DOI: 10.22122/jhsr.v14i3.3368 Published by Vesnu Publications

مقایسه سلامت روان و ابعاد شخصیت زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک با زنان عادی

مژگان نواب[1]، اکرم دهقانی[2]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (Polycystic ovary syndrome یا PCOS)، یکی از شایع‌ترین اختلالات غدد درون‌ریز محسوب می‌شود که شیوع آن بسته به تعریف، از ۴ تا ۲۵ درصد گزارش شده است. این سندرم با بروز پیامدهای مختلف، بر روی جنبه‌های گوناگون زندگی تأثیر می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه سلامت روان و ابعاد شخصیت زنان مبتلا به PCOS با زنان عادی انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه از نوع علی مقایسه‌ای بود و جامعه آماری آن را زنان مبتلا به PCOS و زنان سالم تشکیل داد. ۱۲۶ نفر از مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌ها و مطب‌های خصوصی زنان شهر اصفهان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. فرم کوتاه پرسش‌نامه شخصیتی NEO (۶۰-Neuroticism-Extraversion-Openness-Five-Factors Inventory یا ۶۰-NEO-FFI) و پرسش‌نامه سلامت عمومی (۲۸-General Health Questionnaire یا ۲۸-GHQ) جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده گردید. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آزمون MANOVA در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تفاوت معنی‌داری بین ابعاد سلامت روان دو گروه زنان مشاهده شد و گروه زنان مبتلا به PCOS به طور معنی‌داری سلامت روان پایین‌تری داشتند ($P < ۰/۰۱۰$) و میزان واریانس تفاوت‌ها در متغیر سلامت عمومی به صورت کلی ۱۰ درصد بود. همچنین، بررسی ابعاد شخصیتی نشان داد که گروه زنان مبتلا به PCOS به صورت معنی‌داری از نوروتیسم بالاتر و گشودگی پایین‌تری برخوردار بودند ($P < ۰/۰۱۰$).

نتیجه‌گیری: زنان مبتلا به PCOS نسبت به زنان عادی سلامت روان پایین‌تری دارند و به لحاظ شخصیتی مضطرب‌تر می‌باشند و از گشودگی پایین‌تری نسبت به تجارب برخوردار هستند. بنابراین، لزوم مداخلات روان‌شناختی جهت تشخیص و درمان سندرم‌های روانی زنان مبتلا به PCOS ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، سلامت روان، شخصیت

ارجاع: نواب مژگان، دهقانی اکرم. **مقایسه سلامت روان و ابعاد شخصیت زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک با زنان عادی.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۷؛ ۱۴ (۳): ۳۳۳-۳۲۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۳/۵ تاریخ چاپ: ۱۳۹۷/۷/۱۵

مقدمه

سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (Polycystic ovary syndrome یا PCOS)، یکی از اختلالات شایع غدد درون‌ریز در زنان است که حدود ۵ تا ۱۰ درصد آن‌ها را در سنین باروری مبتلا می‌سازد. شیوع PCOS بسته به تعریف، از ۴ تا ۲۵ درصد گزارش شده است (۱). شیوع این سندرم در ایران نیز بر اساس معیار Rotterdam، ۱۴/۶ درصد عنوان شده است (۲) و متأسفانه شیوع آن به موازات چاقی در حال افزایش می‌باشد (۳). PCOS یک اختلال چند عاملی است که در اثر تعامل اختلال ژنتیکی و محیط به وجود می‌آید (۴). علت دقیق این سندرم کاملاً مشخص نیست، اما نوعی اختلال هورمونی می‌باشد که با افزایش اندورژن و کاهش عملکرد دستگاه تولید مثل همراه می‌گردد (۵). همچنین، زنان مبتلا به PCOS به دلیل اختلال در تحمل گلوکز، دیابت نوع دو، افزایش غیر طبیعی چربی‌های خون و افزایش فشار خون، در خطر افزایش بیماری‌های قلبی و عروقی قرار دارند (۶) و از طرف دیگر، به دلیل عدم تخمک‌گذاری مزمن و در معرض قرار گرفتن استروژن بدون همراهی با پروژسترون، در معرض خطر افزایش بروز سرطان رحم و دهانه رحم می‌باشند (۷). این سندرم با تظاهرات بالینی متنوعی همچون قطع خونریزی قاعدگی، خونریزی غیر عملکردی رحم، عدم تخمک‌گذاری و چاقی آشکار می‌شود. از جمله پیامدهای این سندرم نیز می‌توان به اضطراب و افسردگی اشاره کرد (۹، ۸).

تحقیقات نشان داده است که کیفیت زندگی زنان مبتلا به PCOS در مقایسه با افراد سالم و حتی در مقایسه با مبتلایان به دیگر بیماری‌های زنان پایین‌تر است (۱۰). Elsenbruch و همکاران دریافتند که PCOS می‌تواند منجر به کاهش قابل توجه کیفیت زندگی و رضایت جنسی گردد. از آن‌جا که این بیماری زنان را در سنین باروری یعنی زمانی که آنان در سنین ازدواج و همسریابی هستند، درگیر می‌نماید، می‌تواند باعث ایجاد اختلالات روانی متعددی در زنان مبتلا شود (۱۱). کاهش کیفیت زندگی این زنان با ایجاد اختلال در زمینه‌هایی مانند سلامت عمومی، محدودیت‌های ناشی از سلامت روانی، عملکرد اجتماعی و کاهش سطح انرژی مرتبط است (۱۲).

Kerchner و همکاران اعتقاد دارند، اگرچه پزشکان متوجه این مسأله

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
۲- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
نویسنده مسؤول: اکرم دهقانی
Email: dehghani2016@phu.iaun.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.3.9.3]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i3.3368]

شده‌اند که مشکلات روانی بیماران مبتلا به PCOS بیشتر است، اما تنها ۳ درصد از تحقیقات، با این حوزه مرتبط می‌باشد (۱۳). در بعضی مطالعات، همراهی بین نازایی و اختلالات هیجانی گزارش شده است، اما پژوهش‌های دیگر این موضوع را تأیید نکرده‌اند (۱۴). در تحقیق دیگری در ایران، اختلاف معنی‌داری بین نوجوانان مبتلا به PCOS و نوجوانان سالم از نظر افسردگی و اضطراب گزارش نشد (۱۴). به نظر می‌رسد به علت افت کیفیت زندگی و رضایت جنسی در زنان مبتلا به PCOS (۱۱) که ناشی از تظاهرات بالینی متنوعی مانند قطع خونریزی قاعدگی، خونریزی غیر عملکردی رحم، عدم تخمک‌گذاری و چاقی است (۹، ۸)، سلامت روان آن‌ها نیز به مخاطره می‌افتد و این در حالی است که مطالعات اندکی به بررسی چنین مسأله‌ای پرداخته‌اند. بروز چنین مشکلی می‌تواند به تشدید شرایط نابهنجار فیزیولوژیک در این زنان بینجامد و ممکن است فرایند مداخله و درمان بیماری را با مشکلات بیشتری مواجه سازد. نکته قابل تأمل دیگر در زنان مبتلا به این سندرم این است که سن ابتلا و تظاهر بالینی آن با سن آمادگی برای بارداری و انتظارات و توقعات اطرافیان و همسر برای بارداری هم‌زمان است که چنین موضوعی به مراتب بر اهمیت موضوع می‌افزاید. بنابراین، با توجه به این که مبتلایان به PCOS زنان جوانی هستند که در دوره فعال زندگی به سر می‌برند و مشکلات سلامت روان می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی آن‌ها تأثیر بگذارد و همچنین، فقدان پژوهش کافی در مورد این اختلال و وجود تناقض در پژوهش‌ها، تحقیق حاضر با هدف مقایسه سلامت روان و ابعاد شخصیتی بیماران مبتلا به PCOS با گروه عادی طراحی انجام گرفت.

روش‌ها

این مطالعه از نوع علی مقایسه‌ای بود و جامعه آماری آن را زنان مبتلا به PCOS و زنان سالم تشکیل داد. بر این اساس، به شیوه در دسترس ۱۲۶ نفر از مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌ها و مطب‌های خصوصی زنان شهر اصفهان به عنوان نمونه آماری و با استفاده از فرمول Chocran (رابطه ۱) و خطای ۰/۰۵ انتخاب شدند.

$$(n = \frac{z^2 s^2}{d^2})$$ رابطه ۱

زنان مبتلا به PCOS بر اساس پرونده‌های موجود در مراکز درمانی که مبتنی بر تشخیص متخصص زنان و زایمان بود، به صورت هدفمند انتخاب شدند. زنان گروه عادی نیز مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌ها و مطب‌های متخصصان زنان و زایمان بودند که ملاک ورود آن‌ها به پژوهش بر خلاف گروه بیمار، فقدان PCOS بر اساس تشخیص متخصصان در نظر گرفته شد.

فرم کوتاه پرسش‌نامه شخصیتی پنج عاملی NEO-FFI-۶۰ (Neuroticism-Extraversion-Openness-Five-Factors Inventory-۶۰) و پرسش‌نامه سلامت عمومی General Health Questionnaire-۲۸ یا GHQ-۲۸) جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده گردید. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آزمون MANOVA در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ (version 21, IBM Corporation, Armonk, NY) تجزیه و تحلیل شد.

مقیاس NEO-FFI-۶۰: با توجه به پیچیدگی و طولانی بودن فرم بلند پرسش‌نامه شخصیتی NEO (NEO Personality Inventory Revised یا NEO PI-R)، وجود ابعاد جزیی و متعدد مربوط به هر یک از صفات مربوط به پنج عامل بزرگ شخصیت و ضرورت غربالگری سریع در مواقع لازم و مهم‌تر از همه عدم تمایل آزمودنی‌ها به ابزاری طولانی در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی، نسخه کوتاهی از NEO-PI-R با عنوان «پرسش‌نامه پنج عاملی» (NEO-FFI-۶۰) طراحی گردید. این پرسش‌نامه دارای ۶۰ سؤال می‌باشد و بر اساس تحلیل عاملی نمرات NEO-PI که در سال ۱، ۹۸۶ اجرا شده بود، به دست آمده است و متشکل از ابعاد پنج‌گانه «نوروتیسم، برون‌گرایی، گشودگی، موافق بودن و باوجدان بودن» است (۱۵). در خصوص اعتبار NEO-FFI، Costa و McCrae ضریب Cronbach's alpha بین ۰/۶۸ (برای موافق بودن) تا ۰/۸۶ (برای روان‌آزرده‌گرایی) را گزارش کردند (۱۵). همچنین، در مورد روایی عوامل این مقیاس، McCrae و Costa اظهار داشتند که ابزار کوتاه شده NEO با فرم کامل آن (NEO-PI) مطابقت دقیقی دارد؛ به گونه‌ای که مقیاس‌های فرم کوتاه، همبستگی بالاتر از ۰/۶۸ را با مقیاس‌های فرم کامل داشتند (۱۶). در هنجاریابی آزمون NEO که توسط گروسی فرشی بر روی نمونه‌ای ۲۰۰۰ نفری از دانشجویان دانشگاه‌های تبریز، شیراز و دانشگاه‌های علوم پزشکی این دو شهر صورت گرفت، ضریب همبستگی پنج بعد اصلی بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ محاسبه گردید (۱۷).

ضرایب Cronbach's alpha در هر یک از عوامل اصلی روان‌آزرده‌خویی، برون‌گرایی، گشودگی، سازگاری و با وجدان بودن به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ به دست آمد. جهت بررسی اعتبار محتوایی این آزمون، از همبستگی بین دو فرم گزارش شخصی (S) و فرم ارزیابی مشاهده‌گر (R) استفاده شد که حداکثر همبستگی ۰/۶۶ در عامل برون‌گرایی و حداقل آن ۰/۴۵ در عامل سازگاری بود (۱۷). این مقیاس از ۶۰ سؤال تشکیل شده است که در هر سؤال شرکت‌کننده نمره صفر تا ۴ را کسب می‌کند. نحوه نمره‌گذاری گزینه‌ها به این صورت است که به گزینه کاملاً مخالف = نمره صفر، مخالف = نمره ۱، نظری ندارم = نمره ۲، موافق = نمره ۳ و کاملاً موافق = نمره ۴ تعلق می‌گیرد، اما در سؤالات ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۲۷، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۳، ۳۸، ۳۹، ۴۲، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۸، ۵۴، ۵۵ و ۵۷ نمره‌گذاری به صورت معکوس انجام می‌شود (به این ترتیب که به گزینه کاملاً مخالف نمره ۴، مخالف نمره ۳، نظری ندارم نمره ۲، موافق نمره ۱ و کاملاً موافق نمره صفر تعلق می‌گیرد. هر یک از سؤالات نشان دهنده یکی از پنج عامل بزرگ شخصیت McCrae و Costa می‌باشد که هر عامل ۱۲ سؤال مقیاس را پوشش می‌دهد. این عوامل به ترتیب شامل عامل N روان‌آزرده‌گرایی (سؤالات ۱، ۶، ۱۱، ۱۶، ۲۱، ۲۶، ۳۱، ۳۶، ۴۱، ۴۶، ۵۱ و ۵۶)، عامل E برون‌گرایی (سؤالات ۲، ۷، ۱۲، ۱۷، ۲۲، ۲۷، ۳۲، ۳۷، ۴۲، ۴۷، ۵۲ و ۵۷)، عامل O گشودگی (سؤالات ۳، ۸، ۱۳، ۱۸، ۲۳، ۲۸، ۳۳، ۳۸، ۴۳، ۴۸ و ۵۳)، عامل A موافق بودن (سؤالات ۴، ۹، ۱۴، ، ۲۴، ۲۹، ۳۴، ۳۹، ۴۴، ۴۹، ۵۴ و ۵۹) و عامل C با وجدان بودن (سؤالات ۵، ۱، ۱۵، ۲۰، ۲۵، ۳۰، ۳۵، ۴۰، ۴۵، ۵۰، ۵۵ و ۶۰) بود. در کل شرکت‌کننده در هر مقیاس نمره‌ای بین صفر تا ۴۸ کسب می‌کند.

GHQ-۲۸: این پرسش‌نامه نوعی پرسش‌نامه سرندی است که اولین بار توسط Goldberg در سال ۱۹۷۲ ساخته شد (۱۸). نسخه اصلی پرسش‌نامه از ۶۰ سوال تشکیل شده است، اما تعدادی از نسخه‌های کوتاه‌تر نیز تهیه شده‌اند که مهم‌ترین آن‌ها عبارت از GHQ-۳۰، GHQ-۲۸ و GHQ-۱۲ می‌باشد (۱۷). فرم ۲۸ سؤالی GHQ این مزیت را دارد که برای تمام افراد جامعه طراحی شده و از چهار زیر مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی تشکیل شده است. مقیاس A نشانه‌های جسمانی: سؤالات ۱ تا ۷، مقیاس B اضطراب و بی‌خوابی: سؤالات ۸ تا ۱۴،

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.3.9.3]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i3.3368]

مقیاس C نارساکنش‌وری اجتماعی: سؤالات ۱۵ تا ۲۱ و مقیاس D افسردگی: سؤالات ۲۲ تا ۲۸ می‌باشد (۱۸). روش نمره‌گذاری GHQ بدین ترتیب است که به گزینه‌های الف تا د، نمرات صفر، یک، دو و سه تعلق می‌گیرد. در نتیجه، نمره فرد در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسش‌نامه از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. نمرات هر آزمودنی در هر مقیاس به طور جداگانه محاسبه می‌شود و پس از آن نمرات چهار زیرمقیاس جمع می‌گردد و نمره کلی به دست می‌آید. در این پرسش‌نامه، نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر می‌باشد (۱۸). تفسیر نمرات GHQ به این صورت است که نمره ۱۷ به بالا در هر زیرمقیاس و نمره ۴۱ به بالا در مقیاس کلی وخامت وضع آزمودنی را نشان می‌دهد. تا سال ۱۹۸۸ بیش از ۷۰ مطالعه درباره روایی GHQ در نقاط مختلف دنیا به انجام رسیده بود. به منظور برآورد روایی این مقیاس، فراتحلیلی انجام شد و نتایج آن نشان داد که متوسط حساسیت GHQ، ۸۴ درصد (بین ۷۷ تا ۸۹ درصد) و متوسط ویژگی آن، ۸۲ درصد (بین ۷۸ تا ۸۵ درصد) می‌باشد (۱۹). ثبات درونی این پرسش‌نامه به روش ضریب Cronbach's alpha در مطالعه Chan، ۰/۹۳ گزارش گردید (۲۰).

یافته‌ها

۲۶/۴ درصد نمونه‌ها مجرد و ۷۲ درصد آن‌ها متأهل بودند. ۳۰/۴ درصد تحصیلات دیپلم و پایین‌تر و بقیه تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان، ۳۴/۰۵ سال به دست آمد. میانگین ابعاد و متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. میانگین ابعاد و متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	میانگین ± انحراف معیار
شکایات جسمانی	سالم	۵/۳۴ ± ۳/۳۵
	مبتلا به PCOS	۷/۶۶ ± ۳/۹۲
اضطراب و بی‌خوابی	سالم	۵/۹۳ ± ۳/۷۰
	مبتلا به PCOS	۷/۹۸ ± ۴/۹۳
نارساکنش‌وری اجتماعی	سالم	۵/۴۳ ± ۳/۱۵
	مبتلا به PCOS	۷/۵۴ ± ۳/۶۴
افسردگی	سالم	۲/۴۴ ± ۳/۵۰
	مبتلا به PCOS	۴/۷۹ ± ۵/۴۹
نمره کل سلامت عمومی	سالم	۱۹/۱۵ ± ۱۰/۴۷
	مبتلا به PCOS	۲۷/۹۸ ± ۱۵/۶۲
نوروتیسم	سالم	۱۹/۷۰ ± ۷/۳۶
	مبتلا به PCOS	۲۴/۶۴ ± ۸/۳۳
برون‌گرایی	سالم	۳۲/۸۴ ± ۳۰/۲۴
	مبتلا به PCOS	۲۷/۷۶ ± ۶/۹۲
گشودگی	سالم	۲۷/۱۳ ± ۵/۴۱
	مبتلا به PCOS	۲۴/۲۵ ± ۴/۷۸
توافق‌گرایی	سالم	۳۱/۱۵ ± ۴/۶۹
	مبتلا به PCOS	۳۱/۷۴ ± ۵/۶۶
باوجدان بودن	سالم	۳۵/۰۸ ± ۷/۱۰
	مبتلا به PCOS	۳۵/۰۵ ± ۷/۵۵

PCOS: Polycystic ovary syndrome

بر اساس یافته‌ها، میانگین ابعاد سلامت و نوروتیسم گروه زنان مبتلا به PCOS بالاتر از گروه زنان سالم بود، اما میانگین ابعاد شخصیتی گشودگی، برون‌گرایی و باوجدان بودن آن‌ها پایین‌تر از گروه سالم بود.

نتایج آزمون Levene جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در جدول ۲ ارایه شده است. طبق نتایج، پیش‌فرض برابری واریانس‌ها برای همه متغیرهای وابسته تأیید گردید. بنابراین، می‌توان از آزمون MANOVA استفاده نمود.

جدول ۲. نتایج آزمون Levene

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	مقدار P
شکایات جسمانی	۳/۳۶	۱	۱۱۵	۰/۰۶۹
اضطراب و بی‌خوابی	۳/۳۳	۱	۱۱۵	۰/۰۷۴
نارساکنش‌وری اجتماعی	۱/۵۰	۱	۱۱۵	۰/۲۲۰
افسردگی	۲/۸۰	۱	۱۱۵	۰/۱۰۰
نمره کل سلامت عمومی	۲/۷۹	۱	۱۱۵	۰/۱۳۰
نوروتیسم	۰/۵۶	۱	۱۱۵	۰/۴۵۰
برون‌گرایی	۱/۲۰	۱	۱۱۵	۰/۲۷۰
گشودگی	۰/۶۰	۱	۱۱۵	۰/۴۳۰
توافق‌گرایی	۱/۵۶	۱	۱۱۵	۰/۲۱۰
باوجدان بودن	۱/۵۴	۱	۱۱۵	۰/۶۹۰

جهت مقایسه متغیرهای وابسته در دو گروه، از آزمون MANOVA استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. طبق نتایج، به صورت کلی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در متغیرهای وابسته وجود داشت و میزان تفاوت حدود ۳۰ درصد به دست آمد.

جدول ۳. نتایج کلی آزمون MANOVA

اثر	ارزش	آماره F	مقدار P	Eta^2	توان آماری
Pillai's Trace	۰/۲۹۰	۴/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۲۹۷	۰/۹۹
Wilks Lambda	۰/۷۰۰	۴/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۲۹۷	۰/۹۹
Hotelling's Trace	۰/۴۲۲	۴/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۲۹۷	۰/۹۹
Roy's Largest Root	۰/۴۲۲	۴/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۲۹۷	۰/۹۹

نتایج نتایج آزمون MANOVA به تفکیک برای همه متغیرها و ابعاد آن‌ها در جدول ۴ ارایه شده است. بر اساس یافته‌ها، تفاوت معنی‌داری بین ابعاد سلامت روان دو گروه وجود داشت و گروه زنان مبتلا به PCOS به طور معنی‌داری سلامت روان پایین‌تری داشتند و میزان واریانس تفاوت‌ها در سلامت عمومی آن در مجموع، ۱۰ درصد بود.

همچنین، نتایج بررسی ابعاد شخصیتی نشان داد که گروه زنان مبتلا به PCOS به صورت معنی‌داری از نوروتیسم بالاتر و گشودگی پایین‌تری برخوردار بودند.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.3.9.3]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i3.3368]

جدول ۴. نتایج آزمون MANOVA به تفکیک متغیرها

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار P	Eta^2
شکایات جسمانی	۱۵۶/۹۰	۱	۱۵۶/۹۰	۱۱/۷۳۰	۰/۰۰۱	۰/۰۹۳۰
اضطراب و بی‌خوابی	۱۲۳/۱۵	۱	۱۲۳/۱۵	۶/۴۵۰	۰/۰۱۲	۰/۰۵۳۰
نارساکنش‌وری اجتماعی	۱۳۰/۳۸	۱	۱۳۰/۳۸	۱۱/۱۹۰	۰/۰۰۱	۰/۰۸۹۰
افسردگی	۱۶۱/۲۹	۱	۱۶۱/۲۹	۷/۵۶۰	۰/۰۰۷	۰/۰۶۲۰
نمره کل سلامت عمومی	۲۲۷۹/۳۲	۱	۲۲۷۹/۳۲	۱۲/۸۳۰	۰/۰۰۱	۰/۱۰۰۰
نوروتیسم	۷۱۲/۹۳	۱	۷۱۲/۹۳	۱۱/۵۱۰	۰/۰۰۱	۰/۰۹۱۰
برون‌گرایی	۷۵۵/۴۱	۱	۷۵۵/۴۱	۱/۵۸۰	۰/۲۱۰	۰/۰۱۴۰
گشودگی	۲۴۳/۲۱	۱	۲۴۳/۲۱	۹/۳۲۰	۰/۰۰۳	۰/۰۷۵۰
توافق‌گرایی	۱۰/۲۰	۱	۱۰/۲۰	۰/۳۷۰	۰/۵۴۰	۰/۰۰۳۰
باوجدان بودن	۰/۰۴	۱	۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۹۷۰	۰/۰۰۰۱

بحث

PCOS از جمله اختلالات شایعی است که به علت عوارض ناشی از آن مانند اختلال در تخمک‌گذاری و قاعدگی، نازایی، پرمویی و اختلالات متابولیک، بار مالی زیادی به سیستم بهداشتی- درمانی کشور وارد می‌کند. به فراخور چنین پیامدهایی، پژوهش‌های اندکی به بررسی این سندرم پرداخته‌اند. مطالعه حاضر با هدف شناخت وضعیت شاخص‌های بدنی، روانی و شخصیتی زنان مبتلا به PCOS و مقایسه آن با زنان فاقد این سندرم انجام شد. نتایج به دست آمده تفاوت معنی‌داری را بین ابعاد سلامت روان دو گروه نشان داد و گروه زنان مبتلا به PCOS به طور معنی‌داری سلامت روان پایین‌تری داشتند و میزان واریانس تفاوت‌ها در سلامت عمومی آن‌ها ۱۰ درصد بود. این یافته‌ها با نتایج برخی تحقیقات (۲۳-۲۱) همخوانی دارد.

پژوهشی که به بررسی سلامت روان در مبتلایان به PCOS پرداخت ، میزان افسردگی را در آن‌ها تا ۴۰ درصد گزارش نمود (۱۳). نتایج مطالعه‌ای در انگلستان نیز شیوع افسردگی خفیف و متوسط را در این بیماران به ترتیب ۲۳/۹ و ۲۵/۲ درصد گزارش کرد (۲۱). همچنین، بروز اختلالات دو قطبی در این گروه از بیماران بیشتر از زنان سالم می‌باشد (۲۲). در تبیین این یافته‌ها به چاقی به عنوان یک علت افسردگی در این زنان اشاره شده است. به عنوان مثال، در تحقیقی مشخص گردید که افسردگی در زنان چاق مبتلا به PCOS بیشتر از افراد چاق بدون این اختلال می‌باشد (۲۳). بر اساس نتایج پژوهش حاضر، اختلالات اضطرابی، شکایات جسمانی و اختلالات خواب در زنان مبتلا به PCOS شایع‌تر می‌باشد. همچنین، نتایج حاکی از آن بود که زنان مبتلا به PCOS کارکرد اجتماعی پایین‌تری نسبت به گروه زنان فاقد این سندرم دارند. این یافته با نتایج مطالعه مهرآبادی و همکاران (۲۴) همسو بود. این نتایج ممکن است به علت نگرانی زنان مبتلا از بروز عواقبی مانند سرطان آندومتر، تخمدان و پستان به علت عدم تخمک‌گذاری باشد. این نگرانی در زنان مبنی بر مزمن بودن بیماری، عود مکرر علایم و پیشرفت علایم و همچنین، مقایسه خود با همسالان، باعث تشویش و ناکامی‌هایی می‌شود که در نتیجه، منجر به افت کیفیت زندگی (۲۴) و سلامت روانی آن‌ها می‌گردد. به نظر می‌رسد این فرایند با رشد روزافزون دسترسی به اطلاعات به ویژه از طریق اینترنت و فضاهای مجازی و تشدید اضطراب آن‌ها بی‌ارتباط نباشد. همچنین، علت دیگر آن می‌تواند ارتباط خطی بین سطوح تستوسترون آزاد و علایم خلق منفی باشد (۲۵). نکته قابل ذکر دیگر در این یافته، احساس انگ و حس از دست دادن هویت زنانه است که در ظاهر باعث افت وضعیت سلامت روان آن‌ها می‌شود. این در حالی است که نازایی این گروه از زنان در سنین باروری و وجود توقعات همسر و اطرافیان همزمان با ازدواج و تشکیل خانواده نیز می‌تواند به تشدید علایم اضطرابی و افت سلامت روانی در آن‌ها بینجامد؛ چرا که این گروه از زنان به علت مشکلات در تخمک‌گذاری، برای باردار شدن با مشکلاتی مواجه هستند.

نتایج بررسی ابعاد شخصیتی نیز نشان داد که گروه زنان مبتلا به PCOS به صورت معنی‌داری از نوروتیسم بالاتر و گشودگی پایین‌تری برخوردار می‌باشند. این نتایج شاید به علت تظاهرات خارجی در هماهنگی با جامعه سالم و به نوعی دچار انگ و شکست (۲۵) در زمینه احساس هویت زنانه باشد. شاید چاقی و پرمویی نیز می‌تواند دو جزء مهم فیزیکی در ایجاد نوروتیسم و کاهش کنش‌های اجتماعی آن‌ها محسوب گردد. بنابراین، بر اساس نتایج تحقیق حاضر، لزوم مداخلات روان‌شناختی جهت تشخیص و درمان سندرم‌های روانی زنان مبتلا به PCOS جهت کمک به بهبود وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی آن‌ها ضروری است. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر ابزار جمع‌آوری داده‌ها (پرسش‌نامه) بود کهک محدودیت‌های خودگزارشی در نتایج آن دخیل است. همچنین، نتایج به دست آمده مربوط به زنان شهر اصفهان می‌باشد که با توجه به میزان آگاهی آن‌ها از PCOS، نمی‌توان نتایج را به شهرهای دیگر کشور تعمیم داد. نوع نمونه‌گیری در دسترس به عنوان یکی از محدودیت‌های پژوهش بود. با توجه به سطح سلامت روان پایین‌تر زنان مبتلا به PCOS، به محققان پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده به برگزاری دوره‌های آموزشی و مداخله‌ای جهت ارتقای سطح سلامت روان آنان این زنان بپردازند و اثربخشی آن را مورد سنجش قرار دهند.

نتیجه‌گیری

زنان مبتلا به PCOS سلامت روان پایین‌تری نسبت به زنان عادی دارند، به لحاظ شخصیتی مضطرب‌ترند، از گشودگی پایین‌تری نسبت به تجارب برخوردار هستند و میزان واریانس تفاوت‌ها در سلامت عمومی آن‌ها به صورت کلی ۱۰ درصد بود. بنابراین، بررسی و توجه به مشکلات روانی این زنان اهمیت فراوانی دارد.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.3.9.3]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i3.3368]

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه کارکنان و متخصصان شاغل در مراکز و کلینیک‌های زنان و زایمان و مراجعان این مراکز که در انجام مطالعه حاضر همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Homburg R. What is polycystic ovarian syndrome? A proposal for a consensus on the definition and diagnosis of polycystic ovarian syndrome. Hum Reprod 2002; 17(10): 2495-9.
2. 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.
3. 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. Fertil Steril 2012; 97(1): 28-38.
4. Diamanti-Kandarakis E, Kandarakis H, Legro RS. The role of genes and environment in the etiology of PCOS. Endocrine 2006; 30(1): 19-26.
5. DuRant EM, Leslie NS, Critch EA. Managing polycystic ovary syndrome: A cognitive behavioral strategy. Nurs Womens Health 2009; 13(4): 292-300.
6. Goolsby MJ. AACE hyperandrogenism guidelines. J Am Acad Nurse Pract 2001; 13(11): 492-4.
7. Hunter MH, Sterrett JJ. Polycystic ovary syndrome: It's not just infertility. Am Fam Physician 2000; 62(5): 1079-88, 1090.
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; 194(5): 1266-72.
9. Glueck CJ, Morrison JA, Friedman LA, Goldenberg N, Stroop DM, Wang P. Obesity, free testosterone, and cardiovascular risk factors in adolescents with polycystic ovary syndrome and regularly cycling adolescents. Metabolism 2006; 55(4): 508-14.
10. 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; 66(3): 373-9.
11. Elsenbruch S, Hahn S, Kowalsky D, Offner AH, Schedlowski M, Mann K, et al. Quality of life, psychosocial well-being, and sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. J Clin Endocrinol Metab 2003; 88(12): 5801-7.
12. Drosdzol A, Skrzypulec V, Mazur B, Pawlinska-Chmara R. Quality of life and marital sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. Folia Histochem Cytobiol 2007; 45(Suppl 1): S93-S97.
13. Kerchner A, Lester W, Stuart SP, Dokras A. Risk of depression and other mental health disorders in women with polycystic ovary syndrome: A longitudinal study. Fertil Steril 2009; 91(1): 207-12.
14. Dabson KS, Mohammad Khani P. Psychometric characteristics of beck depression inventory-II in patients with major depressive disorder. J Rehab 2007; 8(SUPPL): 82-8. [In Persian].
15. Costa PT, McCrae RR. Revised NEO personality inventory (NEO PI-R) and NEP five-factor inventory (NEO-FFI): professional manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources; 1992.
16. McCrae RR, Costa PT Jr. Rotation to maximize the construct validity of factors in the NEO personality inventory. Multivariate Behav Res 1989; 24(1): 107-24.
17. Garosi Farshi T. A new approach to personality evaluation (Application of factor analysis in personality studies). Tabriz, Iran: Daniel Publications; 2001. p. 21-32. [In Persian].
18. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. Oxford, UK: Oxford University Press; 1972.
19. Morris PL, Goldberg RJ. Validity of the 28-item general health questionnaire in hospitalized gastroenterology patients. Psychosomatics 1989; 30(3):290-5.
20. Chan DW. The Chinese version of the general health questionnaire: Does language make a difference? Psychol Med 1985; 15(1): 147-55.
21. Stunkard AJ, Faith MS, Allison KC. Depression and obesity. Biol Psychiatry 2003; 54(3): 330-7.
22. Hollinrake E, Abreu A, Maifeld M, Voorhis BJ, Dokras A. Increased risk of depressive disorders in women with polycystic ovary syndrome. Fertility and Sterility 2007; 87(6): 1369-76.
23. 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.
24. Mehrabadi S, Jahanian Sadatmahalleh S, Kazemnejad A. Association of depression and anxiety with cognitive function in patients with polycystic ovary syndrome. J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 27(147): 159-70. [In Persian].
25. Upadhya K, Trent M. Effects of polycystic ovary syndrome on health-related quality of life. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res 2007; 7(6): 597-603.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.3.9.3]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i3.3368]

DOI: *10.22122/jhsr.v14i3.3368* *Published by Vesnu Publications*

Journal of Health System Research **Vol. 14, No. 3, Autumn**

Received: 27.02.2018 Accepted: 26.05.2018 Published: 07.10.2018

Comparison of Mental Health and Personality Dimensions among the Women with and without Polycystic Ovary Syndrome

Mojgan Navab[1], Akram Dehghani[2]

Original Article

Abstract

Background: Polycystic ovary syndrome (PCOS) is one of the most common endocrine disrupters, with an outbreak of 4-25 percent, depending on the definition. This syndrome has several different outcomes that affect various aspects of life. The purpose of this study was to compare mental health and personality dimensions among the women with and without polycystic ovary syndrome.

Methods: This was a causal-comparative study, and the statistical sample consisted of 126 women with and without polycystic ovarian syndrome selected via available sampling from clinics and private clinics of women in Isfahan City, Iran. Data were collected using Neuroticism-Extraversion-Openness Five-Factors Inventory-60 (NEO-FFI-60) and General Health Questionnaire-28 (GHQ-28). Data were analyzed using MANOVA test via SPSS software at a significant level of less than 0.010.

Findings: There was a significant difference between the two groups in mental health dimensions, and it was lower in the group of women with polycystic ovary syndrome ($P < 0.010$). The variance of the differences in general health was 10%. Moreover, the results of personality dimensions showed that the group of women with polycystic ovary syndrome had significantly higher levels of neuroticism and lower openness as well ($P < 0.010$).

Conclusion: Women with polycystic ovary syndrome have a lower mental health than normal women, are more anxious, and have less openness to the experiences. Therefore, it is necessary to consider some psychological interventions for the diagnosis and treatment of psychiatric syndromes in women with polycystic ovary syndrome.

Keywords: Polycystic ovary syndrome, Mental health, Personality

Citation: Navab M, Dehghani A. **Comparison of Mental Health and Personality Dimensions among the Women with and without Polycystic Ovary Syndrome.** J Health Syst Res 2018; 14(3): 328-33.

1- Department of Clinical Psychology, School of Humanities, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
2- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Humanities, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
Corresponding Author: Akram Dehghani, Email: dehghani2016@phu.iaun.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.3.9.3]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i3.3368]