

The Effect of Polycystic Ovary Syndrome on mental health and Physical and Psychological Symptoms before Menstruation: A Case-Control Study

Solmaz Golestan¹, Bahar Morshed-Behbahani^{2*}, Maryam Keshavarz³

1. Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Firoozabad, Iran

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

3. Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery; Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 18 August 2024

Accepted for publication: 19 April 2025

[EPub a head of print- 21 October 2025]

Payesh: In Press

Abstract

Objective(s): Polycystic ovary syndrome (PCOS) is a common endocrine disorder that affects women. It can lead to physical, mental health, and premenstrual symptoms. Recognizing the symptoms of the syndrome is crucial for early diagnosis, which greatly contributes to the overall well-being of those affected. This study aimed to examine the effects of polycystic ovary syndrome on general health and premenstrual symptoms.

Methods: In 2017, we conducted a case-control study on 340 women between 15 and 20 years. The participants were selected from clinics and schools in Shiraz by cluster random sampling. We divided them into two groups: 170 patients and 170 healthy individuals. The study involved completing questionnaires related to demographic characteristics, Goldberg's general health, Rotterdam Polycystic Ovary Diagnosis Criteria, and physical and mental symptoms of premenstrual syndrome. Data analysis was performed using descriptive statistics, independent t-tests, and chi-square tests with SPSS version 18 software, and a significance level of 0/05 was considered.

Results: The analysis of data showed that the PCOS group had significantly higher average weight and body mass index ($P < 0.001$). Premenstrual edema was more prevalent in the PCOS group ($P = 0.003$), and they also had lower scores on There were no significant differences in height, age at menarche, and GHQ score between the two groups.

Conclusion: The health of women with polycystic ovary syndrome should be carefully and comprehensively considered. Physical issues such as being overweight, obesity, and hirsutism, as well as menstrual disorders, can gradually affect mental health in the future. Therefore, it is important to pay more attention to the lifestyle and symptoms of the syndrome from a young age.

Key words: Polycystic ovary syndrome, mental health, Premenstrual symptoms

* Corresponding author: School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
E-mail: morshe_b@yahoo.com

تأثیر سندرم تخمدان پلی کیستیک بر سلامت روان و علایم جسمی و روانی قبل از قاعدگی: مطالعه مورد-شاهدی

سولماز گلستان^۱، بهار مرشد بهبهانی^{۲*}، مریم کشاورز^۳

۱. گروه مامایی، واحد فیروزآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، فیروزآباد، ایران

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

۳. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۵/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱/۳۰

[نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۲۹ مهر ۱۴۰۴]

نشریه پایش: پیش انتشار

چکیده

مقدمه: سندرم تخمدان پلی کیستیک از اختلالات غدد درون ریز شایع زنان است که عوارض جسمی و روانی متعددی داشته و توجه به علائم آن برای تشخیص و مراقبت از سلامت مبتلایان کمک شایانی می‌نماید. هدف این مطالعه بررسی تأثیر سندرم تخمدان پلی کیستیک بر سلامت جسمی، روانی و علائم قبل از قاعدگی بود.

مواد و روش کار: این مطالعه مورد-شاهدی روی ۳۴۰ نفر خانم های ۱۵ تا ۲۰ سال مراجعه کننده به درمانگاه های دولتی و دختران مشغول به تحصیل در مدارس شهر شیراز در سال ۱۳۹۶ که بصورت تصادفی خوشه ای انتخاب شده و در دو گروه ۱۷۰ نفر مبتلایان و ۱۷۰ نفر افراد سالم وارد شده بودند، انجام شد. پرسشنامه های مشخصات جمعیت شناختی، سلامت روان گلدبرگ، معیار تشخیص تخمدان پلی کیستیک روتردام و چک لیست بررسی علائم جسمی و روانی سندرم قبل از قاعدگی، در دو گروه مبتلا و سالم تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش های آماری توصیفی و آزمونهای تی مستقل و کای دو، با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده گردید. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: در ۱۷۰ نفر مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک و ۱۷۰ نفر سالم شرکت کننده، میانگین وزن و شاخص توده بدنی در گروه مبتلایان به شکل معنادار بیشتر از گروه سالم ($P < 0/01$)، اما قد و سن منارک در هر دو گروه مشابه بود. همچنین ادم قبل از قاعدگی در افراد مبتلا بیشتر از افراد سالم وجود داشت ($P = 0/03$). مجموع امتیازهای چهار مقیاس سلامت روان گلدبرگ، تفاوت آماری معنادار نداشت.

نتیجه گیری: سلامت زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک باید به صورت جامع مورد توجه قرار گیرد. از آنجایی که مشکلات جسمی مانند اضافه وزن، چاقی و هیپرسوتیسم و همچنین اختلالات قاعدگی می‌تواند بتدریج بر سلامت روان افراد در آینده موثر باشد، توجه بیشتر به سبک زندگی و علائم سندرم از سنین کمتر حائز اهمیت بوده و باید بیشتر مورد توجه قرار گیرند.

واژگان کلیدی: سندرم تخمدان پلی کیستیک، سلامت روان، علائم قبل از قاعدگی

کد اخلاق: IR.SUMS.NUMIMG.REC.1394.S597

* نویسنده پاسخگو: شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی

E-mail: morshe_b@yahoo.com

مقدمه

سندرم تخمدان پلی کیستیک (Polycystic ovary syndrome) یکی از اختلالات غدد درون ریز است که به گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۳ شیوع بین ۸ تا ۱۳ درصد داشته، و بیش از ۷۰ درصد آنها در کل دنیا تشخیص داده نشده باقی می ماندند [۱، ۲]. در یک مطالعه مروری در سال ۲۰۲۰ شیوع آن ۲۱/۲۷ درصد گزارش شده که، با طیف وسیعی از علائم فیزیکی و روانی همراه است [۳]. این اختلال نه تنها بر عملکرد باروری و ترشحات هورمونی زنان و سیکل قاعدگی تأثیر می گذارد، بلکه می تواند منجر به تغییرات قابل توجهی در سلامت جسمی و روحی آنها گردد [۴، ۵]. ابتلا به بیماریهای قلبی عروقی، دیابت، سندرم متابولیک، اضطراب، افسردگی و سایر اختلالات خلقی در این افراد بیشتر مشاهده می شود [۵-۷].

دختران و زنان به واسطه برخی تغییرات مرتبط با سیکل قاعدگی ممکن است در مواردی دچار اختلالات خلقی و مشکل افسردگی و اضطراب شوند. این امر ممکن است بر سلامت جسمی، روانی و روابط اجتماعی آنها تأثیر گذار باشد [۸، ۹]. متأسفانه این مشکلات در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک بیشتر مشاهده می شود [۱۰]. مطالعه Stefanaki و Dewani نشان داده که چاقی و اختلال تصویر ذهن از بدن در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک به شکل قابل توجهی بر ایجاد اضطراب و افسردگی این افراد موثر است [۱۱]. مطالعه مرور نظام مند Dybciaک و همکاران نیز وقوع افسردگی در زنان مبتلا را ۲،۵ برابر زنان غیر مبتلا گزارش کرده است [۷]. تظاهرات بالینی سندرم پیش از قاعدگی شامل طیف وسیعی از علائم فیزیکی، از جمله ادم، حساسیت پستان، سردرد، افزایش اشتها و تپش قلب است. علاوه بر این سندرم پیش از قاعدگی، با علائم رفتاری و روانی مختلف مانند افسردگی، تحریک پذیری، خستگی، پرخاشگری، افکار خودکشی، اختلال در تمرکز، نوسانات خلقی و انزوای اجتماعی همراه است. سندرم پیش از قاعدگی یک عارضه شایع و درمان نشده است که نگرانی سلامت روان قابل توجهی در میان زنان در سنین باروری ایجاد می کند. تحقیقات نشان داده است که این وضعیت بر سلامت روانی، کیفیت زندگی و عملکرد تحصیلی تأثیر منفی می گذارد. یک مطالعه جامع و فراتحلیل شیوع جهانی سندرم پیش از قاعدگی را ۴۸ درصد نشان داده است. علاوه بر این، تحقیقات انجام شده در ایران نشان داده که شیوع سندرم پیش از قاعدگی بین ۳۰ تا ۹۹/۵ درصد است [۱۲].

مطالعات مشابه در منطقه خاور میانه (کشور امارات) نشان داده است که میزان شیوع علائم روانی، جسمی و رفتاری سندرم قبل از قاعدگی به ترتیب ۸۳/۰، ۷۹/۴ و ۷۶/۶ درصد و بیشتر علائم فیزیکی گزارش شده در سندرم قبل از قاعدگی شامل بی حالی، خستگی، کاهش انرژی (۵۶/۷٪) است [۱۳]. علت سندرم پیش از قاعدگی در حال حاضر به طور کامل شناخته نشده است. با این حال، اعتقاد بر این است که فعالیت چرخه ای تخمدان و تأثیر استرادیول و پروژسترون بر انتقال دهنده های عصبی سروتونین و گاما آمینوبوتیریک اسید (Gamma-aminobutyric acid) نقش مهمی در توسعه آن ایفا می کند [۱۴]. تحقیقات نشان داده است که نوسان در سطوح هورمونی مرتبط با سندرم تخمدان پلی کیستیک، سندرم قبل از قاعدگی و علائم آن را تشدید و باعث نوسانات خلقی موقت می شود [۱۵].

یکی از مزایای ارزیابی سلامت روان و باروری این است که افراد وضعیت خود و دیگران را بهتر شناخته و می توانند مراقبت نمایند. در این راستا، بررسی ارتباط بین سندرم تخمدان پلی کیستیک با سلامت جسمی و روانی قبل از قاعدگی و سلامت روان، می تواند به درک عمیق تری از این سندرم و تأثیرات آن بر زنان، بخصوص اوایل دوران باروری که در مراحل رشد و تکامل هم جانبه و برقراری روابط اجتماعی هستند، کمک کند. این مطالعه به بررسی ارتباط سندرم تخمدان پلی کیستیک، با ویژگیهای جمعیت شناختی، علائم قبل از قاعدگی و سلامت روان پرداخت و نتایج آن می تواند به ارائه راهکارهای مؤثرتر برای بهبود کیفیت زندگی، مراقبت و سلامت روانی دختران و زنان مبتلا کمک می کند.

مواد و روش کار

نوع مطالعه از نوع مورد- شاهدهی بود که روی ۳۴۰ نفر از خانمهای مراجعه کننده به درمانگاههای دولتی و دختران مشغول به تحصیل در مدارس شهر شیراز انجام شد.

جامعه پژوهش در این مطالعه زنان (مجرد یا متاهل) ۱۵ تا ۲۰ ساله مراجعه کننده به دو درمانگاه دانشگاه علوم پزشکی و دختران شاغل به تحصیل در ۸ دبیرستان دخترانه شهر شیراز بود.

محیط پژوهش درمانگاههای زنان "شهید مطهری" و "فقیهی" (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز) و مدارس دولتی از هریک از نواحی چهارگانه آموزش و پرورش سطح شهر شیراز (محمدبزرگی و رضوان ناحیه ۲- درخشش و سعادت از ناحیه ۱- گراشی و عرفان از ناحیه ۳- نجمه و راضیه از ناحیه ۴) در نظر گرفته شد.

هر مقیاس هفت گویه دارد. گویه های ۱ تا ۷ مربوط به مقیاس نشانه‌های جسمانی، گویه های ۸ تا ۱۴ مربوط به مقیاس اضطراب، گویه های ۱۵ تا ۲۱ مربوط به مقیاس کنش اجتماعی و گویه های ۲۲ تا ۲۸ مربوط به مقیاس افسردگی هستند. نمره گذاری بر اساس طیف از موافقم تا مخالفم با امتیاز از صفر تا ۳ انجام می شود. حداقل و حداکثر نمرات نهایی آزمودنی صفر تا ۸۴ در نظر گرفته شد. قرار گرفتن افراد در نقطه ی بالای ۲۳ به معنای وجود نشانه و یا علائمی از اختلال در سلامت در نظر گرفته شد. نمره هر خورده مقیاس بین صفر تا ۲۱ و به این صورت تفسیر شد. نمره (۰-۶) برای هریک از ابعاد به معنی سلامت کامل، (۷-۱۱) نشانه داشتن علایم خفیف، (۱۲-۱۶) نشانه داشتن علایم متوسط، (۱۷-۲۱) نشانه داشتن علایم شدید در آن بعد تعریف شد. دسته بندی نمره کلی سلامت روان نیز به این ترتیب بود که، (۰-۲۲) سلامت روان مطلوب، (۲۳-۴۰) علایم خفیف اختلال سلامت روان، (۴۱-۶۰) علایم متوسط اختلال سلامت روان و (۶۱-۸۴) علایم شدید از اختلال سلامت روان. روایی و پایایی پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ مورد استفاده این پژوهش در ایران توسط مطالعه ابراهیمی و همکاران [۱۸] بررسی شده است. با تحلیل عاملی، ۴ عامل در GHQ-28 استخراج و سه عامل اول بیشترین مقدار واریانس را تبیین نمودند. نقطه برش بالینی، حساسیت، ویژگی، خطای کلی طبقه بندی به ترتیب ۲۴ و ۰/۸۰ و ۰/۹۹ و ۰/۱۰ به دست آمد. ضریب روایی ملاکی ۰/۷۸ ضریب پایایی تصنیف ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ ۰/۹۷ به دست آمد. روایی ملاکی، روایی سازه و ضرایب پایایی به دست آمده در این مطالعه نشان داد که این پرسشنامه یکی از معتبرترین آزمونهای سلامت روان است که در جامعه ایران قابل استفاده است [۱۸].

برای تشخیص سندرم تخمدان پلی کیستیک از معیار روتردام استفاده شد و برای تعیین ابتلا به هیرسوتیسم با مقیاس ارزیابی فریمن- گالوی و وجود آکنه بر اساس تقسیم بندی تظاهرات پوستی ضایعات، بهره گرفته شد.

معیار روتردام برای تشخیص و ارزیابی ابتلا و یا عدم ابتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک از معیار روتردام استفاده شد. در این معیار وجود دو علامت از علائم سه گانه ابتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک شامل سیکلهای قاعدگی نامنظم، علائم بالینی و یا بیوشیمیایی دال بر وجود هیپر آندروژنیسم و نمای پلی کیستیک تخمدانها در سونوگرافی، برای تشخیص ابتلا به تخمدان پلی

در این مطالعه زنان ۱۵ تا ۲۰ ساله که مایل به شرکت در پژوهش بودند و فرم رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه را تکمیل کردند و حداقل دو سال از منارک آنان گذشته بود وارد مطالعه شدند. افرادی که مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک بودند، در گروه مورد و افراد سالم در گروه شاهد وارد شدند.

همچنین افرادی که بیماری زمینه‌ای شدید مانند بدخیمی و یا تالاسمی (که بر سیکلهای قاعدگی موثر است) داشتند یا به آمنوره اولیه مبتلا بودند یا دارای مشکلات آدرنال، تیروئید، هیپرپرولاکتنمی و یا اندوکرینوپاتی‌های شناخته شده مثل سندرم کوشینگ داشتند، از مطالعه خارج شدند.

نمونه‌گیری تا رسیدن به حجم مورد نظر ادامه یافت و پرسشنامه‌های جدید جایگزین پرسشنامه‌های تکمیل نشده گردید. با در نظر گرفتن $P = 0.11$ ، $\alpha = 0.05$ ، $d = 0.05$ ، $0.975 = 0.975$

$$Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1.96, 1 - \frac{\alpha}{2} = 0.975$$

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \right)^2 p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

بر اساس شیوع سندرم تخمدان پلی کیستیک در مطالعه رضایی و همکاران [۱۶]، ۱۵۰ نفر افراد مبتلا و ۱۵۰ نفر غیرمبتلا، در دو گروه مورد و شاهد محاسبه شد که در نهایت، ۱۷۰ نفر به هر گروه وارد شدند. ابزار جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه های جمع آوری اطلاعات دموگرافیک، چک لیست ارزیابی علایم جسمی و روانی قبل از قاعدگی و سلامت روان گلدبرگ Goldberg General Health Questionnaire (GHQ-28) [۱۷] نسخه کوتاه ۲۸ سوالی بود.

توسط پرسشنامه ی اطلاعات فردی (محقق ساخته)، اطلاعات جمعیت شناختی و نیز اطلاعات مرتبط با سیکل قاعدگی گرد آوری شد. در این پژوهش اطلاعات سلامت روان شرکت کنندگان توسط پرسشنامه ۲۸ گویه ای گلدبرگ (۱۹۷۸) ارزیابی شد، که از ۴ خورده مقیاس، افسردگی، اضطراب، کنش اجتماعی (اختلال کارکرد اجتماعی) تشکیل شده است. پرسشنامه سلامت روان (GHQ) توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۸ تدوین شده و به عنوان ابزاری برای غربالگری افرادی که احتمال ابتلا به اختلالات روانپزشکی یا در معرض خطر ابتلا به آنها را دارند، تدوین شده و یک فرم کوتاه با مقیاس ۲۸ سوالی برای سنجش پریشانی عاطفی در محیط‌های پزشکی است.

کیستیک استفاده شد [۱۹] که بامصاحبه یا اطلاعات موجود در پرونده و نتایج سونوگرافی توسط پژوهشگر تکمیل شد.

مقیاس ارزیابی هیرسوتیسم فریمن-گالوی برای ارزیابی وجود هیرسوتیسم از این مقیاس که بر اساس رشد موهای زائد برای هریک از نواحی ۹ گانه حساس به آندروژن است، استفاده شد. نواحی ۹ گانه بدن در حالت طبیعی و غیر بیماری در غالب زنان فاقد مو و یا دارای موهای کرک مانند است، اما تحت تاثیر هورمونهای آندروژنی ضخامت آنها افزایش می یابد. بر این اساس در صورت مشاهده رشد موهای ضخیم در هر یک از این نواحی از امتیاز صفر (بدون مو) تا ۴ (کاملاً مردانه) در نظر گرفته شد [۲۰].

ارزیابی آکنه بر اساس معیار Consensus-Based Acne Classification و وجود آکنه در صورت، سینه و پشت بدن با معاینه و مشاهده وجود دو یا چند ضایعه پوستی کمدون، پاپول، پاستول، ندول، کیست یا اسکار در پوست افراد، تشخیص داده شد [۲۱]. نمونه گیری به روش تصادفی خوشه ای انجام گرفت. از چهار درمانگاه دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز دو درمانگاه و از هر ناحیه آموزش و پرورش دو دبیرستان و مجموعاً ۸ دبیرستان، به صورت تصادفی انتخاب شدند. نمونه های واجد شرایط به صورت مستمر از افراد مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک (بر اساس معیار تشخیصی روتردام) و افراد غیر مبتلا که به همان درمانگاه برای علل دیگر مراجعه کرده بودند به ترتیب وارد گروه های مورد و شاهد شدند. همسان سازی برای گروه های مورد و شاهد از نظر تاهل انجام شد. در دبیرستانها به کلیه کلاس ها مراجعه و همه دانش آموزان را از نظر احتمال ابتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک بر اساس معیار روتردام بررسی نموده و کلیه افراد مبتلا در گروه مورد و از همان کلاس افراد غیر مبتلا به همان تعداد بر اساس جدول اعداد تصادفی در گروه شاهد قرار گرفتند. از میان مراجعه کنندگان به دو درمانگاه، افراد واجد شرایط مطالعه، پس از اخذ رضایت کتبی آگاهانه، به طور مستمر مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک در گروه مورد و دیگر مراجعان به درمانگاه، در گروه شاهد قرار گرفتند و پرسشنامه ها توسط پژوهشگر تکمیل گردید. در مدارس تمام کلاسها به عنوان محیط نمونه گیری انتخاب شدند. در هر کلاس توضیحاتی در مورد پژوهش و سندرم تخمدان پلی کیستیک داده می شد. سپس علائم سندرم تخمدان پلی

کیستیک بر اساس معیار روتردام در دانش آموزان بررسی، افراد مبتلا با داشتن شرایط ورود و به همان تعداد از میان دانش آموزان فاقد علامت واجد شرایط با جدول اعداد تصادفی، پس از اخذ رضایت کتبی آگاهانه به ترتیب وارد دو گروه مورد و شاهد شدند و پرسشنامه ها توسط پژوهشگر تکمیل گردید. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش های آماری توصیفی و آزمونهای تی مستقل و کای دو استفاده گردید. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ی ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

از ۳۴۰ نفر شرکت کننده این مطالعه، ۱۷۰ نفر مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک و ۱۷۰ نفر سالم بودند. میانگین سنی در گروه مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک ۱۷/۶۱ سال و در گروه غیر مبتلا ۱۶/۰۸ سال و میانگین سن منارک در کلیه افراد مورد مطالعه ۱۲/۱ ± ۸/۱ سال بود. مشخصات دموگرافیک و ویژگیهای قاعدگی در جداول ۱ و ۲ خلاصه شده اند. علائم جسمی و روانی سندرم قبل از قاعدگی دختران در دو گروه بررسی و با یکدیگر مقایسه شدند. همچنان که در جدول ۳ مشاهده می شود، بر اساس آزمون کای دو، سندرم تخمدان پلی کیستیک با علائم جسمی قبل از قاعدگی شامل: سردرد، گرفتگی عضلانی، ضعف و خستگی، دردناکی پستان ها، عرق سرد، سرگیجه، احساس مور مور در اندام ها و تاری دید رابطه معنی دار ندارد ($P > 0/05$) اما با ادم قبل از قاعدگی مرتبط است ($P = 0/003$). همچنین این سندرم با هیچ یک از علائم روانی مرتبط با قاعدگی شامل: افسردگی، سختی در تمرکز، عصبی بودن، پرخاشگر شدن و تحریک پذیری خلقی قبل از قاعدگی رابطه نداشت ($P > 0/05$).

ارزیابی وضعیت سلامت روان مشارکت کنندگان بر اساس پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ در چهار خورده مقیاس بر اساس آزمون تی مستقل نشان داد، با وجود آنکه در افراد مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک در مقایسه با افراد غیر مبتلا، خرده مقیاس وضعیت سلامت جسمانی نامناسب به دست آمد ($P = 0/031$)، اما مجموع امتیازهای هر چهار مقیاس، تفاوت آماری معنا دار را نشان نداد ($P = 0/85$). نتایج نمرات مقیاسهای وضعیت سلامت جسمانی، اضطراب، افسردگی، کنش اجتماعی و نمره کل سلامت روان در جدول ۴ مشاهده می شود.

جدول ۱: مقایسه متغیرهای دموگرافیک در دو گروه سالم و مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک

متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار	کمترین	بیشترین	میانگین $\pm$ انحراف معیار	کمترین	بیشترین	سطح معناداری*
قد (سانتی متر)	۱۶۳/۰۹ $\pm$ ۳۹/۵	۱۵۰	۱۷۹	۱۶۳/۲۶ $\pm$ ۶۷/۵	۱۳۸	۱۸۱	۰/۸۱۶
وزن (کیلوگرم)	۵۹/۹۳ $\pm$ ۵۷/۱۱	۳۴	۱۱۰	۵۵/۰۳ $\pm$ ۳۶/۹	۳۷	۹۴	<۰/۰۰۱
شاخص توده بدنی (kg/m ²)	۲۲/۴۵ $\pm$ ۹۳/۳	۴۷/۱۴	۴/۴۰	۲۰/۷ $\pm$ ۲۱/۳	۰۵/۱۵	۵۲/۳۲	<۰/۰۰۱
متغیر	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	سطح معناداری**
کم وزنی	۳۸	۲۶/۸	۱۰۷	۶۲/۹	۱۴/۷	۰/۰۰۲	
وزن طبیعی	۹۲	۶۴/۸	۱۰۷	۶۲/۹	۱۴/۷	۰/۰۰۲	
***وزن (کیلوگرم)	۱۱	۷/۷	۳۲	۱۸/۸	۱۴/۷	۰/۰۰۲	
اضافه وزن	۱	۰/۷	۶	۳/۵	۱۴/۷	۰/۰۰۲	
چاقی	۱۵۴	۹۰/۴	۱۶۸	۹۸/۶	۱۴/۷	۰/۰۰۲	
وضعیت تاهل	۱۶	۹/۵	۲	۱/۴	۱۴/۷	۰/۰۰۲	
مجرد	۱	۰/۶	۱	۰/۷	۱۴/۷	۰/۰۰۲	
ابتدایی	۴	۲/۲	۱	۰/۷	۱۴/۷	۰/۰۰۲	
راهنمایی	۱۴۷	۸۴/۸	۱۶۸	۹۸/۶	۱۴/۷	۰/۰۰۲	
میزان تحصیلات	۱۸	۱۲/۴	۲	۱/۴	۱۴/۷	۰/۰۰۲	
دبیرستان	۱۶۴	۹۶/۱	۱۷۰	۱۰۰	۱۴/۷	۰/۰۰۲	
دانشگاهی	۶	۳/۹	۰	۰	۱۴/۷	۰/۰۰۲	
شهر	۶	۳/۹	۰	۰	۱۴/۷	۰/۰۰۲	
محل سکونت	۶	۳/۹	۰	۰	۱۴/۷	۰/۰۰۲	
روستا	۶	۳/۹	۰	۰	۱۴/۷	۰/۰۰۲	

Two samples Independent t-test*

Chi-square test**

*** (kg/m²) ۱۸/۵ $\geq$ به عنوان کم وزنی، ۲۴/۹ - ۱۸/۶ (kg/m²) وزن نرمال، ۲۵ - ۲۹/۹ (kg/m²) اضافه وزن و ۲۹/۹ > چاقی

جدول ۲: مقایسه متغیرهای مرتبط با قاعدگی و اختلالات آن در دو گروه سالم و مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک

متغیر	میانگین و انحراف معیار	کمترین	بیشترین	میانگین و انحراف معیار	کمترین	بیشترین	سطح معناداری*
سن منارک (سال)	۱۲/۷ $\pm$ ۳/۱	۱۰	۱۶	۱۱/۱ $\pm$ ۱۲/۸	۱۰	۱۶	۰/۶۹۴
طول مدت قاعدگی (تعداد روزهای خونریزی)	۶/۲۴ $\pm$ ۹۳/۱	۲	۱۲	۶/۲۵ $\pm$ ۴۱/۱	۲	۱۰	۰/۹۳۵
میزان خونریزی (تعداد پد مورد استفاده روزانه)	۴/۱۱ $\pm$ ۶/۱	۱	۶	۴/۵۴ $\pm$ ۵/۱	۱	۷	۰/۰۱۶
قاعدگی منظم***	۱۳	۷/۳	۱۱۸	۷۹/۷	۱۰	۱۶	۰/۶۹۴
درد در زمان قاعدگی	۱۰۴	۵۸/۱	۹۹	۶۶/۹	۱۰	۱۶	۰/۹۳۵
لکه بینی بین قاعدگی	۲۵	۱۴	۳	۲	۱۰	۱۶	۰/۹۳۵
آکنه	۸۱	۴۵/۳	۱۹	۱۲/۸	۱۰	۱۶	۰/۹۳۵
هیرسوتیسم	۹۵	۵۳/۱	۷	۴/۷	۱۰	۱۶	۰/۹۳۵

Two samples Independent t-test*

** Chi-square test

*** دوره قاعدگی ۲۱ تا ۳۵ روز

جدول ۳: مقایسه علائم جسمی و روانی سندرم قبل از قاعدگی در دو گروه سالم و مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک

گروههای مورد بررسی	مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک (۱۷۰ نفر)	افراد سالم (۱۷۰ نفر)	تعداد	درصد	سطح معنا داری*
متغیر	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
علائم جسمانی					
سردرد	۲۵	۱۴	۱۹	۱۲/۹	۰/۷۸۴
گرفتگی عضلانی	۳۸	۲۱/۲	۲۲	۱۴/۹	۰/۱۳۹
ضعف و خستگی	۷۶	۴۲/۵	۵۶	۳۷/۸	۰/۳۹۷
ادم	۵	۲/۸	۱۶	۱۰/۸	۰/۰۰۳
دردناکی سینه ها	۴۷	۲۶/۳	۲۹	۱۹/۶	۰/۱۵۶
عرق سرد	۱۷	۹/۵	۸	۵/۴	۰/۱۶۶
سرگیجه	۲۲	۱۲/۳	۱۲	۸/۱	۰/۲۱۷
حس مور مور در اندام ها	۲۵	۱۴	۲۰	۱۳/۵	۰/۹۰۶
تاری دید	۱۸	۸/۹	۹	۵/۵	۰/۱۹۴
علائم روانی					
افسردگی	۳۱	۱۷/۳	۲۵	۱۶/۹	۰/۹۱۹
سختی در تمرکز	۲۹	۱۶/۲	۲۲	۱۴/۹	۰/۷۴۰
عصبی و پرخاشگر شدن	۸۷	۴۸/۶	۸۳	۵۶/۱	۰/۱۷۸
تحریک پذیری خلقی	۲۳	۱۲/۸	۱۷	۱۱/۵	۰/۷۰۸

* Chi-square test

جدول ۴: مقایسه ابعاد چهارگانه سلامت روان در گروه سالم و مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک

گروههای مورد بررسی	مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک (۱۷۰ نفر)	افراد سالم (۱۷۰ نفر)	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	سطح معناداری*
خرده مقیاس	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	سطح معناداری*
نشانه های جسمانی	۶/۸۸ $\pm$ ۲/۳۶	۵/۲۵ $\pm$ ۲/۳۷	۵/۲۵ $\pm$ ۲/۳۷	۵/۲۵ $\pm$ ۲/۳۷	۰/۰۳۱
اضطراب	۵/۹۷ $\pm$ ۲/۴۲	۴/۸۵ $\pm$ ۲/۴۵	۴/۸۵ $\pm$ ۲/۴۵	۴/۸۵ $\pm$ ۲/۴۵	۰/۹۶۴
کنش اجتماعی	۵/۹۹ $\pm$ ۳/۱۰	۶/۶۳ $\pm$ ۲/۴۳	۶/۶۳ $\pm$ ۲/۴۳	۶/۶۳ $\pm$ ۲/۴۳	۰/۰۹۲
افسردگی	۲/۵۷ $\pm$ ۱/۹۴	۲/۸۸ $\pm$ ۲/۶۷	۲/۸۸ $\pm$ ۲/۶۷	۲/۸۸ $\pm$ ۲/۶۷	۰/۳۰۲
نمره کل سلامت روان	۱۹/۳۸ $\pm$ ۲/۸۳	۱۹/۴۵ $\pm$ ۳/۰۹	۱۹/۴۵ $\pm$ ۳/۰۹	۱۹/۴۵ $\pm$ ۳/۰۹	۰/۸۵۶

* Two samples Independent t-test

بحث و نتیجه گیری

از ۳۴۰ نفر شرکت کننده این مطالعه، ۱۷۰ نفر مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک و ۱۷۰ نفر سالم بودند. میانگین سنی در گروه مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک ۱۷/۶۱ سال و در گروه غیر مبتلا ۱۶/۰۸ سال و میانگین سن منارک در کلیه افراد مورد مطالعه $8/1 \pm 12/1$ سال بود. مشخصات دموگرافیک و ویژگیهای قاعدگی در جداول ۱ و ۲ خلاصه شده اند. علائم جسمی و روانی سندرم قبل از قاعدگی دختران در دو گروه بررسی و با یکدیگر مقایسه شدند. همچنان که در جدول ۳ مشاهده می شود، بر اساس آزمون کای دو، سندرم تخمدان پلی کیستیک با علائم جسمی قبل

از قاعدگی شامل: سردرد، گرفتگی عضلانی، ضعف و خستگی، دردناکی پستان ها، عرق سرد، سرگیجه، احساس مور مور در اندام ها و تاری دید رابطه معنی دار ندارد ($P > 0/05$) اما با ادم قبل از قاعدگی مرتبط است ($P = 0/003$). همچنین این سندرم با هیچ یک از علائم روانی مرتبط با قاعدگی شامل: افسردگی، سختی در تمرکز، عصبی بودن، پرخاشگر شدن و تحریک پذیری خلقی قبل از قاعدگی رابطه نداشت ($P > 0/05$). ارزیابی وضعیت سلامت روان مشارکت کنندگان بر اساس پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ در چهار خورده مقیاس بر اساس آزمون تی مستقل نشان داد، با وجود آنکه در افراد مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک در مقایسه با

مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک بیشتر از غیر مبتلایان بود ($P < 0/001$) Mohapatra و همکاران نیز نشان دادند که بی نظمی قاعدگی در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک چاق، بیشتر از مبتلایان لاغر است [۲۲]. در مطالعه حاضر مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک در مقایسه با غیر مبتلایان وزن بالاتری داشتند. این موضوع می تواند نشان دهد که، اختلالات هورمونی منجر به بی نظمی قاعدگی، می تواند ناشی از آندروژنهای تولید شده در بافت چربی نیز باشد. این موضوع می تواند در مورد تجویز دارو، آموزشهای تغذیه ای و فعالیت بدنی برای کاهش توده چربی مورد توجه قرار گیرد. مطالعه Eledath Kolasseri و همکاران نیز نشان داد که شاخص توده بدنی و طول سیکل قاعدگی بیشترین ارتباط را با بروز سندرم تخمدان پلی کیستیک دارند و در تشخیص و درمان این بیماری مهم است [۲۷]. نتایج مطالعه ما نیز نشان داد که قاعدگی نامنظم در گروه مبتلایان به شکل معنادار بیشتر از گروه سالم است.

مطالعه حاضر نشان داد که گروه مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک در مقایسه با گروه غیر مبتلا، وزن بالاتر و آکنه بیشتر داشتند. با افزایش شاخص توده بدنی و بافت چربی، سطح آدیپوکین و واسطه های التهابی و در نتیجه تغییرات التهابی پوست تشدید و احتمال بروز آکنه افزایش می یابد [۲۸]. این موضوع می تواند به دلیل بالاتر بودن سطح هورمونهای تستوسترون و فاکتور رشد شبه انسولین در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک بدون در نظر گرفتن وزن آنها باشد که با تولید بیشتر سیوم باعث بروز آکنه در سطح پوست می شود [۲۹]. با این وجود Mohapatra و همکاران گزارش کرده اند، آکنه و هیرسوتیسم در همه مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک لاغر و چاق، بدون توجه به وزن، مشابه یکدیگر است [۲۲]. لذا در توصیه های تغذیه ای رژیمهای کم گلیسمی ارجح هستند. همچنین کاهش مصرف لبنیات به دلیل داشتن لوسین که از طریق مسیر Mammalian target of rapamycin بر فاکتور رشد شبه انسولین، متابولیسم و ساخت توده های چربی و همچنین نسخه برداری mRNA و ساخت لیپید موثر است، در این افراد منطقی به نظر می رسد [۲۸، ۳۰].

بنابر داده های خود اظهاری در این مطالعه، با وجود معنادار نبودن، علائم روانی سندرم قبل از قاعدگی شامل افسردگی، سختی در تمرکز، پرخاشگری و عصبیت و تحریک پذیری خلقی، در گروه مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک، همانند مطالعه Pinto و

افراد غیر مبتلا، خرده مقیاس نشانه های جسمانی نامناسب به دست آمد ($P = 0/031$)، اما مجموع امتیازهای هر چهار مقیاس، تفاوت آماری معنا دار را نشان نداد ($P = 0/85$). نتایج نمرات مقیاسهای وضعیت نشانه های جسمانی، اضطراب، افسردگی، کنش اجتماعی و نمره کل سلامت روان در جدول ۴ مشاهده می شود.

نتایج به دست آمده مطالعه حاضر نشان داد که، افزایش وزن، چاقی، بی نظمی قاعدگی، آکنه و هیرسوتیسم، در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک بیشتر بود. این گروه به شکل معنا دار مشکلات بیشتری در بعد نشانه های جسمی، از ابعاد سلامت روانی پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ را داشتند. سایر یافته های مربوط به ویژگی های دموگرافیک در دو گروه با هم تفاوت معنادار نداشتند. مطالعه اخیر نشان داد که مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک به شکل معنادار شاخص توده بدنی و وزن بیشتری دارند ($P < 0/001$). در مطالعه Mohapatra و همکاران نیز ارتباط قوی بین چاقی، مقاومت به انسولین و سندرم تخمدان پلی کیستیک مشاهده شده است. مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک که وزن بیشتر و شاخص توده بدنی بالاتر دارند، در مقایسه با مبتلایانی که لاغر هستند، مقاومت به انسولین بیشتر مشاهده می شود [۲۲]. بنابراین در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک با چاقی، نگرانی بیشتری در مورد اختلالات قند و متابولیسم وجود دارد که نیازمند مراقبت و درمان هستند.

با وجود آنکه مبتلایان در این مطالعه چاق تر از گروه سالم بودند اما قد و سن منارک در هر دو گروه مشابه یکدیگر بود. محققان ارتباط میان بروز چاقی در دوران کودکی بخصوص در دختران را، با وقوع بلوغ زودرس نشان داده اند [۲۳]. مطالعه Nilsson و همکاران نیز نشان داده که مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک چاق، کوتاه قدر هستند [۲۴]. همچنین بلوغ زودرس و سن منارک پایین، یکی از دلایل مهم در کوتاه قدی، بخصوص در دختران است [۲۵]. این موضوع تایید می کند، در صورتیکه بلوغ زودرس ناشی از افزایش وزن، در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک وجود نداشته باشد، رشد قدی متاثر از ترشح استروژن و تسریع پیری سلول های غضروفی و در نتیجه ادغام صفحات رشد دچار اختلال نمی شوند [۲۶]. لذا در مطالعه اخیر احتمالاً چاقی در این افراد، قبل از بروز منارک، وجود نداشته که منجر گردیده سن منارک و قد نمونه های پژوهش در دو گروه به صورت یکسان مشاهده شود. در مطالعه حاضر لکه بینی بین قاعدگی و بی نظمی فواصل قاعدگی در

همکاران بیشتر مشاهده شد [۳۱]. مطالعات نشان داده‌اند، در افراد مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک، بروز تغییرات اپی ژنتیکی، مانند هیپومتیلایسیون DNA، نه تنها باعث اختلال در تنظیمات هورمونی، متابولیسم لیپید و گلوکز می‌شوند، بلکه با اختلال در بیان ژنهای مسئول ساعت سلولی همراه هستند [۳۲]. اختلال در ساعات خواب و بیداری می‌تواند بر خلق و تحریک پذیری در طول روز موثر باشد. این موضوع، از جنبه تشخیص بهنگام و راهبرد درمان، حائز اهمیت است.

میانگین نمره سلامت روان در دو گروه مطالعه حاضر از نظر آماری تفاوت معنادار نداشت، اما میانگین نمره بعد نشانه‌های جسمی که نشان دهنده وجود اختلال بیشتر در احساس سلامت یا ضعف، سردرد یا احساس فشار در سر، بی‌خوابی و تغییر دما در بدن است، در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک به شکل معنادار بالاتر بود. این نتایج فقط با بعد سلامت جسمی یافته‌های Almahareeq و همکاران همخوانی داشته، اما در سه بعد دیگر با نتایج مطالعه وی متفاوت بود [۳۳]. در مطالعه Almahareeq تمام ابعاد سلامت روان اعم از نشانه‌های جسمی و روانی بر اساس پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک به شکل معنادار دچار اختلال بودند. این تفاوت می‌تواند به دلیل سن گروه هدف در مطالعه وی که شامل زنان ۱۸ ساله و بالاتر بوده، باشد. به نظر می‌رسد در مطالعه حاضر، که گروه هدف سن پایین‌تری داشتند، هنوز زمان کافی برای درک و اطلاع کامل از تغییرات ناشی از نشانه‌های جسمی بیماری و به دنبال آن بروز اضطراب و در حالت مزمن، وقوع افسردگی، رخ نداده بود. این نکته بسیار مهمی برای توجه نظام سلامت، مراکز آموزشی و والدین برای توجه به علائم اولیه سندرم تخمدان پلی کیستیک است که اغلب از نظر دور مانده و علائم بسیاری از مبتلایان تا سالها، تشخیص داده نشده باقی می‌مانند. باید توجه داشت قبل از آنکه با گذشت زمان، عوارض مخرب سندرم در دراز مدت بتواند بر سلامت روانی نوجوانان تأثیر بگذارد، لازم است اقدامات تشخیصی، درمانی و پیشگیرانه برای این گروه سنی در نظر گرفته شود.

در مطالعه حاضر، مبتلایان در دوران قبل از قاعدگی ادم بیشتری داشتند و احساس ضعف، سردرد و فشار در سر و تغییر در احساس بدن، در بعد جسمانی سلامت روان گلدبرگ به طور معنی دار بیشتر از گروه شاهد بوده است. Kite و همکارانش نیز به کم بودن احساس سلامت در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک اشاره

کرده و بالا بودن شاخص توده بدنی را بیشترین عامل موثر بر کاهش کیفیت زندگی در این افراد دانسته است [۳۴]. همچنانکه Lu و همکاران، در مطالعه مروری خود به تفاوت ادراک و احساس درد در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک اشاره کردند، چاقی و عوامل التهابی مرتبط با آن را دلیل احتمالی احساس بیشتر درد در این مبتلایان عنوان نموده که می‌تواند بر بروز اختلالات روانی مانند اضطراب و افسردگی موثر باشد [۳۵]. Kataoka و همکاران بر این موضوع تأکید داشتند که چاقی، فارغ از وجود سندرم تخمدان پلی کیستیک با بروز اضطراب و افسردگی در ارتباط است و مداخلات برای کاهش وزن بر روی اضطراب و افسردگی، بدون در نظر گرفتن ابتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک موثر است [۳۶].

نتایج مطالعه اخیر تفاوت معنادار را در میانگین نمرات کسب شده دو گروه، در ابعاد اضطراب، کنش اجتماعی و افسردگی پرسشنامه سلامت روان، نشان نداد. Dewani و همکاران شیوع بیشتر اضطراب را در مقایسه با افسردگی و مشکلات اجتماعی در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک مطرح می‌کنند [۳۴]. علت این تفاوت همچنان که قبلاً هم اشاره شد می‌تواند ناشی از پایین‌تر بودن میانگین سنی نمونه‌های پژوهش اخیر (۱۵ تا ۲۰ سال) در مقایسه با مطالعات اشاره شده باشد. همچنان که Alur-Gupta و همکاران معتقدند نتایج تحقیقات در مورد سنین کمتر در این زمینه چندان روشن نیست و نیازمند ارزیابی‌های بیشتر است [۳۷]. در واقع برای بسیاری از مبتلایان با سنین کمتر، هنوز فرایندهای تشخیصی و درمانی طولانی مدت انجام نگرفته که به افسردگی بیانجامد. یا اینکه هنوز اضطراب طولانی مدت، منجر به افسردگی در آنها نشده است. اهمیت این موضوع در مورد تداوم آثار نامطلوب سندرم تخمدان پلی کیستیک در دراز مدت و وقوع افسردگی در آینده و بروز مشکلات مرتبط با آن است. به این موضوع در مطالعه Elghobashy چنین پرداخته شده که زنان در دهه دوم زندگی خود به زمان بیشتری برای شناسایی و ابراز نگرانی‌های مرتبط با وزن و تغذیه نیاز دارند و هنوز از نظر روانی، مشکلات واضحی ندارند. از سوی دیگر، در دهه سوم زندگی، زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک بیشتر در مورد بی‌نظمی‌های قاعدگی و چالش‌های باروری نگران هستند و در دهه چهارم زندگی، زنان نگرانی‌های خود را در ارتباط با انتظارات اجتماعی، ابراز می‌کنند [۳۸]. مطالعات جدیدتر، چاقی را تنها دلیل تغییرات خلق و خوی ندانسته و شواهدی از ارتباط میان میکروبیوم روده و بروز

متاسفانه در نوجوانان و جوانان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک، چرخه معیوبی از سبک زندگی ناسالم، چاقی یا اضافه وزن، افزایش ترشح آندروژن، هیرسوتیسم و آکنه، اضطراب و افسردگی و بعد ادامه سبک زندگی ناسالم به دنبال مشکلات خلقی و افسردگی رخ می دهد که نیازمند مداخله به هنگام است.

ملاحظات اخلاقی: این مقاله از پایان نامه مصوب دانشگاه علوم پزشکی شیراز برگرفته شده و با شناسه اخلاق و کد مصوبه کمیته اخلاق IR.SUMS.NUMIMG.REC.1394.S597 تایید شده است.

حمایت مالی: منابع مالی پایان نامه توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز تامین شده است.

تضاد منافع: هیچگونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

سهم نویسندگان

بهار مرشد بهبهانی: مسئول تحقیق، تحلیل داده‌های آماری، طراح پیش نویس مقاله و نویسنده متن اولیه، ویراستار نهایی
سولماز گلستان: جمع آوری و تحلیل داده‌های آماری، تنظیم و ویرایش بخش نتایج
مریم کشاورز: تنظیم و بازنویسی بخش مقدمه، ویرایش نسخه نهایی

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز برای حمایت مالی و تمام کارکنان مراکز بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و اداره کل آموزش و پرورش شیراز و نیز تمام مشارکت کنندگان که در انجام این پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی می نمایند.

منابع

1. Polycystic ovary syndrome 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/polycystic-ovary-syndrome#:~:text=Key%20facts,a%20leading%20cause%20of%20infertility>
2. Stener-Victorin E, Teede H, Norman RJ, Legro R, Goodarzi MO. Polycystic ovary syndrome. Nat Nature Reviews. Disease Primers 2024;10 :27
3. Deswal R, Narwal V, Dang A, Pundir CS. The Prevalence of Polycystic Ovary Syndrome: A Brief Systematic Review. Journal of Human Reproductive Sciences 2020;13:261-7

اضطراب در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک بیان کرده‌اند. Lee و همکاران در مطالعه کوهورت خود دریافتند که مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک با تغییرات باکتری روده و متابولیت‌های آن، احتمالاً باعث التهاب محیطی شده و به طور همزمان سنتز انتقال دهنده‌های عصبی را کاهش داده و در نتیجه با التهاب عصبی بر تغییرات خلق و خو، تاثیر می گذارند [۳۹].

تغییرات در میکروبیوم روده و تنظیم ژن میزبان در بیماران سندرم تخمدان پلی کیستیک مبتلا به افسردگی از اهمیت سبب شناسی و تشخیصی احتمالی برخوردار است [۴۰]. لذا مطالعات بعدی می توانند بررسی تغییرات باکتری‌های روده در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک را مد نظر قرار دهند.

در این مطالعه به ارزیابی علائم سندرم قبل از قاعدگی در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک و سلامت روانی آنها قبل از سن بیست سالگی پرداخته شد که نقطه قوت این مطالعه بوده و می تواند به بینش مراقبتی و پیشگیری در گروه سنی ابتدایی دوره باروری زنان کمک نماید. اینکه تشخیص سندرم تخمدان پلی کیستیک بر اساس معیار روتردام بوده و امکان استفاده از معیارهای تشخیصی دیگری مانند سونوگرافی و یا اندازه‌گیری هورمونهای مرتبط با تخمدان پلی کیستیک فراهم نبود از محدودیتهای این مطالعه است. دختران مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک باید به صورت چندگانه مورد توجه قرار گیرند. آنها نه تنها به اصلاح الگوی سبک زندگی در مورد کنترل وزن و نوع غذا و الگوی مناسب خواب نیاز دارند بلکه به واسطه تفاوت خلقی در بروز اضطراب و افسردگی مبتلایانی که احتمالاً در مراحل اولیه و بدون تشخیص قرار دارند، به درک کافی و حمایت خانواده و مربیان در محیط های آموزشی، نیاز بیشتری دارند.

4. Yang J, Chen C. Hormonal changes in PCOS. Journal Endocrinol 2024;261:e230342
5. Lee IT, Rees J, King S, Kim A, Cherlin T, Hinkle S, Mumford SL, Dokras A. Depression, Anxiety, and Risk of Metabolic Syndrome in Women With Polycystic Ovary Syndrome: A Longitudinal Study. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 2024;2:256
6. Cupino-Arcinue DJ, Banal-Silao MJ. Prevalence of Anxiety and Depression among PCOS Patients Seen in a Tertiary Government Hospital Using the Hospital Anxiety and Depression Scale - English/Pilipino

Version (HADS/HADS-P). *Acta Medica Philippina* 2024;58:29-38

7. Dybciak P, Raczkiewicz D, Humeniuk E, Powrózek T, Gujski M, Małeczka-Massalska T, Wdowiak A, Bojar I. Depression in Polycystic Ovary Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine* 2023;12:6446

8. Jiang L, Yang D, Li Y, Yuan J. The Influence of Pubertal Development on Adolescent Depression: The Mediating Effects of Negative Physical Self and Interpersonal Stress. *Frontiers in Psychiatry* 2021;12:786386

9. Pfeifer JH, Allen NB. Puberty Initiates Cascading Relationships Between Neurodevelopmental, Social, and Internalizing Processes Across Adolescence. *Biological Psychiatry* 2021;89:99-108

10. Ozcan Dag Z, Oguzturk O, Isik Y, Turkel Y, Bulcun E. Personality Profile in Patients with Polycystic Ovary Syndrome. *Gynecological Endocrinology: The Official Journal of the International Society of Gynecological Endocrinology* 2015;31:540-2

11. Stefanaki K, Karagiannakis DS, Raftopoulou M, Psaltopoulou T, Paschou SA, Ilias I. Obesity and Hyperandrogenism are Implicated with Anxiety, Depression and Food Cravings in Women with Polycystic Ovary Syndrome. *Endocrine* 2023;82:201-208

12. Ranjbaran M, Omani Samani R, Almasi-Hashiani A, Matourypour P, Moini A. Prevalence of premenstrual syndrome in Iran: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Reproductive Biomedicine* 2017;15:679-86

13. Al Sabbah H, Al Mutawa N, Assaf EA. Prevalence of premenstrual syndrome and its associations with dietary and other lifestyle factors among university female students in Dubai: A cross-sectional study. *Women's Health (Lond)* 2024;20:17455057241260026

14. Imai A, Ichigo S, Matsunami K, Takagi H. Premenstrual syndrome: management and pathophysiology. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology* 2015;42:123-8

15. Gurkan DY, Biligili N. Prevalence of Premenstrual Syndrome Among University Students: Associated Factors and Comfort Level. *Bezmialem Science* 2022;10:44-52

16. 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;9:39

17. Goldberg D, Williams, P. A User's Guide to the General Health Questionnaire. 1st Edition, Nfer-nelson: United Kingdom, 1988

18. Ebrahimi A, Molavi H, Musavi A. Psychometric Properties and Factor Structure of General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian Psychiatric Patients. *Journal of Research in Behavioural Sciences* 2007;5:5-12

19. Smet ME, McLennan A. Rotterdam criteria, the end. *Australasian Journal of Ultrasound in Medicine* 2018;21:59-60

20. Ramezani Tehrani F, Minooee S, Simbar M, Azizi F. A Simpler Diagnostic Method to Assess Hirsutism in the Iranian Population: Based on Modified Ferriman- Gallwey Scoring System. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2013;15:303-10

21. López-Estebarez JL, Herranz-Pinto P, Dréno B. Consensus-Based Acne Classification System and Treatment Algorithm for Spain. *Actas Dermo-Sifiliograficas* 2017;108:120-31

22. Mohapatra I, Samantaray SR. BMI and Polycystic Ovary Syndrome: Demographic Trends in Weight and Health. *Cureus* 2024;16:e55439

23. Zhou X, Hu Y, Yang Z, Gong Z, Zhang S, Liu X, et al. Overweight/Obesity in Childhood and the Risk of Early Puberty: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Pediatrics* 2022;10: 795596

24. Nilsson O, Weise M, Landman EB, Meyers JL, Barnes KM, Baron J. Evidence that estrogen hastens epiphyseal fusion and cessation of longitudinal bone growth by irreversibly depleting the number of resting zone progenitor cells in female rabbits. *Endocrinology* 2014;155:2892-9

25. Sheikhi V, Bonyadi S, Heidari Z. Causes of Short Stature in Children Referred to a Tertiary Care Center in Southeast of Iran: 2018-2020. *Journal of Pediatrics Review*. 2022;10:9

25. Satoh M, Hasegawa Y. Factors affecting prepubertal and pubertal bone age progression. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2022;13:967711

27. Eledath Kolasseri A, Sivaraman J, Ramasamy T. Assessment of factors related to polycystic ovarian syndrome – A comparative and correlational study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2024;45:2297166

28. Szeffler L, Szybiak-Skora W, Sadowska-Przytocka A, Zaba R, Wieckowska B, Lacka K. Metformin

Therapy for Acne Vulgaris: A Meta-Analysis. Pharmaceuticals (Basel) 2024;17:728

29. Vasam M, Korutla S, Bohara RA. Acne vulgaris: A review of the pathophysiology, treatment, and recent nanotechnology based advances. Biochemistry and Biophysics Reports 2023;36:101578

30. Panwar V, Singh A, Bhatt M, Tonk RK, Azizov S, Raza AS, et al. Multifaceted role of mTOR (mammalian target of rapamycin) signaling pathway in human health and disease. Signal Transduction and Targeted Therapy 2023;8:375

31. Pinto J, Cera N, Pignatelli D. Psychological symptoms and brain activity alterations in women with PCOS and their relation to the reduced quality of life: a narrative review. Journal of Endocrinological Investigation 2024;47:1-22

32. Vatieer C, Christin-Maitre S. Epigenetic/circadian clocks and PCOS. Human Reproductive 2024;39:1167-75

33. Almahareeq M, Hamdan M, Vanoh D, Shawarb N, Herbawi J, Shawar E, et al. Comparison of premenstrual symptoms, psychological well-being, and nutritional status between Palestinian women with and without polycystic ovarian syndrome: a case-control study. BMC Women's Health 2024;24:360

34. Kite C, Lahart I M, Randeva H S, Kyrou I . The Influence of Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) and Other Related Factors upon Health-Related Quality of Life in Women of Reproductive Age: A Case-Control Study. Women's Reproductive Health 2024;11:644-666

35. Lu KT, Ho YC, Chang CL, Lan KC, Wu CC, Su YT. Evaluation of Bodily Pain Associated with Polycystic Ovary Syndrome: A Review of Health-Related Quality of Life and Potential Risk Factors. Biomedicines 2022; 10:3197

36. Kataoka J, Olsson M, Lindgren E, Larsson I, Schmidt J, Benrick A, et al. Effects of weight loss intervention on anxiety, depression and quality of life in women with severe obesity and polycystic ovary syndrome. Scientific Reports 2024;14:13495

37. Alur-Gupta S, Dokras A, Cooney LG. Management of polycystic ovary syndrome must include assessment and treatment of mental health symptoms. Fertility Sterility 2024;121:384-99

38. Elghobashy M, Lau GM, Davitadze M, Gillett CDT, O'Reilly MW, Arlt W, et al. Concerns and expectations in women with polycystic ovary syndrome vary across age and ethnicity: findings from PCOS Pearls Study. Frontiers in Endocrinology 2023;14:1175548

39. Lee S, Tejesvi MV, Hurskainen E, Aasmets O, et al. Gut bacteriome and mood disorders in women with PCOS. Human Reproductive 2024;39:1291-1302

40. Yu L, Chen X, Bai X, Fang J, Sui M. Microbiota Alters and Its Correlation with Molecular Regulation Underlying Depression in PCOS Patients. Molecular Neurobiology 2023, Online ahead of print