UNIWERSYTET MEDYCZNY
w Białymstoku
KLINIKA ROZRODCZOŚCI
I ENDOKRYNOLOGII GINEKOLOGICZNEJ
15-276 Białystok, ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a
tel. 085 746 83 43, tel./fax 085 746 88 1

Recenzja pracy doktorskiej Pani mgr Moniki Staruch
„Seksualność i zaburzenia emocjonalne u kobiet z diagnozą niepłodności oraz ich zmiany w czasie leczenia metodą pozaustrojowego zapłodnienia".

Współczesne podejście do spraw zdrowia oddzieliło życie seksualne od rozrodczego. Oznacza to prawo do całego bogactwa doznań erotycznych i uwolnienia ich od narzuconego przez społeczeństwo, religię i tradycję jedynego celu: „macierzyństwa". Sytuacja się jednak zmienia, kiedy para podejmuje decyzje o zachodzeniu w ciąże i próby nie przynoszą efektów. Zostanie rodzicem stanowi ważną fazę w życiu ludzi i pozwala zrealizować bardzo podstawowe marzenie i zaspokoić wiele potrzeb, toteż niepłodność traktowana jest jako powód wielkiego zmartwienia, wręcz nieszczęścia. Niepłodne pary przyjmują diagnozę niepłodności jako jedno z najbardziej stresujących doświadczeń życiowych. Niepłodna para znajduje się zawsze w trudnej sytuacji psychologicznej, a sytuacja kobiety jest szczególnie trudna. Społeczny obowiązek ciąży przypisywany jest głównie kobiecie. Kobiety postrzegają macierzyństwo jako część swojej tożsamości płciowej, kobiecości i seksualności, dlatego wszystko, co zagraża tej roli może powodować odczuwanie większej porażki życiowej. Próbując bezskutecznie zajść w ciążę, pary czują już, że nie panują nad swoim ciałem ani swoimi planami życiowymi. Z badań wynika, że pary te doświadczają poczucia: winy, żalu, depresji, lęku, zaburzeń poznawczych i wrogości. Stres współtowarzyszący niepłodności może być związany zarówno z diagnozą, jak i interwencjami terapeutycznymi. Współczesne postępowanie przy niepłodności wprowadza do najbardziej intymnej sfery życia procedury medyczne i biotechnologiczne.

Jak zatem taka sytuacja wpływa na życie seksualne małżonków i ich wzajemne relacje? Diagnoza niepłodności, ale i postępowanie terapeutyczne, może prowadzić do utraty spontaniczności i wartości erotycznych w związku seksualnym. Celem staje się poczęcie, a stosunek seksualny planowany jest w „oknie płodności". Zaburzenie relacji seksualnej pary może trwać długo nawet po leczeniu. Można przypuszczać, że strategie radzenia sobie z taką sytuacją są różne między mężczyznami i kobietami. Badania Wischmanna oraz Ramezanzadeha i wsp. wykazały, że rozpoznanie niepłodności może się przyczyniać do zmniejszonej aktywności seksualnej i obniżonej satysfakcji ze współżycia u blisko połowy

leczonych par. Zapewne problemy będą uwarunkowane bardzo różnymi względami religijnymi kulturowymi różnymi w różnych krajach. W Polsce zagadnienia te przedstawiane są publicystycznie i brakuje faktów wynikających w przeprowadzonych badań.

Uważam, że temat podjęty przez doktorantkę został wybrany bardzo słusznie, bo dotyczy to słabo poznanego w naszym kraju problemu - jak niepłodność i leczenie współczesnymi metodami wpływa na zdrowie psychiczne i seksualne partnerów w związku.

Przesłana mi do recenzji praca doktorska Pani mgr Moniki Staruch dotyczy zatem niezwykle aktualnego i bardzo istotnego problemu. Mgr Monika Staruch miała okazję, aby realizować swój projekt badawczy w ośrodkach specjalizujących się od wielu lat w leczeniu niepłodności: w Klinice Leczenia Niepłodności *Artemida* w Białymstoku i Uniwersyteckim Centrum Kobiety i Noworodka WUM w Warszawie.

Przegląd piśmiennictwa

Praca doktorska Pani mgr Moniki Staruch ma typowy układ pracy doktorskiej. Praca liczy 175 stron, cytuje 190 publikacji, głównie z okresu 2000 – 2020 r. oraz z piśmiennictwa angielskiego opublikowanych w prestiżowych czasopismach, zajmujących się niepłodnością i zdrowiem seksualnym: *Human Reproduction* i *Journal Sex of Medicine, Fertility and Sterility*. Wybór oraz liczba piśmiennictwa świadczy, że doktorantka przeanalizowała dokładnie badany problem. W przeglądzie piśmiennictwa Autorka pracy opisała kryteria diagnostyczne, etiologię i patofizjologię oraz objawy kliniczne ze szczególnym omówieniem dotychczasowej wiedzy o dysfunkcjach seksualnych i zaburzeniach psychicznych wśród par z problemem niepłodności. Według mnie przegląd piśmiennictwa dokonany przez doktorantkę jest skrupulatny i dokładny oraz zawiera wszystkie zbiorcze i istotne informacje.

Cel badań/ Materiały i Metodyka

Celem badań Autorki była próba ustalenia przebiegu życia seksualnego i regulacji emocjonalnej oraz ewaluacja czynników wpływających na zdrowie seksualne i psychiczne, najczęstszych dysfunkcji seksualnych u kobiet i mężczyzn (w zależności od przyczyny niepłodności oraz najczęstszych zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w trzech okresach badawczych). Celem badań Doktorantki było również 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.

Badaniem objęto 167 kobiet oraz ich partnerów życiowych. Grupę stanowiły pacjentki leczące się z powodu niepłodności, które zostały zakwalifikowane do procedury zapłodnienia pozaustrojowego (klasycznego bądź ICSI). Kryterium włączenia do badania był wiek: kobiety w przedziale wiekowym od 25 do 40 lat, korzystające z refundowanego programu IVF oraz zdiagnozowana niepłodność: idiopatyczna, żeńska, męska. Do badania nie włączono kobiet po donacji oocytów, zarodka oraz korzystających z banku nasienia.

W celu dalszej analizy przeprowadzono badania w interwałach czasowych:

a) przed okresem planowania ciąży

b) w okresie planowania ciąży (próby biologicznej)

c) w okresie leczenia problemu niepłodności.

Kompleksową ocenę zmian w czasie leczenia metodą pozaustrojowego zapłodnienia w obszarze seksualności i regulacji emocjonalnej u kobiet zdiagnozowanych jako niepłodne przeprowadzono analizując zmienne przy użyciu wyłącznie metod nieinwazyjnych, opartych na testach psychologicznych i wywiadzie. Wartości i kategorie zmiennych dotyczących badanych kobiet zostały ustalone retrospektywnie na podstawie historii ambulatoryjnych, wywiadu psychologicznego, kwestionariuszy i testów psychologiczno-seksuologicznych.

Doktorantka przeprowadziła analizę statystyczną skupioną głównie wokół analizy korelacji, analizy kontyngencji i szeregu testów statystycznych a poprzedzoną wstępnym przetwarzaniem danych. Do wszystkich obliczeń wykorzystane zostało środowisko do obliczeń statystycznych R:

Po wstępnym przetwarzaniu danych stosowano:

1. Analizę korelacji (korelacja rang Spearmana, korelacja Pearsona, normalność rozkładu cech sprawdzano z wykorzystaniem testu Shapiro)
2. Analizę kontyngencji z wykorzystaniem dokładnego testu Fishera, iloraz szans (ang. *odds ratio)* badano z wykorzystaniem metody mid-p
3. Test McNemara - przeprowadzano w przypadku badania związku między zmiennymi zależnymi będącymi w skali dychotomicznej.
4. Test Wilcoxona.

Wyniki badań i dyskusja

Doktorantka przedstawiła wyniki badań własnych w 26 tabelach oraz 1 rycinie – bardzo estetycznie, w sposób klarowny i zrozumiały.

Uzyskane wyniki badań przedyskutowała z danymi z piśmiennictwa. Wyniki są bardzo interesujące, potwierdzają wcześniejsze dane literaturowe, ale należy podkreślić, że te wyniki badań istotnie poszerzają wiedzę zdrowia seksualnego i psychicznego par z problemem niepłodności. Dużą wartością dodaną pracy Doktorantki jest fakt, iż pewne zależności/korelacje zbadane przez autorkę nigdy dotąd nie zostały opublikowane w piśmiennictwie.

Analiza badań własnych wskazuje, że rodzaj niepłodności wpływa lub wzmacnia krytyczne myśli dotyczące postrzegania swojej kobiecości, swojego partnera życiowego a także przyszłości w kontekście problemu z niepłodnością. Rodzaj niepłodności kreuje postawy i strategię działania w kontynuowaniu bezdzietnego małżeństwa. Badania własne Doktorantki wyraźnie wskazują, że u kobiet w niepłodności idiopatycznej najsilniejsza jest potrzeba szukania takiego rozwiązania, które wyleczy problem niepłodności i pozwoli na spełnienie celu bycia rodzicem. W przypadku niepłodności z żeńskim czynnikiem najczęściej poza nasileniem depresji i lęku, kobiety odczuwały zagubienie i jednocześnie brak jakichkolwiek zmian w strategii radzenia sobie z niepłodnością. Natomiast bardzo silne poczucie wstydu związanego z obecnością myśli, oceny i postrzeganiem swojego partnera życiowego, jako bezwartościowego mężczyzny dotyczyło kobiet po zdiagnozowaniu męskiego czynnika niepłodności.

Diagnoza niepłodności, okres jej leczenia a przede wszystkim wynik włączonej procedury medycznej jakim jest upragniona ciąża, według badań własnych bardzo mocno wpływają na regulację emocjonalną u kobiet i mężczyzn. Najczęstszą diagnozą u kobiet z problemem niepłodności było zaburzenie mieszane lękowo-depresyjne (66,47%). Obciążenie psychiczne w okresie leczenia niepłodności jest tak duże, że nasiliło u kobiet objawy zaburzenia o charakterze lęku uogólnionego (39,52%), fobii specyficznej (16,17%), zaburzenia o charakterze lęku panicznego (13,17%) i fobii społecznej (5,99%). Kobiety leczące się z powodu niepłodności mogą być zagrożone autodeprecjacją i izolacją ze względu na wybór strategii radzenia sobie i znaczenie, jakie przypisują niepłodności, co w konsekwencji prowadzi do obniżenia nastroju czy depresji. W okresie leczenia niepłodności najczęstszymi diagnozami były epizody dużej depresji (10,78%), dystymii (10,18%) i epizody depresji z cechami melancholii (2,99%).

Z badań własnych wynika, że istnieje bardzo duża zależność u par w obszarze dysfunkcji seksualnych w zależności od natężenia czynnika stresogennego i obciążenia psychicznego. W okresie próby biologicznej u partnerów życiowych zwiększa się nasilenie częstości zaburzeń erekcji, ale przy zwiększonej częstości dyspareunii nieorganicznej u

kobiety prawdopodobieństwo obecności wytrysku opóźnionego u partnerów życiowych jest bardzo duże, bo aż istotnie ponad pięciokrotne. Natomiast w okresie leczenia niepłodności, kiedy włączona jest procedura IVF, zwiększona częstość vulvodynii u kobiet powoduje u ich partnerów życiowych większe prawdopodobieństwo zaburzeń erekcji a wzrastająca częstość zaburzeń orgazmu u partnerek nasila istotnie prawdopodobieństwo wytrysku opóźnionego u tych mężczyzn.

Dyskusję oceniam bardzo wysoko. Sposób jej prowadzenia pokazuje wiedzę i możliwości polemiczne autorki a także świadczy o szerokiej znajomości literatury przedmiotu pracy doktorskiej. W pracy przygotowywanej do druku proponuję dokonać zmian stylistycznych. Uwagi przekażę doktorantce osobiście.

Pracę doktorską kończą 4 wnioski. Każdy z wniosków jest w pełni uzasadniony.

1) Relacja przywiązania z opiekunem oraz osoba sprawująca opiekę w dzieciństwie mają wpływ na kształtowanie postaw i zachowań seksualnych wobec partnera, szczególnie przy nasilonym napięciu psychicznym w okresie leczenia niepłodności. Przebieg defloracji oraz jej zakończenie ma znaczenie dla prawidłowej reaktywności seksualnej kobiet w okresach: nieplanowania ciąży, próby biologicznej i leczenia niepłodności.
2) Brak urozmaicania życia seksualnego (rodzaj stymulacji, pozycje seksualne i częstość kontaktów seksualnych) począwszy od okresu próby biologicznej, kończąc na leczeniu niepłodności, wpływa istotnie na pogorszenie jakości życia seksualnego. Przyczyna niepłodności ma istotny wpływ na strategię działania w leczeniu niepłodności a także obecność i natężenie dysfunkcji seksualnych u kobiet i mężczyzn. Hypolibidemia to jedyna dysfunkcja seksualna obecna u prawie wszystkich kobiet w okresie leczenia niepłodności. Wytrysk przedwczesny jest jedyną dysfunkcją seksualną u mężczyzn, która w początkowym okresie nieplanowania ciąży istotnie zmniejsza swoją częstość w okresie próby biologicznej, a następnie nasila się do stanu początkowego w okresie leczenia niepłodności.
3) W okresie leczenia niepłodności u kobiet najczęstsze problemy związane z regulacją nastroju dotyczyły zaburzeń mieszanych lękowo-depresyjnych, depresji, zaburzeń o charakterze lęku uogólnionego, fobii specyficznej, zaburzenia o charakterze lęku panicznego oraz fobii społecznej.
4) Technologia, jaką jest procedura IVF oraz czas potrzebny do zdiagnozowania przyczyn niepłodności i podjęcia leczenia ma istotny wpływ na seksualność i regulację emocjonalną kobiet i mężczyzn dlatego włączenie wsparcia psychologicznego, psychiatrycznego, seksuologicznego ze względu na istotne pogorszenie zdrowia seksualnego oraz psychicznego powinno być obowiązkowe dla par w klinikach prowadzących leczenie niepłodności.

Osobiście uważam, że wnioski są jednak zbyt opisowe i przy przygotowywaniu pracy do druku należy je mocno skonkretyzować i uprościć .

Podsumowując, wartość naukowa pracy doktorskiej Pani mgr Moniki Staruch wiąże się ze znaczącym poszerzeniem wiedzy, jak leczenie niepłodności metodą pozaustrojowego zapłodnienia wpływa na zdrowie seksualne i psychiczne Z pełnym przekonaniem stwierdzam, że rozprawa doktorska mgr Moniki Staruch "*Seksualność i zaburzenia emocjonalne u kobiet z diagnozą niepłodności oraz ich zmiany w czasie leczenia metodą pozaustrojowego zapłodnienia*" spełnia wszystkie warunki określone w art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. z 2017 r. poz. 1789). Zwracam się do Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenie mgr Moniki Staruch do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Białystok 22022022

KIEROWNIK
KLINIKI RODZICZOŚCI
I ENDOKRYNOLOGII GINEKOLOGICZNEJ
prof. dr hab. n. med. Sławomir Wołczyński