

سلامت روان زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک و برخی عوامل فردی - اجتماعی مرتبط با آن

نعیمه سیدفاطمی^۳

*بهزاد قربانی^۲

لیلا امینی^۱

چکیده

زمینه و هدف: سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS) از اختلالات شایع آندوکرینی زنان است که علاوه بر جنبه های طبی بر ابعاد سلامت روانی زنان نیز موثر بوده و می تواند سبب بروز تظاهرات شایعی همچون اضطراب و افسردگی گردد. این مطالعه با هدف ارزیابی سلامت روان زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک و برخی عوامل فردی - اجتماعی مرتبط با آن در شهر تهران انجام شد. روش بررسی: این مطالعه مقطعی بر روی ۱۸۴ زن مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک مراجعه کننده به درمانگاه های منتخب زنان و نازایی شهر تهران و در فاصله زمانی ۹۰-۱۳۸۹ و با روش نمونه گیری مستمر انجام شد. اطلاعات فردی مربوط به نمونه ها با پرسشنامه مشخصات فردی - اجتماعی و وضعیت سلامت روان با پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) سنجیده شد. داده ها پس از گردآوری، با استفاده از نسخه ۴ نرم افزار SPSS و آزمون های آماری کای دو و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته ها: میانگین سنی نمونه ها ۲۷/۷۵ سال با انحراف معیار ۵/۳۷ بود. ۸۲/۱ درصد از نمونه ها از GHQ-28، نمره ۲۴ و بالاتر کسب کردند. همچنین ۹۱/۳ درصد از افراد در زیر مقیاس کارکرد اجتماعی، ۸۹/۱ درصد در زیر مقیاس نشانه های جسمانی، ۷۵ درصد در زیر مقیاس اضطراب و ۳۳/۷ درصد در زیر مقیاس افسردگی نمرات ۵ و بالاتر را کسب نموده بودند. علاوه بر این بین سن و زیر مقیاس نشانه های اضطرابی ($p=0/013$)، شغل و زیر مقیاس نشانه های افسردگی ($p=0/029$) و شاخص توده بدنی و زیر مقیاس نشانه های افسردگی ($p=0/011$)، ارتباط معنی داری وجود داشت. نتیجه گیری کلی: از آنجا که مطالعه حاضر نشان دهنده در معرض خطر بودن زنان مبتلا به PCOS می باشد، لذا به نظر می رسد این زنان به محض تشخیص بیماری، نیاز به غربالگری اختلالات روانشناختی و ارجاع به مراکز مناسب مشاوره دارند.

کلید واژه ها: سندرم تخمدان پلی کیستیک، سلامت روان، عوامل فردی اجتماعی

تاریخ دریافت: ۹۱/۶/۲۳

تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۱۱

^۱ مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲ استادیار، پژوهشکده بیوتکنولوژی تولیدمثل، پژوهشگاه فن آوریهای نوین علوم زیستی جهاد دانشگاهی - ابن سینا، تهران، ایران (مؤلف مسئول). شماره تماس: ۰۹۱۲۵۰۴۰۵۹۶ Email: bhzghorbani@yahoo.com
^۳ دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران و عضو گروه روان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

پیشگویی کننده های معنی داری جهت ابتلا به افسردگی زنان می باشند^(۱)، لیکن گستره متغیرهای تاثیر گذار بر این مفهوم در فرهنگها، نژادها و افراد مختلف و همچنین اهمیت بیشتر درک بیمار از علائم و نشانه های این سندرم نسبت به تشخیص پزشکان، ضرورت انجام مطالعات بیشتر را ایجاب می نماید^(۷).

از آنجا که ارتقاء سطح سلامت روان زنان و به خصوص زنان مبتلا به بیماریهای تاثیر گذار بر باروری نظیر سندرم تخمدان پلی کیستیک، و شناخت عوامل مرتبط با آن جزء اهداف اصلی بهداشت باروری می باشد، لذا این مطالعه با هدف ارزیابی سلامت روان و برخی عوامل فردی-اجتماعی (سن، تحصیلات، شغل، شاخص توده بدنی و وضعیت تاهل) مرتبط با آن در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک در شهر تهران انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی-مقطعی بر روی ۱۸۴ زن مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک مراجعه کننده به مراکز درمان ناباروری و سقط مکرر ابن سینا و درمانگاههای زنان و نازایی بیمارستان شهید اکبرآبادی شهر تهران و در فاصله زمانی ۹۰-۱۳۸۹ انجام شد.

تشخیص سندرم تخمدان پلی کیستیک در این مطالعه بر طبق معیار روتردام (Rotterdam) بود. این معیار ابتلا به PCOS را شامل دارا بودن سه معیار الیگو منوره یا آمنوره، داشتن شواهد PCO در سونوگرافی، داشتن علائم بالینی (آکنه، هیرسوتیسم...) و یا آزمایشگاهی هایپراندرژیسم می داند^(۸).

حجم نمونه با استفاده از فرمول $n = \frac{z^2 \cdot s^2}{d^2}$ و با ضریب اطمینان ۹۵٪، حدود ۱۸۰ نفر برآورد شد. سپس نمونه گیری به صورت در دسترس و پس از کسب اجازه از مسئولین امور پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و پژوهشگاه ابن سینا و سایر مراکز نمونه گیری و رعایت دیگر مسائل اخلاقی از جمله اجتناب از هر گونه پافشاری

سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS) یکی از اختلالات شایع آندوکرینی زنان است که حدود ۱۰-۵ درصد آنان را در سنین باروری مبتلا می سازد. این سندرم با تظاهرات بالینی متنوعی از قبیل آمنوره (Amenorrhea)، خونریزی غیرعملکردی رحم، عدم تخمک گذاری و چاقی آشکار می شود. سندرم تخمدان پلی کیستیک به علل مختلف می تواند سبب زجر روانی گردد. تحقیقات نشان داده اند که کیفیت زندگی زنان مبتلا به این سندرم در مقایسه با افراد سالم و حتی در مقایسه با مبتلایان به دیگر بیماریهای زنان، پایین تر بوده است^(۱). هر چند که به نظر می رسد نقش عوامل بیوشیمیایی، هورمونی و متابولیک و همچنین مسائل جسمی نظیر ناباروری و بی نظمی قاعدگی در افت کیفیت زندگی و سلامت روانی مبتلایان به این سندرم موثر باشد؛ لیکن مسائل دیگری نظیر خطرات مرتبط با سلامتی و تظاهرات جسمی از قبیل تغییرات ظاهر فرد و به ویژه چاقی و پرمویی، آکنه، ریزش مو، تغییرات در رفتارها و نگرشهای جنسی که می تواند بر هویت زنانه این افراد موثر باشد، مشکلات طبی مزمنی نظیر دیابت و یا تظاهرات روانی شایعی همچون اضطراب و افسردگی، عدم رضایت از بدن، اختلالات خوردن و عدم رضایت جنسی نیز می تواند سبب کاهش معنی داری در بعد فیزیکی و روانی کیفیت زندگی و حتی رضایت جنسی این افراد شود^(۲-۳).

مطالعات متعددی بر روی سطح کیفیت زندگی و سلامت روان افراد مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک انجام شده است و برخی مطالعات نیز به بررسی ارتباط عوامل فردی-اجتماعی مانند سن، شاخص توده بدنی، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال و تعداد فرزندان با سلامت روان و افسردگی این زنان پرداخته اند^(۴-۶) چنانچه Cipkala-Gaffin نشان داد که شیوع افسردگی در زنان مبتلا به PCOS نسبت به زنان نرمال، بالاتر بوده و سطح تحصیلات، شاخص توده بدنی و تعداد زایمان

سنجیده شده و تأیید شده است. در این مطالعه، نقطه برش بالینی، حساسیت، ویژگی، خطای کلی طبقه بندی به ترتیب ۲۴ و ۰/۸۰ و ۰/۹۹ و ۰/۱۰، ضریب روایی ملاکی ۰/۷۸، ضریب پایانی تنصیف ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ ۰/۹۷ گزارش شده است^(۱۱). از آنجایی که نقطه برش کلی برای پرسشنامه GHQ-28، ۲۴ و نقطه برش هریک از زیرمقیاس های آن ۵ می باشد نمرات مساوی و بالاتر از آن به عنوان موارد نیازمند به ارجاع و بررسی بیشتر شناخته می شوند.

داده ها پس از گردآوری، با استفاده از روش های آمار توصیفی و استنباطی توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای توصیف داده ها از شاخص های فراوانی، میانگین و انحراف معیار و برای بررسی ارتباط بین متغیرهای مورد نظر، از آزمون همبستگی پیرسون و آزمون کای دو استفاده شد و نتایج حاصله به صورت جداول و با توجه به اهداف تنظیم و گزارش گردید. $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

یافته ها

در نهایت این پژوهش بر روی ۱۸۴ زن مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک انجام شد. حداکثر سن افراد شرکت کننده در این پژوهش، ۴۸ سال و حداقل ۱۶ سال با میانگین ۲۷/۷۵ سال و انحراف معیار ۵/۳۷ بود. همچنین حداکثر و حداقل شاخص توده بدنی (BMI) این افراد به ترتیب ۶۵/۶۳ و ۱۵/۶۳ کیلوگرم بر مترمربع و میانگین BMI آنان ۲۶/۲۵ با انحراف معیار ۶/۴۶ بود. ۳۲ درصد این زنان، چاق و ۲۹/۹ درصد آنان دارای اضافه وزن بودند.

جدول شماره ۱ فراوانی برخی مشخصات فردی نمونه های مورد پژوهش را نشان می دهد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که ۸۲/۱ درصد از نمونه ها از GHQ-28 نمره ۲۴ و بالاتر و تنها ۱۷/۹ درصد از این افراد، نمره کمتر از ۲۴ کسب کردند. همچنین به

و اصرار جهت شرکت در پژوهش، اخذ رضایت نامه کتبی از بیماران جهت شرکت در پژوهش و اطمینان بخشی به ایشان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و اعلام نتایج به ایشان در صورت تمایل، انجام شد. نمونه ها از بین زنان مراجعه کننده به مراکز مورد نظر که بر اساس معیار روتردام (Rotterdam)، ابتلا آنها به سندرم تخمدان پلی کیستیک توسط پزشک متخصص زنان قطعی شده بود، انتخاب شدند. سپس پرسشنامه های (General Health Questionnaire) GHQ-28 و برگه مشخصات فردی شامل سن، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، تحصیلات، قد و وزن توسط این افراد و به روش خودگزارش دهی و در صورت کم سواد و یا بی سواد بودن افراد شرکت کننده، توسط پژوهشگر در مدت زمان تقریبی ۱۰ دقیقه تکمیل و ثبت گردید. نمونه گیری به شکل مستمر و در نوبت کاری صبح انجام و تا تکمیل حجم نمونه ادامه یافت.

مشخصات نمونه شامل عدم ابتلا به دیگر بیماریهای غدد داخلی و یا بیماریهای مزمن و همچنین عدم ابتلا به بیماری روانی شناخته شده بر اساس پرونده پزشکی بیماران و همچنین گزارش خود شرکت کنندگان در پژوهش بود.

پرسشنامه سلامت عمومی یک پرسشنامه ۲۸ سوالی می باشد که در سال ۱۹۷۹ توسط Goldberg و Hillier معرفی گردید^(۹). این ابزار دارای چهار مقیاس فرعی است که هر مقیاس ۷ گویه دارد. این مقیاسها عبارتند از نشانه های جسمانی، نشانه های اضطرابی، کارکرد اجتماعی و نشانه های افسردگی. روش های نمره گذاری در این پرسشنامه مختلف است اما روش مورد استفاده در این مطالعه لیکرت و براساس نمرات ۳-۰ می باشد. بهجتی اردکانی به نقل از Goldenberg، بهترین نقطه برش بالینی برای کل پرسشنامه را عدد ۲۴ و برای هر مقیاس فرعی عدد ۵ معرفی نموده است که شاخص های روان سنجی بالائی را در بر می گیرد^(۱۰). روایی و پایایی این ابزار در سال ۱۳۸۶ توسط ابراهیمی و همکاران در ایران

هریک از زیرمقیاسهای پرسشنامه سلامت روان می‌پردازد. همانطور که در این جدول مشاهده می‌شود، این همبستگی تنها بین سن و زیرمقیاس نشانه‌های اضطرابی ($p=0/013$)، شغل و زیرمقیاس نشانه‌های افسردگی ($p=0/029$) و شاخص توده بدنی و زیرمقیاس نشانه‌های افسردگی ($p=0/011$)، معنی دار بوده است.

ترتیب ۹۱/۳ درصد از افراد در زیر مقیاس کارکرد اجتماعی، ۸۹/۱ درصد در زیرمقیاس نشانه‌های جسمانی، ۷۵ درصد در زیرمقیاس اضطراب و ۳۳/۷ درصد در زیرمقیاس افسردگی نمرات ۵ و بالاتر را کسب نموده بودند. جدول شماره ۲ به بررسی نتایج همبستگی مشخصات افراد شرکت کننده در پژوهش با نمرات کل و نمرات

جدول شماره ۱: فراوانی مشخصات فردی افراد شرکت کننده در پژوهش

درصد	تعداد	مشخصات فردی
۲/۲	۴	<۲۰
۷۰/۷	۱۲۸	۲۰-۳۰ سن (سال)
۲۷/۱	۴۹	>۳۰
۷/۲	۱۳	<۶
۵۵/۰	۹۹	۶-۱۲ طول مدت تحصیل (سال)
۳۷/۸	۶۸	>۱۲
۶۰/۰	۱۰۸	خانه دار
۴۰/۰	۷۲	شاغل
۱۶/۹	۲۹	مجرد
۸۳/۱	۱۴۳	متاهل
۴۷/۱	۸۱	<۲۵
۳۲/۰	۵۵	۲۵-۳۰ BMI (kg/m2)
۲۰/۹	۳۶	>۳۰

جدول شماره ۲: نتایج آزمونهای همبستگی بین مشخصات افراد شرکت کننده در پژوهش با نمرات کل و نمرات هر یک از زیرمقیاسهای پرسشنامه سلامت روان

زیرمقیاس نشانه‌های افسردگی		زیرمقیاس کارکرد اجتماعی		زیرمقیاس نشانه‌های اضطرابی		زیرمقیاس نشانه‌های جسمانی		نمره کل GHQ		متغیرها
P-value	R	P-value	R	P-value	R	P-value	R	P-value	R	
۰/۲۱۸	۰/۹	۰/۹۴۰	۰/۰۰۶	۰/۰۱۳	۰/۱۸	۰/۰۶۷	۰/۱۳	۰/۲۲۶	۰/۹	سن
۰/۱۴۶	۰/۱	۰/۹۷۷	۰/۰۰۲	۰/۷۱۳	۰/۰۲	۰/۲۰۸	۰/۹	۰/۳۱۵	۰/۷	تحصیلات
۰/۰۲۹	۴/۷۴	۰/۰۶۱	۳/۳۰	۰/۵۷۱	۰/۳۲۱	۰/۰۷۵	۳/۱۷	۰/۰۵۶	۳/۶۴	شغل*
۰/۲۴۷	۴/۱۳	۰/۹۵۷	۰/۳۱۷	۰/۸۷۴	۰/۶۹۷	۰/۹۰۰	۰/۵۸۳	۰/۶۷۱	۱/۵۴	وضعیت تاهل*
۰/۰۱۱	۰/۱۹	۰/۹۰۵	-۰/۰۰۹	۰/۴۲۷	۰/۰۶	۰/۰۷۴	۰/۱۳	۰/۲۹۷	۰/۰۸	BMI

*نتایج آزمون کای دو

و زیبایی زنان می باشد می تواند منجر به اختلالات روانشناختی بسیاری از قبیل افسردگی و اضطراب گردد (۱۲-۱۳).

مطالعه حاضر نیز نشان داد که ۸۲/۱ درصد افراد شرکت کننده در این مطالعه، در آزمون غربالگری GHQ-28

بحث و نتیجه گیری

در طی سالهای اخیر، توجه بسیاری از محققین به سمت مشکلات روانی ناشی از PCOS جلب شده است. این سندرم علاوه بر این که یکی از شایعترین مسائل باروری

یقین این افراد از نظر کارکرد اجتماعی و نشانه های جسمانی و حتی نشانه های اضطراب در حیطه در معرض خطر قرار گیرند، قابل توجه است. Kumarapeli و همکاران معتقدند که نشانه های جسمانی ناشی از PCOS از علل اصلی اختلالات روانشناختی این افراد است به نحوی که این زنان سه برابر بیشتر از گروه کنترل، در معرض خطر اختلالات روانشناختی هستند و کیفیت زندگی پایین تری نیز دارند و پایین ترین نمره کیفیت زندگی این افراد در حیطه ارتباطات اجتماعی می باشد^(۱۴). علاوه بر این، نشانه های جسمانی این سندرم می تواند ایجاد خستگی و اضطراب نماید که در نهایت این اضطراب می تواند منجر به افسردگی و دیگر اختلالات روانی شود^(۳). Himelein و همکاران در مطالعه ای نشان دادند که ابتلا به برخی اختلالات روانی نظیر افسردگی، اضطراب، عدم رضایت از ظاهر، اختلالات خوردن و حتی مشکلات جنسی در زنان مبتلا به PCOS، بالاتر است^(۱۵). اگرچه Hollinrake و همکاران نیز معتقدند که خطر اختلالات افسردگی در زنان مبتلا به PCOS بالا (OR=۴/۳) بوده و این مساله حتی مستقل از شاخص توده بدنی و نازایی در این افراد می باشد^(۱۶). در مطالعه حاضر نیز اگرچه درصد افراد در معرض خطر افسردگی (۳۳/۷ درصد)، کمتر از دیگر زیر مقیاس ها بود لیکن مقدار آن با مقادیر حاصل از مطالعات دیگر اختلاف چندانی را نشان نمی داد. به عنوان مثال شاکراردکانی و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که ۳۰ درصد مبتلایان به PCOS در ایران، مبتلا به افسردگی خفیف و ۱۰ درصد مبتلا به افسردگی شدید می باشند. این در حالی است که به طور کلی ۳۰ درصد افراد، در معرض خطر اختلالات روانشناختی تشخیص داده شده بودند^(۱۰). شایان ذکر است که مقادیر گزارش شده از GHQ-28 که یک آزمون غربالگری است، تنها نشان دهنده افراد در معرض خطر و نیازمند به بررسی های بیشتر بوده و به هیچ وجه مطرح کننده تشخیص قطعی نمی باشد.

نمره ۲۴ و بالاتر کسب نموده اند که این مساله نشانگر آن است که عده بسیار زیادی از این بیماران در معرض خطر مشکلات روانشناختی بوده و نیازمند ارجاع و انجام بررسی های بیشتری در این زمینه هستند. شاکر اردکانی و همکاران نیز در مطالعه ای بر روی ۱۰۰ زن ایرانی مبتلا به PCOS، ۳۰ درصد این افراد را در معرض خطر اختلالات روانشناختی دانسته اند^(۱۰). Ching و همکاران در مطالعه خود دریافتند که ۶۲/۴ درصد زنان استرالیایی مبتلا به PCOS، در مقایسه با ۲۶/۴ درصد زنان غیر مبتلای همگون شده با گروه مبتلا، در خطر ابتلا به مشکلات روانشناختی بودند که این اختلاف معنی دار بود^(۱۱). Sandararaman و همکاران نیز در مطالعه ای بر روی ۹۹ زن هندی مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک، ۵۴ درصد آنان را با استفاده از GHQ-28 در معرض مشکلات روانشناختی تشخیص دادند. این اختلاف مقادیر گزارش شده می تواند ناشی از تفاوت در روشهای مطالعه، حجم نمونه و نقاط برش در نظر گرفته شده برای اختلالات روانشناختی باشد. همچنین تفاوت های فردی و فرهنگی از درک مفهوم استرس ناشی از بیماری و منابع مختلف این استرس می تواند بر این مساله تاثیرگذار باشد^(۱۴).

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که در زیر مقیاس های GHQ-28 به ترتیب بیشترین افراد از نظر زیرمقیاس کارکرد اجتماعی (۹۱/۳ درصد) و سپس در زیرمقیاس های نشانه های جسمانی (۸۹/۱ درصد)، اضطراب (۷۵ درصد) و کمترین میزان در زیرمقیاس افسردگی (۳۳/۷ درصد) قرار گرفتند.

از آنجا که زنان مبتلا به PCOS دارای عدم رضایت از وضعیت ظاهر و به ویژه چاقی و هیرسوتیسم، اضطراب و ترس های اجتماعی فراوانی که می تواند منجر به انزوای اجتماعی شود، اختلال در حساسیت بین فردی، و عدم تطابق با هنجارهای های اجتماعی، احساس انگ اجتماعی ناشی از این سندرم و حتی افزایش افکار خودکشی نیز می باشند^(۱۴،۱۲،۳)، بنابراین این مساله که اکثریت قریب به

این مطالعه به بررسی ارتباط بین اختلالات روانشناختی و برخی دیگر از نشانه های سندرم تخمدان پلی کیستیک از قبیل هیرسوتیسم، آکنه و مشکلات قاعدگی نپرداخت. لذا پیشنهاد می شود مطالعاتی جهت تبیین بیشتر تاثیرات نشانه های این سندرم با مسایل روانشناختی انجام گیرد. از آنجا که مطالعه حاضر نشان دهنده در معرض خطر بودن اختلالات روانشناختی عده زیادی از زنان مبتلا به PCOS می باشد، لذا به نظر می رسد این زنان به محض تشخیص بیماری، علاوه بر مداخلات طبی جهت درمان عوارض جسمانی این سندرم، نیاز به غربالگری اختلالات روانشناختی و ارجاع به مراکز مناسب مشاوره، تشخیص، روان درمانی و حتی درمانهای رفتاری-شناختی دارند و پر واضح است که چنین امری مستلزم یک رویکرد چند جانبه و مبتنی بر فرهنگ، در تمامی ابعاد سلامت جسمانی و روانی و در نهایت کاربرد درمانهای مناسب برای این افراد می باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی تحت عنوان "بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با سلامت عمومی در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک مراجعه کننده به مراکز منتخب درمان ناباروری شهر تهران، سال ۱۳۸۹" مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران و پژوهشکده فناوریهای نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی ابن سینا (مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولیدمثل، مرکز تحقیقات آنتی بادی مونوکلونال مرکز تحقیقات نانوتکنولوژی زیستی) در سال ۱۳۸۹ به کد ۴۴۹/م ت می باشد که با حمایت مراکز فوق اجرا شده است.

در مطالعه حاضر از بین عوامل فردی- اجتماعی، ارتباط معنی داری بین زیرگروه های سنی با زیرمقیاس نشانه های اضطرابی و همچنین شغل و شاخص توده بدنی با زیرمقیاس نشانه های افسردگی به دست آمد به نحوی که با افزایش سن، نشانه های اضطرابی بیشتر بود. همچنین نشانه های افسردگی نیز در افراد شاغل و افرادی که BMI بالاتری داشتند، بیشتر بود. این ارتباط بین سطح تحصیلات و وضعیت تاهل با هیچ یک از زیرمقیاسهای روانشناختی مشاهده نشد. شاکر اردکانی و همکاران نیز از نظر وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات، سن و وضعیت تاهل در زنان با و بدون احتمال وجود مشکلات روانشناختی، اختلاف معنی داری پیدا نکردند (۴). Sandararaman و همکاران در یافتند که خطر اختلالات روانشناختی در زنان چاق به طور معناداری بالاتر است (۱۲). امینی و همکاران نیز در مطالعه ای بر روی کیفیت زندگی زنان ایرانی مبتلا به PCOS، دریافتند که کیفیت زندگی زنان با BMI بالاتر از ۲۵ نسبت به افراد با BMI کمتر از ۲۵ در حیطه های وزن، عاطفی، نازایی و هیرسوتیسم به طور معناداری پایین تر است (۱۷). علاوه بر این، این طور به نظر می رسد که زنان شاغل به دلیل این که بیشتر در اجتماع بوده و ناچار به برقراری تعاملات اجتماعی بیشتری نسبت به زنان خانه دار می باشند، نسبت به وضعیت ظاهری خود حساس تر بوده و در نتیجه بیشتر در معرض خطر افسردگی می باشند. همچنین افزایش سن نیز می تواند بازتابی از افزایش طول دوره بیماری باشد که این مساله می تواند منجر به خستگی و اضطراب بیشتر فرد در زمینه بیماریهای مزمن و از جمله سندرم تخمدان پلی کیستیک شود.

فهرست منابع

1. Ching HL, Burke V, Stuckey BG. Quality of life and psychological morbidity in women with polycystic ovary syndrome: body mass index, age and the provision of patient information are significant modifiers. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2007 Mar;66(3):373-9.
2. Upadhyia K, Trent M. Effects of polycystic ovary syndrome on health-related quality of life. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2007 Dec;7(6):597-603.

3. Benson S, Hahn S, Tan S, Mann K, Janssen OE, Schedlowski M, et al. Prevalence and implications of anxiety in polycystic ovary syndrome: results of an internet-based survey in Germany. *Hum Reprod.* 2009 Jun;24(6):1446-51.
4. Shakerardekani Z, Nasehi A, Eftekhar T, Ghaseminezhad A, Ardekani MA, Raisi F. Evaluation of Depression and Mental Health Status in Women with Poly Cystic Ovary Syndrome. *J Fam Reprod Health.* 2011;5(3):67-71.
5. Dokras A, Clifton S, Futterweit W, Wild R. Increased risk for abnormal depression scores in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2011 Jan;117(1):145-52.
6. Cipkala-Gaffin J, Talbott EO, Song MK, Bromberger J, Wilson J. Associations between psychologic symptoms and life satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. *J Womens Health (Larchmt).* 2012 Feb;21(2):179-87.
7. Amini L, Ghorbani B, Seyedfatemi N, Montazeri A, et al. [Health related quality of life in women with polycystic ovary syndrome (PCOS)]. Payesh, in press. Persian
8. Banaszewska B, Duleba AJ, Spaczynski RZ, Pawelczyk L. Lipids in polycystic ovary syndrome: role of hyperinsulinemia and effects of metformin. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 May;194(5):1266-72.
9. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 1979 Feb;9(1):139-45.
10. Behjati Ardekani Z, Akhondi MA, Kamali K, Fazlikhalaf Z, Eskandari Sh, Ghorbani B. [Mental Health Status of Patients Attending Avicenna Infertility Clinic]. *J Reprod Infertil.* 2011; 11(4 (45)):319-324. Persian
11. Ebrahimi A, Molavi H, Moosavi G, Bornamanesh A, Yaghobi M. [Psychometric properties and factor structure of General Health Questionnaire 28(GHQ-28) in Iranian psychiatric patients]. *J Res Behav Sci.* 2007;5(1):5-12. Persian
12. Sundararaman PG, Shweta, Sridhar GR. Psychosocial aspects of women with polycystic ovary syndrome from south India. *J Assoc Physicians India.* 2008 Dec;56:945-8.
13. Benson S, Hahn S, Tan S, Janssen OE, Schedlowski M, Elsenbruch S. Maladaptive coping with illness in women with polycystic ovary syndrome. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2010 Jan-Feb;39(1):37-45.
14. Kumarapeli V, Seneviratne Rde A, Wijeyaratne C. Health-related quality of life and psychological distress in polycystic ovary syndrome: a hidden facet in South Asian women. *BJOG.* 2011 Feb;118(3):319-28.
15. Himelein MJ, Thatcher SS. Polycystic ovary syndrome and mental health: A review. *Obstet Gynecol Surv.* 2006 Nov;61(11):723-32.
16. Hollinrake E, Abreu A, Maifeld M, Van Voorhis BJ, Dokras A. Increased risk of depressive disorders in women with polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril.* 2007 Jun;87(6):1369-76.
17. Amini L, Ghorbani B, Montazeri A, [Iranian version of Health-related Quality of Life for women with Polycystic Ovary Syndrome (PCOSQ): translation, reliability and validity]. Payesh, 2012; 11(2):213-9. Persian

Mental Health of Women with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) and some of its Socio-demographic Determinants

Amini L.¹ MSc. & PhD (Cand) *Ghorbani B.² PhD. Seyedfatemi N.³ PhD.

Abstract

Background & Aim: Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) is among the common endocrine disorders that not only affect physical aspects of women's health but also can create manifestations such as anxiety and depression. In this study, we examined the mental health and some of its socio-demographic determinants among Iranian women suffering from PCOS.

Material & Methods: It was a descriptive cross-sectional study. The sample consisted of 184 women suffering from PCOS who referred to selected infertility centers of Tehran during 2010-2011. Mental health status of the subjects was evaluated by the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) and analyzed using chi-squared test and Pearson correlation coefficient using SPSS-PC (v. 14).

Results: The mean (SD) age of the women was 27.75 (5.37) years. Considering a cut-off point of 24 for the GHQ-28 questionnaire, 91.3% of the subjects had an abnormal score. The abnormal scores were in the subscales of social withdrawal (91.3%), somatic symptom (89.1), anxiety (75%), and depression (33.7%). There were a significant relationship between age and anxiety subscale, occupation and depression subscale, and body mass index and depression subscale ($p < 0.05$).

Conclusion: This study revealed that women with PCOS are at risk of psychological disorders, especially in social withdrawal domain. Thus referring these women to appropriate consultation centers for screening psychological disorders is strongly recommended.

Key words: PCOS, Mental Health, Socio- Demographic Determinants

Received: 13 Sep 2012

Accepted: 1 Dec 2012

¹ Senior Lecturer, Midwifery Dept., School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, and PhD student of Reproductive Health, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Reproductive Biotechnology Research Center, Avicenna Research Institute, Tehran, Iran (Corresponding Author). Tel: +98-9125040596 Email: bhzghorbani@yahoo.com

³ Associate Professor, Center for Nursing Care Research, and a member of Psychiatric nursing Dept. School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran