الجمهورية العربية الســــــــــورية

جامعة دمشق – كلية الطب البشــري

قسم طب الأسرة والمجتمع

دراسة الوعي والمعارف حول متلازمة المبيض متعدد الكيسات عند الشابات والسيدات بسن النشاط التناسلي

رسالة مقدمة لنيل شهادة الدراسات العليا في طب الأسرة والمجتمع

إعداد

طالبة الدراسات العليا

د. هزار يوسف طعمه

إشراف

الأستاذ الدكتور عبير قدسي

قسم طب الأسرة والمجتمع

كلية الطب البشري

جامعة دمشق

المشرف المشارك

الأستاذ الدكتور مروان الحلبي

قسم الجنين والوراثة والتشريح

كلية الطب البشري

جامعة دمشق

دمشق ٢٠٢٢م

لم يكن الطريق سهلاً يوماً ولكن لطف الله وتوفيقه كان معنا دوماً اليوم وأنا بصدد الخطوة الأخيرة من هذه الرحلة لا يسعني إلا أن أشكر كل من وقف الى جانبي وساندني في لحظات ضعفي وأنار لي الطريق عند الظلمة ومد لي يد العون عند التعب واليأس وأخص بالشكر :

الأستاذة الدكتورة : عبير قدسي التي ساعدتني وصوبت لي أخطائي على مدى السنوات العشر الماضية .

الأستاذ الدكتور: مروان الحلبي الذي لم يبخل علينا يوماً بعلم أو جهد .

إلى من أفخر بحمل اسمه من فارقنا جسداً وبقي معنا روحاً

والدي العزيز رحمه الله

إلى الشمعة التي أنارت لي الطريق وسهلت لي الصعاب وساندتني بلحظات ضعفي ويأسي

والدتي الغالية

إلى من اطمأن قلبي بقربه وأشرقت أيامي بصحبته إلى شريك المستقبل الجميل

صفوان

إلى توأم روحي الذي لا يفارقني

قتيبة رحمه الله

إلى بهجة الحياة والسند الذي لا يخذل والفرح الذي لا ينتهي

رؤى ..قصي ..همام..مراد

فهرس المحتويات Table of Contents	
	رقم الصفحة
فهرس الوسائل الإيضاحية والإجرائية	
مصطلحات البحث	
الملخص	
الإطار العام للبحث	1
الإطار النظري للبحث: الفصل الأول متلازمة المبيض متعدد الكيسات	٢
تعريف المتلازمة	٥
الفيزيولوجيا المرضية	٥
معايير التشخيص	٦
الفصل الثاني الأعراض والاختلاطات التي تسببها	٧
الاضطرابات النفسية	٧
مقاومة الأنسولين	٨
اضطرابات الطمث	٩
البدانة	١٣
نقص الخصوبة	٢٠

العد والشعرانية	٢٦
المشاكل القلبية الوعائية	٢٧
سرطان بطانة الرحم	٢٨
الفصل الثالث : العلاج	٢٩
هدف العلاج	٢٩
طرق تحريض الاباضة	٣٠
أهمية فيتامين د	٣٢
منهج البحث وإجراءاته: عينة البحث	٣٤
خطوات البحث	٣٤
الدراسة الإحصائية: الإحصاء الوصفي	٣٦
الإحصاء التحليلي	٦٤
نتائج البحث	٧٦
مناقشة النتائج ومقارنتها بالدراسات السابقة	٨٥
الخلاصة	٩٠
التوصيات	٩٢
المراجع	٩٣

الملاحق: الموافقة المستنيرة	٩٥
استمارة البحث العلمي	٩٨
Abstract	١٠١

قائمة الجداول List of Tables

الجدول رقم (١) التوزع النسبي للحالات حسب المنطقة	٤٧
الجدول رقم (٢) التوزع النسبي للحالات حسب التعليم.	٤٨
الجدول رقم (٣) التوزع النسبي للحالات حسب الحالة الاجتماعية .	٤٩
الجدول رقم (٤) التوزع النسبي للحالات حسب المعاناة من اضطرابات نسائية	٥٠
الجدول رقم (٥) التوزع النسبي لمستوى وعي حالات الدراسة حول الأعراض	٥٠
الجدول رقم (٦) لتوزع النسبي لمستوى معلومات حالات الدراسة الخاصة بالمتلازمة	٥٢
الجدول رقم (٧) التوزع النسبي لمستوى الوعي حول اختلاطات المتلازمة .	٥٦
الجدول رقم (٨) التوزع النسبي لمستوى الوعي حول الممارسات التي تخفف من أعراض متلازمة .	٥٦
الجدول رقم (٩) مقياس تقييم الإجابات على عبارات الدراسة .	٦٢
الجدول رقم (١٠)نسبة المعرفة الكلية والمعرفة حول كل محور من محاور الدراسة	٦٣
الجدول رقم (١١) الإحصاءات الوصفية لنسبة المعرفة الكلية لكل من (السيدات، الطالبات) حول متلازمة PCO عند مجموعتي المريضات باختلاف ممارستهن للعمل مع نتائج اختبار t للمقارنة بين المتوسطين	٦٦
الجدول رقم (١٢) الإحصاءات الوصفية لنسبة المعرفة الكلية لكل من (السيدات، الطالبات) حول t عند مجموعتي المريضات باختلاف الحالة الاجتماعية مع نتائج اختبار PCOمتلازمة للمقارنة بين المتوسطين	٦٧
الجدول رقم (١٤) الإحصاءات الوصفية لنسبة المعرفة الكلية لكل من (السيدات، الطالبات) حول مع نتائج اختبارl عند مجموعات المريضات باختلاف مستوى التعليم PCOمتلازمة للمقارنة بين المتوسطاتANOVA	٧٠

الجدول رقم (١٥) الإحصاءات الوصفية لنسبة المعرفة الكلية لكل من (السيدات، الطالبات) حول ANOVA عند مجموعات المريضات باختلاف مستوى التعليم مع نتائج اختبارPCOمتلازمة للمقارنة بين المتوسطات .	٧١
الجدول رقم (١٦. الإحصاءات الوصفية لنسبة المعرفة الكلية لكل من (السيدات، الطالبات) حول ANOVA عند مجموعات المريضات باختلاف المنطقة مع نتائج اختبارPCOمتلازمة للمقارنة بين المتوسطات	٧٢

قائمة الأشكال والرسوم البيانية List of Figures

الشكل رقم (١) معيار ferrymen Gallwey	١٠
الشكل رقم (٢) مظهر المبيض متعدد الكيسات (يحوي حوالي ٢٠ جريب)	١٢
الشكل رقم (٣) مظهر المبيض متعدد الكيسات (قطره ١٠ مل)	١٣
الشكل رقم (٤) مراحل تطور الجريب	٢٤
الشكل رقم (٥) مراحل انتشار ورم سرطان باطن الرحم	٣٣
الشكل رقم (٦) الرسم البياني بالفطيرة للتوزع النسبي لحالات الدراسة حسب مكان الإقامة	٤٧
الشكل رقم (٧)	٥٤

الرسم البياني بالأعمدة لمتوسط نسبة المعرفة الكلية لحالات الدراسة حول الأعراض	
الشكل رقم (٨) التمثيل البياني بالأعمدة لمتوسط نسبة معرفة كل من السيدات والطالبات حول المتلازمة باختلاف الحالة الاجتماعية	٦٩
الشكل ر قم (٩) التمثيل البياني بالأعمدة لمتوسط نسبة معرفة كل من السيدات والطالبات حول المتلازمة باختلاف مستوى التعليم	٧٢
(الشكل (١٠) التمثيل البياني بالأعمدة لمتوسط نسبة معرفة كل من السيدات والطالبات حول المتلازمة باختلاف المنطقة التي تقطن فيها	٧٥

مصطلحات البحث		
المصطلح اللاتيني	**الاختصار**	**المصطلح باللغة العربية**
Anti-mullerian hormone	AMH	**مخزون الاباضة**
Body mass index	BMI	**مشعر كتلة الجسم**
Blood pressure	BP	**ضغط الدم**
Luteinizing hormone	LH	**الهرمون الملوتن**
Gonadotropin-releasing hormone	GnRh	**الهرمون المطلق لموجهة الغدد التناسلية**
Metabolic syndrome	MetS	**المتلازمة الاستقلابية**
Oral contraceptive	OCP	**حبوب منع الحمل**
Polycystic ovary syndrome	PCOS	**متلازمة المبيض متعدد الكيسات**
Testosteron	T	**التستسرون**
Type 2 diabetes mellitus	T2DM	**سكري نمط ثاني**
Triglyceride	TG	**الشحوم الثلاثية**
Low-density lipoprotein	LDL	**الشحوم منخفضة الكثافة**

الملخص

مقدمة البحث:

تعد متلازمة المبيض متعدد الكيسات من أشيع الاضطرابات الغدية عند النساء بسن النشاط التناسلي. تختلف نسبة الانتشار بين بلد وآخر ويعتمد التشخيص في معظم المراكز العالمية على معايير روتردام الشهيرة وهي:

١. فرط الأندروجين السريري أو المخبري.

٢. ندرة الطمث (عسرة الاباضة).

٣. مظهر المبيض متعدد الكيسات.

تتظاهر هذه المتلازمة بأعراض مختلفة منها : اضطرابات الطمث –نقص الخصوبة –الشعرانية وتسبب اختلاطات طويلة الأمد تؤثر على نوعية الحياة لدى المريضة.

الهدف:

تهدف الدراسة لتقيم الوعي والمعارف لدى النساء بسن النشاط التناسلي حول متلازمة المبيض متعدد الكيسات.

المواد والطرائق:

تضمنت الدراسة ١٧٢٨ سيدة وطالبة بسن النشاط التناسلي تتراوح أعمارهن بين (١٨–٤٠) عام بغض النظر عن الخلفية الاجتماعية و الثقافية و الصحية .

وقد شاركن باستبيان يتناول معلومات حول متلازمة المبيض متعدد الكيسات وتناول هذا الاستبيان الأعراض التي تسببها المتلازمة والاختلاطات التي تنجم عنها وماهي أفضل طرق الوقاية والعلاج منها وقيمت بعدها المعرفة لديهن بناء على الإجابات التي قدمنها.

النتائج:

كان لدينا (١٧٢٨) سيدة وطالبة بسن النشاط التناسلي شاركن بالاستبيان.

بلغت النسبة المئوية لمعرفة حالات الدراسة حول محاور الدراسة كاملة ٥٩،٢%وانحراف معياري ٢٥,٢%

ونسبة المعرفة حول الأعراض بمتوسط ٥١% وانحراف معياري ٢٥,٢%

ونسبة معرفة حول المعلومات الخاصة بالمتلازمة بمتوسط ٦٤% وانحراف معياري ٢٤,٧%

ونسبة معرفة حول الاختلاطات بمتوسط ٦٢,٥% وانحراف معياري ٢٥,٨%

ونسبة معرفة حول الممارسات التي تخفف من شدة الأعراض ٥٨,٦% وانحراف معياري ٢٢,٢%

الخلاصة:

بلغت نسبة المعرفة حول متلازمة المبيض متعدد الكيسات لدى السيدات المشاركات بالدراسة عند سؤالهن عن الأعراض والاختلاطات وطرق الوقاية والعلاج حوالي٥٩,٢ %.

من المهم جداً نشر الوعي أكثر حول هذه المتلازمة والتعريف بأعراضها واختلاطاتها والممارسات التي تخفف من شدتها لتحقيق نوعية حياة أفضل للمريضة بعيداً عن المعاناة ولتجنب الاختلاطات طويلة الأمد التي قد تكون مهددة للحياة في بعض الأحيان وأخيراً تخفيض تكاليف العلاج وتخفيف العبء المادي على المريضة وعلى النظام الصحي بحال جرى التشخيص باكراً .

كلمات مفتاحية: الشعرانية، المبيض متعدد الكيسات ، اضطرابات الطمث، نقص الخصوبة ، الوعي .

الجزء التمهيدي: الإطار العام للبحث

مقدمة البحث

تعد متلازمة المبيض متعدد الكيسات من أشيع الاضطرابات الغدية عند النساء بسن النشاط التناسلي. تتنوع الأعراض التي تراجع بها السيدة بين: اضطرابات الطمث– نقص الخصوبة – البدانة– الشعرانية – العد الشائع وحتى الاكتئاب ، كما أنها ترتبط باختلاطات طويلة الأمد مثل : السكري – سرطان باطن الرحم –الأمراض القلبية الوعائية التي تؤثر على نوعية الحياة لدى المريضة .

لذا من المهم جداً تشخيص هذه المتلازمة أبكر ما يمكن لإدارة أعراضها مبكراً وتحقيق حياة أفضل للمريضة وحمايتها من تطور الاختلاطات التي قد تكون مميتة .

ولهذا أجريت عدة دراسات منها دراستنا لتحديد مستوى المعرفة والوعي حول هذه المتلازمة لدى السيدات بسن النشاط التناسلي تحديداً أكاديمياً وصحيحاً فقد تناولت الدراسة الأعراض التي تسببها المتلازمة و الاختلاطات التي تنجم عنها و الممارسات التي تخفف من شدة الأعراض في محاولة لنشر الوعي أكثر وتسليط الضوء عليها .

المشكلة البحثية

لاشك أن التشخيص المبكر لأي متلازمة يؤخر من اختلاطاتها ويوفر حياة أكثر صحة للمريض ، تعد متلازمة المبيض متعدد الكيسات من أشيع الاضطرابات الغدية عند السيدات بسن النشاط التناسلي وغالباً ما يتأخر تشخيصها لتنوع الأعراض التي تسببها وقد يلزم الأمر عدة مراجعات لعدة أطباء لوضع التشخيص ما يؤثر سلبا على نفسية المريضة، لذا كان التوجه نحو دراسة الوعي حول هذه المتلازمة وتحديد نقاط الضعف لنشر المعارف وتشخيصها باكراً .

السؤال البحثي

ما هو مدى معرفة السيدات ووعيهن في سن النشاط التناسلي حول متلازمة المبيض متعدد الكيسات؟

مبررات البحث

تعد متلازمة المبيض متعدد الكيسات من أشيع الاضطرابات الغدية عند السيدات بسن النشاط التناسلي وهي ترتبط باختلاطات طويلة الأمد تؤثر على نوعية الحياة لدى المريضة، لذا من الضروري التشخيص المبكر لهذه المتلازمة لتجنب اختلاطاتها التي تكون خطيرة في بعض الأحيان ، من هنا تأتي أهمية هذا البحث لتحديد مستوى الوعي ونشر المعارف والتشخيص المبكر.

هدف البحث

١) تهدف الدراسة لمعرفة مدى انتشار المعارف والوعي حول متلازمة المبيض متعدد الكيسات عند السيدات بسن النشاط التناسلي.

٢) معرفة وجود علاقة بين الوعي وسكن المريضة أو مستواها التعليمي أو عملها مما يساهم في تحديد الفئات التي بحاجة لتعزيز الوعي أكثر .

٣) معرفة الثغرات الرئيسية في المعارف هل هي في الأعراض أو الاختلاطات أو الممارسات التي تخفف من شدة الأعراض مما يساعد في توجيه برامج التثقيف الصحي لترميم هذه الثغرات .

أهمية البحث

تنبع أهمية هذا البحث من النقاط التالية:

١) إمكانية التشخيص المبكر للمبيض متعدد الكيسات وبالتالي تجنب الاختلاطات طويلة الأمد.

٢) إمكانية الحصول على نوعية حياة أفضل من خلال ضبط عوامل الخطورة وتجنب الاختلاطات.

٣) تخفيض التكلفة المادية التي تسببها الاختلاطات الناتجة عن هذه المتلازمة.

مناهج البحث وأدواته

دراستنا هي دراسة مقطعية مستعرضة

مكونات البحث

يتكون البحث من جزأين:

الجزء الأول: وهو جزء يتحدث عن الإطار النظري لموضوع دراستنا وعن التعريفات الأساسية، يتكون من ثلاثة فصول:

- **الفصل الأول:** نتحدث فيه عن متلازمة المبيض متعدد الكيسات في التعريف والتشخيص والفيزيولوجيا المرضية.
- **الفصل الثاني:** سنتناول فيه الأعراض والاختلاطات التي تسببها.
- **الفصل الثالث:** نتحدث فيه عن العلاج وطرق تحريض الإباضة وأثر فيتامين "د" بالعلاج.

الجزء الثاني: وهو الإطار العملي للدراسة والخطط المتبعة وصولاً إلى النتائج، ويتكون من فصلين:

- **<u>الفصل الأول:</u>** يتضمن طرائق البحث وأدواته، تصميم الدراسة ومدتها مع التطرق لمجموعة الدراسة ومجموعة الاستبعاد، جمع البيانات وتحليلها.
- **<u>الفصل الثاني:</u>** نتناول فيه نتائج الدراسة الوصفية والتحليلية، فتدرس المتغيرات المختلفة، ومناقشة هذه النتائج بطريقة علمية إحصائية.

الخاتمة: تتمثل بمقارنة نتائج دراستنا مع النتائج العالمية تمهيدا لوضع التوصيات.

محددات البحث

كانت محددات الدراسة كالتالي:

إجراء الدراسة بجامعة دمشق ومشفى التوليد الجامعي ومشفى الشرق وحسب المعايير المتبعة بهم مما قد يحد من القدرة على تعميم نتائج الدراسة.

الدراسات المرجعية

نشرت عديد من الدراسات في المواقع الطبية العالمية تتناول معارف السيدات حول هذه المتلازمة منها دراسة أجريت في الإمارات العربية المتحدة (٢٠٢٠) بحرم جامعة زايد بدبي شملت ٤٩٣ طالبة إماراتية من الفئة العمرية (١٨-٢٥) أظهرت أن ٣٨% فقط من المشاركات قد سمعن بهذه المتلازمة وقد تمكنت الدراسة من زيادة مستوى الوعي الى ٥٧% بنهاية المسح وأكدت المشاركات أنهن يفضلن تلقي هذه المعارف من خلال المراكز الصحية وأطباء الأسرة بنسبة ٦٠%[١].

نشرت دراسة ثانية أجريت في شرق الهند (٢٠٢٠) شملت (٩٦٥) شابة ومراهقة متوسط العمر لديهن ٢٠ عام استمرت الدراسة لمدة سنتين وتم جمع العينة من مشفى تعليمي للرعاية الثالثية وتم استخدام استبيان تم تشكيله مسبقاً والتحقق من صحته ، بلغت نسبة الوعي لديهن ٢٥,٩% أكدت الدراسة على أثر الأطباء والموظفين الصحيين في نشر الوعي لمنع حدوث مضاعفات على المدى الطويل[٢] .

كما نشرت دراسة في السعودية (٢٠١٧) شملت (٦٧٤) سيدة من مختلف أرجاء المملكة متزوجات أو عازبات متوسط أعمارهن (١٨-٣٠) نسبة الجامعيات منهن ٧١% ، أداة الدراسة (استبيان)تم نشره on line تناول معلومات حول المتلازمة واختلاطاتها ، بلغت نسبة الوعي لديهن حول متلازمة pco حوالي ٦٠% وهي تعد نسبة جيدة أكدت المشاركات بأن النت هو مصدر المعلومات الأشيع لديهن وهو ما ساهم في رفع مستوى الوعي لديهن [٣].

الجزء الأول: أدبيات البحث

الإطار النظري للبحث

الفصل الأول: متلازمة المبيض متعدد الكيسات

١.تعريف:

تعد متلازمة المبيض متعدد الكيسات من أشيع الاضطرابات الغدية عند النساء بسن النشاط التناسلي [٢] .

وصفت لأول مرة من قبل الطبيبين (stein-levethal) بعام ١٩٣٥ [٦] .

تتراوح نسبة الانتشار بين ٥-١٥% من السيدات اعتماداً على عدد من التعريفات التشخيصية.

تتضمن هذه التعريفات: تعريف المعاهد الوطنية الصحية NIH١٩٩٠ _ تعريف روتردام ٢٠٠٣ وهو الأشيع_ تعريف ANDROGEN-EXESS PCOS ٢٠٠٦ [١٢، ١٣].

بالرغم من الانتشار الواسع للمتلازمة لا تشخص غالباً من زيارة واحدة . قد يلزم الأمر عدة زيارات لعدة أطباء بأوقات مختلفة وهي عملية محبطة للمريض وقد يؤدي التأخير بالتشخيص إلى تطور الأمراض المرافقة مما يزيد من صعوبة التدخل في نمط الحياة وهو أمر بالغ الأهمية لتحسين نوعية الحياة عند مريضاتPCO [٤، ٥].

يعد تشخيص PCO عند المراهقات تحدياً خاصاً نظراً لسمات النمو الشائعة بهذه المرحلة المتشابهة مع سمات PCO مثل: حب الشباب – فرط أنسولين الدم– خلل انتظام الطمث– غياب الإباضة خلال أول سنتين من البلوغ بسبب نقص نضج المحور الوطائي–المبيضي[٦] .

٢. الفيزيولوجيا المرضية:

تعد متلازمة المبيض متعدد الكيسات مرضاً متعدد العوامل .

حددت عدة جينات تسهم في الفيزيولوجيا المرضية للمرض ، تقوم هذه الجينات بالمشاركة بمستويات مختلفة في تكوين الستيروئيدات والأندروجينات.

تقول الفرضيات إن النساء اللواتي لديهن استعداد وراثي و يتعرضن لعوامل بيئية معينة يصبح لديهن احتمال كبير لظهور سمات المتلازمة .

تشمل العوامل البيئية الأكثر شيوعاً : البدانة – مقاومة الأنسولين – تعرض الجنين للأندروجين .

حوالي ثلثي حالات PCO لديهن فرط أندروجين مبيضي مع استجابة مفرطة لل١٧هيدروكسي البروجيسترون أما ثلث الحالات المتبقي ليس لديهن فرط أندروجيني ويفتقرن للاستجابة المفرطة ل١٧ هيدروكسي البروجيسترون ولكن لديهن ارتفاع بهرمون التستسترون يمكن أن يكشف بعد قمع الكظر بالأندروجين[٧].

ويؤدي خلل انتظام هرمونات المبيض إلى تغير في إفراز الهرمون المطلق لموجهة الغدد التناسلية GRNH مما يؤدي الى زيادة نسبية في LH مقابل FSH [٨].

وتجدر الإشارة هنا إلى أن LH يحفز انتاج الأندروجين من المبيض بينما يمنع الانخفاض النسبي لل FSH التحفيز الكافي لنشاط الأروماتاز داخل الخلايا الحبيبية مما يقلل تحويل الأندروجين لأستروجين فعال .

يتحول أندروجينات المصل المرتفعة بالأطراف الى هرمون الأستروجين ويكون معظمها من نمط الأسترون نظراً لأن التحويل يحدث أساساً بالخلايا اللحمية الدهنية فيزيد إنتاج الأستروجين عند مريضات ال PCO البدينات مما يؤدي لتحريض نمو بطانة الرحم دون معاوضة مما يؤهب لسرطان باطن الرحم [٩، ١٠].

٣. معايير التشخيص :

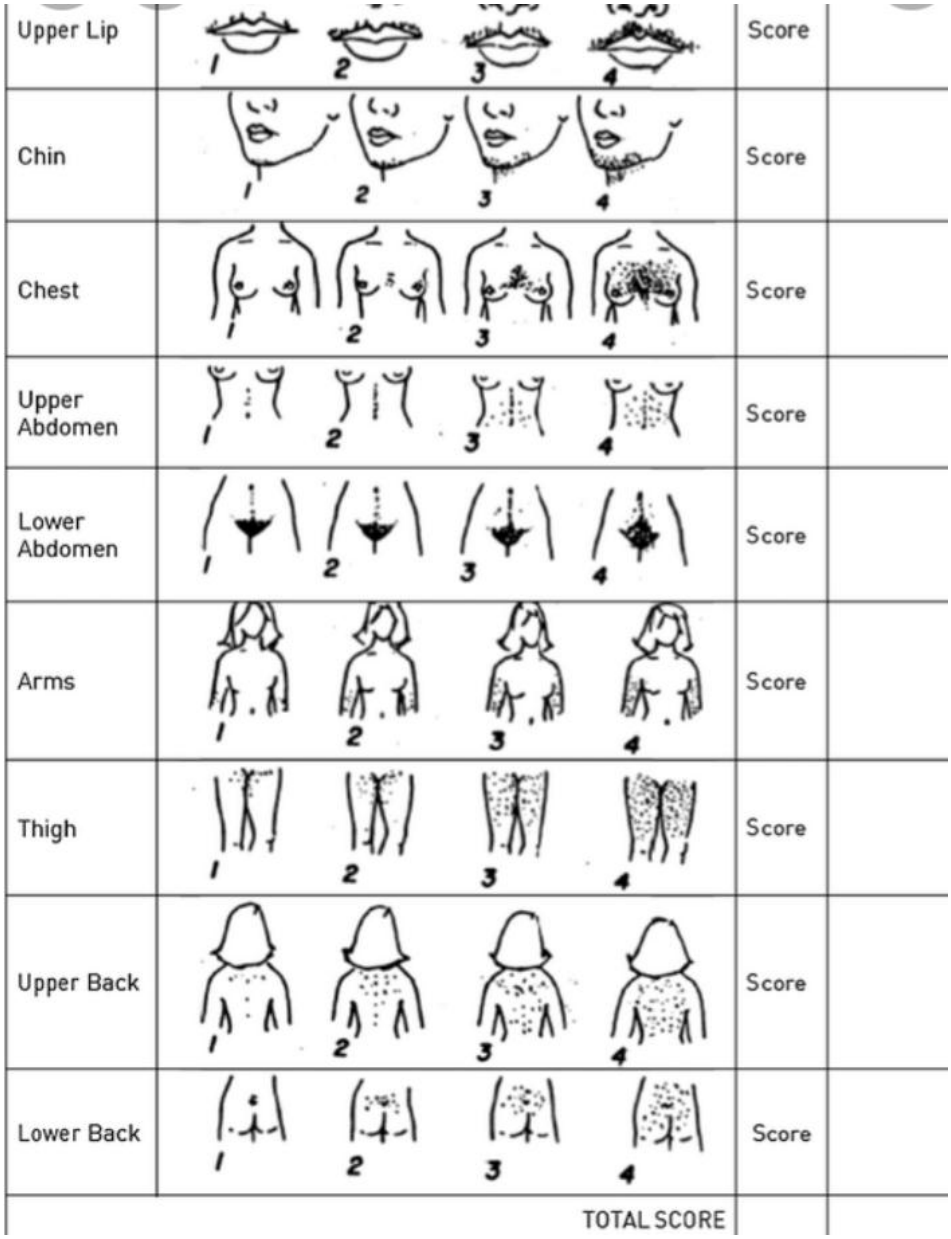
هناك عدة معايير لتشخيص PCO الأكثر شيوعاً منها والمعتمدة بمعظم المراكز العالمية معايير روتردام الشهيرة (٢٠٠٣) مع مراعاة التوصيات الحديثة guidelines :

١. فرط الأندروجين السريري أو المخبري .
٢. ندرة الطمث (عسرة الاباضة) .
٣. مظهر المبيض متعدد الكيسات [١١].

فرط الأندروجينية :

تشخص سريرياً بوجود العد الشائع – تساقط الأشعار –الشواك الأسود –الشعرانية (تقيم حسب معيار Ferrymen Gallwey – مع الأخذ بالحسبان عرق المريضة والمعالجات السابقة للأشعار) .

مخبرياً : عن طريق عيار Free Androgen Index [١٢، ١٣].



الشكل رقم (١)

معيار Ferrymen Gallwey .

ندرة الطمث (عسر الاباضة) :

١. انقطاع طمث بدئي بعمر ١٥ سنة .

٢. عدم حدوث طمث بعد مرور ٣ سنوات على تطور برعم الثدي .

٣. بعد سنة من بدء الطمث : انقطاع الدورة لمدة ٣ شهور .

٤. بعد البلوغ ب٣ سنوات وحتى سن اليأس :

أقل من ٨ دورات سنوياً ، أن تكون المدة بين الطموث أكثر من ٣٥ يوماً أو أقل من ٢١ يوماً [١٤].

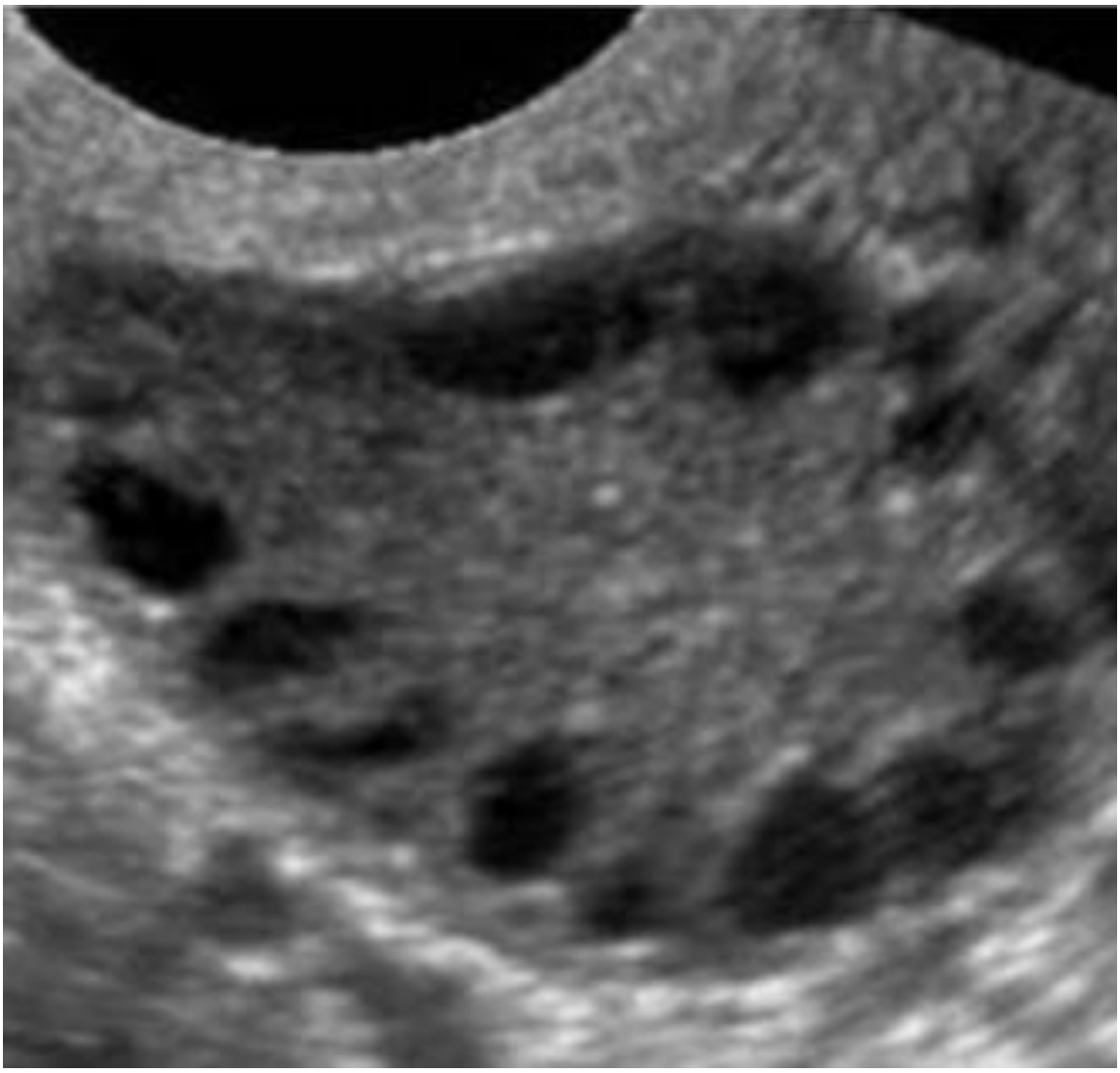
مظهر المبيض متعدد الكيسات :

أن يحتوي أحد المبيضين أو كليهما على ٢٠جريب أو أكثر تتراوح أقطارها بين (٢-٩) ملم بالأمواج فوق الصوتية أو أن يزيد حجم أحد المبيضين عن ١٠ مل (على ألا يحوي كيسة جسم أصفر –كيسة جريبية – جريب ناضج) .

يجري التشخيص بوجود معيارين على الأقل من المعايير الثلاثة السابقة[١٥] .

الشكل رقم (٢)

مظهر المبيض متعدد الكيسات(الحجم ١٠ مل) .



الشكل رقم (٣)

مظهر المبيض متعدد الكيسات (يحوي حوالي ٢٠ جريب) .

الفصل الثاني: الأعراض والاختلاطات التي تسببها

من الأعراض (الاضطرابات النفسية – مقاومة الأنسولين – اضطرابات الطمث– البدانة – نقص الخصوبة) .

ومن الاختلاطات التي تسببها متلازمة المبيض متعدد الكيسات (المشاكل القلبية الوعائية و سرطان بطانة الرحم) .

١. الاضطرابات النفسية :

لا تعد المريضات اللواتي يعانين من متلازمة المبيض متعدد الكيسات ولا الممارسين العاملين أن الضائقة النفسية هي إحدى الخصائص الرئيسية لمتلازمة المبيض متعدد الكيسات .

يعد الاكتئاب والقلق السببين الرئيسيين الثانويين لعبء المرض عالمياً [١٦].

يمكن أن يتداخل اضطراب القلق مع الأنشطة اليومية كأداء العمل والعمل المدرسي والتفاعل الاجتماعي والعلاقات العامة وهو السبب الرئيسي السادس للإعاقة .

لا تزال العوامل الأساسية المسؤولة عن إصابة مريضات المبيض متعدد الكيسات بالقلق والاكتئاب غير واضحة تماما ، و تقول بعض الدراسات إن الأمراض المصاحبة مثل : الشعرانية ، ارتفاع التستسرون ،العقم أحيانا ، السمنة التي ترتبط مع المتلازمة ارتباطاً شائعاً قد تكون هي السبب .

بينما تقول دراسات أخرى إن العلاجات المرتبطة بالمتلازمة مثل: حبوب منع الحمل ، الميتفورمين هي السبب.

يزداد خطر الإصابة لديهن بالاكتئاب ثلاثة أضعاف وخطر الإصابة بالقلق وضعف احترام الذات خمسة أضعاف مقارنة بغير المصابات بالمتلازمة مما يرفع أهمية الفحص والمتابعة لهذه المريضات .

نظراً لارتفاع معدل انتشار متلازمة المبيض متعدد الكيسات والعبء الصحي المرتبط بأمراضها المصاحبة بما في ذلك الاكتئاب واضطرابات القلق واستياء المريضة فهناك حاجة أكبر إلى تغييرات في الممارسة السريرية تتماشى مع توصيات الفحص العام للسكان والعلاج .

توصي إرشادات الممارسة الأسترالية وجمعية الغدد الصماء بإجراء فحص روتيني لأعراض القلق والاكتئاب عند مريضات متلازمة المبيض متعدد الكيسات ،و في حال كان الفحص إيجابياً يقدم العلاج المناسب أو تحال للأخصائيين النفسيين ، وفي حال كان سلبياً تقترح الدراسات تكرار الفحص عند النساء ذوات الخطورة العالية مثل المصابات بالبدانة[١٧].

وقد أظهرت دراسات أجريت بأميركا وفنلندا الشمالية وتايوان أن خطر الإصابة بالاكتئاب يزداد مع الوقت وقد زاد خطر الإبلاغ عن الاكتئاب أو العلاج منه كثيراً عند مريضات المتلازمة اللواتي تتراوح أعمارهن بين (٣١-٤٦) عام

ومن الجدير بالذكر أن إدارة نمط الحياة بما في ذلك زيادة النشاط البدني والتدخل الغذائي أحد مكونات الإدارة الأولية لمتلازمة المبيض متعدد الكيسات .

وأبلغ عن تحسن كبير في أعراض الاكتئاب لدى النساء ذوات الوزن الزائد المصابات بالمتلازمة بعد تعديل نمط الحياة وممارسة الرياضة وتخفيف الوزن .

٢. مقاومة الأنسولين :

حوالي ٥٠% من مريضات متلازمة المبيض متعدد الكيسات لديهن مقاومة للأنسولين فإن مقاومة الأنسولين تعزز مباشرة أو غير مباشرة تخليق الأندروجين وإفرازه بعد ذلك يؤدي فرط الأندروجين في الدم إلى تحلل الأنسجة الدهنية مما يؤدي إلى تفاقم مستويات مقاومة الأنسولين يمكن لمثل هذا التسلسل من الأحداث أن يشكل في النهاية حلقة مفرغة بين فرط الأندروجين ومقاومة الأنسولين في متلازمة المبيض متعدد الكيسات وبالتالي تعزيز حدوث هذه المتلازمة وتطورها.

يمكن أن يسبب الأنسولين المرتفع بالدم زيادة تنبيه مستقبلات الأنسولين في الغدة النخامية لإفراز هرمون LHوتعزيز إفراز الأندروجين عن طريق المبيض والكظر وبالتالي زيادة هرمون التستسترون الحر .

ويؤدي فرط الأندروجين إلى ظهور الشعرانية ، حب الشباب ، تساقط أشعار الرأس ، وقد يعيق أيضا نمو جريبات المبيض وتطورها .

كما يزيد الأنسولين نشاط مستقبلات عامل النمو الشبيه بالأنسولين (IGF-1) في المبيض مما يزيد من مستويات IGF-1 الحر وبالتالي يعزز إنتاج الأندروجين .

تؤثر مقاومة الأنسولين كخاصية أيضية مميزة في متلازمة المبيض متعدد الكيسات على الوظيفة الفيزيولوجية المتعلقة بتقبل بطانة الرحم للتعشيش و تؤدي هذه المقاومة إلى انخفاض مستويات ناقل الغلوكوز- ٤ (GLUT-4) وبروتينات نقل الغلوكوز الأخرى في المرحلة المتأخرة من نمو بطانة الرحم وبالتالي اضطراب نمو هذه البطانة علاوة على ذلك فإن فرط الأندروجين الناجم عن مقاومة الأنسولين يمكن أن يمنع نمو خلايا البطانة ونشاطها عن طريق التدخل باستقلاب الغلوكوز أيضا .

حوالي ٥٠% من مريضات متلازمة المبيض متعدد الكيسات لديهن مقاومة للأنسولين فإن مقاومة الأنسولين تعزز مباشرة أو غير مباشرة تخليق الأندروجين وإفرازه بعد ذلك يؤدي فرط الأندروجين في الدم إلى تحلل الأنسجة الدهنية مما يؤدي إلى تفاقم مستويات مقاومة الأنسولين يمكن لمثل هذا التسلسل من الأحداث أن يشكل في النهاية حلقة مفرغة بين فرط الأندروجين ومقاومة الأنسولين في متلازمة المبيض متعدد الكيسات وبالتالي تعزيز حدوث هذه المتلازمة وتطورها.

يمكن أن يسبب الأنسولين المرتفع بالدم زيادة تنبيه مستقبلات الأنسولين في الغدة النخامية لإفراز هرمون LHوتعزيز إفراز الأندروجين عن طريق المبيض والكظر وبالتالي زيادة هرمون التستسترون الحر .

ويؤدي فرط الأندروجين إلى ظهور الشعرانية ، حب الشباب ، تساقط أشعار الرأس ، وقد يعيق أيضا نمو جريبات المبيض وتطورها .

كما يزيد الأنسولين نشاط مستقبلات عامل النمو الشبيه بالأنسولين (IGF-1) في المبيض مما يزيد من مستويات IGF-1 الحر وبالتالي يعزز إنتاج الأندروجين .

تؤثر مقاومة الأنسولين كخاصية أيضية مميزة في متلازمة المبيض متعدد الكيسات على الوظيفة الفيزيولوجية المتعلقة بتقبل بطانة الرحم للتعشيش و تؤدي هذه المقاومة إلى انخفاض مستويات ناقل الغلوكوز- ٤ (GLUT-4) وبروتينات نقل الغلوكوز الأخرى في المرحلة المتأخرة من نمو بطانة الرحم وبالتالي اضطراب نمو هذه البطانة علاوة على ذلك فإن فرط الأندروجين الناجم عن مقاومة الأنسولين يمكن أن يمنع نمو خلايا البطانة ونشاطها عن طريق التدخل باستقلاب الغلوكوز أيضا .

ترتبط مقاومة الأنسولين ارتباطاً وثيقاً باضطراب التمثيل الغذائي للغلوكوز والدهون واستقلاب الحموض الأمينية والعواقب الضارة الأخرى ، ويمثل اضطراب شحوم الدم اضطراب التمثيل الغذائي الأكثر شيوعاً لدى مريضات المبيض متعدد الكيسات يبلغ معدل انتشاره ٧٠% .

كما أن مقاومة الأنسولين تقلل قدرته على تثبيط الليباز مما يؤدي لرفع مستوى الأحماض الدهنية الحرة وزيادة خطر الإصابة بالسمنة وأمراض القلب والأوعية الدموية [١٨، ١٩].

٣. اضطرابات الطمث :

يعد خلل انتظام الطمث بسبب انقطاع الاباضة أو قلة الاباضة الشديدة سمة رئيسية لمتلازمة المبيض متعدد الكيسات لعدد من النساء [١٧]. .

تتألف دورة المبيض من الطور الجريبي والطور الأصفري .

الطور الجريبي :

من خلال تأثير ارتفاع الهرمون المنبه للجريب خلال الأيام الأولى من الدورة تتحفز عدد من الجريبات في المبيض تتنافس هذه الجريبات بين بعضها البعض على الهيمنة ،ستتوقف جميع هذه الجريبات عن النمو باستثناء واحدة بينما سيستمر جريب واحد مهيمن –الذي يحتوي على معظم مستقبلات الهرمون المنبه للجريب – في النضج .

الجريبات المتبقية تموت في عملية تسمى الرتق الجريبي ،يحفز الهرمون الملوتن على زيادة نمو جريبات المبيض ويسمى الجريب الذي يصل على مرحلة النضج الجريب الغار ويحتوي على البويضة ،تُطور الخلايا القرابية المستقبلات التي تربط الهرمون الملوتن واستجابةً لذلك تفرز كميات كبيرة من الأندروستينديون وفي نفس الوقت تطور

الخلايا الحبيبة المحيطة بالجريب الناضج المستقبلات التي تربط الهرمون المنبه للجريب واستجابةً لذلك تبدأ بإفراز الأندروستيرون الذي يتحول إلى هرمون الأستروجين بواسطة أنزيم الأروماتاز ،يمنع الأستروجين إنتاج المزيد من الهرمون المنبه للجريب والهرمون الملوتن بواسطة الغدة النخامية ، التلقيم الراجع السلبي ينظم مستويات الهرمون المنيه للجريب والهرمون الملوتن [١٧].

يستمر الجريب المهيمن في إفراز هرمون الأستروجين ويؤدي ارتفاع هرمون الأستروجين إلى زيادة استجابة الغدة النخامية للهرمون المطلق لموجهة الغدد التناسلية من تحت المهاد وكلما زاد هرمون الأستروجين أصبح هذا إشارة

للتلقيم الراجع السلبي مما يزيد من إفرازا لغدة النخامية للهرمون المنبه للجريب والهرمون الملوتن عادةً ما تحدث هذه الزيادة في الهرمون المنبه للجريب والهرمون الملوتن قبل الإباضة بيوم أو يومين وهي مسؤولة عن تحفيز تمزق الجريب الغار وإطلاق البويضة .

الإباضة :

حواالي اليوم الرابع عشر تخرج البويضة من المبيض وتسمى بالإباضة تحدث عندما تطلق البويضة الناضجة من جريبات المبيض إلى قناة فالوب بعد حوالي ١٠-١٢ ساعة من بلوغ الذروة في تدفق الهرمون الملوتن ، عادةً ما تصل واحدة فقط من الجريبات المنشطة ١٥-٢٠ إلى النضج الكامل وتطلق بيضة واحدة فقط .

يبدأ الهرمون الملوتن في حوالي اليوم ١٤ للطمث ويحفز تكوين الجسم الأصفر يفرز الجسم الأصفر الإستروجبن والبروجسيترون والريلاكسين (الذي يرخي الرحم عن طريق تثبيط تقلصات عضلات الرحم) والإنيبين (الذي يمنع المزيد من إفراز الهرمون الملوتن) يؤدي اطلاق الهرمون الملوتن إلى نضوج البويضة وإضعاف جدار الجريب في المبيض مما يتسبب بالنمو المكتمل للجريب وإطلاق البويضة الناضجة .

الطور الأصفري :

الخلايا الحبيبة المحيطة بالجريب الناضج المستقبلات التي تربط الهرمون المنبه للجريب واستجابةً لذلك تبدأ بإفراز الأندروستيرون الذي يتحول إلى هرمون الأستروجين بواسطة أنزيم الأروماتاز ،يمنع الأستروجين إنتاج المزيد من الهرمون المنبه للجريب والهرمون الملوتن بواسطة الغدة النخامية ، التلقيم الراجع السلبي ينظم مستويات الهرمون المنيه للجريب والهرمون الملوتن [١٧].

يستمر الجريب المهيمن في إفراز هرمون الأستروجين ويؤدي ارتفاع هرمون الأستروجين إلى زيادة استجابة الغدة النخامية للهرمون المطلق لموجهة الغدد التناسلية من تحت المهاد وكلما زاد هرمون الأستروجين أصبح هذا إشارة

للتلقيم الراجع السلبي مما يزيد من إفرازا لغدة النخامية للهرمون المنبه للجريب والهرمون الملوتن عادةً ما تحدث هذه الزيادة في الهرمون المنبه للجريب والهرمون الملوتن قبل الإباضة بيوم أو يومين وهي مسؤولة عن تحفيز تمزق الجريب الغار وإطلاق البويضة .

الإباضة :

حواالي اليوم الرابع عشر تخرج البويضة من المبيض وتسمى بالإباضة تحدث عندما تطلق البويضة الناضجة من جريبات المبيض إلى قناة فالوب بعد حوالي ١٠-١٢ ساعة من بلوغ الذروة في تدفق الهرمون الملوتن ، عادةً ما تصل واحدة فقط من الجريبات المنشطة ١٥-٢٠ إلى النضج الكامل وتطلق بيضة واحدة فقط .

يبدأ الهرمون الملوتن في حوالي اليوم ١٤ للطمث ويحفز تكوين الجسم الأصفر يفرز الجسم الأصفر الإستروجبن والبروجسيترون والريلاكسين (الذي يرخي الرحم عن طريق تثبيط تقلصات عضلات الرحم) والإنيبين (الذي يمنع المزيد من إفراز الهرمون الملوتن) يؤدي اطلاق الهرمون الملوتن إلى نضوج البويضة وإضعاف جدار الجريب في المبيض مما يتسبب بالنمو المكتمل للجريب وإطلاق البويضة الناضجة .

الطور الأصفري :

تدوم هذه المرحلة ١٤ يوم وهي المرحلة الأخيرة من دورة المبيض التي تقابل المرحلة الإفرازية من دورة الرحم تتسبب هرمونات الغدة النخامية الهرمون المنبه للجريب والهرمون الملوتن في تحويل الأجزاء المتبقية من الجريب المهيمن إلى الجسم الأصفر الذي ينتج البروجسترون ،زيادة البروجسترون تبدأ لتحفيز إنتاج الإستروجين .

تعمل الهرمونات التي ينتجها الجسم الأصفر أيضاً على تثبيط إنتاج الهرمون المنبه للجريب والهرمون الملوتن التي يحتاجها الجسم الأصفر للحفاظ على نفسه ،ينخفض مستوى الهرمون المنبه للجريب والهرمون الملوتن بسرعة ويضمر الجسم الأصفر ، يؤدي انخفاض مستويات البروجسترون على بدء الدورة الشهرية ثم تتكرر الدورة .

يختلف الطور الجريبي بين سيدة وسيدة في حين أن الطور الأصفري ثابت ويعادل ١٤ يوم [٢٠].

ويتضمن العلاج بالخط الأول تعديل النمط الغذائي ونمط الحياة للنساء ذوات الوزن الزائد .

وتعد موانع الحمل الهرمونية ذات الجرعات المنخفضة الخيار الأكثر فعالية بالنسبة للنساء اللواتي لا يسعين للخصوبة وإنما فقط تنظيم الطمث .

في حين تعد حبوب تنظيم الدورة التي تحتوي على البروجسترون فقط ذات فائدة إضافية تتمثل في تقليل مخاطر فرط نمو بطانة الرحم و السرطان .

كما يعد الميتفورمين خياراً طبياً مناسباً لتحسين معدلات الإباضة للنساء اللواتي لا يستطعن تناول موانع الحمل الهرمونية المركبة أو اللواتي يحاولن الحمل [٢٠].

تدوم هذه المرحلة ١٤ يوم وهي المرحلة الأخيرة من دورة المبيض التي تقابل المرحلة الإفرازية من دورة الرحم تتسبب هرمونات الغدة النخامية الهرمون المنبه للجريب والهرمون الملوتن في تحويل الأجزاء المتبقية من الجريب المهيمن إلى الجسم الأصفر الذي ينتج البروجسترون ،زيادة البروجسترون تبدأ لتحفيز إنتاج الإستروجين .

تعمل الهرمونات التي ينتجها الجسم الأصفر أيضاً على تثبيط إنتاج الهرمون المنبه للجريب والهرمون الملوتن التي يحتاجها الجسم الأصفر للحفاظ على نفسه ،ينخفض مستوى الهرمون المنبه للجريب والهرمون الملوتن بسرعة ويضمر الجسم الأصفر ، يؤدي انخفاض مستويات البروجسترون على بدء الدورة الشهرية ثم تتكرر الدورة .

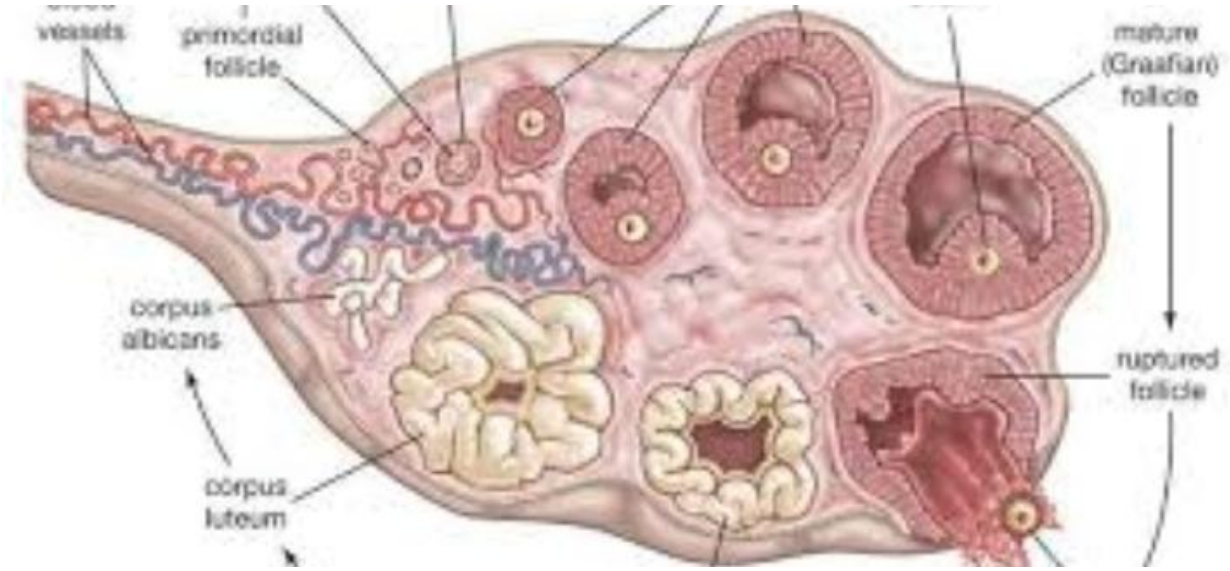
يختلف الطور الجريبي بين سيدة وسيدة في حين أن الطور الأصفري ثابت ويعادل ١٤ يوم [٢٠].

ويتضمن العلاج بالخط الأول تعديل النمط الغذائي ونمط الحياة للنساء ذوات الوزن الزائد .

وتعد موانع الحمل الهرمونية ذات الجرعات المنخفضة الخيار الأكثر فعالية بالنسبة للنساء اللواتي لا يسعين للخصوبة وإنما فقط تنظيم الطمث .

في حين تعد حبوب تنظيم الدورة التي تحتوي على البروجسترون فقط ذات فائدة إضافية تتمثل في تقليل مخاطر فرط نمو بطانة الرحم و السرطان .

كما يعد الميتفورمين خياراً طبياً مناسباً لتحسين معدلات الإباضة للنساء اللواتي لا يستطعن تناول موانع الحمل الهرمونية المركبة أو اللواتي يحاولن الحمل [٢٠].



الشكل (٤)

مراحل تطور الجريب خلال أطوار المبيض

٤. البدانة:

تنتشر البدانة انتشاراً كبيراً بين المراهقات والنساء المصابات بمتلازمة المبيض متعدد الكيسات

تميل البدانة لأن تكون بمنطقة البطن مع زيادة الدهون الحشوية [٢١] .

تقوم الأنسجة الدهنية بتحويل أرومة الأندروجين الى أستروجين مما يؤدي لردود فعل سلبية على محور (الوطاء النخامى المبيض) ويؤثر على الغدد التناسلية . هذه التعديلات مسؤولة عن ضعف التبويض وتشوهات الدورة الشهرية .

ومن المحتمل ألا تكون البدانة سبباً للمتلازمة بسبب ارتفاع معدل انتشار هذه المتلازمة بين النحيلات أيضاً ، مع ذلك فان البدانة تؤدي لتفاقم عدد من جوانب النمط الظاهري وخاصة عوامل الخطر القلبي الوعائي مثل : فقدان تحمل غلوكوز الدم –اضطراب الشحوم كما ترتبط باستجابة خفيفة لعلاج العقم وتزيد من خطر مضاعفات الحمل.

تعد إدارة نمط الحياة بما في ذلك زيادة النشاط البدني والتدخل الغذائي أحد مكونات الإدارة الأولية لمتلازمة

المبيض متعدد الكيسات .

فقد أبلغ عن تحسن كبير في أعراض الاكتئاب لدى النساء ذوات الوزن الزائد المصابات بالمتلازمة بعد تعديل نمط الحياة وممارسة الرياضة وتخفيف الوزن .

أصبحت هذه المتلازمة مشكلة صحية عامة كبيرة على خلفية زيادة معدلات البدانة واعترف بها من قبل البرنامج الوطني لمتابعة الكوليسترول هدفاً ثانوياً لعلاج الحد من مخاطر الأمراض القلبية والوعائية .

ويعد تشجيع فقدان الوزن لدى المريضات البدينات أحد علاجات الخطوط الأمامية [١١].

٥. نقص الخصوبة:

العقم مشكلة عالمية لها آثار عاطفية واجتماعية سيئة على الفرد ومحيطه .

تعد متلازمة المبيض متعدد الكيسات أهم سبب للعقم الإباضي لذلك من المهم تشخيصها باكراً لأن وجودها يرتبط بزيادة مخاطر العقم مستقبلاً ولأنها الأكثر شيوعاً للعقم القابل للعلاج .

قد يكون تشخيصها صعبا في سن البلوغ بسبب تشابه أعراضها تشابهاً كبيراً مع التغيرات الفيزيولوجية التي تحدث بهذه المرحلة فتكون نصف دورات الحيض غير إباضية في العامين الأوليين من البلوغ

كما أن ظهور بصيلات متعددة ضمن المبيض بالأمواج فوق الصوتية يعد أيضاً شائعاً بمرحلة البلوغ .

ما يقرب من ثلثي مريضات المتلازمة لا يحصل لديهن تبويض على أساس منتظم وبالتالي قد يسعين للحصول على علاج لتحريض الإباضة .

ترتبط مستويات مصل AMH ارتباطاً وثيقاً بعدد البصيلات المبكرة الغارية عند النساء السليمات والمصابات بمتلازمة المبيض متعدد الكيسات وينتج غالباً بواسطة خلايا البصيلات التي يتراوح قطرها بين (٢-٩) على وجه التحديد تلك التي تظهر بالتصوير بالأمواج فوق الصوتية .

إن استخدام معايرة هرمون AMH في الدم له بعض الفوائد مقارنة بالعلامات الأخرى لاحتياطي المبيض على سبيل المثال : مستواه بالبلازما مستقر تماماً من دورة لأخرى كما أنه مستقل عن محور الغدة النخامية .

وسبب ارتفاع انتاج AMH في البصيلات الغارية لمتلازمة المبيض متعدد الكيسات غير معروف تماماً ، أبلغ عن وجود علاقة إيجابية بين مستويات الأندروجين في الدم ومستويات AMH.

عند النساء البدينات المصابات بالمتلازمة قد يكون فقدان الوزن حوالي (٥-١٠) من وزن الجسم كافياً لاستعادة الوظيفة الإنجابية .

وقد أدى الارتباط القوي بين التبويض ومقاومة الأنسولين إلى التكهنات بأن خفض مستوى الأنسولين من شأنه أن يؤدي إلى تحسين المظهر السريري والتمثيل الغذائي للمرأة المصابة بالمتلازمة.

لذلك يعد الميتفورمين أكثر فاعلية في تحقيق الإباضة لدى السيدات المصابات بهذه المتلازمة مقارنة مع الدواء الوهمي .

وتفيد مضادات الأستروجين في تحريض الإباضة عند مريضات المبيض متعدد الكيسات فتحدث الإباضة بنسبة ٨٠% والحمل بنسبة (٣٥-٤٠) % عند النساء اللواتي يتناولن مضادات الأستروجين.

قد يكون تثقيب المبايض بعملية تنظير البطن خياراً علاجياً آخر لمريضات المبيض متعدد الكيسات فإن معدل الحمل بعد LOD مشابه لتلك اللواتي تم الحصول عليها من ٣-٦ دورات من التحريض ب Gonadotrophins [٢٢، ٢٣].

العد والشعرانية:

إن الفتيات اللواتي لديهن حب شباب مقاوم للعوامل الفموية والموضعية بما في ذلك الايزوتريتينونين تزداد احتمالية تطور متلازمة المبيض متعدد الكيسات عندهن بنسبة ٤٠% كما تتطور كثرة الشعر وتشتد مع زيادة الوزن .

وتختلف أنماط تساقط الشعر عند النساء المصابات بفرط الأندروجين وتعد مستويات هرمون التستسترون الحر أكثر حساسية من قياس إجمالي التستسترون لإثبات وجود فائض من الأندروجين ، وعادةً ما يكون الرأس أو التاج هو الأشيع بحال كانت الإصابة شديدة بارتفاع الأندروجين كما تلاحظ المريضات تساقط الشعر الصدغي الجزئي وفقدان خط الشعر الأمامي .

وتستخدم وسائل منع الحمل خط علاج أولاً لأنها تخفض تخفيضاً جيداً وفعالاً الأندروجينات وتمنع تأثيرها عن طريق قمع إنتاجها من المبيض و زيادة الغلوبولينات المرتبطة بالهرمونات الجنسية [٢٤].

المشاكل القلبية الوعائية :

ترتبط متلازمة المبيض متعدد الكيسات بعدد من عوامل الخطورة القلبية الوعائية بما في ذلك ارتفاع الضغط الشرياني – اضطراب الشحوم – البدانة الحشوية – مقاومة الأنسولين – زيادة عوامل التخثر .

وينتشر اضطراب الشحوم بنسبة ٧٠% تقريباً بين المصابات بمتلازمة المبيض متعدد الكيسات .

كما يتميز بروفايل الشحوم لديهن بارتفاع الشحوم الثلاثية (TG) وانخفاض تركيز البروتين الدهني عالي الكثافة المفيد للصحة (HDL) لذلك فإن المصابات بمتلازمة المبيض متعدد الكيسات أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب والأوعية الأكليلية مقارنة بنظيراتهن من ذوات الوزن المطابق غير المصابات .

ولم يعرف بعد حتى الآن إذا كان LDL المؤكسد له أثر في هذا الخطر المتزايد عند مريضات المبيض متعدد الكيسات [٢٥].

تعاني مريضات المبيض متعدد الكيسات من ضعف وظيفة بطانة الأوعية بغض النظر عن BMI وتوزيع الدهون .

ويقاس الخلل البطاني على أنه تحدد في تمدد الوعاء عند تدفق الدم مع سماكة الطبقة الداخلية للشريان وهي علامات مبكرة لأمراض القلب والأوعية الدموية مستقبلاً .

وقد أثبتت الدراسات أن تعديل نمط الحياة بما في ذلك ممارسة التمارين العلاج الأول لمريضات المبيض متعدد الكيسات [٢٦].

سرطان بطانة الرحم :

يوجد عدد من المخاوف أن مريضات المبيض متعدد الكيسات أكثر عرضة للإصابة بسرطان بطانة الرحم بعمر الأربعين فترتفع نسبة الإصابة لديهن ثلاثة أضعاف مقارنة بغير المصابات بالمتلازمة .

هناك عدة آليات تعزز ظهور الأورام لدى هذه الفئة أهمها أن مريضات المبيض متعدد الكيسات لديهن هرمون الأستروجين عال يقابله نقص بالبروجسترون لمدة طويلة بسبب قلة الإباضة مما ينتج عنه تضخم غير نمطي ببطانة الرحم وهو مقدمة لسرطان باطن الرحم الذي يعتبر سرطان ذو أهبة هرمونية .

كما يعتقد أن فرط أنسولين الدم وانخفاض موت الخلايا المبرمج من الآليات المقترحة لتطور سرطان بطانة الرحم إلا أن هناك نقصاً في الوضوح حول كيفية تفاعل هذه العوامل والعوامل الأخرى لزيادة خطر سرطان بطانة الرحم في المبيض متعدد الكيسات[٢٧، ٢٨].

يحدث نزيف مهبلي أو تبقيع لدى النساء المصابات و يعتبر النزف شائعاً بشكا خاص مع السرطانة الغدية التي تحدث في ثلثي الحالات كما أن الدورات الطمثية تكون غير طبيعية أو طويلة أو غزيرة أو متكررة ،ليس من الشائع حدوث أعراض أخرى غير النزيف وتشمل الأعراض الأخرى إفرازات مهبلية بيضاء رقيقة أو صافية ، تظهر الحالات الأكثر تقدماً أعراضاً وعلامات أكثر وضوحاً يمكن اكتشافها في الفحص السريري قد يتضخم الرحم أو قد ينتشر السرطان مما يسبب ألماً أسفل البطن أو تشنجاً في الحوض ، ويعد كل من عسر الجماع وعسر التبول علامات أقل شيوعاً في حالات سرطان باطن الرحم .

في ١٠-٢٠% من سرطانات باطن الرحم ومعظمهم من الدرجة الثالثة (أعلى تصنيف نسيجي) توجد الطفرات في الجينات الكابتة للورم ، وفي ٢٠% من حالات فرط تنسج بطانة الرحم و ٥٠% من السرطانات الشبيهة ببطانة الرحم يعاني جين PTEمن طفرة فقدان الوظيفة مما يجعله اقل فعالية أو غير فعال تماما [٢٦].

معظم سرطانات باطن الرحم من النمط الغدي بجميع أشكاله وتضم :

الكارسينوماالغدية Adenocarcinoma وتشكل ٧٥% من الحالات والورم الشائكي الغدي Adenoacanthoma ويشكل ٢٠% من الحالات والكارسينوما الغدية الشائكة Adenosquamous carcinoma ويشكل ٧% والكارسينوما الغدية الحليميةPapillary adenocarcinoma ويشكل ٥% والكارسينوما رائقة الخلايا Clear cell carcinoma ويشكل ٦% وهو الأسوء إنذاراً [٢٦] .

تحدد درجة الورم حسب درجة شذوذ البنى الغدية والشذوذات النووية ويوجد ٣ درجات للورم تبعاً لذلك :

الدرجة ١(الورم جيد التمايز) : تظهر البنى الغدية مماثلة لغدد بطانة الرحم الطبيعية مع قلة اللحمة الفاصلة بينهما (نسبة الشذوذ أقل ٥%).

الدرجة ٢ (الورم متوسط التمايز) :بنى غدية مع مساحات حليمية صلبة من الورم (نسبة الشذوذ ٦-٥٠%).

الدرجة ٣ (الورم سيء التمايز) : تسيطر الطبيعة الصلبة مع ندرة تشكل غدد بطانة الرحم (نسبة الشذوذ أكثر من ٥٠%) .

تشمل بطانة الرحم نوعين من الخلايا :

خلايا ظهارية وخلايا لحمية وهي حساسة للغاية لتحفيز هرمون الستيروييد عند النساء في أثناء الدورة الشهرية و يؤدي الأستروجين لزيادة تكاثر الخلايا الظهارية بينما يمنع البروجسترون تكاثر هذه الخلايا .

غالباً ما تصاب مريضات المتلازمة بطموث غير طبيعية وانقطاع إباضة وهذا يؤدي للحد الأدنى من إنتاج البروجسترون مما يجعل بطانة الرحم أكثر سماكة مقارنة بغير المصابات بالمتلازمة .

وترتبط مستويات هرمون الأستروجين والبروجسترون المرتفعة لدى النساء في أثناء المرحلة اللوتينية من الدورة الشهرية وفي أثناء الحمل الطبيعي بانخفاض حساسية الأنسولين .

يعد البروجسترون أحد هرمونات الستيروئيد الرئيسية التي ينتجها المبيض ويجري تنظيم تركيبه وإفرازه إفرازاً رئيسياً عن طريق LH و HCG في أثناء الحمل[٢٧، ٢٨].

أنماط انتشار الورم :

الامتداد المباشر للورم إلى البنى المجاورة وهو أشيع طرق الانتقال بحيث يغزو الورم الطبقة العضلية وقد يصل للمصلية أو ينمو باتجاه عنق الرحم والمهبل في بعض الحالات قد ينتشر باتجاه الرباط المدور والعقد الإربية العميقة وهناك الانتشار اللمفاوي الذي يحدث بشكل رئيسي إلى العقد الحوضية والعقد حول الأبهر يعتبر الانتشار الدموي الأقل شيوعاً وهو مسؤول عن النقائل البعيدة إلى الرئتين والكبد والعظام [٢٩].

يتم تحديد مرحلة الورم في سرطان باطن الرحم جراحياً ويعتمد على التأكيد التشريحي المرضي لامتداد الورم بعد إجراء الفحص المجهري .

تصنيف مراحل الورم :

الدرجة ٣ (الورم سيء التمايز) : تسيطر الطبيعة الصلبة مع ندرة تشكل غدد بطانة الرحم (نسبة الشذوذ أكثر من ٥٠%) .

تشمل بطانة الرحم نوعين من الخلايا :

خلايا ظهارية وخلايا لحمية وهي حساسة للغاية لتحفيز هرمون الستيروييد عند النساء في أثناء الدورة الشهرية و يؤدي الأستروجين لزيادة تكاثر الخلايا الظهارية بينما يمنع البروجسترون تكاثر هذه الخلايا .

غالباً ما تصاب مريضات المتلازمة بطموث غير طبيعية وانقطاع إباضة وهذا يؤدي للحد الأدنى من إنتاج البروجسترون مما يجعل بطانة الرحم أكثر سماكة مقارنة بغير المصابات بالمتلازمة .

وترتبط مستويات هرمون الأستروجين والبروجسترون المرتفعة لدى النساء في أثناء المرحلة اللوتينية من الدورة الشهرية وفي أثناء الحمل الطبيعي بانخفاض حساسية الأنسولين .

يعد البروجسترون أحد هرمونات الستيروئيد الرئيسية التي ينتجها المبيض ويجري تنظيم تركيبه وإفرازه إفرازاً رئيسياً عن طريق LH و HCG في أثناء الحمل[٢٧، ٢٨].

أنماط انتشار الورم :

الامتداد المباشر للورم إلى البنى المجاورة وهو أشيع طرق الانتقال بحيث يغزو الورم الطبقة العضلية وقد يصل للمصلية أو ينمو باتجاه عنق الرحم والمهبل في بعض الحالات قد ينتشر باتجاه الرباط المدور والعقد الإربية العميقة وهناك الانتشار اللمفاوي الذي يحدث بشكل رئيسي إلى العقد الحوضية والعقد حول الأبهر يعتبر الانتشار الدموي الأقل شيوعاً وهو مسؤول عن النقائل البعيدة إلى الرئتين والكبد والعظام [٢٩].

يتم تحديد مرحلة الورم في سرطان باطن الرحم جراحياً ويعتمد على التأكيد التشريحي المرضي لامتداد الورم بعد إجراء الفحص المجهري .

تصنيف مراحل الورم :

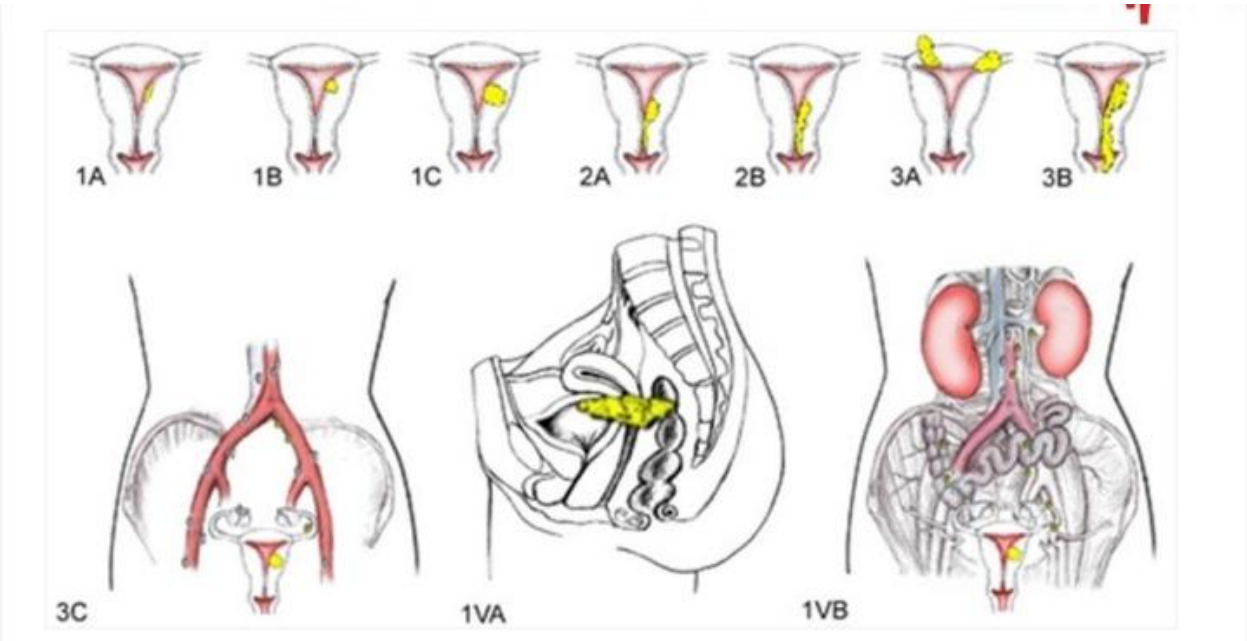
STAGE1 الورم محصور في البطانة ولم يصل للعضلية أو تجاوز البطانة وأصاب أقل من نصف سماكة العضلية الرحمية .

STAGE2 الورم امتد من جسم الرحم إلى عنق الرحم (ولكن ليس إلى خارج الرحم) ويصنف إلى مرحلتين مرحلة إصابة غدد باطن العنق فقط ومرحلة غزو لحمة عنق الرحم .

STAGE3 امتداد الورم إلى مجاورات الرحم وتصنف في ثلاث مراحل :مرحلة الورم يغزو مصلية الرحم أو أحد الملحقات (بوق– المبيض) أو كليهما أو جوف البريتوان (إيجابية الفحص الخلوي البريتواني أو غسالة البريتوان) ومرحلة الورم يغزو المهبل (نقائل مهبلية) ومرحلة نقائل إلى الحوض أو العقد اللمفية حول الأبهر أو كليهما .

STAGE4 مرحلة انتقال الورم بعيداً عن الرحم وتقسم لمرحلتين مرحلة الورم يغزو المثانة أو مخاطية الأمعاء أو المستقيم ومرحلة الانتقالات البعيدة .

انتقال سرطان باطن الرحم إلى عنق الرحم يرفع مرحلة الورم في حين أن انتقال سرطان عنق الرحم إلى الرحم لا يرفع مرحلة الورم [٢٩].



الشكل (٥)

مراحل انتشار سرطان باطن الرحم

الفصل الثالث : العلاج

يختلف هدف العلاج وطريقته بين مريضة وأخرى ويتدخل فيه عدة عوامل منها :

١) عمر المريضة .

٢) رغبتها بالإنجاب .

٣) العرض الأكثر إزعاجاً لها .

٤) درجة التكيس لديها .

ويعد تعديل نمط الحياة وإنقاص الوزن خط العلاج الأول وقد تكون جراحة البدانة خياراً جيداً لمريضات المبيض متعدد الكيسات البدينات بشدة فيما يتعلق بالأمور الإنجابية .

يشمل العلاج الدوائي أدوية وعوامل محسسة للأنسولين تعمل مباشرة على الأمراض المصاحبة الأيضية مثل : الميتفورمين – الستاتين .

الميتفورمين :

هو عقار بيغوانيد يقلل من مستويات الغلوكوز في الدم عن طريق تقليل إنتاج الغلوكوز في الكبد ويقلل من امتصاص الأمعاء وزيادة حساسية الأنسولين .

كما أنه يقلل من المستويات القاعدية للسكر في الدم ومن مستوياته بعد الأكل وهو خط العلاج الأول لعلاج السكري من النمط الثاني خاصةً في الأشخاص الذين يعانون من زيادة الوزن أو البدانة وهو لا يرتبط بالوزن ويتم تناوله عن طريق الفم تم الحد من استخدامه في سكري الحمل بسبب مخاوف تتعلق بالسلامة .

وفي حالة متلازمة المبيض متعدد الكيسات يقلل الميتفورمين من مستويات الأنسولين مما يقلل من الهرمون الملوتن ومستويات الأندروجين وبالتالي العمل على تنظيم الطمث.

ومن المهم نصح النساء في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث بزيادة احتمالية الحمل عند تناول الميتفورمين .

يعد الميتفورمين متعادل الوزن مع احتمال فقدان الوزن فقداناً متواضعاً كما أنه من غير المحتمل أن يسبب نقصاً في سكر الدم ويمكن أن يؤثر تأثيراً واقياً من الأمراض القلبية [٢٩].

يبدأ ظهور الميتفورمين في الدم بعد حوالي ٣ ساعات من تناول الدواء مع نصف عمر يبلغ ٢٠ ساعة ، لا يستقلب الميتفورمين في الكبد كما أنه لا يرتبط كثيراً بالبروتينات ، يتخلص منه عن طريق الكلية ومن المهم مراقبة وظيفة الكلية عند تناوله [٣٠].

الستاتينات :

هي من فئة الأدوية التي تخفض الكوليسترول عن طريق تثبيط الأنزيم الذي يلعب دوراً مهماً في تصنيع الكوليسترول في الكبد الذي بدوره يصنع ما نسبته ٧٠% من المجموع الكلي للكوليسترول في الجسم ،ارتبطت نسبة الكوليسترول العالي بالجسم بالأمراض القلبية والوعائية ووجد أن أدوية الستاتين تقي من أمراض القلب الوعائية والوفاة عند أولئك الذين هم في خطر الإصابة بها .

من أكثر الآثار الجانبية تأثيراً هي زيادة تركيز أنزيمات الكبد ، مشاكل العضلات ، زيادة خطر الإصابة بمرض السكري وهناك آثار جانبية أخرى محتملة مثل الفقدان الإدراكي والاعتلال العصبي وقصور البنكرياس والكبد والخلل الوظيفي الجنسي [٣٠].

علاج النساء المصابات بالعقم اللواتي لديهن متلازمة المبيض متعدد الكيسات محاط بالعديد من الجدل، قبل الشروع في أي تدخل يجب تقديم المشورة قبل الحمل مع التأكيد على أهمية نمط الحياة وخاصة إنقاص الوزن الزائد والتدخين واستهلاك الكحول ،يبقى خط العلاج الأول بالتحريض الموصى به لتحريض الإباضة هو مضادات الأستروجين (كلومفين سيترات) [٣٢].

تختلف طرق تحريض الإباضة بين مريضات المبيض متعدد الكيسات حسب درجة التكيس وحسب عمر المريضة وقد تكون :

أ- مضادات الأستروجين

ب- موجهات الغدد التناسلية

ت- تنظير بطن وتثقيب مبايض بالحالات الشديدة

ث- إجراء طفل أنبوب

يعد التحريض بمضادات الأستروجين مثل سيترات الكلوميفين أو الليتروزول هوخط العلاج الطبي الأول[٢٩]

آلية عملها:

تنافس مضادات الأستروجين الأستروجين نفسه على الارتباط في مستقبلاته كما تؤخر تجديد مستقبلات الهرمون داخل الخلايا الأمر الذي يؤدي إلى تثبيط التلقيم الراجع السلبي للأستروجين.

إن التثبيط الراجع السلبي يزيد من إفراز الهرمون المحفز للغونادوتروبين (موجهة الغدد التناسلية)وهرمونات النخامى (الهرمون المنبه للجريب والهرمون الملوتن)الأمر الذي يسبب نمو جريب المبيض وتحفيز التبويض كما تم استخدام الكلومفين مع تقنيات التلقيح المساعدة الأخرى لزيادة معدلات نجاح هذه التقنيات ،التوقيت المناسب للدواء مهم وينبغي أن يؤخذ اعتباراً من اليوم الخامس من الطمث وينبغي أن يكون هناك جماع متكرر [٣٠].

يمكن استخدام الإجراءات التالية لرصد الدورات المستخدمة :

١-رصد الجريبات باستخدام تخطيط الصدى المهبلي بدءاً من ٤-٦أيام بعد آخر حبة كلومفين وقد يكشف تخطيط الصدى المتسلسل عبر المهبل عن حجم وعدد الجريبات النامية .

٢-مستويات إستراديول المصل بدءاً من ٤-٦ بعد آخر حبة .

٣-كفاية ارتفاع الهرمون المنشط للجسم الأصفر باستخدام اختبارات الهرمون في البول ٣-٤أيام بعد آخر حبة للكلومفين .

٤-قياس هرمون البروجسترون في منتصف الطور الأصفري ويعتبر ١٠ نانو غرام /مل كافٍ بعد ٧-٩ أيام من الإباضة .

تكرار الجرعات :

يتم تحقيق الإباضة من المستحسن إجراء فحص بالموجات فوق الصوتية لاستبعاد أي كبر في حجم المبيض قبل كل دورة علاجية [٣٠].

وبحال فقدان استجابة المريضة (مرور ٤ ل٦ دورات إباضية وغياب حدوث حمل) نلجأ للخط الثاني من العلاج وهو موجهات الغدد التناسلية مع الانتباه جيداً في أثناء التحريض لأن مريضات المبيض متعدد الكيسات يمكن أن يتعرضن لخطر فرط الاستثارة والحمل المتعدد عند تحريضهن بموجهات الغدد التناسلية[٣١] .

موجهات الغدد التناسلية :

هي هرمونات تناسلية سكرية عديدة الببتيد تفرزها الخلايا التناسلية والتي توجد في النخامى الأمامية وهي تشمل الهرمون المنشط للجريبات بالمبيض FSh والهرمون الملوتن Lh (الهرمون المسؤول عن إنتاج الجسم الأصفر)الهرمونات التناسلية المشيمية ،الهرمونات التناسلية البشرية المشيمية ، هذه الهرمونات هي عوامل أساسية لنظام الغدد الصماء المعقدة التي تنظم النمو الطبيعي والتطور الجنسي ووظيفة الإنجاب .

آلية عملها :

مستقبلات هرمونات الغدد التناسلية موجودة على سطح الخلية المستهدفة ،الاشعارات الناجمة عن الارتباط مع المستقبل ترحل إلى داخل الخلايا بنظام المرسال الثاني AMP يتم إفراز هرمونات الغدد التناسلية تحت سيطرة الهرمون المطلق لهرمونات الغدد التناسلية (GNRH) من منطقة ما تحت المهاد .

الغدد التناسلية تعتبر الأعضاء المستهدفة الأولى للهرمونين المنشط لجريبات المبيض والهرمون الملوتن .

متلازمة فرط استثارة المبيض :

متلازمة فرط استثارة المبيض (OHSS) هي أخطر مضاعفات تحفيز المبيض على الرغم من أن الشكل الأكثر شيوعاً خاصة بين المرضى الذين يخضعون لتحفيز الغونادوتروبين في تقنية الإخصاب المساعد ويعتبر الشكل الحاد نادراً .

وبحال فقدان استجابة المريضة (مرور ٤ ل٦ دورات إباضية وغياب حدوث حمل) نلجأ للخط الثاني من العلاج وهو موجهات الغدد التناسلية مع الانتباه جيداً في أثناء التحريض لأن مريضات المبيض متعدد الكيسات يمكن أن يتعرضن لخطر فرط الاستثارة والحمل المتعدد عند تحريضهن بموجهات الغدد التناسلية[٣١] .

موجهات الغدد التناسلية :

هي هرمونات تناسلية سكرية عديدة الببتيد تفرزها الخلايا التناسلية والتي توجد في النخامى الأمامية وهي تشمل الهرمون المنشط للجريبات بالمبيض FSh والهرمون الملوتن Lh (الهرمون المسؤول عن إنتاج الجسم الأصفر)الهرمونات التناسلية المشيمية ،الهرمونات التناسلية البشرية المشيمية ، هذه الهرمونات هي عوامل أساسية لنظام الغدد الصماء المعقدة التي تنظم النمو الطبيعي والتطور الجنسي ووظيفة الإنجاب .

آلية عملها :

مستقبلات هرمونات الغدد التناسلية موجودة على سطح الخلية المستهدفة ،الاشعارات الناجمة عن الارتباط مع المستقبل ترحل إلى داخل الخلايا بنظام المرسال الثاني AMP يتم إفراز هرمونات الغدد التناسلية تحت سيطرة الهرمون المطلق لهرمونات الغدد التناسلية (GNRH) من منطقة ما تحت المهاد .

الغدد التناسلية تعتبر الأعضاء المستهدفة الأولى للهرمونين المنشط لجريبات المبيض والهرمون الملوتن .

متلازمة فرط استثارة المبيض :

وبحال فقدان استجابة المريضة (مرور ٤ ل٦ دورات إباضية وغياب حدوث حمل) نلجأ للخط الثاني من العلاج وهو موجهات الغدد التناسلية مع الانتباه جيداً في أثناء التحريض لأن مريضات المبيض متعدد الكيسات يمكن أن يتعرضن لخطر فرط الاستثارة والحمل المتعدد عند تحريضهن بموجهات الغدد التناسلية[٣١] .

موجهات الغدد التناسلية :

هي هرمونات تناسلية سكرية عديدة الببتيد تفرزها الخلايا التناسلية والتي توجد في النخامى الأمامية وهي تشمل الهرمون المنشط للجريبات بالمبيض FSh والهرمون الملوتن Lh (الهرمون المسؤول عن إنتاج الجسم الأصفر)الهرمونات التناسلية المشيمية ،الهرمونات التناسلية البشرية المشيمية ، هذه الهرمونات هي عوامل أساسية لنظام الغدد الصماء المعقدة التي تنظم النمو الطبيعي والتطور الجنسي ووظيفة الإنجاب .

آلية عملها :

مستقبلات هرمونات الغدد التناسلية موجودة على سطح الخلية المستهدفة ،الاشعارات الناجمة عن الارتباط مع المستقبل ترحل إلى داخل الخلايا بنظام المرسال الثاني AMP يتم إفراز هرمونات الغدد التناسلية تحت سيطرة الهرمون المطلق لهرمونات الغدد التناسلية (GNRH) من منطقة ما تحت المهاد .

الغدد التناسلية تعتبر الأعضاء المستهدفة الأولى للهرمونين المنشط لجريبات المبيض والهرمون الملوتن .

متلازمة فرط استثارة المبيض :

متلازمة فرط استثارة المبيض (OHSS) هي أخطر مضاعفات تحفيز المبيض على الرغم من أن الشكل الأكثر شيوعاً خاصة بين المرضى الذين يخضعون لتحفيز الغونادوتروبين في تقنية الإخصاب المساعد ويعتبر الشكل الحاد نادراً .

قد تشمل تدابير الوقاية الممكنة تحديد المرضى المعرضين لخطر كبير وتخفيف جرعة موجهة الغدد التناسلية المشيمية البشروية واستخدام ناهض هرمون إفراز الغدد التناسلية لتحفيز الإباضة واستخدام جرعة أصغر من HCG أو تجنب نقل الأجنة الطازجة عن طريق الحفظ بالتبريد والتجميد ونقل الأجنة بوقت لاحق [٣١] .

تعتمد إدارة متلازمة فرط الاستثارة المتوسطة إلى الشديدة على مبدأ زيادة الحجم داخل الأوعية والحفاظعلى صادر بولي جيد [٣٢].

وقد نلجأ لتنظير البطن مع تثقيب المبايض بديلاً قبل استخدام موجهات القند التناسلية من أجل الحصول على دورات تبويض طبيعية لأن خطر الحمل المتعدد بعد التنظير والتثقيب أقل من خطر تحفيز الاباضة بموجهات الغدد التناسلية [٣٢].

عند إجراء التثقيب نقوم بتدمير بصيلات المبيض وجزء من لب المبيض مما يؤدي إلى انخفاض مستويات الأندروجين والأنهيبين في الدم وزيادة هرمون Fsh واستعادة وظيفة الإباضة.

قد يزيد التثقيب أيضاً من تدفق الدم للمبيض مما يسمح بوصول كميات كبيرة من موجهات الغدد التناسلية[٣٣].

وعادةً ما تحدث إباضة طبيعية في ٧٤% من حالات التنظير خلال ٣ل٦ أشهر قادمة. وبالنسبة للنساء اللواتي لا يسعين للحمل تعد موانع الحمل الفموية المشتركة خط العلاج الأول لإدارة اضطرابات الدورة الشهرية لديهن كما أنها توفر حماية من تسمك البطانة أيضاً .

ويعد الميتفورمين خياراً ثانياً لتحسين دورات الحيض لدى النساء اللواتي يعانين من مقاومة الأنسولين ، بينما لم تثبت فائدته في تقليل الإجهاض.

كما يمكن لمانعات الحمل الفموية أن تستخدم في إجراءات تجميلية وعلاجية طبية عند كثرة الشعر والشعرانية و قد تحتاج الحالات الشديدة الى عقاقير مضادة للأندروجين مثل الأندروكور(سيبروتيرون : هو مركب ستيرويدي ومضاد للأندروجين مع خصائص بروجسيترون ومضاد موجه للغدد التناسلية يستعمل بجرعة ١٠ ملغ في اليوم يوجد هناك خطر في الجرعات المرتفعة وفي الاستعمال المستمر لتضرر الكبد وانخفاض إفراز الكورتيزول من الغدة الكظرية لذلك هناك حاجة لإجراء فحوصات وظائف كبد وظائف غدة كظرية) مضافة لحبوب منع الحمل [٣٤].

أجريت دراسة بجامعة الملك عبد الله بالأردن قارنت بين مجموعتين من مريضات المبيض متعدد الكيسات ذوات الوزن الزائد تتراوح أعمارهن بين (١٨-٤٩) يعانين من نقص فيتامين د تم توزيعهن بفئتين فئة تعالج ب ٥٠٠٠٠ وحدة دولية من فيتامين د أسبوعياً وفئة أعطيت دواءً وهمياً .

بعد ١٢ أسبوع من العلاج المتتالي بالفيتامين (د)انخفضت مستويات هرمون التسترون الكلي و PTH و مؤشر الأندروجين الحر ودرجة الشعرانية انخفاضاً ملحوظاً .

كما لوحظ تغير كبير بحجم المبيض وعدد البصيلات وحجم الموجات فوق الصوتية وانتظام الدورة الشهرية أما مجموعة الدواء الوهمي لم يلاحظ أي تغيرات كبيرة بمستويات الأندروجين أو الشعرانية لديهن .

فكانت التوصيات بإضافة ٥٠ ألف وحدة دولية مما أسهم بزيادة الخصوبة وتحسين الصحة الإنجابية للنساء ذوات الوزن الزائد[٣٥] .

منهج البحث

وإجراءاته

١. عينة البحث (مجتمع البحث)

١.١. مكان الدراسة:

جامعة دمشق

قسم التوليد وأمراض النساء الجامعي_ مشفى التوليد الجامعي _كلية الطب البشري _ جامعة دمشق _ الجمهورية العربية السورية.

مشفى الشرق.

١,٢. المدة الزمنية:

لمدة عام كامل بدءاً من تاريخ موافقة مجلس جامعة دمشق على مخطط البحث بتاريخ ٢٠٢١/٦/١٣.

١,٣. نمط الدراسة:

دراسة مقطعية مستعرضة cross- sectional study .

١,٤. حجم العينة المدروسة:

شملت الدراسة (١٧٢٨) سيدة وطالبة حققن جميعهن معايير الإدخال في الدراسة.

١,٥. مجموعة الدراسة

السيدات والطالبات في سن النشاط التناسلي ممن تتراوح أعمارهن بين (١٨-٤٠).

١,٦ . معايير الدراسة :

- أن تكون السيدة أو الطالبة بسن النشاط التناسلي .

٢ . خطوات البحث (المنهج العلمي المعتمد)

بعد أخذ الموافقة على إجراء الدراسة من قبل مجلس قسم طب الأسرة والمجتمع ومجلس كلية الطب البشري وجامعة دمشق وأخذ موافقة الهيئة العامة لمستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق وإدارة مشفى الشرق لمشاركة المريضات بالدراسة تم جمع العينة .

الإعتيان كان عشوائي نظامي أخذت عبره عينات ممثلة من كل الجهات الثلاث .

تم جمع المعلومات عبر مقابلة شفهية مع المشاركات وبعد التأكد من معيار الاشتمال بالدراسة (أن تكون المشاركة بسن النشاط التناسلي) وأخذ الموافقة المستنيرة منها ،تم جمع المعطيات عبر استبيان يتضمن ٤ محاور رئيسية تشمل معلومات حول المتلازمة وأعراضها واختلاطاتها والممارسات التي تخفف منها .

قمنا بإدخال المعطيات بعد ترميزها وتدقيقها باستخدام برنامج SPSS وبعد توصيف العينة تم تحليل المعطيات باستخدام الطرائق الإحصائية المناسبة وعلى مستوى اعتداد ٠،٠٥

٢,١ . طريقة العمل

تؤخذ البيانات المطلوبة لإجراء الدراسة وفق الاستمارة الملحقة (استبيان) لضبط معايير الاشتمال من خلال المقابلة الشفهية مع السيدة وتشتمل على بيانات عامة حول المريضة ، هذا وقد صمم الاستبيان بالاستئناس بدراسات مشابهة وبالتشاور مع عدد من أطباء الأسرة وأطباء النسائية والتوليد وقد تناول الاستبيان أربعة محاور رئيسية وهي : السؤال عن الأعراض (١٢ سؤال) السؤال عن معلومات حول المرض (٥ أسئلة) السؤال عن الاختلاطات (٦ أسئلة) السؤال عن الممارسات التي تخفف من الأعراض (٥ أسئلة) ومن ثم تقييم الإجابات ووضع نسبة المعرفة .

٢,٢. محددات أخلاقية:

لن يتم استخدام اسم السيدة أو ما يشير إليها في الدراسة ، إن الإجراءات المتخذة في أثناء الدراسة غير غازية وغير راضة ولا تؤدي لأذية إضافية للسيدة ، ولن تتحمل السيدة أعباء إضافية مادية.

الدراسة الإحصائية

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

جرت الاستفادة من برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS–26 في تحليل البيانات التي جمعت واستخدم عدد من الأساليب الإحصائية:

١. **الإحصاء الوصفي:** يتمثل في دراستنا فيما يلي:

- يتمثل في دراسة التوزع النسبي لمتغيرات الدراسة النوعية (الوصفية) مع إضافة أشكال بيانية لإغناء النتائج.
- دراسة استطلاعية لوعي الطالبات والسيدات بسن النشاط التناسلي حول متلازمة المبيض متعدد الكيسات من خلال تحديد النسب المئوية للإجابات الصحيحة على الأسئلة الخاصة بهذا الموضوع، وإضافة أشكال بيانية لإغناء النتائج.

٢. **الإحصاء التحليلي (الاستدلالي):** يتمثل في دراستنا فيما يلي:

- **اختبار t ستودينت (T– Student)** لعينتين مستقلتين للمقارنة بين متوسطي عينتين أي يستخدم للاستدلال على أن متوسط أحد العينتين يختلف إحصائياً (يزيد أو يقل) عن متوسط العينة الأخرى.

- **اختبار تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA)** لدراسة الفروق الإحصائية بين متوسط مقياس معين عند مجموعات مختلفة من المرضى (أكثر من مجموعتين) من خلال تطبيق إحصائية فيشر (Fisher).

اعتمد في تقدير الفروقات والعلاقات الإحصائية عند مستوى دلالة إحصائية ٠,٠٥ وهو المستوى المعتمد في الدراسات، وبالتالي يمكن إعطاء القرار الإحصائي من خلال قيمة P–value كما يلي: في حال كانت قيمة الدّلالة الإحصائية P–Value أكبر من ٠,٠٥ فلا يوجد فروق جوهرية في تقييم الفروق والعلاقات، أمّا في حال قيمة الدّلالة الإحصائية أصغر من ٠,٠٥ يوجد فروق جوهريّة إحصائية في تقييم الفروق والعلاقات.

أداة الدراسة:

اعتمد الباحثون في الدراسة الحالية على الاستبانة أداة رئيسية للحصول على المعلومات والبيانات المطلوبة.

بناء أداء الدراسة :

قامت الباحثة بتصميم استبانة تتضمن (٢٨) عبارة للكشف عن مستوى وعي الطالبات والسيدات بسن النشاط التناسلي حول متلازمة المبيض متعدد الكيسات واختلاطاتها وأعراضها والممارسات التي تخفف في هذه الأعراض إضافة إلى مجموعة من الأسئلة الموضوعية التي تعود إلى نمط حياة الحالات المدروسة من السكن والتعليم والحالة الاجتماعية والعمل وتختلف إجابتها من حالة لآخر، وهذه العبارات موزعة على عدة محاور أساسية، وهذه المحاور هي:

- **المحور الأول:** الأسئلة الموضوعية.
- **المحور الثاني:** الوعي حول أعراض pco.
- **المحور الثالث:** معرفة معلومات حول المرض.
- **المحور الرابع:** الوعي حول اختلاطات المتلازمة
- **المحور الخامس:** الوعي حول الممارسات التي تخفف من الأعراض
- اعتمد في تقدير الفروقات والعلاقات الإحصائية عند مستوى دلالة إحصائية ٠,٠٥ وهو المستوى المعتمد في الدراسات، وبالتالي يمكن إعطاء القرار الإحصائي من خلال قيمة P–value كما يلي: في حال

كانت قيمة الدّلالة الإحصائية P–Value أكبر من ٠,٠٥ فلا يوجد فروق جوهرية في تقييم الفروق والعلاقات، أمّا في حال قيمة الدّلالة الإحصائية أصغر من ٠,٠٥ يوجد فروق جوهريّة إحصائية في تقييم الفروق والعلاقات.

أداة الدراسة:

اعتمد الباحثون في الدراسة الحالية على الاستبانة أداة رئيسية للحصول على المعلومات والبيانات المطلوبة.

بناء أداء الدراسة :

قامت الباحثة بتصميم استبانة تتضمن (٢٨) عبارة للكشف عن مستوى وعي الطالبات والسيدات بسن النشاط التناسلي حول متلازمة المبيض متعدد الكيسات واختلاطاتها وأعراضها والممارسات التي تخفف في هذه الأعراض إضافة إلى مجموعة من الأسئلة الموضوعية التي تعود إلى نمط حياة الحالات المدروسة من السكن والتعليم والحالة الاجتماعية والعمل وتختلف إجابتها من حالة لآخر، وهذه العبارات موزعة على عدة محاور أساسية، وهذه المحاور هي:

- **المحور الأول:** الأسئلة الموضوعية.
- **المحور الثاني:** الوعي حول أعراض pco.
- **المحور الثالث:** معرفة معلومات حول المرض.
- **المحور الرابع:** الوعي حول اختلاطات المتلازمة.
- **المحور الخامس:** الوعي حول الممارسات التي تخفف من الأعراض.

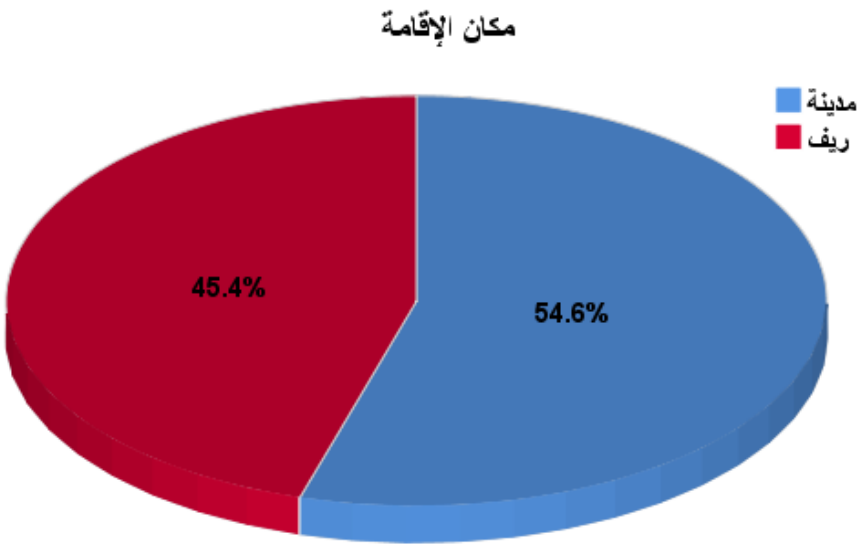
أولاً – الإحصاء الوصفي:

٢. التوزع النسبي لحالات الدراسة حسب مكان الاقامة:

حالات الدراسة توزعن حسب مكان إقامتهن إلى ٩٣٩ (٥٤,٦%) حالة في (المدينة) و ٧٨١ (٤٥,٤%) حالة في (الريف). المخطّط البيانيّ رقم (٢).

الشكل (٦)

الرسم البياني بالفطيرة للتوزع النسبي لحالات الدراسة حسب مكان الإقامة



٣. التوزع النسبي لحالات الدراسة حسب المنطقة:

جدول (١)

التوزع النسبي للحالات حسب المنطقة

		N	%
المنطقة	الجنوب	292	17.1
	الشرق	156	9.1
	الشمال	147	8.6
	الغرب	104	6.1
	المركز	1008	59.1
	المجموع	**1707**	**100**

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

من الجدول السابق نجد أن حالات الدراسة توزعن حسب المنطقة إلى ٢٩٢ (١٧,١ %) حالة في (الجنوب) ١٥٦ (٩,١%) حالة في (الشرق) ١٤٧ (٨,٦%) حالة في (الشمال) ١٠٤ (٦,١%) حالة في (الغرب) و١٠٠٨ (٥٩,١%) حالة في (المركز) مع العلم بوجود ٢١ حالة لم تصرح عن بياناتها بخصوص المنطقة. كما هو موضّح في الجدول رقم (٣) .

٥. التوزع النسبي للحالات المدروسة حسب التعليم :

جدول (٢)

التوزع النسبي للحالات حسب التعليم

		N	%
مستوى التعليم	ثانوي	439	25.4
	جامعي	1168	67.6
	دراسات عليا	121	7
	المجموع	١٧٢٨	**100**

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

من الجدول السابق نجد أن حالات الدراسة توزعن حسب مستوى تعليمهن إلى:

٤٣٩ (٢٥,٤%) حالة كان مستوى تعليمهن (ثانوياً) ١١٦٨ (٦٧,٦%) حالة كان مستوى تعليمهن (جامعياً) و ١٢١ (٧%) حالة كان مستوى تعليمهن (دراسات عليا). كما هو موضّح في الجدول رقم (٤) .

٦-التوزع النسبي للحالات المدروسة حسب الحالة الاجتماعية:

جدول (٣)

التوزع النسبي للحالات حسب الحالة الإجتماعية

		N	%
الحالة الاجتماعية	عازبة	814	47.2
	متزوجة	886	51.4
	مطلقة	19	1.1
	أرملة	6	٠.3
	المجموع	**1725**	**100**

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

من الجدول السابق نجد أن حالات الدراسة توزعن حسب حالتهم الاجتماعية إلى ٨١٤ (٤٧,٢%) حالة (عازبة) ٨٨٦ (٥١,٤%) حالة (متزوجة) و١٩ (١,١%) حالة (مطلقة) و٦ (٠,٣%) حالة (أرملة)

وهناك ٤ حالات لم تذكر حالتهن الاجتماعية. كما هو موضّح في الجدول رقم (٥).

٧-التوزع النسبي للحالات المدروسة حسب المعاناة من اضطرابات نسائية:

جدول (٤)

التوزع النسبي للحالات حسب المعاناة من اضطرابات نسائية

		N	%
	غير مريضة	1387	80.5

المعاناة من اضطرابات نسائية	مريضة	337	19.5
	المجموع	**1724**	**100**

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

من الجدول السابق نجد أن حالات الدراسة توزعن حسب معاناتهن من اضطرابات نسائية إلى ١٣٨٧ (٨٠,٥%) حالة (غير مريضة) ٣٣٧ (١٩,٥%) حالة (مريضة)، وهناك ٤ حالات لم تذكر إجابتها، كما هو موضّح في الجدول رقم (٦) .

٨-التوزع النسبي للحالات المدروسة حسب العمل:

جدول (٥)

التوزع النسبي للحالات حسب العمل

		N	%
العمل	أعمل	1242	71.9
	لا أعمل	485	28.1
	المجموع	**1727**	**100**

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

من الجدول السابق نجد أن حالات الدراسة توزعن حسب ممارستهم للعمل إلى ١٢٤٢ (٧١,٩%) حالة (تعمل) و٤٨٥ (٢٨,١%) حالة (لا تعمل). كما هو موضّح في الجدول رقم (٧) .

٩. التحليل الوصفي لمستوى الوعي حول الأعراض:

جدول (٦)

التوزع النسبي لمستوى وعي حالات الدراسة حول الأعراض

الأعراض		N	%
اضطرابات بالدورة الشهرية	لا	364	21.2
	لا أعلم	99	5.8
	نعم	1258	73.1
العد الشائع (حب الشباب)	لا	423	24.6
	لا أعلم	186	10.8
	نعم	1114	64.7
الشعرانية (نمو شعر زائد بالجسم)	لا	368	21.3
	لا أعلم	146	8.5
	نعم	1212	70.2
نقص الخصوبة (مشاكل بالإنجاب)	لا	269	15.6
	لا أعلم	442	25.7
	نعم	1012	58.7
زيادة الوزن	لا	500	29
	لا أعلم	208	12.1
	نعم	1016	58.9
تساقط أشعار الرأس	لا	378	22
	لا أعلم	344	20
	نعم	999	58
ألم حوضي	لا	458	26.6
	لا أعلم	280	16.3
	نعم	985	57.2

بلوغ مبكر	لا	703	40.8
	لا أعلم	639	37.1
	نعم	382	22.2
اجهاض	لا	634	36.9
	لا أعلم	505	29.4
	نعم	581	33.8
مرض السكري	لا	818	47.5
	لا أعلم	503	29.2
	نعم	402	23.3
ارتفاع التوتر الشرياني	لا	768	44.5
	لا أعلم	634	36.8
	نعم	323	18.7
اضطرابات نفسية	لا	308	17.9
	لا أعلم	123	7.1
	نعم	1291	75

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

في دراسة نسبة معرفة حالات الدراسة بأعراض بمتلازمة PCO تبين ما يلي:

يبين الجدول السابق التوزع النسبي لحالات الدراسة حول معرفتها (وعيها) بأعراض متلازمة PCO والتي توزعت كما يلي:

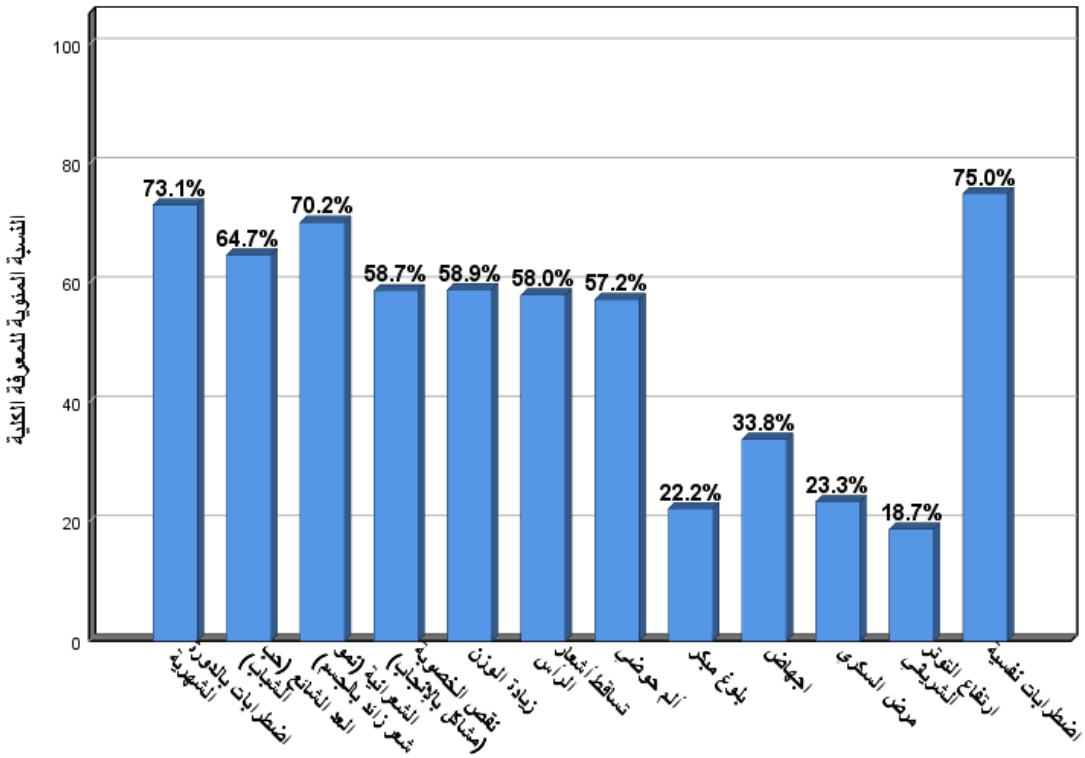
- ٧٣,٥% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**اضطرابات بالدورة الشهرية**" هي من أعراض متلازمة.
- ٦٤,٧% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**العد الشائع (حب الشباب)**" هو من أعراض متلازمة.

- ٧٠,٢% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**الشعرانية (نمو شعر زائد بالجسم)**" هي من أعراض
- ٥٨,٧% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**نقص الخصوبة (مشاكل بالإنجاب)**" هو من أعراض.
- ٥٨,٩% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**زيادة الوزن**" هو من أعراض متلازمة PCO.
- ٥٨% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**تساقط أشعار الرأس**" هو من أعراض متلازمة PCO.
- ٥٧,٢% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**ألم حوضي**" هو من أعراض متلازمة PCO.
- ٢٢,٢% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**بلوغ مبكر**" هو من أعراض متلازمة PCO.
- ٣٣,٨% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**اجهاض**" هو من أعراض متلازمة PCO.
- ٢٣,٣% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**مرض السكري**" هو من أعراض متلازمة PCO.
- ١٨,٧% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**ارتفاع التوتر الشرياني**" هو من أعراض متلازمة PCO.
- ٧٥% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**اضطرابات نفسية**" هي من أعراض متلازمة PCO.

وكان العرض الأكثر معرفة لدى حالات الدراسة هو "**الاضطرابات النفسية**".

الشكل (٧)

الرسم البياني بالأعمدة لنسبة المعرفة الكلية لحالات الدراسة حول الأعراض



١٠. التحليل الوصفي لمستوى المعلومات الخاصة بالمتلازمة PCO:

جدول (٧)

التوزع النسبي لمستوى معلومات حالات الدراسة الخاصة بالمتلازمة

المعلومات الخاصة بالمتلازمة		N	%
حالة وراثية	لا	851	49.3
	لا أعلم	369	21.4
	نعم	505	29.3
تنظيم الدورة يساعد بتنظيم الاباضة	لا	54	3.1
	لا أعلم	132	7.6
	نعم	1541	89.2
	لا	132	7.6

معالجة المتلازمة تخفض من خطورة تطور سرطان ثدي أو رحم	**لا أعلم**	431	25.0
	نعم	1163	67.4
تغير شكل المبيض	**لا**	210	12.2
	لا أعلم	535	31.1
	نعم	977	56.7
تسبب مشاكل بالاباضة	**لا**	81	4.7
	لا أعلم	242	14
	نعم	1403	81.3

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

في دراسة نسبة معرفة حالات الدراسة بمعلومات خاصة بمتلازمة PCO تبين ما يلي:

يبين الجدول السابق التوزع النسبي لحالات الدراسة حول معرفتها (وعيها) بالمعلومات الخاصة لمتلازمة PCO والتي توزعت كما يلي:

- ٢٩,٣% من حالات الدراسة يعلمن أن "**متلازمة PCO هي حالة وراثية**".
- ٨٩,٢% من حالات الدراسة يعلمن أن "**تنظيم الدورة يساعد على تنظيم الاباضة**".
- ٦٧,٤% من حالات الدراسة يعلمن أن "**معالجة متلازمة PCO تخفض من خطورة تطور سرطان ثدي أو رحم**".
- ٥٦,٧% من حالات الدراسة يعلمن أن "**متلازمة PCO تغير من شكل المبيض**".
- ٨١,٣% من حالات الدراسة يعلمن أن "**متلازمة PCO تسبب مشاكل بالإباضة**"

وكانت المعلومة الأكثر معرفة لدى حالات الدراسة هي "**إن تنظيم الدورة يساعد على تنظيم الاباضة**" بنسبة ٨٩,٢%.

١١-التحليل الوصفي لمستوى الوعي حول اختلاطات المتلازمة:

جدول (٨)

التوزع النسبي لمستوى الوعي حول اختلاطات المتلازمة PCO:

اختلاطات المتلازمة PCO		N	%
تسبب السكري	لا	273	15.8
	لا أعلم	758	43.9
	نعم	696	40.3
أمراض قلبية وعائية	لا	464	26.9
	لا أعلم	814	47.2
	نعم	446	25.9
سرطان ثدي أو رحم	لا	235	13.6
	لا أعلم	545	31.6
	نعم	943	54.7
قلق	لا	47	2.7
	لا أعلم	161	9.3
	نعم	1514	87.9
زيادة أندروجينات	لا	95	5.5
	لا أعلم	273	15.8
	نعم	1355	78.6
اضطرابات نفسية	لا	43	2.5
	لا أعلم	158	9.2
	نعم	1525	88.4

يبين الجدول السابق التوزع النسبي لمستوى الوعي حول اختلاطات المتلازمة PCO والتي توزعت كما يلي:

٣. ٤٠,٣% من حالات الدراسة يعلمن أن من اختلاطات متلازمة PCO أنها "**تسبب السكري**"

٤. ٢٥,٩% من حالات الدراسة يعلمن أن من اختلاطات متلازمة PCO أنها تسبب "**أمراض قلبية وعائية** ".

٥. ٥٤,٧% من حالات الدراسة يعلمن أن من اختلاطات متلازمة PCO أنها تسبب "**سرطان ثدي أو رحم** ".

٦. ٨٧,٩% من حالات الدراسة يعلمن أن من اختلاطات متلازمة PCO أنها تسبب " **قلق**".

٧. ٧٨,٦% من حالات الدراسة يعلمن أن من اختلاطات متلازمة PCO أنها تسبب "**زيادة أندروجينات**".

٨. ٨٨,٤% من حالات الدراسة يعلمن أن من اختلاطات متلازمة PCO أنها تسبب "**اضطرابات نفسية**".

٩. ٧% من حالات الدراسة يعلمن أن من اختلاطات متلازمة PCO أنها تسبب "**سرطان ثدي أو رحم** ".

وكانت الاختلاط الأكثر معرفة لدى حالات الدراسة هو أنها تسبب "**اضطرابات نفسية**" بنسبة معرفة ٨٨,٤%.

١١. التحليل وصفي لمستوى الوعي حول الممارسات التي تخفف من المتلازمة:

جدول (٩)

التوزع النسبي لمستوى الوعي حول الممارسات التي تخفف من أعراض متلازمة PCO

%	N	الممارسات التي تخفف من الأعراض

التمارين الرياضية	لا	136	7.9
	لا أعلم	172	10.0
	نعم	1415	82.1
استخدام موانع الحمل	لا	264	15.3
	لا أعلم	260	15.1
	نعم	1198	69.6
هل تناول الخضار والفواكه مفيد؟	لا	76	4.4
	لا أعلم	203	11.8
	نعم	1443	83.8
هل تناول الطعام الغني بالبروتين مفيد؟	لا	292	16.9
	لا أعلم	539	31.3
	نعم	893	51.8
هل تناول الطعام الغني بالدهون مفيد؟	لا	1235	71.6
	لا أعلم	376	21.8
	نعم	113	6.6

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

يبين الجدول السابق التوزع النسبي لمستوى الوعي حول الممارسات التي تخفف من أعراض متلازمة PCO والتي توزعت كما يلي:

- ٨٢,١% من حالات الدراسة يعلمن أن من الممارسات التي تخفف من الأعراض متلازمة PCO هي " **التمارين الرياضية** "
- ٦٩,٦% من حالات الدراسة يعلمن أن من الممارسات التي تخفف من الأعراض متلازمة PCO هي " **استخدام موانع الحمل** "
- ٨٣,٨% من حالات الدراسة يعلمن أن من الممارسات التي تخفف من الأعراض متلازمة PCO هي " **تناول الخضار والفواكه**"
- ٥١,٨% من حالات الدراسة يعلمن أن من الممارسات التي تخفف من الأعراض متلازمة PCO هي " **تناول الطعام الغني بالبروتين** "
- ٦,٦% من حالات الدراسة يعلمن أن من الممارسات التي تخفف من الأعراض متلازمة PCO هي " **تناول الطعام الغني بالدهون**"

وكانت الممارسة الأكثر معرفة لدى حالات الدراسة التي تخفف من أعراض متلازمة PCO هي "تناول الخضار والفواكه" لدى ٨٣,٨%.

١٤ .التحليل الوصفي لمستوى المعرفة الكلية حول متلازمة المبيض متعدد الكيسات:

تم الكشف عن نسبة المعرفة الكلية (وعي كل من الشابات والسيدات) حول متلازمة المبيض متعدد الكيسات واختلاطاتها وأعراضها والممارسات التي تخفف من هذه الأعراض من خلال ايجاد نسبة معرفة الحالات المدروسة حول كل محور من محاور الدراسة (الأعراض، المعلومات الخاصة بالمتلازمة، الاختلاطات، الممارسات التي تخفف

من الأعراض) ومن ثم إيجاد نسبة المعرفة الكلية من خلال المتوسط الحسابي لنسبة المعرفة حول جميع محاور الدراسة.

قامت الباحثة بتصميم الاستبيان من خلال تقديم أسئلة علمية طبية بثلاث إجابات (نعم، لا، لا أعلم) وكانت الإجابة **(نعم)** هي الإجابة الصحيحة، ومن ثم التحقق من صحة كل عبارة وذلك بتقييم الإجابة وفق الجدول التالي:

جدول (١٠)

مقياس تقييم الإجابات على عبارات الدراسة

إجابة الحالة	الإجابة الصحيحة	القرار
نعم	نعم	**صحيح** ويدل على وعي الحالة حول الفكرة المطروحة
لا	نعم	**خاطئ** ويدل على عدم وعي الحالة حول الفكرة المطروحة
لا أعلم	نعم	**خاطئ** ويدل على عدم وعي الحالة حول الفكرة المطروحة

وكانت النتائج في الجدول التالي:

جدول (١٢)

نسبة المعرفة الكلية والمعرفة حول كل محور من محاور الدراسة

رقم المحور	المحور	النسبة المئوية للمعرفة	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	**الأعراض**	%٥١	%٢٥,٢
٢	**المعلومات الخاصة بالمتلازمة**	%٦٤,٧	%٢٤,٧

تم الكشف عن نسبة المعرفة الكلية (وعي كل من الشابات والسيدات) حول متلازمة المبيض متعدد الكيسات واختلاطاتها وأعراضها والممارسات التي تخفف من هذه الأعراض من خلال ايجاد نسبة معرفة الحالات المدروسة حول كل محور من محاور الدراسة (الأعراض، المعلومات الخاصة بالمتلازمة، الاختلاطات، الممارسات التي تخفف من الأعراض) ومن ثم إيجاد نسبة المعرفة الكلية من خلال المتوسط الحسابي لنسبة المعرفة حول جميع محاور الدراسة.

قامت الباحثة بتصميم الاستبيان من خلال تقديم أسئلة علمية طبية بثلاث إجابات (نعم، لا، لا أعلم) وكانت الإجابة **(نعم)** هي الإجابة الصحيحة، ومن ثم التحقق من صحة كل عبارة وذلك بتقييم الإجابة وفق الجدول التالي:

جدول (١٠)

مقياس تقييم الإجابات على عبارات الدراسة

إجابة الحالة	الإجابة الصحيحة	القرار
نعم	نعم	**صحيح** ويدل على وعي الحالة حول الفكرة المطروحة
لا	نعم	**خاطئ** ويدل على عدم وعي الحالة حول الفكرة المطروحة
لا أعلم	نعم	**خاطئ** ويدل على عدم وعي الحالة حول الفكرة المطروحة

وكانت النتائج في الجدول التالي:

جدول (١٢)

نسبة المعرفة الكلية والمعرفة حول كل محور من محاور الدراسة

رقم المحور	المحور	النسبة المئوية للمعرفة	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	**الأعراض**	%٥١	%٢٥,٢
٢	**المعلومات الخاصة بالمتلازمة**	%٦٤,٧	%٢٤,٧

٣	**الاختلاطات**	%٦٢,٥	%٢٥,٨
٤	**الممارسات التي تخفف من الأعراض**	%٥٨,٦	%٢٢,٢
الاستبيان كامل		**%٥٩,٢**	**%١٧,٧**

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

من الجدول السابق نجد أن النسبة المئوية لمعرفة **لحالات الدراسة** حول محاور الدراسة كانت بمتوسط ٥١% وانحراف معياري ٢٥,٢% حول الأعراض

وبمتوسط ٦٤,٧% وانحراف معياري ٢٤,٧% حول المعلومات الخاصة بالمتلازمة

وبمتوسط ٦٢,٥% وانحراف معياري ٢٥,٨% حول الاختلاطات

وبمتوسط ٥٨,٦% وانحراف معياري ٢٢,٢% حول الممارسات التي تخفف من الأعراض،

وكانت النسبة المئوية لمعرفة حالات الدراسة حول محاور الدراسة كاملة (حول متلازمة PCO عامة) بمتوسط ٥٩,٢% وانحراف معياري ١٧,٧%.

كما هو موضّح في الجدول رقم (١٣) .

ثانياً – الإحصاء التحليلي:

١. دراسة العلاقة بين مستوى المعرفة الكلية للعينة المدروسة حول متلازمة PCO و مكان السكن :

بهدف دراسة هذه العلاقة تمت دراسة الفروق الإحصائية لمتوسط نسبة المعرفة لحالات الدراسة حول متلازمة PCO بشكل عام بين مجموعتي المريضات باختلاف سكنهن (ريف، مدينة) وذلك من خلال تطبيق اختبار t ستودينت للمقارنة بين متوسطي نسبة المعرفة لعينتين مستقلتين (نسبة المعرفة عند عينة المريضات اللواتي يسكن بالريف، ونسبة المعرفة عند عينة المريضات اللواتي يسكن بالمدينة)، والجدول التالي يوضح الإحصاءات الوصفية لنسبة المعرفة عند مجموعتي المريضات مع نتائج اختبار t:

جدول (13)

الاحصاءات الوصفية لنسبة المعرفة الكلية حول متلازمة PCO عند مجموعتي المريضات باختلاف منطقة السكن مع نتائج اختبار t للمقارنة بين المتوسطين

Group Statistics					T test	
	السكن	N	Mean	Std. Deviation	T test value	p.value
نسبة المعرفة الكلية	مدينة	939	60%	16.9%	2.097	0.036*
	ريف	781	58.2%	18.6%		

* يوجد دلالة إحصائية عند مستوى $(p.value < 0.05)$

تبين من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط نسبة المعرفة حول متلازمة PCO بين مجموعتي المريضات باختلاف سكنهن (ريف، مدينة) حيث أن $(t = 2.097, p.value = 0.036 < 0.05)$ ، وهذا PCO

الفرق كان لصالح نسبة المعرفة عند عينة المريضات اللواتي يسكن بالمدينة ٦٠% مقابل ٥٨,٢% للواتي يسكن بالريف، وبالتالي نستدل على أن السكن له دور في نسبة معرفة حول متلازمة

تبين من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط نسبة المعرفة حول متلازمة PCO بين مجموعتي المريضات باختلاف سكنهن (ريف، مدينة) حيث أن $(t = 2.097, p.value = 0.036 < 0.05)$ ، وهذا الفرق كان لصالح نسبة المعرفة عند عينة المريضات اللواتي يسكن بالمدينة ٦٠% مقابل ٥٨,٢% للواتي يسكن بالريف، وبالتالي نستدل على أن السكن له دور في نسبة معرفة حول متلازمة PCO.

تبين من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط نسبة المعرفة حول متلازمة PCO بين مجموعتي المريضات باختلاف سكنهن (ريف، مدينة) حيث أن $(t = 2.097, p.value = 0.036 < 0.05)$ ، وهذا الفرق كان لصالح نسبة المعرفة عند عينة المريضات اللواتي يسكن بالمدينة ٦٠% مقابل ٥٨,٢% للواتي يسكن بالريف، وبالتالي نستدل على أن السكن له دور في نسبة معرفة حول متلازمة PCO.

بهدف دراسة هذه العلاقة تمت دراسة الفروق الإحصائية لمتوسط نسبة المعرفة لحالات الدراسة حول متلازمة PCO بشكل عام بين مجموعتي المريضات باختلاف سكنهن (ريف، مدينة) وذلك من خلال تطبيق اختبار t ستودينت للمقارنة بين متوسطي نسبة المعرفة لعينتين مستقلتين (نسبة المعرفة عند عينة المريضات اللواتي يسكن بالريف، ونسبة المعرفة عند عينة المريضات اللواتي يسكن بالمدينة)

- دراسة العلاقة بين مستوى المعرفة الكلية للعينة المدروسة حول متلازمة PCO والعمل:

بهدف دراسة هذه العلاقة تمت دراسة الفروق الإحصائية لمتوسط نسبة المعرفة لحالات الدراسة حول متلازمة PCO بشكل عام بين مجموعتي المريضات باختلاف ممارستهن للعمل (يعملن، لا يعملن) وذلك من خلال تطبيق اختبار t ستودينت للمقارنة بين متوسطي نسبة المعرفة لعينتين مستقلتين (نسبة المعرفة عند عينة المريضات اللواتي يعملن، ونسبة المعرفة عند عينة المريضات اللواتي لا يعملن)، والجدول التالي يوضح الإحصاءات الوصفية لنسبة المعرفة عند مجموعتي المريضات مع نتائج اختبار t:

جدول (١١)

الاحصاءات الوصفية لنسبة المعرفة الكلية لحالات الدراسة حول متلازمة PCO عند مجموعتي المريضات باختلاف ممارستهن للعمل مع نتائج اختبار t للمقارنة بين المتوسطين

Group Statistics					T test	
	العمل	N	Mean	Std. Deviation	T test value	p.value
نسبة المعرفة الكلية	لا أعمل	١٢٤٢	%٥٩	%١٧,٦	-0.699	0.485
	أعمل	٤٨٥	%٥٩,٧	%١٨,٢		

* يوجد دلالة إحصائية عند مستوى $(p.value < 0.05)$

تبين من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط نسبة المعرفة حول متلازمة PCO بين مجموعتي المريضات باختلاف ممارستهن للعمل حيث أن $(t = -0.699,\ p.value = 0.0485 > 0.05)$ ، وبالتالي نستدل على أن العمل له دور في نسبة معرفة حول متلازمة PCO، والشكل التالي يبين ما سبق:

٤. دراسة العلاقة بين مستوى المعرفة الكلية للعينة المدروسة حول متلازمة PCO ومن الحالة الاجتماعية :

بهدف دراسة هذه العلاقة تمت دراسة الفروق الإحصائية لمتوسط نسبة المعرفة لحالات الدراسة حول متلازمة PCO –عامة – بين مجموعات المريضات باختلاف الحالة الاجتماعية (عازبة، متزوجة، مطلقة، أرملة) وذلك من خلال تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA للمقارنة بين متوسط نسبة المعرفة بين مجموعات المريضات المختلفة باختلاف الحالة الاجتماعية، والجدول التالي يوضح الإحصاءات الوصفية لنسبة المعرفة عند مجموعات المريضات مع نتائج اختبار ANOVA:

جدول ١٢)

الاحصاءات الوصفية لنسبة المعرفة الكلية حول متلازمة PCO عند مجموعات المريضات باختلاف الحالة الاجتماعية مع نتائج اختبارANOVA للمقارنة بين المتوسطات

	الحالة الاجتماعية	N	Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max	ANOVA test	
					Lower Bound	Upper Bound			F	p-value
نسبة المعرفة الكلية	عازبة	٨١٤	%٥٧,٣	%١٧,٦	%٥٦,١	%٥٨,٦	%٠	%١٠٠	٦,٩٤١	0.000*
	متزوجة	٨٨٦	%٦١	%١٧,٧	%٥٩,٨	%٦٢,١	%٠	%١٠٠		
	مطلقة	١٩	%٥٩,١	%١٨,٥	%٥٠,١	%٦٨	%١٢	%٨٢		
	أرملة	٦	%٤٦,٩	%٢٠,٥	%٢٥,٤	%٦٨,٤	%١٨	%٧٩		
	المجموع	**١٧٢٥**	**%٥٩,٢**	**%١٧,٨**	**%٥٨,٤**	**%٦٠**	**%٠**	%١٠٠		

*يوجد دلالة إحصائية عند مستوى $(p - value \leq 0.05)$

يبين الجدول السابق الاحصاءات الوصفية لنسبة المعرفة الكلية لحالات الدراسة حول متلازمة PCO عند مجموعات المريضات باختلاف الحالة الاجتماعية والتي تفسر كما يلي:

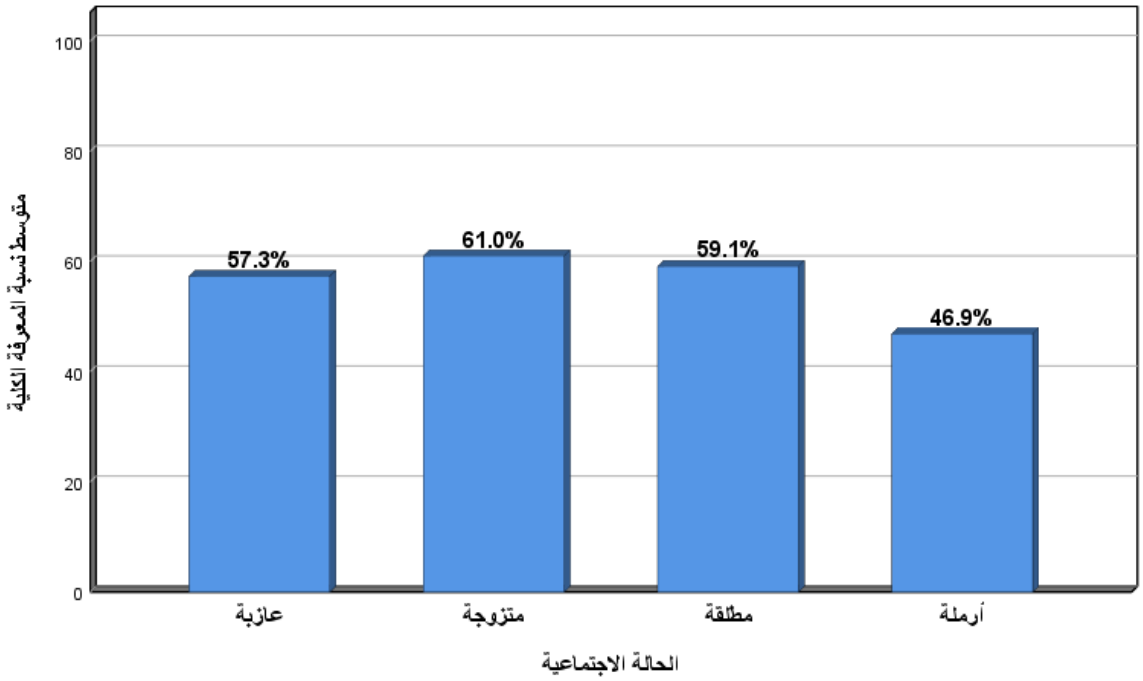
بلغ متوسط نسبة المعرفة الكلية عند مجموعة المريضات العازبات (٥٧,٣%) وبانحراف معياري (١٧,٦%%) وبـ ٩٥% مجال الثقة حول المتوسط كان المجال [58.6% , 56.1%]، وأقل نسبة معرفة وجدت بين هذه المجموعة 0% وأكثرها100 %، وهكذا يتم تفسير القيم الإحصائية لنسبة المعرفة الكلية في مجموعات المريضات المتزوجات والمطلقات والأرامل.

وبتطبيق تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لدراسة فيما إذا كانت الفروق معنوية (جوهرية) تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتوسط نسبة معرفة السيدات حول متلازمة PCO –عامة– بين مجموعات المريضات باختلاف حالتهن الاجتماعية (عازبة، متزوجة، مطلقة، أرملة) حيث أن $(F = 6.941, p.value = 0.000 < 0.05)$ وكانت أعلى نسبة للمعرفة عند عينة المريضات المتزوجات ٦١% يليها ٥٩,١% للمريضات المطلقات يليها ٥٧,٣% للمريضات العازبات وأدنها ٤٦,٩% للمريضات الأرامل، وبالتالي يمكن القول بأنه هناك علاقة للحالة الاجتماعية بنسبة معرفتهم بمتلازمة PCO.

بلغ متوسط نسبة المعرفة الكلية عند مجموعة المريضات العازبات (٥٧,٣%) وبانحراف معياري (١٧,٦%%) وبـ ٩٥% مجال الثقة حول المتوسط كان المجال [58.6% , 56.1%]، وأقل نسبة معرفة وجدت بين هذه المجموعة 0% وأكثرها100 %، وهكذا يتم تفسير القيم الإحصائية لنسبة المعرفة الكلية في مجموعات المريضات المتزوجات والمطلقات والأرامل

الشكل (٨)

التمثيل البياني بالأعمدة لمتوسط نسبة المعرفة الكلية لحالات الدراسة حول متلازمة PCO باختلاف الحالة الاجتماعية



٥. دراسة العلاقة بين مستوى المعرفة الكلية للحالات المدروسة حول متلازمة PCO ومستوى التعليم:

بهدف دراسة هذه العلاقة تمت دراسة الفروق الإحصائية لمتوسط نسبة المعرفة لحالات الدراسة حول متلازمة PCO –بشكل عام– بين مجموعات المريضات باختلاف مستوى التعليم (ثانوي، جامعي، دراسات عليا) وذلك من خلال تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA للمقارنة بين متوسط نسبة المعرفة بين مجموعات

المريضات المختلفة باختلاف مستوى التعليم ، والجدول التالي يوضح الإحصاءات الوصفية لنسبة المعرفة عند مجموعات المريضات مع نتائج اختبار ANOVA:

جدول(١٣)

الاحصاءات الوصفية لنسبة المعرفة الكلية لحالات الدراسة حول متلازمة PCO عند مجموعات المريضات باختلاف مستوى التعليم مع نتائج اختبارANOVA للمقارنة بين المتوسطات

	مستوى التعليم	N	Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max	ANOVA test	
					Lower Bound	Upper Bound			F	p-value
نسبة المعرفة الكلية	ثانوي	٤٣٩	%٥٩,٨	%١٩,٦	%٥٨	%٦١,٧	%٠	%١٠٠	٠,٩٣٠	0.395
	جامعي	١١٦٨	%٥٩,٢	%١٦,٨	%٥٨,٢	%٦٠,١	%٠	%١٠٠		
	دراسات عليا	١٢١١ ٧٢٨	%٥٧,٣	%١٩,١	%٥٣,٩	%٦٠,٨	%١٣	%١٠٠		
	المجموع		**%٥٩,٢**	**%١٧,٧**	**%٥٨,٤**	**%٦٠**	**%٠**	**١٠٠ %**		

*يوجد دلالة إحصائية عند مستوى $(p - value \leq 0.05)$

يبين الجدول السابق الاحصاءات الوصفية لنسبة المعرفة الكلية لحالات الدراسة حول متلازمة PCO عند مجموعات المريضات باختلاف مستوى التعليم والتي تفسر كما يلي:

بلغ متوسط نسبة المعرفة الكلية عند مجموعة المريضات اللواتي كان مستوى تعليمهن (ثانوي) (٥٩,٨%) وبانحراف معياري (١٩,٦%) وبـ ٩٥% مجال الثقة حول المتوسط كان المجال [61.7% , 58%]، وأقل نسبة معرفة وجدت بين هذه المجموعة 0% وأكثرها ١٠٠%، وهكذا يتم تفسير القيم الإحصائية لنسبة المعرفة الكلية في مجموعات المريضات باختلاف المستويات

المريضات المختلفة باختلاف مستوى التعليم ، والجدول التالي يوضح الإحصاءات الوصفية لنسبة المعرفة عند مجموعات المريضات مع نتائج اختبار ANOVA:

جدول(١٣)

الاحصاءات الوصفية لنسبة المعرفة الكلية لحالات الدراسة حول متلازمة PCO عند مجموعات المريضات باختلاف مستوى التعليم مع نتائج اختبارANOVA للمقارنة بين المتوسطات

	مستوى التعليم	N	Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max	ANOVA test	
					Lower Bound	Upper Bound			F	p-value
نسبة المعرفة الكلية	ثانوي	٤٣٩	%٥٩,٨	%١٩,٦	%٥٨	%٦١,٧	%٠	%١٠٠	٠,٩٣٠	0.395
	جامعي	١١٦٨	%٥٩,٢	%١٦,٨	%٥٨,٢	%٦٠,١	%٠	%١٠٠		
	دراسات عليا	١٢١١ ٧٢٨	%٥٧,٣	%١٩,١	%٥٣,٩	%٦٠,٨	%١٣	%١٠٠		
	المجموع		**%٥٩,٢**	**%١٧,٧**	**%٥٨,٤**	**%٦٠**	**%٠**	**١٠٠ %**		

*يوجد دلالة إحصائية عند مستوى $(p - value \leq 0.05)$

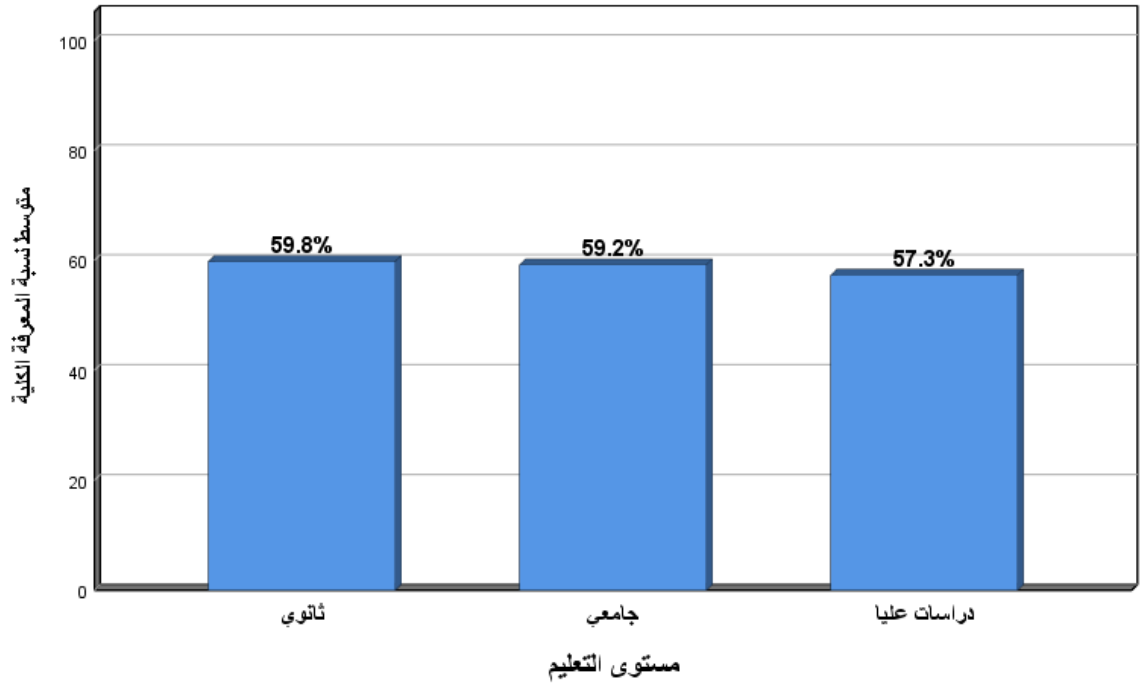
يبين الجدول السابق الاحصاءات الوصفية لنسبة المعرفة الكلية لحالات الدراسة حول متلازمة PCO عند مجموعات المريضات باختلاف مستوى التعليم والتي تفسر كما يلي:

بلغ متوسط نسبة المعرفة الكلية عند مجموعة المريضات اللواتي كان مستوى تعليمهن (ثانوي) (٥٩,٨%) وبانحراف معياري (١٩,٦%) وبـ ٩٥% مجال الثقة حول المتوسط كان المجال [61.7% , 58%]، وأقل نسبة معرفة وجدت بين هذه المجموعة 0% وأكثرها ١٠٠%، وهكذا يتم تفسير القيم الإحصائية لنسبة المعرفة الكلية في مجموعات المريضات باختلاف المستويات التعليمة.

وبتطبيق تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لدراسة فيما إذا كانت الفروق معنوية (جوهرية) تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتوسط نسبة معرفة حول متلازمة PCO –بشكل عام– بين مجموعات المريضات باختلاف مستوى التعليم (ثانوي، جامعي، دراسات عليا) حيث أن $(F = 0.930, p.value = 0.395 > 0.05)$ وبالتالي يمكن القول بأنه لا علاقة لمستوى التعليم عند بنسبة معرفتهم بمتلازمة PCO.

الشكل١٠)

التمثيل البياني بالأعمدة لمتوسط نسبة معرفة حالات الدراسة حول متلازمة PCO باختلاف مستوى التعليم



٥. دراسة العلاقة بين مستوى المعرفة الكلية للحالات المدروسة حول متلازمة PCO والمنطقة:

بهدف دراسة هذه العلاقة تمت دراسة الفروق الإحصائية لمتوسط نسبة المعرفة لحالات الدراسة حول متلازمة PCO –بشكل عام– بين مجموعات المريضات باختلاف المنطقة التي يقطن فيها (الجنوب، الشرق، الشمال، الغرب، المركز) وذلك من خلال تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA للمقارنة بين متوسط نسبة المعرفة بين مجموعات المريضات المختلفة باختلاف المنطقة ، والجدول التالي يوضح الإحصاءات الوصفية لنسبة المعرفة عند مجموعات المريضات مع نتائج اختبار ANOVA:

جدول (١٤)

الاحصاءات الوصفية لنسبة المعرفة الكلية لحالات الدراسة حول متلازمة PCO عند مجموعات المريضات باختلاف المنطقة مع نتائج اختبارANOVA للمقارنة بين المتوسطات

	المنطقة	N	Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max	ANOVA test	
					Lower Bound	Upper Bound			F	p-value
نسبة المعرفة الكلية	الجنوب	٢٩٢	%٥٩,٦	%١٨,٦	%٥٧,٤	%٦١,٧	%٢	%١٠٠	2.953	0.019*
	الشرق	١٥٦	%٦٠,١	%١٩,٣	%٥٧	%٦٣,١	%٠	%٩٨		
	الشمال	١٤٧	%٥٦	%٢٠,٩	%٥٢,٦	%٥٩,٤	%٠	%١٠٠		
	الغرب	١٠٤	%٦٣,٧	%١٦,٥	%٦٠,٥	%٦٦,٩	%١٥	%٩٥		
	المركز	١٠٠٨	%٥٩,٢	%١٦,٧	%٥٨,٢	%٦٠,٣	%٠	%١٠٠		
	المجموع	**١٧٠٧**	**%٥٩,٤**	**%١٧,٧**	**%٥٨,٥**	**%٦٠,٢**	**%٠**	**١٠٠ %**		

*يوجد دلالة إحصائية عند مستوى $(p - value \leq 0.05)$

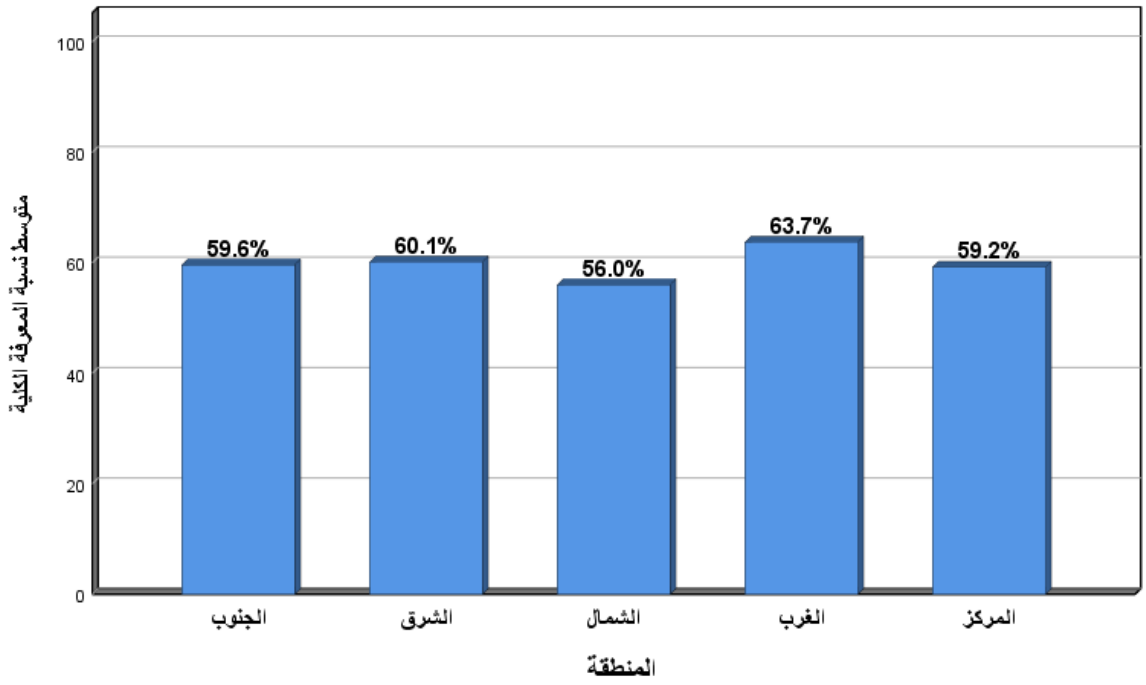
يبين الجدول السابق الاحصاءات الوصفية لنسبة المعرفة الكلية لحالات الدراسة حول متلازمة PCO عند مجموعات المريضات باختلاف المنطقة التي يقطن فيها والتي تفسر كما يلي:

بلغ متوسط نسبة المعرفة الكلية عند مجموعة المريضات اللواتي يقطن في المركز (59.2%) وبانحراف معياري (١٦,٧%) وبـ ٩٥% مجال الثقة حول المتوسط كان المجال [60.3% , 58.2%]، وأقل نسبة معرفة وجدت بين هذه المجموعة 0% وأكثرها ١٠٠%، وهكذا يتم تفسير القيم الإحصائية لنسبة المعرفة الكلية في مجموعات المريضات باختلاف المناطق الأخرى التي يقطن فيها.

وبتطبيق تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لدراسة فيما إذا كانت الفروق معنوية (جوهرية) تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتوسط نسبة معرفة السيدات حول متلازمة PCO –بشكل عام– بين مجموعات المريضات باختلاف المنطقة التي يقطن فيها (الجنوب، الشرق، الشمال، الغرب، المركز) حيث أن $(F = 2.953, p.value = 0.000 < 0.05)$ ، وكانت أعلى نسبة للمعرفة عند عينة المريضات اللواتي يقطن في (الغرب) ٦٣,٧% يليها ٦٠,١% للمريضات اللواتي يقطن في (الشرق) يليها ٥٩,٦% للمريضات اللواتي يقطن في (الجنوب) يليها ٥٩,٢% للمريضات اللواتي يقطن في (المركز) وأدنها ٥٦% للمريضات اللواتي يقطن في (الشمال)، وبالتالي نستدل على أن المنطقة لها دور في نسبة معرفة للمريضات حول متلازمة PCO.

الشكل (١٠)

التمثيل البياني بالأعمدة لمتوسط نسبة معرفة المريضات حول متلازمة PCO باختلاف المنطقة التي يقطن فيها



نتائج البحث

بلغ العدد الكلي للمشاركات بالدراسة حوالي (١٧٢٨) توزعن بين (٨٩٤) سيدة ٥١,٧% من العينة و (٣٤٨) طالبة ٤٨,٣% من العينة حققن جميعهن معايير الاشتمال بالدراسة وهي أن تتراوح أعمارهن بين (١٨-٤٠) سنة .

حالات الدراسة توزعن حسب مكان إقامتهن إلى ٩٣٩ (٥٤,٦%) حالة في (الريف) و ٧٨١ (٤٥,٤%) حالة في (المدينة).

و توزعن حسب المنطقة إلى ٢٩٢ (١٧,١ %) حالة في (الجنوب) ١٥٦ (٩,١%) حالة في (الشرق) ١٤٧ (٨,٦%) حالة في (الشمال) ١٠٤ (٦,١%) حالة في (الغرب) و١٠٠٨ (٥٩,١%) حالة في (المركز) مع العلم بوجود ٢١ حالة لم تصرح عن بياناتها بخصوص المنطقة.

حالات الدراسة توزعن حسب مستوى تعليمهن إلى ٤٣٩ (٢٥,٤%) حالة كان مستوى تعليمهن (ثانوياً) ١١٦٨ (٦٧,٦%) حالة كان مستوى تعليمهن (جامعياً) و ١٢١ (٧%) حالة كان مستوى تعليمهن (دراسات عليا).

حالات الدراسة توزعن حسب معاناتهن من اضطرابات نسائية إلى ١٣٨٧ (٨٠,٥%) حالة (غير مريضة) ٣٣٧ (١٩,٥%) حالة (مريضة)، وهناك ٤ حالات لم تذكر إجابتها و توزعن حسب ممارستهن للعمل إلى ١٢٤٢ (٧١,٩%) حالة (تعمل) و٤٨٥ (٢٨,١%) حالة (لا تعمل).

التوزع النسبي لمستوى وعي حالات الدراسة حول الأعراض التي توزعت كما يلي:

- ٧٣,١% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**اضطرابات بالدورة الشهرية**" هي من أعراض متلازمة.
- ٦٤,٧% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**العد الشائع (حب الشباب)**" هو من أعراض متلازمة

- ٧٠,٢% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**الشعرانية (نمو شعر زائد بالجسم)**" هي من أعراض
- ٥٨,٧% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**نقص الخصوبة (مشاكل بالإنجاب)**" هو من أعراض
- ٥٨,٩% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**زيادة الوزن**" هو من أعراض متلازمة PCO.
- ٥٨% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**تساقط أشعار الرأس**" هو من أعراض متلازمة PCO.
- ٥٧,٢% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**ألم حوضي**" هو من أعراض متلازمة PCO.
- ٢٢,٢% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**بلوغ مبكر**" هو من أعراض متلازمة PCO.
- ٣٣,٨% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**إجهاض**" هو من أعراض متلازمة PCO.
- ٢٣,٣% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**مرض السكري**" هو من أعراض متلازمة PCO.
- ١٨,٧% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**ارتفاع التوتر الشرياني**" هو من أعراض متلازمة
- ٧٥% من حالات الدراسة قد عرفت أن "**اضطرابات نفسية**" هي من أعراض متلازمة PCO.

وكان العرض الأكثر معرفة لدى حالات الدراسة هو "**الاضطرابات النفسية**".

التوزع النسبي لمستوى المعلومات الخاصة لحالات الدراسة حول بمتلازمة PCO التي توزعت كما يلي:

- ٢٩,٣% من حالات الدراسة يعلمن أن "**متلازمة PCO هي حالة وراثية**".
- ٨٩,٢% من حالات الدراسة يعلمن أن "**تنظيم الدورة يساعد على تنظيم الاباضة**".
- ٦٧,٤% من حالات الدراسة يعلمن أن "**معالجة متلازمة PCO تخفض من خطورة تطور سرطان ثدي أو رحم**".
- ٥٦,٧% من حالات الدراسة يعلمن أن "**متلازمة PCO تغير من شكل المبيض**".
- ٨١,٣% من حالات الدراسة يعلمن أن "**متلازمة PCO تسبب مشاكل بالاباضة**"

وكانت المعلومة الأكثر معرفة لدى حالات الدراسة هي "**إن تنظيم الدورة يساعد على تنظيم الاباضة**" بنسبة ٨٩,٢%.

التوزع النسبي لمستوى الوعي حول اختلاطات المتلازمة PCO التي توزعت كما يلي:

- ٤٠,٣% من حالات الدراسة يعلمن أن من اختلاطات متلازمة PCO أنها "**تسبب السكري**"
- ٢٥,٩% من حالات الدراسة يعلمن أن من اختلاطات متلازمة PCO أنها تسبب "**أمراض قلبية وعائية**
- ٥٤,٧% من حالات الدراسة يعلمن أن من اختلاطات متلازمة PCO أنها تسبب "**سرطان ثدي أو رحم**
- ٨٧,٩% من حالات الدراسة يعلمن أن من اختلاطات متلازمة PCO أنها تسبب " **قلق**".
- ٧٨,٦% من حالات الدراسة يعلمن أن من اختلاطات متلازمة PCO أنها تسبب "**زيادة أندروجينات**".
- ٨٨,٤% من حالات الدراسة يعلمن أن من اختلاطات متلازمة PCO أنها تسبب "**اضطرابات نفسية**".

وكانت الاختلاط الأكثر معرفة لدى حالات الدراسة هو أنها تسبب "**اضطرابات نفسية**" بنسبة معرفة ٨٨,٤%.

التوزع النسبي لمستوى الوعي حول الممارسات التي تخفف من أعراض متلازمة PCO والتي توزعت كما يلي:

- ٨٢,١% من حالات الدراسة يعلمن أن من الممارسات التي تخفف من الأعراض متلازمة PCO هي " **التمارين الرياضية** "
- ٦٩,٦% من حالات الدراسة يعلمن أن من الممارسات التي تخفف من الأعراض متلازمة PCO هي " **استخدام موانع الحمل** "
- ٨٣,٨% من حالات الدراسة يعلمن أن من الممارسات التي تخفف من الأعراض متلازمة PCO هي " **تناول الخضار والفواكه**"

- ٥١,٨% من حالات الدراسة يعلمن أن من الممارسات التي تخفف من الأعراض متلازمة PCO هي " **تناول الطعام الغني بالبروتين** "
- ٦,٦% من حالات الدراسة يعلمن أن من الممارسات التي تخفف من الأعراض متلازمة PCO هي " **تناول الطعام الغني بالدهون**"

وكانت الممارسة الأكثر معرفة لدى حالات الدراسة التي تخفف من أعراض متلازمة PCO هي "تناول الخضار والفواكه" لدى ٨٣,٨%.

النسبة المئوية لمعرفة **لحالات الدراسة** حول محاور الدراسة كانت بمتوسط ٥١% وانحراف معياري ٢٥,٢% حول الأعراض وبمتوسط ٦٤,٧% وانحراف معياري ٢٤,٧% حول المعلومات الخاصة بالمتلازمة وبمتوسط ٦٢,٥% وانحراف معياري ٢٥,٨% حول الاختلاطات وبمتوسط ٥٨,٦% وانحراف معياري ٢٢,٢% حول الممارسات التي تخفف من الأعراض، **وكانت النسبة المئوية لمعرفة حالات الدراسة حول محاور الدراسة كاملة (حول متلازمة PCO بشكل عام) بمتوسط ٥٩,٢% وانحراف معياري ١٧,٧%.**

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط نسبة المعرفة حول متلازمة PCO بين مجموعتي المريضات باختلاف سكنهن (ريف، مدينة) حيث أن $(t = 2.097,\ p.value = 0.036 < 0.05)$ ، وهذا الفرق كان لصالح نسبة المعرفة عند عينة المريضات اللواتي يسكن بالمدينة ٦٠% مقابل ٥٨,٢% للواتي يسكن بالريف، وبالتالي نستدل على أن السكن له دور في نسبة معرفة حول متلازمة PCO.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط نسبة المعرفة حول متلازمة PCO بين مجموعتي المريضات باختلاف ممارستهن للعمل حيث أن $(t = -0.699,\ p.value = 0.0485 > 0.05)$ ، وبالتالي نستدل على أن العمل له دور في نسبة معرفة حول متلازمة PCO.

بلغ متوسط نسبة المعرفة الكلية عند مجموعة المريضات العازبات (٥٧,٣%) وبانحراف معياري (١٧,٦%%) وبـ ٩٥% مجال الثقة حول المتوسط كان المجال [58.6% , 56.1%]، وأقل نسبة معرفة وجدت بين هذه المجموعة 0% وأكثرها100 %، وهكذا يتم تفسير القيم الإحصائية لنسبة المعرفة الكلية في مجموعات المريضات المتزوجات والمطلقات والأرامل.

وبتطبيق تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لدراسة فيما إذا كانت الفروق معنوية (جوهرية) تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتوسط نسبة معرفة السيدات حول متلازمة PCO –بشكل عام– بين مجموعات المريضات باختلاف حالتهن الاجتماعية (عازبة، متزوجة، مطلقة، أرملة) حيث أن $(F = 6.941, p.value = 0.000 < 0.05)$ وكانت أعلى نسبة للمعرفة عند عينة المريضات المتزوجات ٦١% يليها ٥٩,١% للمريضات المطلقات يليها ٥٧,٣% للمريضات العازبات وأدنها ٤٦,٩% للمريضات الأرامل، وبالتالي يمكن القول بأنه هناك علاقة للحالة الاجتماعية بنسبة معرفتهم بمتلازمة PCO.

بلغ متوسط نسبة المعرفة الكلية عند مجموعة المريضات اللواتي كان مستوى تعليمهن (ثانوياً) (٥٩,٨%) وبانحراف معياري (١٩,٦%) وبـ ٩٥% مجال الثقة حول المتوسط كان المجال [61.7% , 58%]، وأقل نسبة معرفة وجدت بين هذه المجموعة 0% وأكثرها ١٠٠%، وهكذا يتم تفسير القيم الإحصائية لنسبة المعرفة الكلية في مجموعات المريضات باختلاف المستويات التعليمة.

وبتطبيق تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لدراسة فيما إذا كانت الفروق معنوية (جوهرية) تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتوسط نسبة معرفة حول متلازمة PCO –عامة– بين مجموعات المريضات باختلاف مستوى التعليم (ثانوي، جامعي، دراسات عليا) حيث أن $(F = 0.930, p.value = 0.395 > 0.05)$وبالتالي يمكن القول بأنه لا علاقة لمستوى التعليم عند بنسبة معرفتهم بمتلازمة PCO.

بلغ متوسط نسبة المعرفة الكلية عند مجموعة المريضات اللواتي يقطن في المركز (59.2%) وبانحراف معياري (١٦,٧%) وبـ ٩٥% مجال الثقة حول المتوسط كان المجال [60.3% , 58.2%]، وأقل نسبة معرفة وجدت بين هذه المجموعة 0% وأكثرها ١٠٠%، وهكذا يتم تفسير القيم الإحصائية لنسبة المعرفة الكلية في مجموعات المريضات باختلاف المناطق الأخرى التي يقطن فيها.

وبتطبيق تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لدراسة فيما إذا كانت الفروق معنوية (جوهرية) تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتوسط نسبة معرفة السيدات حول متلازمة PCO –بشكل عام– بين مجموعات المريضات باختلاف المنطقة التي يقطن فيها (الجنوب، الشرق، الشمال، الغرب، المركز) حيث أن $(F = 2.953, p.value = 0.000 < 0.05)$ ، وكانت أعلى نسبة للمعرفة عند عينة المريضات اللواتي يقطن في (الغرب) ٦٣,٧% يليها ٦٠,١% للمريضات اللواتي يقطن في (الشرق) يليها ٥٩,٦% للمريضات اللواتي يقطن في (الجنوب) يليها ٥٩,٢% للمريضات اللواتي يقطن في (المركز) وأدنها ٥٦% للمريضات اللواتي يقطن في (الشمال)، وبالتالي نستدل على أن المنطقة لها دور في نسبة معرفة للمريضات حول متلازمة PCO.

مناقشة النتائج ومقارنتها بالدراسات السابقة

صممت هذه الدراسة من أجل تقييم مستوى الوعي والمعرفة حول متلازمة المبيض متعدد الكيسات لدى السيدات والطالبات بسن النشاط التناسلي .

تعد متلازمة المبيض متعدد الكيسات من أشيع الاضطرابات الغدية عند النساء بسن النشاط التناسلي. تختلف نسبة الانتشار بين بلد وآخر ويعتمد التشخيص في معظم المراكز العالمية على معايير روتردام الشهيرة وهي:

٦. فرط الأندروجين السريري أو المخبري.

٧. ندرة الطمث (عسرة الاباضة).

٨. مظهر المبيض متعدد الكيسات.

تتظاهر هذه المتلازمة بأعراض مختلفة منها : اضطرابات الطمث –نقص الخصوبة –الشعرانية وتسبب اختلاطات طويلة الأمد تؤثر على نوعية الحياة لدى المريضة.

تضمنت الدراسة ١٧٢٨ سيدة وطالبة بسن النشاط التناسلي تتراوح أعمارهن بين (١٨–٤٠) عام بغض النظر عن الخلفية الاجتماعية و الثقافية و الصحية .

وقد شاركن باستبيان يتناول معلومات حول متلازمة المبيض متعدد الكيسات وتناول هذا الاستبيان الأعراض التي تسببها المتلازمة والاختلاطات التي تنجم عنها وماهي أفضل طرق الوقاية والعلاج منها وقيمت بعدها المعرفة لديهن بناء على الإجابات التي قدمنها.

شملت هذه الدراسة محاور عدة تتناول معلومات حول المريضة ومن ثم معرفتها بأعراض متلازمة المبيض متعدد الكيسات واختلاطاتها ومعلومات حول الممارسات التي تخفف من شدة الأعراض .

عند مقارنة نسبة المعرفة بين السيدات اللواتي يسكن في المدينة وبلغت نسبتهن ٧٨١ (٤٥،٤%) من العينة وبين السيدات اللواتي يسكن في الريف وبلغت نسبتهن ٩٣٩ (٥٤،٦ %) من العينة كانت نسبة المعرفة لدى السيدا ت اللواتي يسكن في المدينة أعلى بنسبة ٦٠% مقارنة بنسبة معرفة ٥٨،٢% لدى السيدات اللواتي يسكن في الريف ويعزى ذلك إلى ارتفاع مستوى التعليم ومستوى الحالة الاقتصادية في المدينة وما يرافق ذلك من اهتمام أكثر بالناحية الصحية .

وعند مقارنة نسبة المعرفة بين السيدات اللواتي يعملن بمجالات عمل مختلفة وبلغت نسبتهن ١٢٤٢ (٧١،٩ %) من العينة والسيدات اللواتي لا يعملن وبلغت نسبتهن ٤٨٥ (٢٨،١%) كانت نسبة المعرفة متساوية بين الفئتين وهو أمر مستغرب حيث كانت التوقعات أن المعرفة أعلى عند النساء اللواتي يعملن وعند سؤالنا للسيدات عن مصدر معلوماتهن في محاولة لمعرفة الإجابة أجبن بأن النت والجلسات النسائية غالباً ما تتضمن أحاديث عن متلازمة المبيض متعدد الكيسات وعن أعراضها مثل تأخر الحمل والشعرانية وحب الشباب واضطرابات الطمث ولم يكن العمل أو نمطه ونوعه أحد المصادر وهو ما يفسر نتائجنا .

وعند مقارنة نسبة المعرفة بين المشاركات من ناحية الحالة الاجتماعية كان لدينا سيدات متزوجات ٨٨٦ بنسبة (٥١،٤ %) و سيدات عازبات ٨١٤ بنسبة (٤٧،٢%) و سيدات مطلقات ١٩ بنسبة (١،١%) و وسيدات أرامل ٦ بنسبة (٠،٣%) كانت أعلى نسبة للمعرفة عند المتزوجات بنسبة ٦١% يليها بنسبة ٥٩،١٥ للمطلقات و بنسبة و٥٧،٣% للعازبات و بنسبة و٤٦،٩% للأرامل ويعزى ارتفاع مستوى المعرفة لدى المتزوجات بسبب متابعتهن أكثر لأمور الإباضة وتأخر الحمل ومشاكل الإجهاض واستخدامهن لحبوب منع الحمل وتنظيم الطمث ومعرفتهن باستطبابات استخدامها أكثر من غير المتزوجات .

عند مقارنة نسبة المعرفة بين المشاركات بالدراسة من حيث مستوى التعليم كان لدينا ٤٣٩ (٢٥،٤%) تعليمهن ثانوياً و١١٦٨ (٦٧،٦%) جامعياً و١٢١ (٧%) دراسات عليا لم يكن هناك تفاوت في نسبة الوعي لديهن وإنما

كانت النسبة متقاربة وبلغت ٥٩% وهو أمر مثير للانتباه قد يعزى السبب فيه إلى شيوع هذه المتلازمة وشيوع أعراضها واهتمام السيدات بالأمور التجميلية مثل الليزر وما يرافق ذلك من فحص روتيني للمبيض للتأكد من عدم وجود مبيض متعدد الكيسات وذلك بغض النظر عن مستوى التعليم لديها وهو ما يفسر نتائجنا .

وعند مقارنة نسبة الوعي بين المشاركات بحسب المنطقة اللواتي ينحدرن منها كان لدينا ٢٩٢ (١٧،١%) من المنطقة الجنوبية (درعا– سويداء– القنيطرة) و١٥٦ (٩،١%) من المنطقة الشرقية (دير الزور – الحسكة – القامشلي) ومن المنطقة الشمالية ١٤٧ (٦،١%) (حلب –إدلب) و١٠٤ (٦،١%) من الغرب (اللاذقية – طرطوس) ومن المركز ١٠٠٨ (٥٩،١%) (دمشق – ريف دمشق – حمص – حماة) بلغت نسبة الوعي الأعلى بالغرب ، حيث أن $(F = 2.953, p.value = 0.000 < 0.05)$ ، وكانت أعلى نسبة للمعرفة عند عينة المريضات اللواتي يقطن في (الغرب) ٦٣,٧% يليها ٦٠,١% للمريضات اللواتي يقطن في (الشرق) يليها ٥٩,٦% للمريضات اللواتي يقطن في (الجنوب) يليها ٥٩,٢% للمريضات اللواتي يقطن في (المركز) وأدنها ٥٦% للمريضات اللواتي يقطن في (الشمال) وهذا ما يفدنا في تحديد الفئات الأكثر حاجةً لنشر الوعي ويساعد في توجيه البرامج التثقيفية وتركيزها في هذه المناطق نحو نشر الوعي أكثر وشرح الأعراض والاختلاطات والممارسات التي تخفف من شدة الأعراض لرفع مستوى الوعي الصحي وتعزيز التشخيص المبكر وتحقيق الرعاية الأولية والتي تعتبر هدفاً رئيسياً في طب الأسرة .

وعند دراسة مستوى الوعي الأكثر حول الأعراض كانت الاضطرابات النفسية هي العرض الأكثر معرفة لدى السيدات حيث أجابت ٧٥% من المشاركات بنعم عند سؤالهن هل تسبب متلازمة المبيض متعدد الكيسات اضطرابات نفسية مثل القلق والاكتئاب وقد فسرت المشاركات معرفتهن بهذا العرض بأن المتلازمة قد تسبب مشاكل بالإباضة وتأخر بالحمل والإنجاب ما يسبب أحياناً مشاكل أسرية واجتماعية كما أن المتلازمة تسبب أيضاً بدانة ومشاكل جمالية من حيث زيادة الشعر وظهور حب الشباب وهذا ما يزيد الضغط النفسي على المصابات بالمتلازمة لذلك كانت الاضطرابات النفسية هي العرض الكثر شيوعاً لديهن .

وعند دراسة مستوى الوعي حول المعلومات الخاصة بالمتلازمة كانت نسبة الوعي الأعلى حول أن تنظيم الطمث يساعد في تنظيم الإباضة بنسبة ٨١% ونسبة الوعي الأقل كانت عند سؤالهن هل متلازمة المبيض متعدد الكيسات حالة وراثية حيث أجابت فقط ٥٠٥ مشاركة بنعم وهو ما يعادل ٢٩% من العينة وهي نسبة قليلة يجب التركيز عليها في برامج التثقيف الصحي لنشر الوعي أكثر حولها وهو ما يساعد في وضع التشخيص مبكراً حيث أن المصابات قد تنصح أقاربها وخاصةً من الدرجة الأولى بإجراء فحص للمبيض في حال ظهور أي عرض من أعراض المتلازمة .

وعند دراسة مستوى الوعي حول الاختلاطات كانت الاضطرابات النفسية أيضاً الاختلاط الأشيع بالنسبة للمشاركات بنسبة معرفة بلغت ٨٨% ويعزى ذلك للأسباب التي ذكرت سابقاً وكان الاختلاط الأقل معرفة بالنسبة لهن أن المتلازمة قد تسبب مشاكل قلبية وعائية حيث أجابت فقط ٤٤٦ من المشاركات بنعم عند سؤالهن هل تسبب متلازمة المبيض متعدد الكيسات بحال إهمالها وعدم علاجها مشاكل قلبية ووعائية بنسبة بلغت ٢٥% فقط من المشاركات وعند سؤالنا عن سبب استبعاد هذا الخيار أجبن بأنهن لا يعتقدن أن هناك علاقة بين المبيض والمشاكل القلبية .

وعند دراسة مستوى الوعي حول الممارسات التي تخفف من شدة الأعراض كانت ممارسة الرياضة واتباع نظام غذائي صحي هي الممارسة الأكثر شيوعاً وهو أمر متوقع .

بمقارنة دراستنا بالدراسات العالمية التي أجريت حول معارف السيدات حول متلازمة المبيض متعدد الكيسات وجدنا :

في **دراستنا** بلغت نسبة الوعي حول متلازمة المبيض متعدد الكيسات ٥٩,٢% وهي قريبة من الدراسة التي أجريت في السعودية (٢٠١٧) وشملت ٦٧٤سيدة متوسط أعمارهن (١٨-٣٠) عام نسبة الجامعيات منهن ٧١% بلغت نسبة الوعي لديهن ٦٠% بدراسة awareness وهي نسبة متوقعة [٣].

في **دراستنا** بلغت نسبة معرفة حالات الدراسة حول العلاقة بين متلازمة المبيض متعدد الكيسات ونقص الخصوبة٥٨,٧ مقارنة بنسبة وعي بلغت ٦٢,٥ % لدى النساء السعوديات بدراسة awareness وهي نسبة متوقعة أيضاً[٣].

وعند السؤال عن الوعي حول زيادة الأندروجينات واختلال توازن الهرمونات أبدت الحالات في دراستنا وعياً بنسبة٧٨,٦ مقارنة بنسبة وعي بلغت ٦٢ % لدى النساء السعوديات بدراسة awareness وقد يعزى ارتفاع نسبة الوعي حول العلاقة بينهما في دراستنا إلى زيادة الاهتمام بالأمور الجمالية وعلاقة زيادة الأندروجينات بظهور الشعرانية وحب الشباب [٣].

في دراستنا بلغت نسبة الوعي حول الشعرانية كعرض للمتلازمة ٧٠,٢% مقارنة بنسبة وعي ٢٤% فقط وبلغت نسبة الوعي حول ظهور حب الشباب كعرض للمتلازمة ٦٤,٧% في دراستنا مقارنة بنسبة وعي بلغت ٤٠,٦% في دراسة **أجريت** بالإمارات العربية المتحدة Exploration[١].

يمكن أن يعزى سبب المعرفة الأعلى في دراستنا حول الشعرانية وحب الشباب كأعراض للمتلازمة هو توجه السيدات نحو الإجراءات التجميلية والتي عادةً ما تترافق مع فحص روتيني للمبيض للتأكد من عدم وجود تكيسات قد تكون هي السبب في الأعراض مما ساهم في زيادة معرفة السيدات بهذه الأعراض .

في **دراستنا** عند سؤال المشاركات هل تغير متلازمة المبيض متعدد الكيسات شكل المبيض؟

بلغت نسبة المعرفة لديهن ٨١% مقارنة بنسبة المعرفة ٥٢,١ % في دراسة awareness [٣].

في **دراستنا** عند السؤال عن السكري كاختلاط لمتلازمة المبيض متعدد الكيسات ٤٠,٣% مقارنة بنسبة معرفة بلغت حوالي ٦٩% في دراسة awareness [٣] قد يعزى سبب المعرفة الأعلى بالدراسة السعودية بسبب انتشار

المشاكل الصحية لديهن كالبدانة والسكري وما يرافق ذلك من شرح أكثر حول هذه الأمراض ومسبباتها والتي منها متلازمة المبيض متعدد الكيسات .

في دراستنا عند سؤالنا للسيدات والطالبات حول حدوث الأمراض القلبية الوعائية كاختلاط بلغت نسبة المعرفة ٢٥،٩% مقارنة بنسبة معرفة بلغت ٥٦,٢ % في دراسة awareness [٣] وتفسر النسبة القليلة للمعرفة لدينا بعدم ربط المشاركات .

في دراستنا بلغت نسبة الوعي حول الممارسات التي تخفف من الأعراض مثل تناول الخضار والفواكه ٨٣% مقارنة مع نسبة معرفة ٧٠ % بدراسة أجريت بشرق الهند opinion[٢] . وهي نسبة متوقعة .

كما أبدت المشاركات **بدراستنا** معرفة حول أثر موانع الحمل بعلاج الأعراض بنسبة ٦٩,٦% مقارنة بنسبة معرفة بلغت ٣,٧ % فقط في دراسة الهند opinion[٢] .

قد يكون سبب المعرفة الأعلى بدراستنا هو أن نصف العينة هن سيدات متزوجات وبالتالي احتمالية استخدامهن لحبوب منع الحمل ومعرفة استطباباتها أعلى كما أن الفئة العمرية لدينا متنوعة أكثر حيث شملت السيدات بين (١٨-٤٠) في حين أن متوسط عمر المشاركات بالدراسة الهندية ٢٠ سنة .

بدراستنا بلغت نسبة الوعي حول أثر ممارسة الرياضة في تخفيف أعراض متلازمة المبيض متعدد الكيسات ٨٢,١% مقارنة بنسبة معرفة بلغت حوالي ٧٢ .٧ % فقط في دراسة awareness [٣] .

قد يعزى سبب انخفاض نسبة المعرفة حول دور الرياضة في تخفيف الأعراض بالدراسة السعودية إلى نمط الحياة المرفه والبعيد عن النشاطات البدنية .

الخلاصة

تعد نسبة الوعي حول متلازمة المبيض متعدد الكيسات لدى عينة من السيدات السوريات جيدة الى حدٍ ما ومع ذلك فنحن بحاجة الى حملات توعية أكثر حول هذه المتلازمة التي تعد من أشيع الاضطرابات الغدية عند النساء بسن النشاط التناسلي لتشخيصها باكراً مما يحقق نوعية حياة أفضل للمريضة من خلال معالجة الأعراض والابتعاد عن عوامل الخطورة مثل السمنة وغيرها كما أنه يخفف من معاناة المريضة ويحميها من الاختلاطات طويلة الأمد وبالتالي تخفيف العبء المادي وتكاليف العلاج الناجمة عن هذه المتلازمة .

لتوصيات

١. القيام بحملات توعية لنشر الوعي أكثر حول متلازمة المبيض متعدد الكيسات والتركيز على شرح الأعراض وتنوعها لاعتبارها الثغرة بالمعارف حسب نتائجنا مما يساعد المريضة بالتوجه نحو الطبيب المختص .

٢. التأكيد على أهمية التشخيص المبكر من أجل تجنب الاختلاطات طويلة الأمد التي تؤثر على نوعية الحياة ومن أجل تخفيف العبء المادي وتخفيض تكاليف العلاج .

٣. التأكيد على دور طبيب الأسرة في نشر الوعي باعتباره خط التماس الأول مع المريض .

المراجع

1. Pramodh, S., Exploration of lifestyle choices, reproductive health knowledge, and polycystic ovary syndrome (PCOS) awareness among female Emirati university students. International Journal of Women's Health, 2020. **12**: p. 927.
2. Jena, S.K., et al., Awareness and opinion about polycystic ovarian syndrome (PCOS) among young women: a developing country perspective. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 2021. **33**(3): p. 123-126.
3. Alessa, A., et al., Awareness of polycystic ovarian syndrome among Saudi females. International Journal of Medical Science and Public Health, 2017. **6**(6): p. 1013-1020.
4. Leon, L.I.R., C. Anastasopoulou, and J.V. Mayrin, Polycystic Ovarian Disease. StatPearls [Internet], 2021.
5. Ding, D.-C., et al., Association between polycystic ovarian syndrome and endometrial, ovarian, and breast cancer: A population-based cohort study in Taiwan. Medicine, 2018. **97**(39).
6. Witchel, S.F., H.J. Teede, and A.S. Peña, Curtailing pcos. Pediatric research, 2020. **87**(2): p. 353-361.
7. Phylactou, M., et al., Clinical and biochemical discriminants between functional hypothalamic amenorrhoea (FHA) and polycystic ovary syndrome (PCOS). Clinical Endocrinology, 2021. **95**(2): p. 239-252.
8. Zehravi, M., M. Maqbool, and I. Ara, Polycystic ovary syndrome and infertility: an update. International journal of adolescent medicine and health, 2021.
9. Khan, M.J., A. Ullah, and S. Basit, Genetic basis of polycystic ovary syndrome (PCOS): current perspectives. The application of clinical genetics, 2019. **12**: p. 249.
10. Barry, J.A., M.M. Azizia, and P.J. Hardiman, Risk of endometrial, ovarian and breast cancer in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. Human reproduction update, 2014. **20**(5): p. 748-758.
11. Cena, H., L. Chiovato, and R.E. Nappi, Obesity, polycystic ovary syndrome, and infertility: A new avenue for GLP-1 receptor agonists. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2020. **105**(8): p. e2695-e2709.
12. van Zuuren, E.J., et al., Interventions for hirsutism (excluding laser and photoepilation therapy alone). Cochrane database of systematic reviews, 2015(4).
13. Mara Spritzer, P., C. Rocha Barone, and F. Bazanella de Oliveira, Hirsutism in polycystic ovary syndrome: pathophysiology and management. Current pharmaceutical design, 2016. **22**(36): p. 5603-5613.
14. Hart, R., PCOS and infertility. Panminerva medica, 2008. **50**(4): p. 305-314.
15. Lie Fong, S., et al., Polycystic ovarian morphology and the diagnosis of polycystic ovary syndrome: redefining threshold levels for follicle count and serum anti-Müllerian hormone using cluster analysis. Human Reproduction, 2017. **32**(8): p. 1723-1731.
16. Dokras, A., et al., Androgen Excess-Polycystic Ovary Syndrome Society: position statement on depression, anxiety, quality of life, and eating disorders in polycystic ovary syndrome. Fertility and sterility, 2018. **109**(5): p. 888-899.
17. Cooney, L.G., et al., High prevalence of moderate and severe depressive and anxiety symptoms in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. Human Reproduction, 2017. **32**(5): p. 1075-1091.

18. He, F.-f. and Y.-m. Li, Role of gut microbiota in the development of insulin resistance and the mechanism underlying polycystic ovary syndrome: a review. Journal of ovarian research, 2020. **13**(1): p. 1-13.

19. Conway, G., Insulin resistance and the polycystic ovary syndrome. Contemporary Reviews in Obstetrics and Gynaecology, 1990. **2**: p. 34-39.

20. Walker, K., A.H. Decherney, and R. Saunders, Menstrual Dysfunction in PCOS. Clinical obstetrics and gynecology, 2021. **64**(1): p. 119-125.

21. Tfayli, H. and S. Arslanian, Menstrual health and the metabolic syndrome in adolescents. Annals of the New York Academy of Sciences, 2008. **1135**(1): p. 85-94.

22. Arain, F., N. Arif, and H. Halepota, Frequency and outcome of treatment in polycystic ovaries related infertility. Pakistan journal of medical sciences, 2015. **31**(3): p. 694.

23. Mohammad, M.B. and A.M. Seghinsara, Polycystic ovary syndrome (PCOS), diagnostic criteria, and AMH. Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP, 2017. **18**(1): p. 17.

24. Goodman, N.F., et al., American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and androgen excess and PCOS society disease state clinical review: guide to the best practices in the evaluation and treatment of polycystic ovary syndrome-part 1. Endocrine Practice, 2015. **21**(11): p. 1291-1300.

25. Woodward, A., et al., Supervised exercise training and increased physical activity to reduce cardiovascular disease risk in women with polycystic ovary syndrome: study protocol for a randomized controlled feasibility trial. Trials, 2020. **21**(1): p. 1-8.

26. Kiel, I.A., et al., Cardiovascular Health Does Not Change Following High-Intensity Interval Training in Women with Polycystic Ovary Syndrome. Journal of clinical medicine, 2022. **11**(6): p. 1626.

27. Li, X., et al., Endometrial progesterone resistance and PCOS. Journal of biomedical science, 2014. **21**(1): p. 1-7.

28. Shafiee, M.N., et al., Reviewing the molecular mechanisms which increase endometrial cancer (EC) risk in women with polycystic ovarian syndrome (PCOS): time for paradigm shift? Gynecologic oncology, 2013. **131**(2): p. 489-492.

29. Spritzer, P.M., et al., Novel strategies in the management of polycystic ovary syndrome. 2015.

30. Usadi, R.S. and R.S. Legro, Reproductive impact of polycystic ovary syndrome. Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity, 2012. **19**(6): p. 505-511.

31. ESHRE, T.T. and A.-S.P.C.W. Group, Consensus on infertility treatment related to polycystic ovary syndrome. Fertility and sterility, 2008. **89**(3): p. 505-522.

32. G¨ rgan, T., H. Yarali, and B.l. Urman, Laparoscopic treatment of polycystic ovarian disease. Human Reproduction, 1994. **9**(4): p. 573-577.

33. Lebbi, I., et al., Ovarian drilling in PCOS: is it really useful? Frontiers in surgery, 2015. **2**: p. 30.

34. Kaya, H., M. Sezik, and O. Ozkaya, Evaluation of a new surgical approach for the treatment of clomiphene citrate-resistant infertility in polycystic ovary syndrome: laparoscopic ovarian multi-needle intervention. Journal of minimally invasive gynecology, 2005. **12**(4): p. 355-358.

35. Al-Bayyari, N., et al., Androgens and hirsutism score of overweight women with polycystic ovary syndrome improved after vitamin D treatment: A randomized placebo controlled clinical trial. Clinical Nutrition, 2021. **40**(3): p. 870-878.

الملاحقAppendices

الملحق ١ : الموافقة المستنيرة للبحث العلمي

الجمهورية العربية السورية
جامعـة دمشــق
كليــة الطب البشـري

Syrian Arab Republic
Damascus University
Faculty of Medicine

الموافقة المستنيرة على المشاركة بالبحث العلمي الذي عنوانه

دراسة الوعي والمعارف حول متلازمة المبيض متعدد الكيسات عند الشابات والسيدات بسن النشاط التناسلي .

الباحثة: د. هزار طعمة

سيدتي:

تعتبر متلازمة المبيض متعدد الكيسات من أشيع الاضطرابات الغدية التي تصيب النساء بسن النشاط التناسلي وهي تتظاهر بأعراض مختلفة كما أنها تؤثر بشكل سلبي على نوعية حياة المريضات .

نهدف في هذه الدراسة الى تقييم معرفتك ومعلوماتك حول متلازمة المبيض متعدد الكيسات وذلك من خلال مشاركتك بالإجابة على استبيان يبين لنا هذه المعارف ، ونؤكد لك أن المعلومات التي ستزودينا بها هي معلومات سرية ، ولأغراض هذا البحث فقط ، ولن يستطيع أحد الاستفادة منها أو الاطلاع عليها الا الباحث الذي يقوم بالدراسة ومن أجل هذه الدراسة فقط

نطمح لمشاركتك في هذه الدراسة .

أقر بان هذه الموافقة تمت بعد الاطلاع على التفاصيل الواردة سابقا والاجابة على أسئلتي واستفساراتي حول الموضوع مع علمي أن هذه المشاركة غير مأجورة.

الرقم المتسلسل للمشاركة ( )

التوقيع .....

التاريخ / / / .

ملاحظة

بالنسبة للسيدات اللاتي لا يجدن القراءة والكتابة، تم شرح هدف البحث لهن وأخذت موافقتهن الشفهية بحضور فرد من عائلتهن.

دمشق في / / /

الملحق ٢ : استمارة البحث العلمي

معلومات سكانية:

مكان الإقامة : مدينة ريف

المنطقة: الجنوب الشمال الشرق الغرب المركز

التعليم : أساسي ثانوي جامعي دراسات عليا

الحالة الاجتماعية : عازبة متزوجة مطلقة أرملة

تعانين من اضطرابات نسائية : مريضة غير مريضة

العمل : أعمل لا أعمل

الوعي حول الأعراض:

اضطرابات الدورة الشهرية : نعم لا لا أعلم

العد الشائع : نعم لا لاأعلم

الشعرانية : نعم لا لا أعلم

نقص الخصوبة : نعم لا لا أعلم

زيادة وزن : نعم لا لاأعلم

تساقط بأشعار الرأس : نعم لا لاأعلم

ألم حوضي : نعم لا لا أعلم

بلوغ مبكر: نعم لا لاأعلم

اجهاض : نعم لا لاأعلم

مرض السكري : نعم لا لاأعلم

ارتفاع توتر شرياني : نعم لا لا أعلم

اضطرابات نفسية : نعم لا لاأعلم

الوعي حول الأعراض:

اضطرابات الدورة الشهرية : نعم لا لا أعلم

العد الشائع : نعم لا لاأعلم

الشعرانية : نعم لا لا أعلم

نقص الخصوبة : نعم لا لا أعلم

زيادة وزن : نعم لا لاأعلم

تساقط بأشعار الرأس : نعم لا لاأعلم

ألم حوضي : نعم لا لا أعلم

بلوغ مبكر: نعم لا لاأعلم

اجهاض : نعم لا لاأعلم

مرض السكري : نعم لا لاأعلم

ارتفاع توتر شرياني : نعم لا لا أعلم

اضطرابات نفسية : نعم لا لاأعلم

معلومات حول المرض:

حالة وراثية: نعم لا لاأعلم

تنظيم الدورة يساعد بتنظيم الاباضة: نعم لا لاأعلم

معالجة المتلازمة تخفض من خطورة تطور سرطان ثدي أو رحم: نعم لا لاأعلم

تغير شكل المبيض: نعم لا لاأعلم

تسبب مشاكل بالاباضة: نعم لا لاأعلم

الوعي حول الاختلاطات:

تسبب السكري: نعم لا لااعلم

أمراض قلبية وعائية: نعم لا لا أعلم

سرطان ثدي أو رحم: نعم لا لا أعلم

قلق: نعم لا لا أعلم

زيادة أندروجينات: نعم لا لاأعلم

اضطرابات نفسية: نعم لا لاأعلم

الوعي حول الممارسات التي تخفف من الأعراض:

التمارين الرياضية: نعم لا لاأعلم

استخدام موانع الحمل: نعم لا لا أعلم

تناول الخضار والفواكه: نعم لا لا أعلم

تناول الطعام الغني بالبروتين: نعم لا لاأعلم

تناول الطعام الغني بالدهون: نعم لا لاأعلم

ABSTRACT

BACKGROUND

Polycystic ovary syndrome is one of the most common endocrine disordres in women of reproductive age its prevalence ranges from (8_13%) The symptoms experienced by the patient vary between cycle disorders ،infertility obesity

hirsutism and acne It also causes long_ term complication such as diabetes cardiovascular disease and endometrial cancer .

Obejective

Assessing the extent to which women and young women of reproductive age know about polycystic ovary syndrome.

METHODS:

The study included1728 women and students of reproductive age regardless of their social cultural or health background participate in a questionnaire that deals with information about PCO what symptoms it causes ? what complication it results from ? what are the best methods of treatment and prevention ? and their knowledge was then evaluated based on the answers they provided

RESULTS:

We had 1728 women and female students of reproductive age who participated in the questionnaire .

The percentage of knowledge of the study cases about the study axes was copmlete592 % and standard deviation 252%

Average knowledge of symptom 51% and standard deviation 252%

Average knowledge about information of PCO 64% and standard deviation24%

Average knowledge about complication 62% and standard deviation 25%

Average knowledge about practices that relieve symptom 58% and standard deviation 22% .

CONCLUSION:

It is very important to spread awareness about polycystic ovary syndrome and introduce its symptoms and complications and practices that reduce the severityof symptoms in order to diagnosis it early to achieve a better quality of life for the patient far from suffering and to avoid long-term complications that result from it which are sometimes dangerous and in order to reduce treatment costs reducing the financial burden of this syndrome in the event of early diagnosis .

Key words:

Infertility – menstrual disorder – hirsutism – polycystic ovary syndrome awareness reproductive age .

Ministry of Higher Education

Damascus University

Faculty of Medicine

Department of Obstetrics and Gynecology

A study of awareness and knowledge about ovary syndrome in young women of reproductive activity age

A dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Master Degree (MSc) in Family and community Medicine

By

Hazar yossef touma M.D

Supervised By

Abeer Qudsi PhD. MD.

Department of Family

and community Medicine

Faculty of Medicine

Damascus University

participant supervised

Marwan Alhalabi. PhD.MD

Department of Fetus ،genetics and anatomy

Faculty of Medicine

Damascus University