

STRESZCZENIE

Zespół policystycznych jajników (PCOS) jest jedną z najczęstszych endokrynopatii wśród kobiet w wieku rozrodczym i jedną z głównych przyczyn niepłodności. W ostatniej dekadzie zwrócono uwagę na istotnie wysoki odsetek występowania depresji i lęku w tej grupie chorych, a także obniżoną jakość życia seksualnego. Poszukiwane są czynniki związane z PCOS, które decydują o tych trudnościach.

Podstawę teoretyczną do podjęcia tematu niniejszej pracy i postawienia pytań badawczych stanowiły koncepcje psychosomatyczne. Wskazują one na wzajemne zależności stanu zdrowia pacjentek oraz subiektywnego znaczenia choroby dla ich codziennego funkcjonowania psychoseksualnego.

Celem niniejszej pracy była eksploracja specyfiki funkcjonowania psychoseksualnego kobiet z PCOS oraz poszukiwanie czynników warunkujących ich stan emocjonalny i zdolność do czerpania satysfakcji seksualnej. W przeprowadzonym badaniu własnym udział wzięły 143 kobiety, 96 ze zdiagnozowanym PCOS oraz 47 takich, u których zaburzenie to wykluczono. Analizie statystycznej poddano: I. różnice w funkcjonowaniu emocjonalnym i seksualnym pomiędzy tymi grupami; II. związki wybranych wykładników funkcjonowania somatycznego (stężenia testosteronu, siarczanu dehydroepiandrosteronu, prolaktyny i białka wiążącego hormony płciowe, indeksu masy ciała i insulinooporności) z pogorszeniem stanu emocjonalnego i seksualnej satysfakcji u kobiet z PCOS; III. związki wybranych wykładników funkcjonowania psychologicznego (samoceny oraz subiektywnego doświadczenie choroby) ze stanem emocjonalnym i seksualną satysfakcją kobiet z PCOS. W czwartym, ostatnim, kroku analizie poddano znaczenie trwałej dyspozycji do reagowania lękiem jako mediatora dla zaobserwowanych zależności.

Uzyskane wyniki w podstawowym zakresie korespondują z opisanymi w literaturze przedmiotu i odzwierciedlają złożoność badanego zagadnienia.

Stwierdzono podwyższone wskaźniki depresji i lęku w grupie kobiet z PCOS w porównaniu do grupy, u której zaburzenie to wykluczono. Analiza jakościowa deklarowanych objawów depresji wykazała przy tym, że część zgłaszanych przez pacjentki z PCOS symptomów wiązać można z doświadczaną przez nie chorobą somatyczną. Ponadto, odmiennie niż w wcześniejszych badaniach, nie stwierdzono różnic w zakresie czerpania satysfakcji seksualnej.

Analizując czynniki istotne dla stanu emocjonalnego kobiet z PCOS stwierdzono negatywny związek poziomu SHBG i depresyjności. Pozostałe parametry profilu hormonalnego i insulinooporności nie były związane z natężeniem objawów depresji i stanem lęku. Natomiast istotna dla stanu emocjonalnego pacjentek okazała się wartość indeksu masy ciała. Spośród czynników psychologicznych, dla funkcjonowania emocjonalnego tej grupy kobiet znacząca okazała się być ogólna samoocena. Stwierdzono także szczegółowe zależności stanu emocjonalnego

i subiektywnego przeżywania choroby. Dotyczyły one związku depresji ze spostrzeganą uciążliwością leczenia niepłodności i skutkami finansowymi leczenia oraz związku uciążliwości wysokiego indeksu masy ciała z stanem lęku.

Analiza uwarunkowań satysfakcji seksualnej w badanej grupie wykazała pozytywny związek pomiędzy poziomem globuliny wiążącej hormony płciowe a satysfakcją emocjonalną. Pozostałe parametry biochemiczne i BMI okazały się nie być powiązane z satysfakcją seksualną. Stwierdzono natomiast związki satysfakcji seksualnej z samooceną ogólną i niektórymi jej komponentami (atrakcyjność fizyczna, bycie kochanym), a także z subiektywną oceną uciążliwości konsekwencji PCOS (niepłodności i częstości wizyt u lekarzy).

Stwierdzono także, że w zależnościach pomiędzy stanem emocjonalnym a wartością indeksu masy ciała i samooceną mediującą rolę pełni trwała dyspozycja pacjentek - lękowość. Nie stwierdzono natomiast mediującej roli lękowości w związkach pomiędzy satysfakcją seksualną a samooceną.

Uzyskane wyniki badania własnego uzasadniają potrzebę analizy mechanizmów PCOS jako włączonych w cykle sprzężeń pomiędzy czynnikami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi. Czynniki te, będąc we wzajemnych interakcjach, wpływają na indywidualny sposób somatycznego, emocjonalnego i seksualnego funkcjonowania poszczególnych pacjentek. Podniesienie skuteczności leczenia wymaga podejmowania interdyscyplinarnej diagnostyki i interwencji terapeutycznych uwzględniających stan somatyczny pacjentek a także ich trwałe dyspozycje psychologiczne mogące wpływać na proces choroby oraz zdrowienia.