

Ocena jakości życia oraz występowania objawów lękowych i depresyjnych u pacjentek z zespołem policystycznych jajników

STRESZCZENIE

Zespół policystycznych jajników występuje u 5-10% kobiet w wieku rozrodczym. Zaburzenia psychologiczne takie jak obniżona jakość życia, występowanie depresji i objawów lękowych często towarzyszą PCOS.

Celem pracy była ocena jakości życia ogólnej oraz specyficznej dla zespołu policystycznych jajników oraz określenie, jakie czynniki wpływają znacząco na jakość życia w tym zespole. Ponadto celem pracy było ustalenie częstości występowania objawów lękowych i depresyjnych w PCOS oraz ocena wpływu występowania zaburzeń nastroju na jakość życia.

Badaniami objęto 175 kobiet z rozpoznaniem według kryteriów Rotterdamskich zespołem policystycznych jajników i 45 kobiet zdrowych. Przy pomocy kwestionariusza WHOQoL-Bref oceniono ogólną jakość życia badanych, a dzięki kwestionariuszowi HADS występowanie u nich objawów lękowych i depresyjnych. Pacjentki z PCOS wypełniły dodatkowo kwestionariusz PCOSQ oceniający specyficzną dla tego zespołu jakość życia. U wszystkich osób badanych przeprowadzono wywiad oraz oznaczono wzrost, masę ciała i wskaźnik BMI. U pacjentek z PCOS dodatkowo oceniono stopień hirsutyzmu i wykonano oznaczenie parametrów hormonalnych (testosteron całkowity, DHEAS, LH i FSH) i metabolicznych (glukoza i insulina na czczo oraz w przebiegu OGTT, wskaźniki HOMA i QUICKI). Kobiety z PCOS podzielono również na podgrupy według wieku (≥ 25 lat i < 25 lat), BMI (BMI < 25 i BMI ≥ 25) oraz występowania objawów lękowych i depresyjnych według HADS (grupa A - HADS-A ≥ 11 , HADS-D < 11 , grupa B - HADS-A i HADS-D ≥ 11 , grupa C - bez zaburzeń nastroju).

Kwestionariusz HADS zbudowany jest z dwóch podskal: HADS-A oceniającej występowanie lęku i HADS-D oceniającej występowanie zaburzeń depresyjnych. Wyniki obu podskal przedstawia się w postaci sumy punktów. Wyniki do 7 punktów oznaczają brak zaburzeń, wyniki 11 i powyżej oznaczają występowanie lęku i depresji w natężeniu właściwym dla choroby. Oceniony za pomocą kwestionariusza HADS średni poziom lęku wyniósł $9,17 \pm 3,79$ u kobiet z PCOS i $8,02 \pm 3,32$ w grupie kontrolnej. Właściwy dla choroby poziom lęku

stwierdzono u 36,3% pacjentek z PCOS i 22,22% kobiet z grupy kontrolnej ($p = 0,062$). Wiek i poziom wykształcenia nie wpływał istotnie statystycznie na wyniki HADS-A. Bycie w związku wiązało się z niższymi wskaźnikami lęku ($p = 0,049$). Wartości współczynnika Ferrimana Gallwey'a nie korelowały z wynikami podskali HADS-A. Porównanie podgrup różniących się BMI wykazało wyższe, na granicy istotności statystycznej ($p = 0,066$) wskaźniki HADS-A u pacjentek z PCOS z $BMI \geq 25$. Nie stwierdzono zależności pomiędzy stężeniem testosteronu całkowitego, wskaźnikiem wolnych androgenów FAI, stężeniem DHEAS, wskaźnikami LH/FSH, HOMA i QUICKI a wynikami podskali HADS-A.

Średni poziom depresji oceniony za pomocą kwestionariusza HADS wynosił $4,43 \pm 3,49$ u pacjentek z PCOS i $4,47 \pm 3,17$ u kobiet z grupy kontrolnej. Klinicznie istotne wyniki podskali depresji stwierdzono u 9,55% osób z PCOS i 4,44% kontroli ($p = 0,172$). Współistnienie objawów lękowych i depresyjnych obserwowano u 8,3% pacjentek z PCOS i 2,22% kobiet z grupy kontrolnej ($p = 0,061$). Wiek korelował dodatnio z wynikami HADS-D ($p = 0,03$), natomiast poziom wykształcenia nie wpływał na wyniki tej podskali. Bycie w związku wiązało się z niższymi wartościami wskaźnika depresji ($p = 0,001$). Nie wykazano związku pomiędzy wskaźnikiem Ferrimana-Gallwey'a a wynikami podskali HADS-D. Porównanie podgrup różniących się BMI wykazało, że pacjentki z PCOS z $BMI \geq 25$ mają wyższe, na granicy istotności statystycznej wskaźniki depresji ($p = 0,076$). Stwierdzono ujemną korelację pomiędzy wskaźnikiem QUICKI a wartościami HADS-D ($p = 0,03$). Nie stwierdzono natomiast zależności pomiędzy wskaźnikiem depresji a stężeniem testosteronu całkowitego, wskaźnikiem wolnych androgenów FAI, stężeniem DHEAS, wskaźnikami LH/FSH i HOMA.

Ogólna jakość życia badana za pomocą kwestionariusza WHOQoL-Bref oceniana jest na poziomie średnim zarówno przez pacjentki z PCOS ($3,64 \pm 0,79$) jak i grupę kontrolną ($3,64 \pm 0,88$). Wyniki samooceny stanu zdrowia również świadczą o średnim zadowoleniu ze swojego stanu zdrowia w obu tych grupach (PCOS $3,14 \pm 0,9$ versus grupa kontrolna $3,51 \pm 0,92$). Zarówno pacjentki z PCOS jak i kobiety z grupy kontrolnej najniżej oceniły funkcjonowanie psychiczne, a następnie funkcjonowanie w środowisku i społeczne. Najlepsze wyniki uzyskano w zakresie funkcjonowania fizycznego.

Wykształcenie badanych nie wpłynęło na wyniki kwestionariusza WHOQoL-Bref. Wiek korelował ujemnie istotnie statystycznie z wynikami dziedzin fizycznej ($p = 0,042$) i środowiskowej ($p = 0,001$). Bycie w związku wiązało się z wyższymi wynikami dziedziny społecznej ($p = 0,03$), ale z niższymi wynikami dziedzin fizycznej ($p = 0,004$), psychologicznej ($p = 0,03$) i środowiskowej ($p = 0,02$).

Wskaźnik F-G istotnie statystycznie korelował ujemnie z wynikami dziedziny społecznej ($p = 0,039$), a BMI również ujemnie z wynikami dziedziny fizycznej ($p = 0,034$) i środowiskowej ($p = 0,004$). Wartość wskaźnika HOMA korelowała dodatnio z wynikami dziedziny środowiskowej ($p = 0,014$), a wartość wskaźnika QUICKI z wynikami dziedziny psychologicznej ($p = 0,022$).

Wartości wskaźników HADS-A i HADS-D korelowały ujemnie istotnie statystycznie z wynikami wszystkich dziedzin kwestionariusza WHOQoL-Bref. Pacjentki z PCOS bez zaburzeń nastroju miały istotnie statystycznie wyższe wskaźniki dziedzin fizycznej, psychologicznej i środowiskowej ($p < 0,005$) niż pacjentki z zaburzeniami lękowymi. Współistnienie objawów lękowych i depresyjnych dodatkowo istotnie statystycznie obniżało wartości tych trzech dziedzin ($p < 0,05$).

W największym stopniu negatywnie na jakość życia ocenianą za pomocą PCOSQ wpływało występowanie zaburzeń miesiączkowania, a następnie problemy z masą ciała i niepłodnością. Najmniejszy wpływ na obniżenie wskaźników jakości życia wywarły zaburzenia emocjonalne, a następnie występowanie hirsutyzmu. Wyodrębnienie podgrup pacjentek różniących się BMI oraz wiekiem spowodowało zmianę kolejności zaburzeń najbardziej obniżających jakość życia. Pacjentki z nadwagą i otyłością najniżej oceniły domeny masa ciała, a następnie hirsutyzm i niepłodność. Pacjentki starsze niż dwadzieścia pięć lat najniżej oceniły domeny hirsutyzm, a następnie masa ciała i zaburzenia miesiączkowania. Domena emocje pozostała najlepiej ocenianą dziedziną kwestionariusza PCOSQ.

Wiek korelował ujemnie z wynikami dziedziny hirsutyzm kwestionariusza PCOSQ ($p = 0,022$). Stan cywilny nie wpływał na wyniki poszczególnych dziedzin. Wyższe wykształcenie wiązało się z rzadszym występowaniem otyłości (19,6% versus 30,1%) i statystycznie istotnie wyższymi wskaźnikami domeny masa ciała ($p = 0,014$). Stwierdzono istotną statystycznie ujemną korelację pomiędzy wartościami wskaźnika BMI a wynikami dziedzin masa ciała ($p = 0,000$), niepłodność ($p = 0,002$), emocje ($p = 0,006$) i hirsutyzm ($p = 0,007$). Wartość wskaźnika QUICKI korelowała ujemnie istotnie statystycznie z wynikami domen masa ciała ($p < 0,001$), emocje ($p = 0,004$) i niepłodność ($p = 0,011$). Wartość wskaźnika FAI wykazywała natomiast istotną statystycznie ujemną korelację z wynikami domeny masa ciała ($p = 0,007$).

Pacjentki z PCOS bez zaburzeń nastroju ocenionych za pomocą HADS miały statystycznie istotnie wyższe wartości wszystkich domen kwestionariusza PCOSQ w porównaniu do pacjentek z $HADS-A \geq 11$ oraz do pacjentek z $HADS-A \geq 11$ i $HADS-D \geq 11$.

Współistnienie objawów depresyjnych i lękowych wiązało się z niższymi wartościami domen PCOSQ w porównaniu do występowania tylko objawów lękowych, przy czym różnice te nie były istotnie statystycznie.

Wnioski:

1. Zespołowi policystycznych jajników częściej towarzyszą objawy lękowe oraz współistniejące objawy lękowe i depresyjne.
2. Jakość życia ogólna i specyficzna dla zespołu policystycznych jajników jest przez pacjentki oceniana na poziomie średnim.
3. Współistnienie objawów lękowych oraz objawów lękowych i depresyjnych znacząco obniża jakość życia ogólną jak i specyficzną dla PCOS.
4. Występowanie nadwagi i otyłości obniża jakość życia zarówno ogólną (funkcjonowanie fizyczne i środowiskowe) jak i specyficzną dla zespołu policystycznych jajników (z wyjątkiem domeny zaburzenia miesiączkowania). Nadmierna masa ciała sprzyja również występowaniu zaburzeń nastroju.
5. Hirsutyzm wpływa negatywnie na funkcjonowanie społeczne.
6. Z punktu widzenia pacjentek z zespołem PCOS najbardziej negatywnie na jakość ich życia wpływają zaburzenia miesiączkowania i problemy z masą ciała.

Summary

Polycystic ovary syndrome (PCOS) occurs in 5-10% of women of their reproductive age. Psychological disorders such as reduced quality of life, depression and anxiety often accompany PCOS.

The aim of the study was to evaluate the quality of life overall and specific for PCOS and identify factors that significantly affect the quality of life in this syndrome. Furthermore, the aim of the study was to assess the frequency of anxiety and depression in patients with PCOS and evaluation of the impact of the prevalence of mood disorders on quality of life.

The study included 175 women with PCOS diagnosed according to the Rotterdam criteria and 45 healthy women. Health related quality of life (HRQoL) was estimated using the WHOQoL - Bref questionnaire, anxiety and depression were assessed using the polish version of the HADS. Women with PCOS also filled the questionnaire PCOSQ that estimates the quality of life specific to this syndrome. All subjects were interviewed and the height, weight and body mass index (BMI) were determined. In addition in patients with PCOS hirsutism was assessed and hormonal parameters such as total testosterone, DHEAS, LH, FSH and metabolic parameters such as glucose, fasting insulin and Oral Glucose Tolerance Test, HOMA and QUICKI were determined. Women with PCOS were divided into subgroups according to age (≥ 25 years and < 25 years), body mass index (BMI < 25 and BMI ≥ 25) and symptoms of anxiety and depression according to the HADS (Group A - HADS -A ≥ 11 , HADS- D < 11 , group B - HADS -A and HADS - D ≥ 11 , Group C - without mood disorders).

The average level of anxiety estimated by the HADS questionnaire was 9.17 ± 3.79 in women with PCOS and 8.02 ± 3.32 in the control group. The anxiety level characteristic for the disease appeared in 36.3 % of patients with PCOS and 22.22 % of women in the control group ($p = 0.062$). Age and education level did not affect the results of the HADS -A. Being in a relationship was associated with lower scores of anxiety ($p = 0.049$). The Ferriman - Gallwey score did not correlate with the results of the HADS-A. PCOS patients with BMI ≥ 25 showed higher scores of HADS-A, regardless of statistical significance ($p = 0.066$). No correlation was detected between total testosterone, DHEAS, LH/FSH, FAI, HOMA and QUICKI, and the results of the HADS -A subscale. The average level of depression assessed by the HADS questionnaire was 4.43 ± 3.49 in patients with PCOS and 4.47 ± 3.17 in the control group. The appropriate for the disease results of the depression subscale were found in the 9.55% of PCOS

and 4.44% in the control group ($p = 0.172$). Coexistence of anxiety and depression was observed in 8.3% of PCOS and 2.22 % of control group ($p = 0.061$). Age was positively correlated with HADS-D ($p = 0.03$), however the level of education did not influence the results of the subscale. Being in a relationship was associated with lower scores of depression ($p = 0.001$). There was no correlation between the Ferriman - Gallwey scores and HADS- D. PCOS patients with BMI ≥ 25 showed the highest depression scores, in the limit of statistical significance ($p = 0.076$). The negative correlation was found between Quicki and HADS- D ($p = 0.03$). However, no relationship between the rate of depression, and total testosterone, DHEAS, FAI, LH/FSH and HOMA was detected.

The overall quality of life was $3,64 \pm 0,76$ among patients with PCOS and 3.64 ± 0.88 in the control group. The results of self-assessment of health status also indicate the median regular satisfaction in both groups (PCOS 3.14 ± 0.9 , control group 3.51 ± 0.92). Both PCOS women and control group had lowest QoL in the psychological domain as well as in the environment and social domain. The best results were obtained in physical domain.

The education level of the respondents did not affect the results of the questionnaire WHOQoL - Bref . Significantly negative correlation was detected between age and the results of the physical ($p = 0.042$) and environment ($p = 0.001$) domains. Being in a relationship was associated with higher scores in the social domain ($p = 0.03$) , but with lower scores in the physical ($p = 0.004$), psychological ($p = 0.03$) and environment ($p = 0,02$) domain.

F-G index significantly negatively correlated with the results of the social domain ($p = 0.039$) and BMI also with the results of physical ($p = 0.034$) and environment ($p = 0.004$) domain. The HOMA index value correlated positively with family domain outcomes ($p = 0.014$), and QUICKI index with the results of psychological domain ($p = 0.022$). The values of HADS-A and HADS-D indices significantly negatively correlated with the results of all domains of WHOQoL-Bref. Women with PCOS without mood disorders showed significantly higher indices of physical, psychological and environmental domains ($p < 0.005$) than patients with anxiety disorders. The coexistence of anxiety disorders and depression significantly reduced rates of these three domains ($p < 0.05$).

The greatest negative impact on quality of life assessed using the PCOSQ had menstrual disturbances, weight problems and infertility .The smallest impact on reducing the quality of life had emotional disturbances and hirsutism. The isolation of subgroups of patients with different BMI and age caused a change in the order of most disorders affecting quality of life.

The overweight and obese patients indicated the lowest weight domains, then hirsutism and infertility. Patients over twenty five years of age, as the lowest QoL domains indicated hirsutism and then weight and menstrual disorders. The emotional domain was the best estimated of PCOSQ.

Age correlated negatively with the results of the hirsutism domain ($p = 0.022$). Marital status did not affect any of the domains. The higher education was associated with less frequent obesity (19.6% versus 30.1%) and significantly higher indices of body mass domain ($p = 0.014$). Statistically significant negative correlation was found between BMI and the results of the domains of body weight ($p = 0.000$), infertility ($p = 0.002$), emotional ($p = 0.006$) and hirsutism ($p = 0.007$). QUICKI index value significantly correlated with the results of the domains of weight ($p < 0.001$), emotions ($p = 0.004$) and infertility ($p = 0.011$). The FAI statistically negatively correlated with the results of body weight domain ($p = 0.007$).

Women with PCOS without mood disorders according HADS had significantly higher values in all domains of the PCOSQ compared with patients with HADS-A ≥ 11 and patients with both HADS-A ≥ 11 and HADS-D ≥ 11 . The coexistence of depression and anxiety was linked to the lowest rates of PCOSQ domains compared to only anxiety symptoms, but these differences were not statistically significant.

Conclusions:

1. Polycystic ovary syndrome is often accompanied by anxiety and comorbid anxiety with depression.
2. The overall and specific quality of life is assessed by the patients with PCOS at the average level.
3. The comorbid anxiety as well as depression and anxiety significantly decreases the overall specific quality of life in PCOS.
4. Overweight and obesity reduced the quality of life both overall (physical functioning and environmental) and specific PCOS (except menstrual problems). Overweight and obesity also enhances the mood disorders.
5. Hirsutism negatively influences social functioning.
6. From the standpoint of patients with PCOS menstrual disorders and weight problems affect the quality of life most negatively.