich M, Gordon CM. Overweight status of adolescent girls with polycystic ovary syndrome: body mass index as mediator of quality of life. *Ambul Pediatr* 2005;5:107-11.
10. Trent ME RM, Austin SB, Gordon CM. Quality of life in adolescent girls with polycystic ovary syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:556-60.
11. J W. The experiences of women with polycystic ovarian syndrome. *Feminism Psychol* 2000;10:107-16.
12. Tsilchorozidou T OC, Conway GS. The pathophysiology of polycystic ovary syndrome. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2004;60:1-17.
13. Eggers S KS. The polycystic ovary syndrome-a medical condition but also an important psychosocial problem. *Coll Anthropol* 2001;25:673-85.
14. Coffey S BG, Mason HD. Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome: a comparison with the general population using the polycystic ovary syndrome questionnaire (PCOSQ) and the Short Form-36 (SF-36). *Gynecol Endocrinol* 2006;22:80-6.
15. Hobfoll SE, Schwarzer R, Chon KK. Disentangling the stress labyrinth: Interpreting the meaning of the term stress as it is studied in health context. *Anxiety, Stress & Coping* 1998;11:181-212.

37. Harden J, Schafenacker A, Northouse L, Mood D, Smith D, Pienta K, et al. Couples' experiences with prostate cancer: Focus group research. *Oncol Nurs Forum* 2002;29(4):701-9.
38. Jouybari L, Oskouie SF, Ahmadi F. Hospitalized patients: a missed concept. *Bimonthly Iran J of Nurs*. 2006;19(47):90-101.[Persian].
39. Gardner KG, Wheeler EC. Patients perceptions of support. *West J Of Nurs Res* 1987;9(1):115-31.
40. Baker GA, Jacoby A, Gorry J, Doughty J, Ellina V. Quality of life of people with epilepsy in Iran, the Gulf, and Near East. *Epilepsia* 2005;46:132-40.
41. MacLeod JS, Austin JK. Stigma in the lives of adolescents with epilepsy: a review of the literature. *Epilepsy Behav* 2003;4:112-7.
42. Benson S, Hahn S, Tan S, Janssen OE, Schedlowski M, Elsenbruch S. Maladaptive coping with illness in women with polycystic ovary syndrome. *JOGNN* 2010;39:37-45.
43. Lazaros RS, Folkman S. Coping and adaptation centry (ED). *The handbook of behavioral medicine*, New York Guilford press 1985:262-325.

Archive of SID



Coping Strategies in Patients with Polycystic Ovarian Syndrome; A Qualitative Research

Fatemeh Bazarganipour (Ph.D.)¹, Nazafarin Hosseini (Ph.D.)^{2*}, Seyed Abdolvahab Taghavi (Ph.D.)¹

1- Fertility & Infertility Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandarabbas, Iran.

2- Social Determinants of Health Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.

Received: 21 May 2013, Accepted: 1 September 2013

Abstract:

Introduction: Polycystic ovary syndrome (PCOS) has major effects on various aspects of life in these patients. Moreover, the concept of ability to cope with illness could be important in the evaluation of patients' quality of life. Therefore, understanding of the patient's adaptation seems to be necessary. The aim of the present study is to provide a deep understanding of the coping strategies used by patients with PCOS.

Methods: This study is qualitative content analysis and in order to conduct the study, through an in-depth interview, twenty patients with PCOS were purposively selected.

Results: The main themes derived from the data were centered thinking (religious beliefs, thoughts paradox), practical steps (positive steps such as information and treatment seeking and negative steps such as separation and hiding) and support seeking (family support, peer support, friend support).

Conclusion: Patients in coping with PCOS were experiencing different conditions in various aspects of life: individual, family and social life. Some of these patients were not successful in effective coping and others were well adapted by support of others, religious and spiritual background and optimism. Given the high prevalence of physical, psychological and social problems in these patients, strengthening coping resources and identifying barriers can help to reconcile these patients to their disease and improve their quality of life.

Keywords: Coping, Polycystic ovarian syndrome, Qualitative research.

Conflict of Interest: No

*Corresponding author: N. Hosseini, Email: hosseinichenar@yahoo.com

Citation: Bazarganipour F, Hosseini N, Taghavi SA. Coping strategies in patients with polycystic ovarian syndrome; a qualitative research. Journal of Knowledge & Health 2014;9(3):28-39.