

PROBLEMY BIO-PSYCHO-SPOŁECZNE Kobiet W WIEKU ROZRODCZYM Z ZESPOŁEM POLICYSTYCZNYCH JAJNIKÓW

BIOPSYCHOSOCIAL PROBLEMS EXPERIENCED BY WOMEN AT REPRODUCTIVE AGE SUFFERING FROM POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

Gabriela Kurek¹, Beata Babiarczyk²

¹ Beskidzki Zespół Lecznico-Rehabilitacyjny, Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzcu

² Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.1>

STRESZCZENIE

Wstęp. Zespół policystycznych jajników (ZPJ) jest najczęściej występującą endokrynopatią u kobiet w okresie dojrzewania oraz w wieku rozrodczym.

Cel. Analiza problemów bio-psycho-społecznych, które występują u kobiet w wieku rozrodczym z ZPJ.

Materiał i metody. Materiał badawczy stanowiły dostępne publicznie dane opublikowane przez AOTMiT składające się z opinii instytucji na temat projektów programów zdrowotnych wydanych w latach 2013–2014. JST, które przesłały największą liczbę projektów, zostały zapytane o to, czy przestrzegają rekomendacji AOTMiT. Badania przeprowadzono wśród 113 pacjentek hospitalizowanych z powodu choroby na oddziale Endokrynologii Ginekologicznej Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Katowicach. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji.

Wyniki. U znacznej większości kobiet w badanej grupie występują liczne problemy fizyczne (nadwaga i otyłość, nieregularne miesiączki, hirsutyzm, wypadanie włosów, problemy skórne, niepłodność, zaburzenia gospodarki hormonalnej, zaburzenia gospodarki węglowodanowej), które w konsekwencji powodują wystąpienie szeregu problemów psychospołecznych. Nieudane próby zajścia w ciążę oraz wywołane objawami chorobowymi stany depresyjne i niska samoocena wpływają znacząco negatywnie na zdrowie psychiczne kobiet z ZPJ.

Wnioski. Kobiety z ZPJ odczuwają wielowymiarowość związanych z tą chorobą problemów, pociągających za sobą fizyczne, psychiczne i społeczne konsekwencje.

Słowa kluczowe: policystyczne jajniki, hiperandrogenizm, niepłodność, insulinooporność, zaburzenia psychospołeczne.

ABSTRACT

Introduction. Polycystic ovary syndrome (PCOS) is the most common endocrinopathy in women at puberty and reproductive age.

Aim. Analysis of the problems occurring in women at reproductive age with PCOS from the biopsychosocial perspective.

Material and methods. The study was conducted among 113 patients hospitalized due to the affliction at the department of Gynecological Endocrinology in Independent Public Central Clinical Hospital in Katowice. Method of diagnostic survey was used, with a questionnaire of his own design as the research tool.

Results. In the vast majority of women in the tested group numerous physical problems were observed (overweight and obesity, irregular menstrual periods, hirsutism, hair loss, skin problems, infertility, endocrine disorders, disorders of carbohydrate metabolism), which result in a range of psychosocial problems. The experience of unsuccessful trying to get pregnant as well as depressive states and low self-esteem induced by the disease symptoms have a significant negatively impact on mental health of women with PCOS.

Conclusions. Women suffering from PCOS feel the multi-dimensionality of the problems associated with it, involving physical, psychological and social consequences.

Keywords: polycystic ovaries, hyperandrogenism, infertility, insulin resistance, psychosocial disorders.

Wstęp

Zespół policystycznych jajników (ZPJ, ang. *polycystic ovary syndrome* – PCOS) jest najczęściej występującą endokrynopatią u kobiet w okresie dojrzewania oraz w wieku rozrodczym. Według danych dostępnych w literaturze przedmiotu ZPJ rozpoznaje się u 4–12% kobiet w okresie rozrodczym, choć zgodnie z danymi europejskimi choroba

ta występuje dwukrotnie częściej, niż podają źródła amerykańskie [1, 2]. Zespół ten został po raz pierwszy opisany przez Steina i Leventhala w 1935 roku. Nazwa choroby pochodzi od charakterystycznego obrazu jajnika, na który składają się położone obwodowo cysty. ZPJ charakteryzuje się nadmiarem androgenów oraz zaburzeniem funkcji jajników, a także ich wielotorbielowatością [3–5]. Obecnie

do rozpoznania ZPJ najczęściej wykorzystuje się, zatwierdzone przez Europejskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu, kryteria rotterdamkie, według których o wystąpieniu tego zespołu świadczy wystąpienie dwóch spośród trzech następujących objawów:

- zaburzenia lub brak miesiączkowania z zaburzeniem lub brakiem owulacji;
- kliniczne i/lub biochemiczne cechy wystąpienia hiperandrogenizmu;
- występowanie policystycznych jajników w badaniu ultrasonograficznym po wcześniejszym wykluczeniu innych jednostek chorobowych związanych z występowaniem hiperandrogenizmu [6–9].

Literatura definiuje ZPJ jako chorobę wieloukładową, która charakteryzuje się zaburzeniem czynności rozrodczych, ale także zaburzeniem licznych procesów metabolicznych. Za najbardziej charakterystyczny objaw ZPJ uważa się występujący u kobiet hiperandrogenizm, manifestujący się takimi objawami jak: hirsutyzm, nadmierne wypadanie włosów, łysienie androgenowe, zmiany trądzikowe, przetłuszczanie się skóry, wirylizacja, przerost łechtaczki, oraz cechami biochemicznymi: podwyższony poziom wolnego testosteronu, dehydroepiandrosteronu – DHEA, siarczanu dehydroepiandrosteronu – DHEAS i androstendionu. Jako kolejny objaw ZPJ wymienia się zaburzenia miesiączkowania – rzadkie i nieregularne miesiączki (łac. *oligomenorrhoea*) lub brak miesiączki (łac. *amenorrhoea*). Wiadomo jednak, iż występowanie miesiączki nie jest jednoznaczne z wystąpieniem owulacji; u chorych z ZPJ bardzo często dochodzi do zaburzeń owulacji lub jej braku (co jest najczęstszą przyczyną niepłodności), a także do nawykowych poronień [8]. U ponad połowy kobiet z ZPJ występują nadwaga i otyłość, zazwyczaj o typie androidalnym. Zwiększona masa ciała wpływa negatywnie na gospodarkę węglowodanową, powodując insulinooporność, a w konsekwencji także hiperinsulinemię. Chore na ZPJ są szczególnie narażone na rozwój chorób sercowo-naczyniowych, które są odległym następstwem zespołu [6, 10, 11]. U kobiet z ZPJ często występującym objawem skórny jest także rogowacenie ciemne, które zwykle umiejscawia się na karku, łokciach, pod pachami oraz pod piersiami [12–14]. ZPJ jest chorobą silnie oddziałującą na zdrowie psychiczne kobiet nią dotkniętych, a także na ich funkcjonowanie społeczne. Liczne badania wykazały u kobiet z ZPJ zwiększoną ilość incydentów depresji czy lęku. Na pojawienie się tych zaburzeń nastroju ma wpływ obraz kliniczny tej choroby, powodujący najczęściej obniżenie jakości życia chorych [15]. Uważa się, że zwiększony poziom testosteronu jest jedną z głównych nieprawidłowości

w ZPJ i koreluje on ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia depresji. W niektórych badaniach odnotowano nawet siedmiokrotny wzrost częstości samobójstw wśród chorych kobiet [16].

Kobiety z ZPJ mają często także problemy ze swoją tożsamością i funkcjonowaniem społecznym. Czują one, co podkreślają autorzy wielu badań, że odbiegają od wzroku kobiety wykreowanego przez świat. W związku z występującymi objawami klinicznymi hiperandrogenizmu kobiety wycofują się często z życia towarzyskiego i społecznego. Również niepłodność, jako konsekwencja podstawowych objawów ZPJ, powoduje problemy w społecznym funkcjonowaniu chorej kobiety [15, 17].

Leczenie ZPJ koncentruje się wokół leczenia hiperandrogenizmu (głównie hirsutyzm), leczenia zaburzeń metabolicznych (głównie insulinooporność), indukcji owulacji oraz prewencji wystąpienia raka trzonu macicy. Nie ma leku, który działa na wiele płaszczyzn w ZPJ, dlatego leczenie tego zespołu koreluje z celem, który chce osiągnąć kobieta chorująca na to zaburzenie oraz stadium życia kobiety [18].

Celem niniejszego badania była analiza problemów bio-psycho-społecznych, które występują u kobiet w wieku rozrodczym z zespołem policystycznych jajników.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w okresie pomiędzy październikiem 2015 roku a lutym 2016 roku wśród dorosłych pacjentek poddawanych diagnostyce lub leczeniu zespołu policystycznych jajników na Oddziale Endokrynologii Ginekologicznej Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Katowicach. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Dyrekcji placówki. Pacjentki zostały poinformowane o całkowicie dobrowolnym i anonimowym uczestnictwie w badaniach oraz o wykorzystaniu wyników badań jedynie do celów naukowych. Ankietowano 112 pacjentek, jednak z powodu nieprawidłowego lub niekompletnego wypełnienia kwestionariusza ankiety z badania odrzucono 11 kwestionariuszy. Ostatecznie do badania zakwalifikowano 101 ankiet. Charakterystykę cech socjodemograficznych badanych przedstawiono w **tabeli 1**.

W gromadzeniu danych posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, który składał się z metryczki oraz części właściwej, zawierającej 25 pytań dotyczących bio-psycho-społecznych problemów kobiet z zespołem policystycznych jajników. Na potrzeby wykonania analiz statystycznych zakodowano odpowiedzi respondentek w programie Microsoft Office Excel. Do przeprowadzenia analizy statystycznej

Tabela 1. Charakterystyka cech socjodemograficznych badanych. Źródło: opracowanie własne

Badana cecha	Ogółem N = 101	
	n	%
Wiek		
19–25	46	45,5
26–30	34	33,7
31–35	17	16,8
36–40	4	4
Wykształcenie		
podstawowe	1	1
zawodowe	3	2,9
średnie	33	32,7
wyższe	64	63,4
Miejsce zamieszkania		
wieś	20	19,8
miasto	81	80,2
Aktywność zawodowa		
uczennica	14	13,9
praca fizyczna	22	21,8
praca umysłowa	44	43,5
renta	1	1
bezrobotna	20	19,8
praca sezonowa	0	-
Stan cywilny		
panna	29	28,7
mężatka	56	55,4
wdowa	0	-
rozwódka	1	1
wolny związek	15	14,9

N – liczba badanych; n – liczebność w grupie

wykorzystano program STATISTICA 10.0. Do opisu struktury badanej populacji zostały wykorzystane liczebności i odsetki. Cechy ilościowe przedstawiono za pomocą średniej arytmetycznej i odchylenia standardowego. W ocenie różnic pomiędzy grupami posłużono się testem nieparametrycznym U Manna-Whitneya dla prób niepowiązanych. W celu zbadania siły związku pomiędzy poszczególnymi zmiennymi porządkowymi zastosowano współczynnik τ Kendalla. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

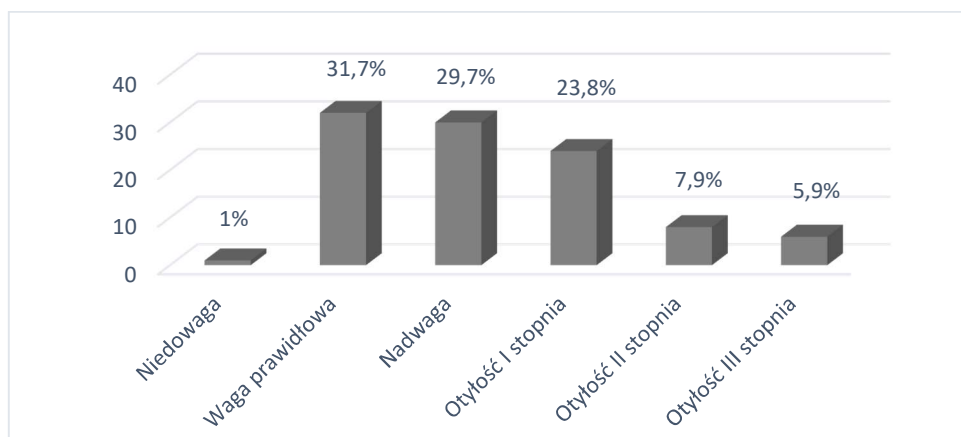
Wyniki

Problemy kobiet w wieku rozrodczym z zespołem policystycznych jajników – aspekt biologiczny

Średni czas trwania choroby u badanych wynosił $4,4 \pm 4$ lata (10–35 lat). U połowy badanych nie było w rodzinie zachorowania na ZPJ; 35,6% badanych nie wiedziało, czy ktoś w rodzinie miał to zaburzenie, natomiast 13,9% an-

kietowanych kobiet potwierdziło rodzinne występowanie choroby.

Na podstawie wzrostu i masy ciała podanych przez badane obliczono wartość wskaźnika BMI. Średnia wartość BMI wynosiła $28,3 \pm 6,1$ kg/m² (18–45,9 kg/m²). Wartości wskaźnika BMI u badanych, z podziałem na grupy wg WHO, obrazuje **rycina 1**. Analizę wyników badania własnego w zakresie występowania u badanych poszczególnych objawów ZPJ prezentuje **tabela 2**. Z analizy konieczności stosowania leków hormonalnych wynika, że 64,3% badanych kobiet musiało takie leki przyjmować, u co piątej badanej nie istniała taka potrzeba, a 13,9% ankietowanych nie wiedziało, czy istnieje u nich konieczność przyjmowania leków hormonalnych. Okazało się, że u połowy ankietowanych kobiet nie było potrzeby stosowania leków regulujących poziom cukru, mniej więcej jedna trzecia badanych musiała je przyjmować, a 14,9% badanych kobiet nie wiedziało, czy istnieje u nich konieczność przyjmowa-



Rycina 1. Wartość wskaźnika BMI u badanych z podziałem na grupy wg WHO

Tabela 2. Analiza występowania u badanych poszczególnych objawów ZPJ. Źródło: opracowanie własne

Objawy ZPJ w aspekcie biologicznym	Ogółem N = 101	
	n	%
Nieregularne miesiączki		
wtórny brak miesiączki, przez okres dłuższy niż 3 miesiące	50	49,5
rzadkie miesiączki, czyli długość cyklu > 35 dni	29	28,7
skąpe miesiączki	5	5
brak problemu	17	16,8
Nadmierne owłosienie, w miejscach typowo męskich		
tak	65	64,4
nie	34	33,7
nie wiem	2	1,9
Wypadanie włosów		
nadmierne wypadanie włosów	70	69,3
łysienie androgenowe	9	8,9
brak problemu	30	29,7
nie wiem	1	1
Problemy skórne (trądzik, łojotok, suchość skóry, rogowacenie ciemne oraz atopowe zapalenie skóry)		
tak	61	60,4
nie	37	36,6
nie wiem	3	3
Zaburzenia gospodarki węglowodanowej		
insulinooporność	44	43,5
cukrzyca typu 2	2	2
brak problemu	34	33,7
nie wiem	21	20,8
Problemy z zajściem w ciążę		
tak	63	62,4
nie	5	5
nie wiem	1	1
brak prób zajścia w ciążę	32	31,6

N – liczba badanych; n – liczebność w grupie

nia leków regulujących poziom cukru. Z kolei jeśli chodzi o konieczność leczenia dietetycznego, to zdecydowana większość ankietowanych (68,3%) musiała stosować leczenie dietetyczne, natomiast u 17,8% nie było takiej potrzeby, zaś 13,9% badanych nie wiedziało, czy istnieje u nich taka konieczność.

Ankietowane poproszono także o określenie, czy rozpoznanie choroby wymusiło u nich zmianę stylu życia. Ponad połowa badanych (53,4%) potwierdziła konieczność takiej zmiany, mniej więcej jedna trzecia ankietowanych zanegowała taką konieczność; 13,9% badanych kobiet nie wiedziało, jak odpowiedzieć na to pytanie. Badane, które odpowiedziały twierdząco, wyjaśniły w dalszej części badania, że musiały zmienić nawyki żywieniowe (50,5%) lub zwiększyć aktywność fizyczną (35,6%).

Problemy kobiet w wieku rozrodczym z zespołem policystycznych jajników – aspekt psychospołeczny

Spośród wszystkich badanych 89,1% kobiet potwierdziło posiadanie partnera, a jedynie 10,9% podało, iż są obecnie osobami samotnymi. Badane, które mają partnera, poproszono o wyjaśnienie, jaka była jego reakcja na wiadomość o chorobie. Najwięcej badanych (33,7%) odpowiedziało, że reakcja ich partnera była obojętna. „Zdecydowanie pozytywnie” zareagowali partnerzy jednej czwartej badanych, a „raczej pozytywnie” – co piątej ankietowanej kobiety. Natomiast „zdecydowanie negatywna” reakcja partnerów wystąpiła u 5,9% badanych, tak samo jak i „raczej negatywna”. Analiza wyników badania własnego w aspekcie deklarowanego przez badanych wpływu choroby na poczucie własnej wartości wykazała, że u zdecydowanej większości badanych choroba wpłynęła na to negatywnie (42,6% – „raczej negatywnie” i 36,6% – „zdecydowanie negatywnie”). Obojętny wpływ podało 15% badanych; niewielkie odsetki określiły wpływ choroby jako „raczej pozytywny” (4%), a 1 osoba – jako „zdecydowanie pozytywny”. Szczegółowa analiza statystyczna wyników badania własnego wykazała istotne statystycznie różnice w odpowiedzi na pytanie „Jak rozpoznanie choroby wpłynęło na Pani poczucie własnej wartości?” ze względu na deklarowane próby zajścia w ciążę. U badanych, które próbowały w przeszłości zajść w ciążę, stwierdzono, że choroba wpłynęła bardziej negatywnie na poczucie własnej wartości niż u kobiet, które takich prób nie podejmowały ($p = 0,010$). Szczegółowa analiza nie wykazała statystycznie istotnych różnic między badanymi w odpowiedzi na wyżej wymienione pytanie – ani ze względu na ich cechy socjodemograficzne, BMI, ani też problemy natury fizycznej ($p > 0,05$). Analiza udzielonych przez badane kobiety odpowiedzi na pytanie dotyczące akceptacji swojego

wyglądu wykazała, że 39,6% badanych kobiet „raczej nie akceptuje” swojego wyglądu, natomiast „raczej akceptuje” go jedna trzecia badanych. „Zdecydowanie nie akceptuje” swojego wyglądu mniej więcej co czwarta badana, a 7% ankietowanych nie potrafi odnieść się do tego pytania. Mały odsetek (2%) „zdecydowanie akceptuje” swój wygląd. Analiza statystyczna, z wykorzystaniem współczynnika korelacji τ Kendalla, wykazała zależność dodatnią, o nasileniu przeciętnym, ale bardzo istotną statystycznie ($p < 0,0001$; $\tau = 0,31$) między wskaźnikiem BMI a pytaniem „Czy akceptuje Pani swój wygląd?”. Oznacza to, że wraz ze wzrostem wskaźnika BMI spada u badanych akceptacja swojego wyglądu. Natomiast wskaźniki socjodemograficzne czy problemy natury fizycznej nie wpływają istotnie na akceptację wyglądu badanych ($p > 0,05$). Szczegółowa analiza samooceny ogólnego zadowolenia z życia badanych wykazała, że prawie połowa (46,6%) ankietowanych jest „raczej zadowolona” z życia, a co czwarta badana jest „raczej niezadowolona” z niego. Po 6,9% ankietowanych bądź nie umie tego stwierdzić, bądź jest „zdecydowanie zadowolonych”. Najmniej respondentek, czyli 5%, jest „zdecydowanie niezadowolonych” ze swojego życia. Analiza statystyczna, z wykorzystaniem współczynnika korelacji τ Kendalla, wykazała zależność między pytaniem „Czy jest Pani ogólnie zadowolona ze swojego życia?” i wiekiem badanych. Opisana zależność ma charakter dodatni, jest słaba, ale istotna statystycznie ($p = 0,045$; $\tau = 0,14$) i oznacza, że wraz z wiekiem spada ogólne zadowolenie ze swojego życia. Wykazano także zależność dodatnią, o nasileniu słabym, ale istotną statystycznie ($p = 0,03$; $\tau = 0,15$) między wyżej opisanym pytaniem a wskaźnikiem BMI. Oznacza ona, że wraz ze wzrostem wskaźnika BMI istotnie spada u badanych poziom zadowolenia z życia. Natomiast wpływ innych wskaźników socjodemograficznych, jak również problemów natury fizycznej na ogólne zadowolenie z życia badanych nie okazał się być istotny pod względem statystycznym ($p > 0,05$).

Analiza wyników badania własnego w obszarze negatywnego wpływu choroby na zdrowie psychiczne badanych wykazała, iż zdecydowana większość z nich potwierdziła ten negatywny wpływ (35,6% badanych odpowiedziało, że choroba wpłynęła na ich zdrowie psychiczne „raczej” negatywnie, natomiast 34,7% odpowiedziało, że „zdecydowanie” tak). Choroba „raczej nie wpłynęła” na zdrowie psychiczne 11,9% badanych. Tyle samo ankietowanych nie potrafiło udzielić odpowiedzi na to pytanie. U 5,9% badanych choroba „zdecydowanie nie miała wpływu” na ich zdrowie psychiczne. Szczegółowa analiza statystyczna wyników badania własnego wykazała istotne statystycznie różnice w odpowiedzi na pytanie „Czy choroba wpływa

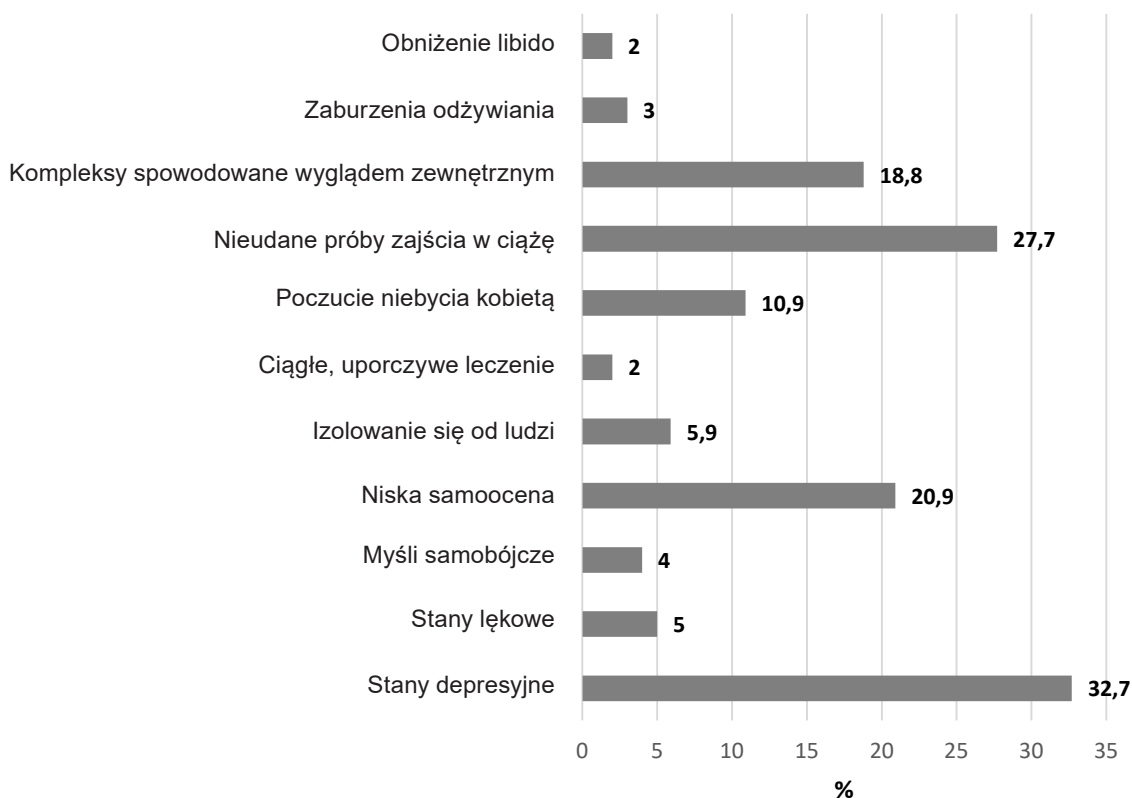
negatywnie na Pani zdrowie psychiczne?” ze względu na deklarowane próby zajścia w ciążę. Badane, które próbowały w przeszłości zajść w ciążę, bardziej negatywnie oceniały wpływ choroby na zdrowie psychiczne niż kobiety, które takich prób nie podejmowały ($p = 0,004$). Analiza statystyczna na poziomie istotności 0,05 wykazała zależność ujemną, o nasileniu słabym, ale istotną statystycznie ($p = 0,031$; $\tau = -0,145$) między wskaźnikiem BMI a pytaniem „Czy choroba wpływa negatywnie na Pani zdrowie psychiczne?”. Oznacza to, że wraz ze wzrostem wskaźnika BMI choroba istotnie bardziej negatywnie wpływa na zdrowie psychiczne badanych.

Dalsza, szczegółowa analiza statystyczna, z wykorzystaniem współczynnika korelacji τ Kendalla, wykazała także zależność między pytaniem „Czy choroba wpływa negatywnie na Pani zdrowie psychiczne?” i wiekiem badanych. Opisana zależność ma charakter ujemny, jest słaba, ale istotna statystycznie ($p = 0,020$; $\tau = -0,16$) i oznacza, że wraz z wiekiem choroba wpływa istotnie bardziej negatywnie na zdrowie psychiczne badanych. Ocena wpływu innych wskaźników socjodemograficznych i problemów natury fizycznej na zdrowie psychiczne badanych nie wykazała istotności statystycznej na poziomie 0,05.

Szczegółową analizę udzielonych przez badane w pytaniu otwartym odpowiedzi dotyczących charakteru wyżej opisanego negatywnego wpływu choroby na zdrowie psychiczne przedstawia **rycina 2**.

Dyskusja

Przedstawione wyniki badań własnych potwierdzają, że zespół policystycznych jajników wywołuje wiele problemów. Kobiety obarczone tym zespołem muszą zmagać się z licznymi problemami fizycznymi i psychospołecznymi. Zaburzenia miesiączkowania są uznawane przez wielu autorów za podstawowy objaw zespołu policystycznych jajników. Konsekwencją braku lub zaburzeń miesiączkowania jest brak lub zaburzenia owulacji, które prowadzą do niepłodności. Kozak-Pawulska i wsp. [19] podają, że wtórny brak miesiączki przez okres dłuższy niż 3 miesiące występuje u 28,6% kobiet z ZPJ, natomiast rzadkie miesiączkowanie, gdy długość cyklu trwa powyżej 35 dni – u 71,4% kobiet z tym zespołem. Z kolei niepłodność występuje u 74% z zespołem policystycznych jajników. Szymkowiak i Hirnle [20] w swojej publikacji również powołują się na podobne wyniki badań. Z kolei Specjalski [17] przedstawia wyniki badań, które wykazały, że zaburzenia



Rycina 2. Analiza charakteru negatywnego wpływu choroby na zdrowie psychiczne badanych

miesiączkowania występują u nawet 90% chorych z ZPJ, natomiast niepłodność – u 40–94%. W przeprowadzonych badaniach własnych nieco inaczej rozłożyły się dane dotyczące zaburzeń miesiączkowania. Problem z nieregularnymi miesiączkami wystąpił u zdecydowanej większości (83,2%) badanych kobiet. Połowa spośród nich zgłosiła wystąpienie wtórnego braku miesiączki przez okres dłuższy niż 3 miesiące, jedna trzecia – rzadkich miesiączek z cyklem dłuższym niż 3 miesiące, natomiast skąpe miesiączki wystąpiły u 5% badanych kobiet. Z kolei problem z niepłodnością wystąpił u 91,3% kobiet, które próbowały zajść w ciążę. Warto dodać, że problemy z zajściem w ciążę negatywnie wpływają na zdrowie psychiczne kobiet, które starają się o dziecko. Zgodnie z wynikami badania własnego stwierdzono, że u kobiet podejmujących próby zajścia w ciążę, w przeważającej części nieudanych, choroba wpływa bardziej negatywnie na poczucie własnej wartości oraz zdrowie psychiczne niż u kobiet, które tych prób nie podejmowały.

W wielu badaniach naukowych zostało wykazane występowanie w zespole policystycznych jajników nadmiernego owłosienia w miejscach typowo męskich, tzw. hirsutyzmu. Wolf [21] w swej pracy powołuje się na wyniki badań, które wykazały, że hirsutyzm występuje u 92% kobiet z ZPJ i jest jednym z najczęstszych objawów tego zespołu. Z kolei Katulski i Męczekalski [22, 23] w swoich publikacjach opierają się na wynikach, które wykazały, że hirsutyzm występuje nawet u 80–90% przypadków hiperandrogenizmu. Szacuje się, że nadmierne owłosienie występuje u 70% kobiet z zespołem policystycznych jajników. Mimo iż lekarze specjaliści traktują najczęściej nadmierne owłosienie jako problem kosmetyczny, hirsutyzm powoduje w znacznym stopniu obniżenie jakości życia kobiet, u których on występuje [22–24]. Grupa kobiet zmagających się z problemem nadmiernego owłosienia częściej ujawnia objawy psychotyczne. Kobiety z hirsutyzmem mają wysoki poziom lęku i napięcia emocjonalnego; towarzyszą im wstyd, niska samoocena, brak akceptacji samej siebie, a nawet myśli samobójcze [24, 25]. Przeprowadzone badania własne wykazały występowanie nadmiernego owłosienia u większości badanych kobiet (64,4%), ale nie potwierdzono istotnego negatywnego wpływu tego objawu na zdrowie psychiczne badanych.

Badania dotyczące występowania otyłości, jako kluczowego elementu zespołu metabolicznego u kobiet z zespołem policystycznych jajników, są różne. W niektórych badaniach stwierdza się ją u 30% chorych kobiet, natomiast w innych – nawet u 70% badanych kobiet. Niezależnie od uzyskanych wyników autorzy badań zawsze podkreślają, że redukcja masy ciała jest kluczowym elementem lecze-

nia zespołu policystycznych jajników [13, 14, 26]. W badaniach własnych jedynie 31,7% kobiet miało prawidłową masę ciała. Pozostałe 68,3% ankietowanych to kobiety z nieprawidłowym BMI. Należy podkreślić, że na podstawie wyników badania własnego można potwierdzić, iż wysokie BMI u badanych koreluje z problemami natury psychicznej. Wraz ze wzrostem wskaźnika BMI u chorych kobiet spada akceptacja swojego wyglądu i ogólne zadowolenie z życia, natomiast zwiększa się negatywny wpływ choroby na zdrowie psychiczne. Niezadowolenie ze swojego wyglądu odgrywa często bardzo ważną rolę w patogenezie zaburzeń odżywiania. Problem z normalizacją masy ciała jest stresującą sytuacją dla kobiet z ZPJ. Niska samoocena tej grupy kobiet prowadzi często do chęci poprawy swojego wyglądu za pomocą restrykcyjnych diet, co może doprowadzić do anoreksji, bulimii, kompulsywnego objadania się oraz niespecyficzných zaburzeń odżywiania. Krępuła i wsp. [16] powołują się na przeprowadzone na 153 kobietach badania McCluskeya, które wykazały ten związek. Zaburzenia odżywiania dotyczyły 130 badanych kobiet, z czego badane z bulimią stanowiły 6% grupy badanej. Dodatkowo badania te potwierdzają, że u kobiet z ZPJ manifestującym się hirsutyzmem sześć razy częściej diagnozowano bulimię niż u pozostałych pacjentek.

Liczne badania potwierdzają, że występowanie zespołu policystycznych jajników wpływa negatywnie, nie tylko w wymiarze biologicznym, ale także psychospołecznym, na zdrowie kobiet, które na niego cierpią. Jest to ściśle związane z objawami tego zespołu, takimi jak zwiększona masa ciała, występowanie hiperandrogenizmu czy niepłodność. Kobiety z rozpoznaniem ZPJ są w dużo większym stopniu narażone na rozwój zaburzeń psychicznych, szczególnie pod postacią stanów depresyjnych i lękowych, niż kobiety zdrowe. Niektóre badania potwierdzają nawet związek choroby afektywnej dwubiegunowej z ZPJ [16]. Ze względu na współistnienie w obu chorobach zaburzeń metabolicznych, w postaci insulinooporności, hiperglikemii oraz otyłości, wydaje się być prawdopodobne wspólne tło ich powstawania. Bardzo ważnym elementem leczenia ZPJ, oprócz niwelowania objawów biologicznych, jest pomoc psychologiczna dla tych kobiet [17, 25, 27, 28]. Wyniki przeprowadzonych badań własnych potwierdzają w dużej mierze powyższe informacje. Aż 70,3% ankietowanych kobiet oceniało wpływ choroby na zdrowie psychiczne jako negatywny. Natomiast co trzecia badana kobieta podawała, że występują u niej stany depresyjne. Znaczna część badanych kobiet jako przyczynę negatywnego wpływu choroby na zdrowie psychiczne wymieniała, oprócz stanów depresyjnych, także nieudane próby zajścia w ciążę, niską samoocenę, kompleksy spowodowane

wyglądem zewnętrznym oraz poczucie „niebycia kobietą”. Pojedyncze kobiety zgłaszały izolowanie się od ludzi, stany lękowe, myśli samobójcze, zaburzenia odżywiania, ciągłe, uporczywe leczenie oraz obniżenie libido.

W badanej grupie stwierdzono negatywny wpływ objawów ZPJ na zdrowie psychiczne. Badania pokazały także, że u kobiet z ZPJ wraz z wiekiem spada ogólne zadowolenie z życia oraz wzrasta negatywny wpływ choroby na zdrowie psychiczne. Warto jeszcze dodać, że jedynie połowa partnerów kobiet z badanej grupy zareagowała pozytywnie na wiadomość o chorobie; u 79,2% ankietowanych kobiet choroba wpłynęła negatywnie na poczucie własnej wartości głównie poprzez nieudane próby zajścia w ciążę; 63,4% badanych nie akceptowało swojego wyglądu, nie z powodu zmian fizycznych (nadmierne owłosienie, problemy skórne, wypadanie włosów), lecz wysokiego BMI, a 30,7% było ogólnie niezadowolonych ze swojego życia.

Powyzsze wyniki badań jednoznacznie potwierdzają, że ZPJ ma negatywny wpływ na zdrowie psychiczne chorych na niego kobiet. Niepłodność, jako konsekwencja podstawowych objawów ZPJ, może spowodować problemy w społecznym funkcjonowaniu chorej kobiety. Ze względu na to, że bycie matką jest dla większości kobiet istotnym elementem ich życia, czynnikiem rozwoju i sposobem samorealizacji, u kobiet z niepłodnością dochodzi do zaburzenia ich roli społecznej, w którą wpisane jest macierzyństwo. Problem z poczęciem jest nie tylko trudny dla kobiety z ZPJ, ale także dotyka jej partnera i ich relacji w związku. Kolejne próby poczęcia powodują wzbudzenie nadziei, ale i często idące za tym rozczarowanie. Sprowadzenie aktu płciowego jedynie do prób poczęcia prowadzi do komunikacyjnych i seksualnych zaburzeń w związku, co wywołuje z kolei zaburzenia w realizacji roli płciowej [17].

Podsumowując: ze względu na wielowymiarowość problemów występujących u chorych z ZPJ opieka nad nimi powinna być sprawowana kompleksowo, z uwzględnieniem problemów natury zarówno fizycznej, jak i psychospołecznej. Leczenie zaburzeń fizycznych powinno się odbywać zgodnie z aktualnymi potrzebami kobiet, aby pomóc im w osiągnięciu obranych przez nie celów. Szczególną uwagę należy zwrócić na bardzo często pomijane w procesie leczenia zaburzenia psychospołeczne i udzielać tym kobietom pomocy psychologicznej.

Wnioski

1. U większości kobiet z ZPJ występuje szereg problemów w aspekcie biologicznym (nadwaga i otyłość, nieregularne miesiączki, hirsutyzm, wypadanie włosów, problemy skórne, niepłodność, zaburzenia go-

spodarki hormonalnej, zaburzenia gospodarki węglowodanowej).

2. U znacznej większości kobiet z ZPJ występują problemy psychospołeczne. Nieudane próby zajścia w ciążę oraz wywołane objawami chorobowymi stany depresyjne i niska samoocena wpływają znacząco negatywnie na zdrowie psychiczne kobiet z ZPJ. Oprócz odpowiedniego leczenia zaburzeń fizycznych kobietom z ZPJ powinna być udzielona pomoc psychologiczna. Negatywny wpływ na zdrowie psychiczne kobiet z ZPJ mają w dużej mierze nieudane próby zajścia w ciążę, wysokie BMI oraz wiek.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Katulski K, Czyżyk A, Męczałski B. Hiperandrogenizacja i zespół policystycznych jajników. W: Bręborowicz GH (red.). Położnictwo i ginekologia. Tom 2. Ginekologia. Warszawa: PZWL; 2015. 121–130.
2. Jakiel G, Robak-Chołupek D, Tkaczuk-Włach J. Zespół policystycznych jajników. Prz Menopauz. 2006;4:265–269.
3. Skałba P. Diagnostyka i leczenie zaburzeń endokrynologicznych w ginekologii. Medycyna Praktyczna; 2014.
4. Kovanci E, Buster JE. Zespół policystycznych jajników. W: Bieber EJ, Sanfilippo JS, Horowitz IR (red.). Ginekologia kliniczna. Tom 3. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2009. 923–940.
5. Kruszyńska A, Słowińska-Srzednicka J. Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu zespołu policystycznych jajników. Post Nauk Med. 2008;21(3):148–153.
6. Spritzer PM. Polycystic ovary syndrome: reviewing diagnosis and management of metabolic disturbances. Arq Bras Endocrinol Metab. 2014;58(2):182–187.
7. El Hayek S, Bitar L, Hamdar LH, Mirza FG, Daoud G. Polycystic ovarian syndrome: an updated overview. Front Physiol. 2016;7(124):1–15.
8. Goodman NF, Cobin RH, Futterweit W, Glueck JS, Legro RS, Carmina E. PCOS best practices. Endocr Pract. 2015;21(11):1291–1300.
9. Dewailly D, Lujan ME, Carmina E, Cedars MI, Laven J, Norman RJ, Escobar-Morreale HF. Definition and significance of polycystic ovarian morphology: a task force report from the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome Society. Hum Reprod Update. 2014;20(3):334–352.
10. Kuligowska-Jakubowska M, Dardzińska J, Rachoń D. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej u kobiet z zespołem wielotorbielowatych jajników (PCOS). Diabetol Klin. 2012;1(5):185–195.
11. Sathyapalan T, Atkin SL. Insulinooporność a zespół policystycznych jajników. Ginekol Dypl. 2009;11(6):19–31.
12. Brown MA, Chang RJ. Polycystic ovary syndrome. Clinical and imaging features. Ultrasound Q. 2007;23(4):233–238.
13. Czerwińska E, Walicka M, Marcinowska-Suchowierska E. Otyłość – czy zawsze prosta? Post Nauk Med. 2013;26(4):307–310.

14. Kosk A, Kowalska I. Zespół metaboliczny u pacjentek z zespołem policystycznych jajników. *Prz Kardiodiabetol.* 2009;4(3):142–146.
15. Podfigurna-Stopa A, Luisi S, Regini C, Katulski K, Centini G, Meczekalski B, Petraglia F. Mood disorders and quality of life in polycystic ovary syndrome. *Gynecol Endocrinol.* 2015;31(6):431–434.
16. Krępuła K, Bidzińska-Speichert B, Lenarcik A, Tworowska-Bardzińska U. Psychiatric disorders related to polycystic ovary syndrome. *Endokrynol Pol.* 2012;63(6):488–491.
17. Specjalski R. Zaburzenia psychoseksualne u kobiet z zespołem policystycznych jajników. *Piel Pol.* 2013;3(49):230–234.
18. Szydłarska D, Dębski M, Grzesiuk W, Bar-Andziak E. Leczenie zespołu policystycznych jajników. *Gin Pol Med Project.* 2010;3(17):59–68.
19. Kozak-Pawulska B, Dębski R, Sudół-Szopińska I, Garwoliński J. Zespół policystycznych jajników i znaczenie ultrasonografii w diagnostyce PCOS. *Ginekol Prakt.* 2007;15(2):15–21.
20. Szymkowiak J, Hirnle L. Zespół policystycznych jajników – przegląd wytycznych, miejsce ultrasonografii w rozpoznawaniu PCOS. *Gin Pol Med Project.* 2010;4(18):69–78.
21. Wolf A. Hirsutyzm jako problem interdyscyplinarny – przyuczyny, diagnostyka i leczenie. *Prz Dermatol.* 2008;6(95):523–534.
22. Katulski K, Meczekalski B. Objective assessment of hyperandrogenism and modern ideas on PCOS treatment. *Arch Perinatal Med.* 2011;17(4):210–216.
23. Katulski K, Czyżyk A, Meczekalski B. Kontrowersje w rozpoznawaniu zespołu policystycznych jajników. *Pol Merk Lek.* 2012;33(193):32–37.
24. Kowalczyk R, Styła K, Skrzypulec V. Poziom depresji u kobiet z zespołem policystycznych jajników (PCOS). *Ann Acad Med Siles.* 2006;60(5):401–404.
25. Nowotnik A. Wielowymiarowość doświadczenia zespołu policystycznych jajników u kobiet w wieku rozrodczym: przegląd badań. *Now Lek.* 2012;3(81):268–272.
26. Sobstyl M, Tkaczuk-Włach J, Sobstyl J, Jakiel G. Zespół metaboliczny a zespół policystycznych jajników. *Prz Menopauz.* 2011;10(1):7–78.
27. Katulski K, Rojewska P, Meczekalski B. The influence of polycystic ovary syndrome on patient quality of life. *Arch Perinatal Med.* 2012;18(3):148–152.
28. Szkodziak P, Czuczwar P, Woźniak S, Woźniakowska E, Paszkowski T. Zagrożenia zdrowotne w okresie menopauzy u pacjentek z zespołem policystycznych jajników. *Prz Menopauz.* 2013;12(1):57–62.

Zaakceptowano do edycji: 2017–01–16
Zaakceptowano do publikacji: 2017–02–01

Adres do korespondencji:

Beata Babiarczyk
Wydział Nauk o Zdrowiu
Akademia Techniczno-Humanistyczna
ul. Willowa 2
43-300 Bielsko-Biała
tel. kom.: 512 276 383
e-mail: bbabiarczyk@yahoo.com