

Łódź, dn. 27.02.2022 r.

Strona | 1

Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Moniki Staruch  
pt.: „**Seksualność i zaburzenia emocjonalne u kobiet z diagnozą niepłodności  
oraz ich zmiany w czasie leczenia metodą pozaustrojowego zapłodnienia**”  
Promotor: prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś

Zdrowie seksualne jest częścią zdrowia reprodukcyjnego, ponieważ stanowi integrację biologicznych, intelektualnych, emocjonalnych i społecznych aspektów seksualności bardzo istotnych dla prawidłowego rozwoju osobowości, relacji partnerskich i miłości. Każda sytuacja stresowa ma ogromny wpływ na emocje, poziom ekspresji, zdrowie seksualne oraz psychiczne. Realizacja potrzeby rodzicielstwa w problematycznym procesie starań o dziecko jest niewątpliwie jedną z niewielu bardzo stresogennych sytuacji. Dla lekarzy stan, w którym mimo regularnego współżycia bez stosowania środków antykoncepcyjnych przez okres jednego roku uniemożliwia ciążę - to niepłodność, natomiast dla par, które przechodzą „próbę biologiczną” kończącą się niepowodzeniami, to często tragedia zbierająca żniwo w zmianach regulacji emocjonalnej, problemów seksualnych czy izolacji w grupie społecznej. Rodzicielstwo jest dla bardzo wielu małżeństw zasadniczą kwestią, ponieważ stabilizuje rodzinę i zwiększa satysfakcję z bycia w stałym związku. To wzmacnia determinację par w procesie leczenia niepłodności, ale również pozwala ocenić jak istotne i ważne dla czasu leczenia metodą pozaustrojowego zapłodnienia jest dbałość o więź emocjonalną między małżonkami, satysfakcjonujące życie seksualne a nawet funkcjonowanie w grupie społecznej. Niepokój i lęk pojawiają się przy procesie diagnozowania niepłodności - zarówno u kobiety jak i u mężczyzny. Oczekiwanie na wynik diagnozy jest porównywalne z napięciem towarzyszącym podczas oczekiwania na wyrok. Pary bardzo często opisują doświadczenie niepłodności, jako krytyczne wydarzenie życiowe oraz wyzwanie emocjonalne dla związku, co może prowadzić do krótkotrwałych lub długotrwałych zaburzeń psychicznych, niepokoju

czy depresji, ale również do zmiany postrzegania swojej seksualności i potrzeb seksualnych. Długofalowy proces leczenia niepłodności i oczekiwanie na żywą ciążę często wiąże się z obciążeniem psychicznym związanym z oceną ze strony rodziny czy środowiska, w którym funkcjonuje na co dzień para[3]. Większość par celowo unika kontaktów z rodzinami mającymi dzieci, odczuwa problem z samym podejmowaniem tematu o dzieciach, czują się winni, sfrustrowani czy nawet odizolowani. Brak upragnionego dziecka może powodować również narastający lęk związany z rozpadem związku czy odrzuceniem ze strony współmałżonka.[4] Okazuje się, że zdiagnozowanie niepłodności: męska, żeńska czy idiopatyczna – może mieć zasadniczy wpływ na obniżanie poczucia własnej wartości, osłabionej satysfakcji seksualnej czy wzrost problemów seksualnych a także stresów, napięć emocjonalnych również w komunikacji między partnerami.

W swojej rozprawie doktorskiej mgr Monika Staruch podjęła próbę analizy przebiegu życia seksualnego i regulacji emocjonalnej, w tym najczęstszych dysfunkcji seksualnych oraz najczęstszych zaburzeń psychicznych z wyszczególnieniem występowania objawów: przed okresem starań o dziecko, w okresie próby biologicznej oraz w okresie leczenia niepłodności.

Dokładny cel pracy został opisany w 4 podpunktach:

- 1). Analiza przebiegu życia seksualnego i regulacji emocjonalnej oraz ewaluacja czynników wpływających na zdrowie seksualne i psychiczne ( antykoncepcja, stosunek do wiary, inicjacja seksualna, postawy i zachowania seksualne, reakcje i przebieg kontaktu seksualnego, relacja z partnerem, relacje z opiekunami w dzieciństwie, przemoc w dzieciństwie) przed okresem starań o dziecko, w okresie próby biologicznej starań o dziecko oraz w okresie zdiagnozowanej niepłodności i jej leczenia.
- 2). Próba ustalenia najczęstszych dysfunkcji seksualnych u kobiet i mężczyzn (hypolibidemia, awersja seksualna, dyspareunia, pochwica, vulvodynia, brak reakcji genitalnej, anorgazmia, zaburzenia erekcji, wytrysk przedwczesny, wytrysk opóźniony) w okresach: przed planowaniem ciąży, w trakcie próby biologicznej i po zdiagnozowaniu niepłodności oraz częstość występowania w zależności od przyczyny niepłodności (męska, żeńska, idiopatyczna).

3). Próba ustalenia najczęstszych zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (depresja, dystymia, zaburzenie o charakterze lęku panicznego, fobia specyficzna, fobia społeczna, epizod (hipo) maniakalny, lęk uogólniony, zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, zaburzenie psychotyczne, zaburzenie dymorficzne ciała, zaburzenia bólowe, dysforyczne zaburzenie przedmiesiączkowe, mieszane zaburzenie lękowo-depresyjne) z wyszczególnieniem okresów występowania objawów: okres próby biologicznej oraz okres w trakcie leczenia niepłodności metodą IVF.

4). Oszacowanie wpływu metody pozaustrojowego zapłodnienia na dysfunkcje seksualne i problemy psychiczne, a także ocena istotnej roli wsparcia psychologicznego i terapeutycznego dla zminimalizowania negatywnych zmian w procesie leczenia niepłodności.

Recenzowana rozprawa ma typową konstrukcję. Dysertacja liczy 175 stron i składa się ze spisu treści oraz kilku części prezentujących rys historyczny badania, cele pracy, metodologię badania, uzyskane wyniki badań wraz z omówieniem, dyskusję wyników oraz wnioski. Praca zawiera także streszczenia rozprawy w języku polskim i języku angielskim, spis zawartych tabel i rycin oraz wykaz stosowanych skrótów.

Bibliografia jest obszerna i składa się z odpowiednio dobranych i prawidłowo zapisanych 190 pozycji, głównie anglojęzycznych, prezentujących wyniki współczesnych badań.

W pierwszej części pracy Autorka przedstawiła rys historyczny przeprowadzonych badań.

W kolejnych częściach pracy doktorantka przedstawiła w sposób jasny, klarowny i poprawny cel pracy, materiały i opis zastosowanych metod, charakterystykę analizowanej grupy, zmienne i metodykę ich pomiaru oraz analizę statystyczną.

Badaniem objęto 167 kobiet oraz ich partnerów życiowych. Grupę stanowiły pacjentki w przedziale wiekowym od 25 do 40 lat, leczone się z powodu niepłodności (idiopatyczna, męska, żeńska), które zostały zakwalifikowane do procedury zapłodnienia pozaustrojowego (klasycznego bądź ICSI). Do badania nie włączono kobiet po donacji oocytów, zarodka oraz korzystających z banku nasienia. W celu dalszej analizy badania przeprowadzono w interwałach czasowych:

- a) przed okresem planowania ciąży
- b) w okresie planowania ciąży (próby biologicznej)
- c) w okresie leczenia problemu niepłodności

Wartości i kategorie zmiennych dotyczących badanych kobiet zostały ustalone retrospektywnie na podstawie historii ambulatoryjnych, przy użyciu wyłącznie metod nieinwazyjnych opartych na: wywiadzie psychologicznym, kwestionariuszach i testach psychologiczno-seksuologicznych. Rozpoznanie dysfunkcji seksualnych kobiet i mężczyzn stawiano na podstawie definicji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99) rozpoznawano na podstawie ICD-10 oraz na podstawie M.I.N.I.

Dalsza część pracy zawiera prezentację wyników badań własnych opisujących:

- zależność między rodzajem antykoncepcji a czynnikiem determinującym wybór partnera życiowego oraz wykształceniem,
- opiekę i rodzaj przywiązania w dzieciństwie a obawy społeczne w okresie leczenia niepłodności,
- opiekę i rodzaj przywiązania w dzieciństwie a postawy seksualne w okresie leczenia niepłodności,
- opiekę i rodzaj przywiązania w dzieciństwie a regulacja emocjonalna (HADS) w okresie leczenia niepłodności, opiekę i rodzaj przywiązania w dzieciństwie a wymiary zmartwienia (PSWQ) w dzieciństwie,
- przemoc w dzieciństwie, stosunek do wiary, antykoncepcja - jako czynniki zdrowia seksualnego,
- relacje z obiektem przywiązania oraz sprawowanie opieki versus regulacja emocjonalna – M.I.N.I.,
- przebieg defloracji a regulacja emocjonalna (HADS) w okresie leczenia niepłodności
- przebieg inicjacji seksualnej u K a dysfunkcje seksualne K i partnerów,
- dysfunkcje seksualne K i M a ocena funkcjonowania seksualnego kobiety (FSFI) w okresie leczenia niepłodności,

- zachowania seksualne dające satysfakcję seksualną (SSI) a ocena funkcjonowania seksualnego (FSFI) kobiety w okresie leczenia niepłodności,
- reakcje i przebieg kontaktu seksualnego (SGK) a ocena funkcjonowania seksualnego kobiety (FSFI) w okresie leczenia niepłodności,
- pozycje seksualne, masturbacje oraz stosunek do kontaktu seksualnego a ocena funkcjonowania seksualnego kobiety - FSFI w okresie leczenia niepłodności,
- inicjowanie kontaktów seksualnych oraz atrakcyjność fizyczna,
- główny czynnik doboru partnera życiowego oraz cel i funkcja kontaktów seksualnych a ocena funkcjonowania seksualnego kobiety – FSFI w okresie leczenia niepłodności,
- czas leczenia niepłodności a ocena funkcjonowania seksualnego kobiety (FSFI) w okresie leczenia niepłodności,
- inseminacja a ocena funkcjonowania seksualnego kobiety (FSFI) w okresie leczenia niepłodności,
- dysfunkcje seksualne kobiet i mężczyzn versus przyczyna niepłodności (idiopatyczna, męska, żeńska) w okresach: okres nieplanowania ciąży, okres próby biologicznej, okres leczenia niepłodności,
- preferowane pozycje seksualne w okresach: przed planowaniem ciąży, w trakcie próby biologicznej, w trakcie leczenia niepłodności,
- bezdzienny styl życia versus potrzeba rodzicielstwa versus niepłodność idiopatyczna,
- bezdzienny styl życia versus potrzeba rodzicielstwa versus męski czynnik niepłodności,
- bezdzienny styl życia versus potrzeba rodzicielstwa versus żeński czynnik niepłodności,
- powód wyboru partnera życiowego/męża a obawy seksualne (FPI) w okresie leczenia niepłodności,
- powód wyboru partnera życiowego/męża a obawy seksualne (FPI) w okresie leczenia niepłodności,
- powód wyboru męża a obawy w związku partnerskim (FPI) w okresie leczenia niepłodności,
- powód wyboru partnera życiowego versus strategia radzenia sobie (ISE) w okresie leczenia niepłodności,

- powód wyboru partnera życiowego versus relacja w związku (RDAS) w okresie leczenia niepłodności,
- rodzaje preferowanych technik masturbacji versus częstotliwość występowania w okresach: przed planowaniem ciąży, w trakcie próby biologicznej, w trakcie leczenia niepłodności,
- zależność dysfunkcji seksualnych u K i M w okresach: próby biologicznej i leczenia niepłodności.

Badania własne wskazały, że wydłużony czas leczenia niepłodności pogarsza jakość życia seksualnego.

Najczęstsze dysfunkcje seksualne u badanych kobiet w okresie leczenia niepłodności to: HSDD – 97% pacjentki, problem z lubrykacją pochwy miało 74,25% pacjentki a zaburzenia orgazmu 71,86% pacjentek. W okresie próby biologicznej wyróżniającą się dysfunkcją seksualną wśród badanych kobiet był brak reakcji genitalnej, który wystąpił u 53,29% pacjentek. Przed planowaniem ciąży 5,99% badanych kobiet miało problem z vulvodynią.

W przeprowadzonej analizie u kobiet z diagnozą niepłodności wykazano istotne zmiany w regulacji emocjonalnej. W okresie leczenia niepłodności u 66,47% pacjentek zdiagnozowano mieszane zaburzenia lękowo depresyjne, u 55,69% dysforyczne zaburzenia przedmiesiączkowe a u 39,52% pacjentek zaburzenie o charakterze lęku uogólnionego. Znacząco mniej kobiet cierpiało z powodu fobii specyficznej 16,17%, nieznacznie mniej - 13,17% cierpiało z powodu zaburzeń o charakterze lęku panicznego, epizod dużej depresji wystąpił u 10,78% pacjentek a dystymia obecna była u 10,18% pacjentek. Na fobię społeczną cierpiało 5,99% badanych kobiet.

Ostatnia część pracy prezentuje dyskusję oraz wnioski z wyników badań.

Formalna struktura pracy nie budzi logiczno-metodologicznych zastrzeżeń. Doktorantka prawidłowo zaplanowała i przeprowadziła swoje badania. Zamierzony plan analiz został przeprowadzony konsekwentnie, z wykorzystaniem różnorodnych, adekwatnych metod analizy statystycznej.

W realizacji programu badań oraz redagowaniu tekstów naukowych Doktorantka wykazała się rozeznaniem zastanej wiedzy teoretycznej oraz dojrzałością warsztatu

badawczego. Badania niewątpliwie były czasochłonne, wymagały pracowitości, dokładności i rzetelności. Doktorantka dokonała obszernej analizy zebranych danych, przedstawił uzyskane wyniki w jasny i zrozumiały sposób. Przeprowadzona dyskusja także wskazuje na dobry warsztat naukowy autorki. Rozprawa doktorska jest nowoczesnym i oryginalnym rozwiązaniem ważnego problemu naukowego i stanowi twórczy wkład w rozwój nauki.

W związku z tym, uważam, że praca mgr Moniki Staruch jest niezwykle wartościowa, ujawnia nowe aspekty dotyczące przebiegu życia seksualnego i regulacji emocjonalnej, w tym najczęstszych dysfunkcji seksualnych oraz najczęstszych zaburzeń psychicznych z wyszczególnieniem występowania objawów: przed okresem starań o dziecko, w okresie próby biologicznej oraz w okresie leczenia niepłodności.

Praca spełnia wszelkie wymagania stawiane rozprawom doktorskim, dlatego mam zaszczyt przedstawić Radzie Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wniosek o dopuszczenie mgr Moniki Staruch do dalszych etapów przewodu doktorskiego.