

A POLICISZTÁS OVÁRIUM SZINDRÓMÁVAL DIAGNOSZTIZÁLT NŐK ÉLETMINŐSÉGÉNEK BEJÓSLÓI



MÁRKI Gabriella

marki.gabriella@gmail.com

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Doktori Iskola

SZUJÓ Adrienn Szonja

adrienn.szujo@gmail.com

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

PÁPAY Nikolett

panikol@gmail.com

Károli Gáspár Református Egyetem, Tanárképző Központ

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A policisztás ovárium szindróma (PCOS) egy multifaktoriális női endokrin megbetegedés, amely számos különböző – anyagcserét is érintő – zavarral társul. Nemzetközi tanulmányok igazolták, hogy a PCOS-sel élő nők körében az alacsonyabb fizikai és pszichológiai egészséggel összefüggő életminőség (HRQOL) magasabb depresszió- és szorongásszinttel jár együtt, amely pszichológiai jellemzők mellett magasabb BMI-értéket, a klinikai tünetek meglétét (az anovulációt/ovulációs zavarokat, az androgén hormonok megemelkedett szintjét), az emocionális distressz nagyobb mértékét, a szexuális funkcionalitás és a saját testhez kapcsolódó attitűd romlását is regisztrálták. Jelen vizsgálatunkban a HRQOL magyarázóváltozóinak feltárására vállalkoztunk magyar mintán. *Módszer:* Keresztmetszeti kérdőíves vizsgálatot alkalmaztunk, PCOS diagnózissal élő, 18 év feletti, pszichiátriai zavarral nem diagnosztizált vizsgálati csoport bevonásával. A kérdőívcsomagban a demográfiai és betegségmutatók mellett mértük a HRQOL-et, a pszichológiai státuszt (depresszió, szorongás), a BMI-t, a testi attitűdöket és a stressz szintjét. *Eredmények:* A HRQOL fordított együttjárást mutatott a depresszió, a szorongás, a negatív testi attitűdök és a stressz skálák értékeivel. A HRQOL magyarázóváltozóiként a stresszt, a szorongást, a depressziót és az aktuálisan fennálló súlygyarapodást azonosítottuk. *Következtetések:* A PCOS hazai vizsgálatában a nemzetközi értékekhez hasonló eredményeket kaptunk, ám a magyarázóváltozók szélesebb körű elemzésére és további területek – szexuális funkcionalitás, életmód változók – bevonására lenne szükség. *Kulcsszavak:* policisztás ovárium szindróma (PCOS), egészséggel összefüggő életminőség, depresszió, szorongás, stressz, testi attitűd

BEVEZETÉS

A policisztás ovárium szindróma

A policisztás ovárium szindróma (PCOS) egy multiszisztémás, genetikai predispozícióval rendelkező betegség, amely különböző anyagcserezavarok és szövődmények kialakulásának fokozott rizikójával társul (Speer, 2009). A betegségből eredő klinikai következmények között a reprodukivitást (meddőség), a nemi hormonális működést (androgén hormonok megemelkedett szintje, fokozott szőrnövekedés, akné), a metabolikus folyamatokat (inzulinrezisztencia, csökkent glükóztolerancia, második típusú diabetes mellitus, kardiovaszkuláris megbetegedések) és lélektani állapotokat (magasabb depresszív és szorongásos tünetek, alacsonyabb életminőség) érintő zavarok szerepelnek (Teede et al., 2010).

A PCOS – a tünetekből eredően – egy igencsak heterogén állapotot takar, s így a páciensek ellátása során több diszciplína (nőgyógyászat, endokrinológia, bőrgyógyászat, diétetika, pszichológia) együttes munkájára van szükség. A diagnózis felállítása az úgynevezett *rotterdami kritériumrendszer* alapján történik, amely a következőket foglalja magába:

1. a peteérés zavara vagy hiánya (oligo- vagy anovuláció);
2. a férfihormonok megemelkedett szintjének (hiperandrogenizmus) klinikai és/vagy laboratóriumi jegei;
3. a policisztás petefészkek ultrahangképe (egyéb betegségek kizárása mellett) (Langmár, 2010).

A szindróma az egyik leggyakoribb női endokrin megbetegedés. Prevalenciája a fertilis életkorú nők körében igen magas; Sirmans és Pate (2014) nemzetközi adatokon alapuló, összefoglaló tanulmánya alapján a felnőtt nők 15–20 százaléka érintett.

A betegség kialakulásának okait számos vizsgálat igyekezett azonosítani, ugyanakkor a PCOS patogenezisének pontos mechanizmusa mindmáig tisztázatlan és további kutatások tárgyát képezi (Langmár, 2010). A biomedikális megközelítések mellett az elmúlt évtizedekben megkezdődött a PCOS egészségpszichológiai szemléletű vizsgálata is, amelyen belül az *egészséggel összefüggő életminőség* (health-related quality of life, HRQOL¹) kérdése került a középpontba. Elsenbruch és munkatársai (2003) sokat idézett vizsgálatukban igazolták, hogy a PCOS-sel élő nők körében valóban szignifikánsan alacsonyabb HRQOL mérhető az egészséges kontrollcsoporthoz képest. A kutatásban használt Short Form Health Survey (SF-36) mérőeszköz alapján szignifikáns különbség mutatkozott a PCOS-es nők és a kontrollcsoport között a fizikai és az érzelmi problémákból adódó szerepkorlátozottság, a testi fájdalom, a vitalitás, a szociális működés, valamint a mentális egészség területein. Elsenbruch és munkatársai (2003) eredményét egy későbbi metaanalízis is megerősítette (Li et al., 2011), vagyis a biológiai mutatók mellett a pszichoszociális problémák meghatározónak tűnnek az életminőséggel kapcsolatban, így a páciensek számára nemcsak a fizikai, hanem a lelki oldal „kezelését” is javasolt biztosítani az egészségügyi ellátás során.

¹ A HRQOL rövidítés jelen tanulmányban az egészséggel összefüggő életminőségre mint fogalomra utal.

A HRQOL mérési lehetőségei a PCOS-sel diagnosztizált nők körében

A policisztás ovárium szindrómával élő nők körében az egészséggel összefüggő életminőség mérésére számos kérdőívet alkalmaznak világszerte, amelyek közül kiemelendő a már idézett és az egyik leggyakrabban alkalmazott mérőeszköz, az SF-36. Ezenfelül használatban van a World Health Organization Quality of Life rövidített kérdőíve (WHOQOL-BREF), a General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) és a Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (PCOSQ). Az első három kérdőív általánosabb szemléletű, mivel több krónikus megbetegedéssel kapcsolatban is alkalmas az életminőség mérésére, illetve a különböző betegségek mentén az életminőség összehasonlítására; míg a PCOSQ kérdőívet Cronin és munkatársai (1998) kifejezetten a PCOS diagnózissal élő nők életminőségének mérésére dolgozták ki, s Jones és munkatársai (2004) módosították és validálták. A PCOSQ kifejezetten a PCOS tünetei (menstruációs ciklus zavarai, meddség, fokozott szőrnövekedés, testtömegproblémák, akné és emocionális zavarok) mentén méri az életminőséget. A PCOSQ nemzetenkénti validálása folyamatban van, ám hazánkban magyar nyelven a kérdőív standardizálására még nem került sor.

Az életminőséggel kapcsolatos változók

A PCOS kapcsán vizsgált pszichológiai problémák között kiemeledő a depresszív (28–64%) és szorongásos tünetek (34–57%) magasabb aránya, mely értékek jóval meghaladják az egészséges átlagpopulációra jellemzőket (Deeks et al., 2010). A kapott értékek széles skálája szociokulturális tényezőkkel és módszertani különbségekkel magyarázható (Cinar et al., 2011).

Bazarganipour és munkatársai (2013b) vizsgálatukban azt találták, hogy a magasabb depresszív és szorongásos értékekkel alacsonyabb fizikai és pszichológiai életminőség jár együtt. Ezenfelül a magasabb BMI-vel (body mass index) rendelkező páciensek körében magasabb depresszió és szorongás, valamint alacsonyabb életminőség értékeket regisztráltak a nem obez páciensekhez viszonyítva (Bazarganipour et al., 2013b). Az életminőséget a testtömeg mellett a menstruációs zavarok, a fokozott szőrnövekedés és az akné megléte is jelentősen befolyásolja (Hahn et al., 2005; Cinar et al., 2011).

Számos feltáró vizsgálat az emocionális distressz szerepét hangsúlyozza az életminőség alakulásával kapcsolatban. Cronin és munkatársai (1998), valamint Jones és munkatársai (2004) úgy vélték, hogy a PCOS látható tünetei (fokozott szőrnövekedés és akné) és/vagy potenciális következményei (obezitás, infertilitás) stigmatizációhoz és megnövekedett distresszhez vezethetnek, s ezen pszichológiai következmények átfedésben lehetnek az emocionális problémák (l. depresszió) kialakulásával is. Zafari Zangeneh és munkatársainak (2012) vizsgálata szintén a fentiekre, a fizikai megjelenés megváltozásából fakadó emelkedett depresszív hangulatra, az alacsonyabb önértékelésre és a negatív énképre mutatott rá. Egy, az emocionális distressz és a PCOS kapcsolatát értékelő metaanalízisben a PCOS diagnózissal élő nők esetében magasabb depresszió- és szorongásértékeket, alacsonyabb életminőséget, valamint magasabb emocionális distresszt azonosítottak az egészséges nőkhöz képest (Veltman-Verhulst et al., 2012). A fenti eredményekből látható, hogy a stressz negatív hatását bizonyítottan vélik, továbbá az érintett nők körében a stresszkezelő módszerek hatásvizsgálata is megkezdődött (Stefanaki et al., 2014).

Az életminőséggel kapcsolatban a szexuális funkcionálást és a szexuális étellel való elégedettséget is vizsgálták. Az egészséges és PCOS csoport között nem találtak különbséget a szexuális együttlétek gyakoriságában, ám a PCOS csoport tagjai alacsonyabb szexuális funkcionálást mutattak, kisebb mértékben voltak elégedettek a saját szexuális életükkel és kevésbé találták magukat szexuálisan attraktívnak (l. fokozott szőrnövekedés és akné) (Benetti-Pinto et al., 2014; Elsenbruch et al., 2003; Månsson et al., 2011).

Egy komplex elemzésben Bazarganipour és munkatársai (2013b) SEM-analízist (structural equation modeling, SEM) alkalmaztak a PCOS diagnózissal élő nők életminőségét magyarázó tényezők feltárása érdekében. Négy magyarázóváltozót azonosítottak: pszichológiai státusz/distressz (depresszió és szorongás), önértékelés, testkép és szexuális funkcionálás. A felsorolt faktorok a SEM-elemzés során egymástól függetlenül is befolyásolták az életminőség alakulását; továbbá ezek a pszichológiai jellemzők nagyobb mértékben befolyásolták a HRQOL-t, mint a fizikai tünetek.

HIPOTÉZISEK

A PCOS életminőséget befolyásoló hatásáról hazánkban igen kevés vizsgálat született, ezért kutatásunk elsődleges célkitűzése volt, hogy feltárjuk a PCOS életminőségre gyakorolt hatását magyar mintán. További célul tűztük ki az életminőséggel együttjáró pszichológiai dimenziók és a testtömegindex kapcsolatának vizsgálatát, végül pedig az egészséggel összefüggő életminőség magyarázóváltozóinak azonosítását. A hipotéziseket a fenti nemzetközi eredményekre támaszkodva állítottuk össze.

1. Deeks és munkatársai (2010) és Elsenbruch és munkatársai (2003) eredményei alapján feltételezzük, hogy a magyar policisztás ovárium szindrómával diagnosztizált páciensek is szignifikánsan magasabb depresszió- és szorongásszinttel és alacsonyabb életminőséggel jellemezhetőek az átlagpopulációhoz képest.

2. A nemzetközi tanulmányokhoz (Bazarganipour et al., 2013b; Veltman-Verhulst et al., 2012; Zafari Zangeneh et al., 2012) hasonlóan a HRQOL negatív kapcsolatát várjuk a pszichológiai státusszal (depresszióval és szorongással), továbbá a stressz, a BMI és testi attitűdök értékeivel a hazai mintán is.

3. Bazarganipour és munkatársainak (2013b) eredményei alapján feltételezzük, hogy a PCOS-ban érintett obez és nem obez nők között szignifikáns különbség mutatkozik a HRQOL, a pszichológiai státusz, a testi attitűdök és a stressz skálákon.

4. Végül feltételezzük, hogy a PCOS mintán belül a demográfiai és betegségmutatók mellett az életminőséget kedvezőtlenül befolyásolja a pszichológiai státusz, a BMI, a testi attitűdök és a stressz-szint (Bazarganipour és munkatársai [2013b] kutatási eredményeivel összhangban).

MÓDSZER

Kutatási elrendezés

Vizsgálatunkat három budapesti intézmény nőgyógyászati és endokrinológiai szakrendelésének segítségével végeztük. A vizsgálatban kizárólag szakorvos által felállított PCOS diagnózissal bíró, 18 év feletti nők vehettek részt, akik társuló pszichiátriai diagnózissal nem rendelkeztek. A kérdőívcsomag kitöltésére tájékoztatott beleegyezését

1. táblázat. A minta demográfiai változóinak százalékos eloszlása

Demográfiai változók	Százalékos eloszlás	
Életkor átlagéletkor: 29,9 év (SD = 5,08)	25 év alatt	18,5%
	25 és 30 év között	46,9%
	30 év felett	34,6%
Lakhely	Budapest	50,0%
	vidéki nagyváros	26,2%
	vidéki kisváros	13,8%
	község, falu	10,0%
Iskolai végzettség	8 általános	0,8%
	szakmunkásképző	1,6%
	érettségi	30,8%
	felsőfokú végzettség	66,9%
Családi állapot	egyedülálló	21,6%
	házas/párkapcsolatban él	78,4%

követően nyílt lehetőség. A kutatási tervet a Semmelweis Egyetem Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága (engedélyszám: 193/2013) hagyta jóvá.

A minta bemutatása

A vizsgálatban 144 policisztás ovárium szindrómával diagnosztizált, 18 év feletti nő vett részt, ám az elemzéseket a pszichiátriai zavarral élő nők kizárását (14 fő) követően összesen 130 fő bevonásával végeztük el. A minta demográfiai változóit az 1. táblázat mutatja be.

Mérőeszközök

A kérdőívcsomag az általános demográfiai (életkor, lakhely, iskolai végzettség, családi állapot) változók mellett a policisztás ovárium szindrómára vonatkozó kérdéseket is tartalmazott (kezdeti és jelenlegi tünetek megléte).

A HRQOL mérésére az *SF-36 kérdőívet* használtuk, amely nyolc alskálát tartalmaz: fiziológiai működés (PF), testi problémákból adódó szerepkorlátozottság (RP), testi fájdalom (BP), általános egészség (GH), vitalitás (VT), szociális funkcionálás (SF), érzelmi problémákból adódó szerepkorlátozottság (RE) és mentális egészség (MH). A kérdőív magyar adaptációját és a normál értékek

meghatározását Czimbalmos Ágnes és munkatársai (1999) végezték el egészséges, krónikus betegséggel (magas vérnyomással, cukorbetegséggel, lumbágóval) élő és akut felső légúti hurutban szenvedő személyek bevonásával. A tanulmány tartalmazza a csak egészséges személyekre vonatkozó adatokat is. Az SF-36 megbízhatósági mutatója alapján (Cronbach-féle alfa = 0,93) megfelelő a magyar populáció életminőségének felmérésére. Jelen vizsgálati mintán az SF-36 Cronbach-féle alfa értéke 0,92.

A pszichológiai státuszt a *Kórházi szorongás és depresszió skála* (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) alkalmazásával mértük fel, amely mérőeszközt Zigmund és Snaith (1983) fejlesztette ki a nem pszichiátriai betegek szorongás- és depressziószintjének mérésének céljából. A kérdőív magyar adaptálását Muszbek Katalin és munkatársai (2006) végezték el különböző daganatos megbetegedéssel élő páciensek bevonásával. A mérőeszköz megbízhatóságát igazolták, a szorongás skála esetén a Cronbach-féle alfa értéke 0,82, a depresszió skála esetén a Cronbach-féle alfa értéke 0,83. Jelen mintán a szorongás skála Cronbach-féle alfa értéke 0,83; a depresszió skála megbízhatósági mutatója 0,84.

A testi attitűdök felméréséhez a Túry Ferenc és Szabó Pál által hazai mintán adaptált (2000), s Czeglédi Edit és munkatársai (2010) által pszichometriailag különböző mintákkal megvizsgált *Testi attitűdök tesztje* (Body Attitude Test, BAT) mérőeszközt alkalmaztuk. A kérdőív segítségével mérhető a vizsgálati személyek szubjektív testélménye és a saját testtel kapcsolatos attitűdje. A magyar mintákon a Cronbach-féle alfa 0,89 és 0,90 közötti értékeket mutatott. A policisztás ovárium szindrómával élő csoport mintáján, jelen vizsgálatban a Cronbach-féle alfa = 0,91.

A stressz-szint meghatározásához az *Észlelt stressz kérdőívet* (Perceived Stress Scale, PSS) használtuk fel, amely mérőeszköz azokra a gondolatokra és érzésekre kérdez rá, amelyek az adott személy stresszészlelését jellemzik. Az eredeti kérdőívet Cohen és munkatársai dolgozták ki (1983), a magyar minta bevonásával történő hazai adaptációt Stauder Adrienne és Konkoly Thege Barna (2006) végezte el, a megbízhatóság igazolásával együtt (Cronbach-féle alfa = 0,88). A magyar PCOS diagnózissal élő nők mintáján a megbízhatósági mutató értéke 0,94.

EREDMÉNYEK

A PCOS-hez kapcsolódó tünetek feltérképezése során rákérdeztünk azokra a tünetekre, melyeket a páciensek először észleltek, s amelyekkel először fordultak orvoshoz, valamint azokra a tünetekre is, amelyek jelenleg is fennállnak. Mintánkban az első tünetek átlagosan 8 évvel az orvoshoz fordulás előtt jelentkeztek, míg az orvoshoz fordulás és a diagnózis megszületése között átlagosan 3 év telt el. A betegséghez kapcsolódó tünetek áttekintése során egyértelművé vált, hogy

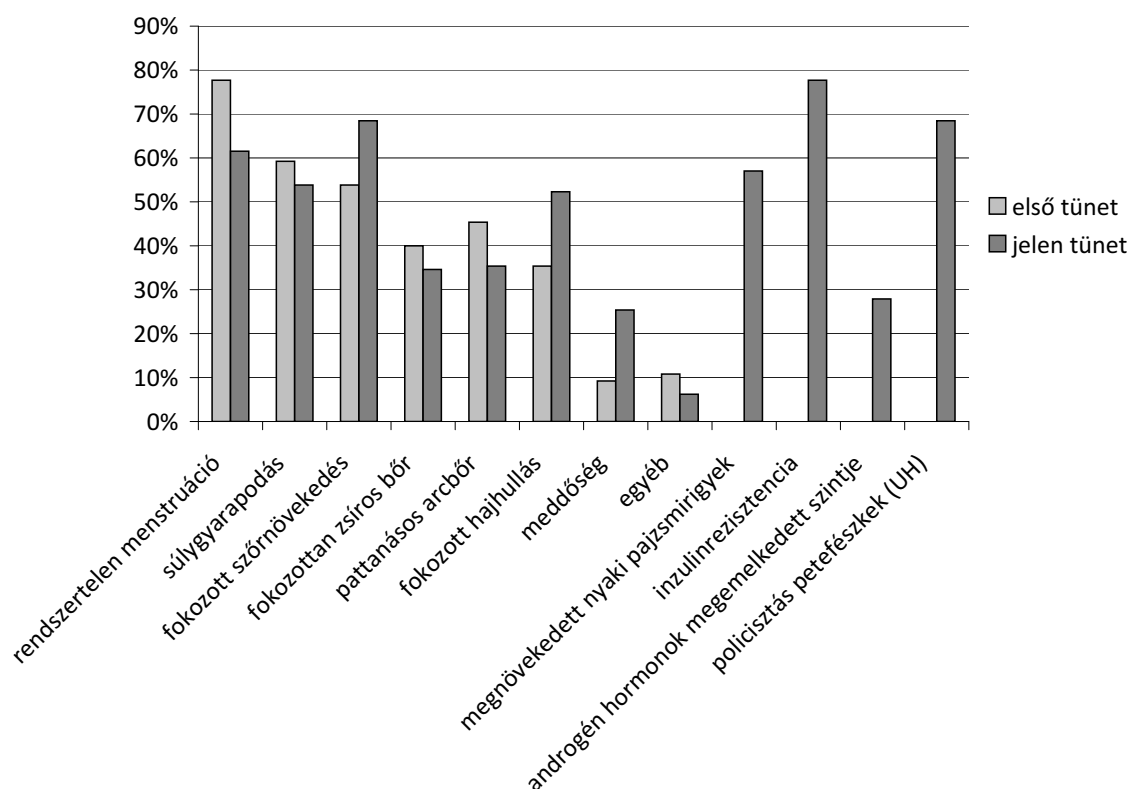
azok egy része (androgén hormonok megemelkedett szintje, a petefészkek ultrahanggal igazolt policisztás elváltozása, inzulinrezisztencia) kezdetben rejtve maradnak, mivel azonosításuk szakvizsgálatokhoz kötött (1. ábra). Ezért ezen tünetek későbbi javulásának hátterében a szakorvosi (gyógyszeres) kezelés jótékony hatása is szerepet játszhat.

1. hipotézis:

A PCOS csoport életminősége és pszichológiai státuszának jellemzői

Feltételeztük, hogy a policisztás ovárium szindrómával diagnosztizált páciensek szignifikánsan magasabb depresszió- és szorongásszinttel és alacsonyabb életminőséggel jellemezhetőek az átlagpopulációhoz képest.

A szorongásos tünetek normál érték feletti tartományába a vizsgálati személyek 65,1%-a, míg a depresszív tünetek esetében a nők 30,5%-a esett. A kérdőív kiértékelése alapján súlyos tüneti kategóriába szorongás esetén a nők 38,8%-a, depresszió esetén a nők 9,4%-a került. A vizsgálatban kapott depresszió- és szorongásértékek összehasonlításához a Kórházi szorongás és depresszió skála magyar, daganatos megbetegedéssel élő férfiak és nők együttes validációs értékei álltak csak rendelkezésünkre (Muszbek et al., 2006), az életminőség-értékek összevetéséhez pedig az SF-36 hazai adaptációs értékeit (Czimbalmos et al., 1999) vettük alapul (2. táblázat). A depresszió- és szorongásértékek összehasonlításánál Student-féle t-próbát, míg az életminőség esetén egyminitás t-próbát alkalmaztunk. (A depresszió- és szorongáseredmények értelmezésénél figyelembe kell venni, hogy a validáció során kontrollcsoportként használt magyar minta daganatos megbetegedéssel élő nők és férfiak együttes mintájából került ki, nem találtunk



1. ábra. A PCOS-re jellemző először megnyilvánuló, valamint a jelenleg is fennálló tünetek előfordulási gyakorisága

2. táblázat. A pszichológiai dimenziók összehasonlítása más populációkkal

	Minta	N	Átlag	Szórás	t-érték (df)
Depresszió	daganatos betegséggel küzdők	745	6,11	0,86	5,62** (871)
	PCOS-sel élő nők	128	5,22	3,80	
Szorongás	daganatos betegséggel küzdők	745	6,58	0,86	13,14** (872)
	PCOS-sel élő nők	129	8,87	4,29	
Életminőség	sine morbo 18–54 év közötti nők	2137	74,78	NI	4,98** (116)
	PCOS-sel élő nők	117	66,71	17,52	

A szignifikancia szintje: ** $p < 0,01$; NI = nem ismert

olyan adatot, amely saját mintánkhoz – reprodukív korban lévő, egészségesebb nőkhez – közelebb állt volna).

A hangulati jellemzők összehasonlításának eredményeiből látható, hogy a pszichológiai státusz (depresszió és szorongás) mentén a két vizsgált csoport között szignifikáns különbség áll fenn. A depresszió vizsgálata során a daganatos betegek, míg a szorongás esetében a policisztás ovárium szindrómával élő nők értek el magasabb átlagértéket.

Az életminőség vizsgálatának esetében a PCOS diagnózissal élő személyeket szignifikánsan alacsonyabb életminőség jellemezte az egészséges, azonos életkorú nőkhöz képest.

2. hipotézis:

A HRQOL korrelátumai

Az életminőség és a vizsgált pszichológiai dimenziók (szorongás, depresszió, stressz, BMI, testi attitűdök) közötti negatív kapcsolat magyar minta bevonásával is igazolódott.

3. táblázat. Az életminőség pszichológiai dimenziókkal való kapcsolata

		Szorongás	Depresszió	Stressz	BMI	Testi attitűdök
HRQOL	korrelációs együttható	-0,42**	-0,45**	-0,53**	-0,08	-0,26**

Kendall-féle korrelációk szignifikanciaszintje: ** $p < 0,01$

A HRQOL negatív kapcsolatot mutatott a szorongás, a depresszió, a stressz és a testi attitűdök skálákkal is ($p < 0,01$). Az első három dimenzió mentén közepes, míg a testi attitűdök dimenzió vonatkozásában gyenge erősségű együttjárás mutatkozott (3. táblázat).

3. hipotézis:

A testsúly és a pszichológiai változók összefüggései

Feltételeztük, hogy a PCOS-ben érintett obesez (BMI > 30; 23,3%) és nem obesez (BMI < 30; 76,7%) nők között szignifikáns különbség mutatkozik az általunk vizsgált pszichológiai mutatókban (szorongás, depresszió, életminőség, distressz, testi attitűdök). Eredményeink azonban azt mutatták, hogy a két csoport között kizárólag a testi attitűdök vonatkozásában van szignifikáns különbség ($t = -3,91$; $df = 118$; $p < 0,001$). Az obesez csoport magasabb pontszámot ért el a testi attitűdök skálán, vagyis a személyek szubjektív testélménye és a saját testükhöz kapcsolódó attitűdje rosszabbnak bizonyult a nem obesez személyekhez képest.

4. hipotézis:

A HRQOL magyarázóváltozói hazai mintán

A HRQOL magyarázóváltozóinak többszörös lineáris regresszioelemzéssel történő vizsgálata során a demográfiai változók (életkor, lakhely, iskolai végzettség, családi állapot) és a betegségmutatók (kezdeti és jelenlegi tünetek) mellett a pszichológiai jellemzőket léptettük be a regressziós egyenletbe, stepwise

módszerrel. A modellben négy magyarázóváltozót azonosítottunk: a stressz, a szorongás, a súlygyarapodás mint jelen tünet, valamint a depresszió. A szorongás és a depresszió között közepes erősségű korreláció mutatkozott ($r = 0,50$; $p < 0,001$). A modell magyarázóereje (Nagelkerke R^2) = 52,5%. A prediktív modellbe bekerült független változók béta-értéke a stressz esetében a legnagyobb (-0,463), majd ezt követi a súlygyarapodás mint jelenleg fennálló tünet (-0,176), a szorongás (-0,161), és a depresszió (-0,156), így a függő változónak valószínűségét (kedvezőbb életminőség) a stressz mértékének növekedése csökkenti a legnagyobb mértékben.

MEGVITATÁS

A policisztás ovárium szindróma az egyik leggyakoribb, termékeny korban jelentkező, nőket érintő endokrin megbetegedés. A PCOS tünetei és a hosszú távú komplikációk nagymértékben érinthetik az életminőség különböző aspektusait, különösen a nők párkereső és családtervező éveiben (Elsenbruch et al., 2003). Jelen vizsgálat igazolta az életminőség érintettségét, vagyis a magyar, PCOS-sel élő csoport szignifikánsan alacsonyabb életminőséget mutatott az egészséges magyar női mintához képest.

Pszichológiai státusz tekintetében a depresszív és a szorongásos tünetek gyakorisága magyar mintán is megfelel a Deeks és munkatársai (2011) által leírt eredményeknek; a PCOS-sel diagnosztizált nők 30,5%-ánál

a depresszív tünetek, 61,5%-nál pedig a szorongásos tünetek megemelkedett mértékét azonosítottuk.

A PCOS-sel élő nők hangulati jellemzőit daganatos betegek mintájához hasonlítva (Muszbek et al., 2006) eredményeink a két betegség pszichológiai megélésének különbségeire mutatnak rá. A daganatos megbetegedéssel élő személyekre több depresszív tünet jellemző a PCOS-sel diagnosztizált nőkhöz képest, aminek háttérében a saját helyzetük nehezebb megélése (a veszteségek, a súlyosbodástól, kiújulástól való félelem, az agresszív kezelések mellékhatásai) húzódhat meg. Ugyanakkor a PCOS-sel élő nők körében magasabb szorongásszintet azonosítottunk a daganatos betegekhez képest, amit a PCOS-sel élő nők mindennap megélt stresszhelyzetei magyarázhatnak. A szorongás számos forrásból származhat. Háttérben állhat például a PCOS diagnosztikai nehézsége, az azzal járó bizonytalanságok, kivizsgálások sorozata; valamint a betegséghez kapcsolódó különböző, szociálisan zavaró tünetek megléte, s azok kezelése is (Acmaz et al., 2013; Bazarganipour et al., 2013a; Lakatos et al., 2009). A betegség diagnózisa önmagában szintén szorongást növelő tényező lehet, hiszen a PCOS végleges kezelésének módja napjainkig ismeretlen (Diamanti-Kandarakis et al., 2006). A termékeny életkorban megjelenő, az egészséges populációhoz képest fokozott meddőségi esély és spontán vetélési rizikó is ronthatja az érintett nők mentális jóllétét és növelheti a mindennapi szorongást (Katulski et al., 2014). A fenti eredmények alapján látható, hogy a policisztás ovárium szindróma önmagában is erős stresszforrásnak tekinthető, ami erőteljesen megnövelheti a szorongás mértékét is. Jelenleg még kérdés azonban, hogy milyen a kapcsolat jellege a stressz és a szo-

rongás, valamint a tünetek között. Elképzelhető, hogy a stressz a szorongás emelésén keresztül a tünetek/állapot rosszabbodásához vezet, de maga a betegség (tünetek, bizonytalanság) is erőteljes stresszt jelent, ami növeli a szorongást – s rontja az életminőséget. A kapcsolatok mélyebb megértéséhez mindenképpen longitudinális vizsgálatok elvégzésére lenne szükség. A tartósan megemelkedett stressz-szint (bármi is a forrása) negatív hatással lehet a metabolikus és hormonális folyamatokra és a gyulladással járó immunválaszokra, valamint különböző szervi rendellenességek kialakulásához járulhat hozzá (Brame és Singer, 2010), így PCOS esetén is negatív hatást fejthet ki a tünetek kialakulására és változására. Így további kutatásokban érdemes arra fókuszálni, hogy milyen tényezők lehetnek fontosak a megélt distressz (általánosan és a betegségből fakadó stressz) csökkentésében.

A HRQOL magyar PCOS mintán való elemzése a nemzetközi eredményekkel összhangban kimutatta, hogy az alacsonyabb életminőség a depresszív és szorongásos tünetek magasabb arányával, megemelkedett stresszszinttel és kedvezőtlenebb testi attitűdökkel jár együtt. Ugyanakkor – szemben korábbi publikációk eredményeivel (Bazarganipour et al., 2013b; Cinar et al., 2011; Hahn et al., 2005) az életminőség és a testtömegindex közötti szignifikáns kapcsolatot jelen vizsgálatban nem sikerült igazolnunk (annak ellenére, hogy azt láthatjuk, hogy a policisztás ovárium szindróma tüneteként megjelenő magasabb testtömeg negatívan befolyásolja az érintett személyek testképét). A jelenleg is fennálló súlygyarapodás a regresszióelemzésben az életminőség magyarázóváltozójának bizonyult, amit úgy is értelmezhetünk, hogy a súlygyarapodás annak a jele, hogy nem sikerül megfelelően kezelni, menedzselni a betegséget.

Az életminőség magyarázóváltozóinak vizsgálata során – Bazarganipour és munkatársainak (2013b) eredményeihez hasonlóan – szignifikáns változóként azonosítottuk a pszichológiai státuszt (a depressziót és a szorongást), amit a korábbi tanulmányok (Zafari Zangeneh et al., 2012; Veltman-Verhulst et al., 2012) emocionális distresszként is címkéztek. Jelen vizsgálatban az észlelt stressz skála bevonásával azonosítottuk a stressz önálló, elsődlegesen az életminőségre kifejtett hatását. A nemzetközi szakirodalomban a hangulati zavarokat, az emocionális distresszt és a stressz-szintet gyakran ugyanazon pszichológiai dimenzióként írják le, ám a jelen vizsgálati eredmények rámutatnak arra, hogy a fogalmak közé nem szabad és nem érdemes egyenlőségelet tenni, hiszen a hangulati zavarok (jelen tanulmányban külön a depresszió és külön a szorongás) és stressz-szint egymás kontrollja mellett is befolyásolják az életminőséget. Így a további vizsgálatokban mindenképpen szükséges e pszichológiai jellemzők megkülönböztetése és mérése is, különösen annak fényében, hogy a hangulati zavarok és a stressz különböző mechanizmusokon keresztül (is) befolyásolhatják az életminőséget és egymást.

A magyarázóváltozók vizsgálata során a végső modell magyarázóereje 52,5% volt, vagyis a PCOS-sel kapcsolatos életminőség háttérében további tényezők is szerepet játszanak. Ilyen általunk nem vizsgált tényező lehet például a szexuális funkcionálás, amelyet Bazarganipour és munkatársai (2013) SEM-elemzésük során leírtak, vagy az életmód különféle változói, melyek hatásmechanizmusa az egyik legtöbbet vizsgált kutatási terület a PCOS kapcsán. A preventív,

életmód-változtatást elősegítő programok során a táplálkozás és/vagy fizikai aktivitás megváltoztatásával a páciensek jobb biológiai paramétereit mutatták ki (Haqq et al., 2014; Harrison et al., 2011; Molnár, 2009; Moran et al., 2013; Ujvari et al., 2014), így feltételezhető, hogy az életmód megváltoztatása pozitív hatással bír a személyek életminőségére is, ezért fontos, hogy a későbbi kutatásokban a szexuális funkcionálás mellett az életminőség magyarázó modelljének részét képezze.

Összefoglalásképp elmondható, hogy az SF-36 alkalmas mérőeszköznek bizonyult a magyar, policisztás ovárium szindrómával diagnosztizált nők életminőségének mérésére. A személyek életminőségét az általunk mért pszichológiai változók (stressz, szorongás, depresszió) negatívan befolyásolják, így a jövőben mindenképpen lényeges lenne a pszichológiai ellátásra, stresszkezelésre is hangsúlyt fektetni, leginkább egy megfelelően összeállított preventív program keretében. Stefanaki és munkatársai (2014) PCOS-sel élő nők bevonásával alkalmazták az éber figyelmen alapuló stresszcsökkentés (Mindfulness-based stress reduction, MBRS) módszerét. A várólistás kontrollcsoporthoz képest a vizsgálati csoport szignifikánsabb magasabb életminőségről és élettellel való elégedettségről, alacsonyabb stressz-szintről, kevesebb depresszív és szorongásos tünetről számolt be, s ezzel párhuzamosan kimutatták a nyál kortizolkoncentrációjának a megváltozását is. A szerzők eredményei alapján az MBSR (s valószínűleg más, eddig nem vizsgált stressz-csökkentő módszerek is) alkalmasnak tűnik a PCOS-sel élő nők pszichológiai állapotának kezelésében, segítésében.

SUMMARY

THE PREDICTORS OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN WOMEN DIAGNOSED
WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

Background and aims: Polycystic ovary syndrome (PCOS) is a multifactorial endocrine disease in women, which accompanies numerous disorders, that affects metabolism as well. International studies have shown that women living with PCOS had lower (physical and psychological) health-related quality of life (HRQOL) associated with higher depression and anxiety level. By these psychological dimension the higher BMI level, the presence of clinical symptoms, the level of emotional distress, impaired sexual function and body attitude are the predictor factors of HRQOL. In the present study we explored the predictor factors of HRQOL with a Hungarian sample. *Methods:* In the study a cross-sectional questionnaire involving women with PCOS diagnosis, over 18 years old, without diagnosed psychiatric disorder was applied. Demographic and disease characteristics, HRQOL, psychological status (depression, anxiety), BMI, body attitudes and stress scales were measured in the questionnaire. *Results:* The HRQOL was associated in a negative manner with depression, anxiety, body attitude and stress, so apart from the clinical symptoms a few more psychological dimensions were affected by PCOS. Stress, Anxiety, Depression and gain of weight as a present symptom were identified as predictor factors of HRQOL. *Discussion:* Even though we have found results similar to international studies while inspecting the domestic PCOS sample, a wider study of predictor factors including the sexual function and lifestyle is needed.

Keywords: polycystic ovary syndrome (PCOS), health-related quality of life, depression, anxiety, stress, body attitude

IRODALOM

- AÇMAZ, G., ALBAYRAK, E., ACMAZ, B., BAŞER, M., SOYAK, M., ZARARSLI, G., IPEKMÜDERRIS, I. (2013): Level of anxiety, depression, self-esteem, social anxiety, and quality of life among the women with polycystic ovary syndrome. *The Scientific World Journal*. doi: 10.1155/2013/851815 (letöltés időpontja: 2014.09.06.)
- BAZARGANIPOUR, F., ZIAEI, S., MONTAZERI, A., FOROOZANFARD, F., FAGHIHZADEH, S. (2013a): Health-related quality of life and its relationship with clinical symptoms among Iranian patients with polycystic ovarian syndrome. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 11, 5. 371–378.
- BAZARGANIPOUR, F., ZIAEI, S., MONTAZERI, A., FOROOZANFARD, F., KAZEMNEJAD, A., FAGHIHZADEH, S. (2013b): Psychological investigation in patients with polycystic ovary syndrome. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11. 141.
- BENETTI-PINTO, C. L., FERREIRA, S. R., ANTUNES, A. JR., YELA, D. A. (2014): The influence of body weight on sexual function and quality of life in women with polycystic ovary syndrome. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. [Epub ahead of print]

- BRAME, A. L., SINGER, M. (2010): Stressing the obvious? An allostatic look at critical illness. *Critical Care Medicine*, 38, 10. 600–607.
- CINAR, N., KIZILARSLANOGLU, M. C., HARMANCI, A., AKSOY, D. Y., BOZDAG, G., DEMIR, B., YILDIZ, B. O. (2011): Depression, anxiety and cardiometabolic risk in polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction*, 26, 12. 3339–3345.
- COHEN, S., KAMARCK, T., MERMELSTEIN, R. (1983): A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24. 385–396.
- CRONIN, L., GUYATT, G., GRIFFITH, L., WONG, E., AZZIZ, R., FUTTERWIET, W., COOK, D., DUNAIF, A. (1998): Development of a Health-Related Quality-of-Life Questionnaire (PCOSQ) for Women with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 86, 6. 1976–1987.
- CZEGLÉDI E., URBÁN R., CSIZMADIA P. (2010): A testkép mérése: A Testi Attitűdök Tesztjének (Body Attitude Test) pszichometriai vizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65, 3. 431–461.
- CZIMBALMOS Á., NAGY ZS., VARGA Z., HUSZTIK P. (1999): Páciens megelégedettségi vizsgálat SF-36 kérdőívvel, a magyarországi normálértékek meghatározása. *Népegészségügy*, 80, 1. 4–19.
- DEEKS, A. A., GIBSON-HELM, M. E., PAUL, E., TEEDE, H. J. (2011): Is having polycystic ovary syndrome a predictor of poor psychological function including anxiety and depression? *Human Reproduction*, 26, 6. 1399–1407.
- DIAMANTI-KANDARAKIS, E., PIPERI, C., SPINA, J., ARGYRAKOPOULOU, G., PAPANASTASIOU, L., BERGIELE, A., PANIDIS, D. (2006): Polycystic ovary syndrome: the influence of environmental and genetic factors. *Hormones (Athens)*, 5, 1. 17–34.
- ELSENBRUCH, S., HAHN, S., KOWALSKY, D., ÖFFNER, A. H., SCHEDLOWSKI, M., MANN, K., JANSSEN, O. E. (2003): Quality of Life, Psychosocial Well-Being, and Sexual Satisfaction in Women with Polycystic Ovary Syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 88, 12. 5801–5807.
- HAHN, S., JANSSEN, O. E., TAN, S., PLEGER, K., MANN, K., SCHEDLOWSKI, M., KIMMIG, R., BENSON, S., BALAMITSA, E., ELSENBRUCH, S. (2005): Clinical and psychological correlates of quality-of-life in polycystic ovary syndrome. *European Journal of Endocrinology*, 153. 853–860.
- HARRISON, C. L., LOMBARD, C. B., MORAN, L. J., TEEDE, H. J. (2011): Exercise therapy in polycystic ovary syndrome: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 17, 2. 171–183.
- HAQQ, L., MCFARLANE, J., DIEBERG, G., SMART, N. (2015): Effect of lifestyle intervention on the reproductive endocrine profile in women with polycystic ovarian syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Endocrin Connections*, 3, 1. 36–46.
- JONES, G. L., BENES, K., CLARK, T. L., DENHAM, R., HOLDER, M. G., HAYNES, T. J., MULGREW, N. C., SHEPHERD, K. E., WILKINSON, V. H., SINGH, M., BALEN, A., LASHEN, H., LEDGER, W. L. (2004): The Polycystic Ovary Syndrome Health-Related Quality of Life Questionnaire (PCOSQ): a validation. *Human Reproduction*, 19, 2. 371–377.

- KATULSKI, K., CZYZYK, A., PODFIGURNA-STOPA, A., GENAZZANI, A. R., MECZEKALSKI, B. (2014): Pregnancy complications in polycystic ovary syndrome patients. *Gynecological Endocrinology*. [Epub ahead of print]
- LAKATOS P., GIMES G., SPEER G. (2009): A PCOS klinikai kép felnőttben. In LAKATOS P., SPEER G. (szerk.): *Policisztás ovárium szindróma – gyakorlati útmutató*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 47–66.
- LANGMÁR Z. (2010): A polycisztás ovárium szindróma diagnosztikája és terápiája. *Orvosi Hetilap*, 151, 14. 584–586.
- LI, Y., LI, Y., YU NG, E. H., STENER-VICTORIN, E., HOU, L., WU, T., HAN, F., WU, X. (2011): Polycystic ovary syndrome is associated with negatively variable impacts on domains of health-related quality of life: evidence from a meta-analysis. *Fertility and Sterility*, 96, 2. 452–458.
- MÅNSSON, M., NORSTRÖM, K., HOLTE, J., LANDIN-WILHELMSSEN, K., DAHLGREN, E., LANDÉN, M. (2011): Sexuality and psychological wellbeing in women with polycystic ovary syndrome compared with healthy controls. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 155, 2. 161–165.
- MOLNÁR M. (2009): *A pszichés faktorok szerepe a nőgyógyászati betegségekben – A policisztás ovárium szindróma pszichoszociális aspektusai, a diéta és testmozgás szerepe a kezelésben*. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, szakdolgozat.
- MORAN, L. J., KO, H., MISSO, M., MARSH, K., NOAKES, M., TALBOT, M., FREARSON, M., THONDAN, M., STEPTO, N., TEEDE HJ. (2013): Dietary composition in the treatment of polycystic ovary syndrome: a systematic review to inform evidence-based guidelines. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113, 4. 520–545.
- MUSZBEK K., SZÉKELY A., BALOGH É. M., MOLNÁR M., ROHÁNSZKY M., RUZSA Á., VARGA K., SZÖLLŐSI M., VADÁSZ P. (2006): Translation and validation of the Hungarian Hospital Anxiety and Depression Scale using a large cancer patient sample. *Quality of Life Research*, 15, 4. 761–766.
- SIRMANS, S. M., PATE, K. A. (2014): Epidemiology, diagnosis, and management of polycystic ovary syndrome. *Clinical Epidemiology*, 6. 1–13.
- SPEER G. (2009): A PCOS patogenezise és epidemiológiája. In LAKATOS P., SPEER G. (szerk.): *Policisztás ovárium szindróma – gyakorlati útmutató*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 25–46.
- STAUDER A., KONKOLY THEGE B. (2006): Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 7, 3. 203–216.
- STEFANAKI, C., BACOPOULOU, F., LIVADAS, S., KANDARAKI, A., KARACHALIOS, A., CHROUSOS, G. P., DIAMANTI-KANDARAKIS, E. (2014): Impact of a Mindfulness Stress Management Program on Stress, Anxiety, Depression and Quality of Life in Women with Polycystic Ovary Syndrome: a Randomized Controlled Trial. *Stress*. [Epub ahead of print]
- TEEDE, H., DEEKS, A., MORAN, L. (2010): Polycystic ovary syndrome: a complex condition with psychological, reproductive and metabolic manifestations that impacts on health across the lifespan. *BMC Medicine*, 8. 41.

- TÚRY F., SZABÓ P. (2000): *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- UJVARI, U., HULCHIY, M., CALABY, A., NYBACKA, Å., BYSTRÖM, B., HIRSCHBERG, A. L. (2014): Lifestyle intervention up-regulates gene and protein levels of molecules involved in insulin signaling in the endometrium of overweight/obese women with polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction*, 29, 7. 1526–1535.
- VELTMAN-VERHULST, S. M., BOIVIN, J., EIJKEMANS, M. J., FAUSER, B. J. (2012): Emotional distress is a common risk in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis of 28 studies. *Human Reproduction Update*, 18, 6. 638–651.
- ZANGENEH, F. Z., JAFARABADI, M., NAGHIZADEH, M. M., ABEDINIA, N., HAGHOLLAHI, F. (2012): Psychological distress in women with polycystic ovary syndrome from Imam Khomeini Hospital, Tehran. *Journal of Reproduction and Infertility*, 13, 2. 111–115.
- ZIGMOND, A. S., SNAITH, R. P. (1983): The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67. 361–370.