



QUALITY IN SPORT

eISSN 2450-3118 · Open Access · Peer-reviewed

apcz.umk.pl/QS Nicolaus Copernicus University in Toruń



Cite as: BABIARZ, Gabriela, OSIŃSKI, Damian, KAWA, Zuzanna, KASPRZAK, Maria, JĘDRZEJEWSKA, Aleksandra, JURECZKO, Aleksandra, KLECZAJ, Klaudia, STARCZEWSKI, Łukasz, JAWOROWSKA, Julia and KANARSZCZUK, Julia. **Endometriosis Beyond the Body: A Review of Its Impact on Mental Health, Sexual Function, and Fertility. Quality in Sport. 2026;57:72473.** <https://doi.org/10.12775/QS.2026.57.72473>

ARTICLE TIMELINE

Received: 23.05.2026. Revised: 25.05.2026. Accepted: 31.05.2026. Published: 10.06.2026.

The journal has been awarded 20 points in the parametric evaluation by the Polish Ministry of Higher Education and Science (Annex to the announcement of 05.01.2024, No. 32553). Unique Journal Identifier: 201398. Scientific disciplines: Medical Sciences; Health Sciences.

Punkty Ministerialne z 2019 – aktualny rok 20 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Szkolnictwa Wyższego i Nauki z dnia 05.01.2024 Lp. 32553. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201398. Przypisane dyscypliny naukowe: Nauki medyczne; Nauki o zdrowiu. © The Authors 2026.

OPEN ACCESS · CC BY-NC-SA 4.0 This article is published with open access under the License Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Toruń, Poland, and is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-commercial Share Alike License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the work is properly cited. The authors declare no conflict of interest regarding the publication of this paper.

Endometriosis Beyond the Body: A Review of Its Impact on Mental Health, Sexual Function, and Fertility

Endometrioza poza aspektem somatycznym: przegląd wpływu na zdrowie psychiczne, funkcjonowanie seksualne oraz płodność

Gabriela Babiarez, ORCID <https://orcid.org/0009-0002-2715-6470>

E-mail gabrielakarolina.babiarz@gmail.com

Medical University of Lublin, Aleje Raclawickie 1, 20-059 Lublin, Poland

Damian Osinski, ORCID <https://orcid.org/0009-0005-5197-3173>

E-mail osinski.damian00@gmail.com

Medical University of Lublin, Aleje Raclawickie 1, 20-059 Lublin, Poland

Zuzanna Kawa, ORCID <https://orcid.org/0009-0009-2579-2888>

E-mail zuziak772@gmail.com

Student Scientific Club at the Department of Medical Informatics and Statistics with e-Health Lab, Medical University of Lublin

Medical University of Lublin, Aleje Raclawickie 1, 20-059 Lublin, Poland

Maria Kasprzak, ORCID <https://orcid.org/0009-0005-4201-2231>

E-mail kasprzak.maria.anna@gmail.com

Student Scientific Club at the Department of Medical Informatics and Statistics with e-Health Lab, Medical University of Lublin,

Medical University of Lublin, Aleje Raclawickie 1, 20-059 Lublin, Poland

Aleksandra Jędrzejewska, ORCID <https://orcid.org/0009-0002-8118-1810>

E-mail ola.jedrzejewska@o2.pl

Student Scientific Club at the Department of Medical Informatics and Statistics with e-Health Lab, Medical University of Lublin,

Medical University of Lublin, Aleje Raclawickie 1, 20-059 Lublin, Poland

Aleksandra Jureczko, ORCID <https://orcid.org/0009-0005-5562-2637>

E-mail olajureczko01@gmail.com

Student Scientific Club at the Department of Medical Informatics and Statistics with e-Health Lab, Medical University of Lublin,

Medical University of Lublin, Aleje Raławickie 1, 20-059 Lublin, Poland

Klaudia Kleczaj, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-2534-6863>

E-mail klaudia.kleczaj@gmail.com

Student Scientific Club at the Department of Medical Informatics and Statistics with e-Health Lab, Medical University of Lublin,

Medical University of Lublin, Aleje Raławickie 1, 20-059 Lublin, Poland

Lukasz Starczewski

ORCID <https://orcid.org/0009-0000-2258-4885>

E-mail lukasz.starczewski7@gmail.com

Medical University of Warsaw, ul. Zwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa, Poland

Julia Jaworowska, ORCID <https://orcid.org/0009-0006-5770-7578>

E-mail j.u.l.a.jaworowska@gmail.com

Student Scientific Club at the Department of Medical Informatics and Statistics with e-Health Lab, Medical University of Lublin,

Medical University of Lublin, Aleje Raławickie 1, 20-059 Lublin, Poland

Julia Kanarszczuk, ORCID <https://orcid.org/0009-0001-7482-2379>

E-mail jkanarszczuk01@gmail.com

Medical University of Lublin, Aleje Raławickie 1, 20-059 Lublin, Poland

Abstrakt

Wstęp:

Endometrioza jest przewlekłą, zależną od hormonów chorobą, dotykającą nawet 15% kobiet w wieku rozrodczym. Prowadzi do bólu, niepłodności oraz obniżenia jakości życia. Pomimo rosnącej świadomości, średni czas do postawienia diagnozy nadal wynosi od 7 do 11 lat. Choroba wiąże się z przewlekłym bólem miednicy, zmęczeniem, dyspareunią oraz cierpieniem emocjonalnym, co może prowadzić do depresji, lęku, obniżonej samooceny oraz izolacji społecznej. Zaburzenia funkcji seksualnych wynikają zarówno z dolegliwości fizycznych, jak i czynników psychologicznych. Endometrioza jest także jedną z głównych przyczyn niepłodności.

Cel pracy:

Celem niniejszego przeglądu jest analiza wpływu endometriozy na zdrowie psychiczne kobiet, funkcjonowanie seksualne oraz płodność, ze szczególnym uwzględnieniem opóźnień diagnostycznych i stygmatyzacji społecznej.

Materialy i metody:

Dokonano przeglądu piśmiennictwa z wykorzystaniem publikacji dostępnych w bazach PubMed oraz Google Scholar z lat 2017-2025. Wybrano najbardziej aktualne i istotne badania na podstawie odpowiednich słów kluczowych.

Wnioski:

Endometrioza wymaga holistycznego, interdyscyplinarnego podejścia, które łączy leczenie medyczne ze wsparciem psychologicznym i seksualnym. Uwzględnienie zdrowia psychicznego oraz dobrostanu społecznego jest kluczowe dla poprawy jakości życia kobiet. Wczesna

diagnoza oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji pozostają jednymi z najważniejszych wyzwań we współczesnej opiece medycznej.

Słowa kluczowe: endometrioza, jakość życia, niepłodność, zdrowie psychiczne, seksualność

Abstract

Introduction:

Endometriosis is a chronic, hormone-dependent condition affecting up to 15% of women of reproductive age. It is associated with pain, infertility, and a significant reduction in quality of life. Despite increasing awareness, the average diagnostic delay remains between 7 and 11 years. The disease is characterized by chronic pelvic pain, fatigue, dyspareunia, and emotional distress, which may contribute to depression, anxiety, decreased self-esteem, and social isolation. Sexual dysfunction arises from both physical symptoms and psychological factors. Endometriosis is also recognized as a leading cause of infertility.

Objective:

The aim of this review is to evaluate the impact of endometriosis on women's mental health, sexual functioning, and fertility, with particular emphasis on diagnostic delays and social stigma.

Methods and materials:

A literature review was conducted using publications available in the PubMed and Google Scholar databases from 2017-2025. The most relevant and recent studies were selected using appropriate keywords.

Conclusions:

Endometriosis requires a holistic and multidisciplinary approach that integrates medical management with psychological and sexual health support. Addressing mental health and social well-being is essential for improving overall quality of life in affected women. Early diagnosis and the reduction of stigma remain key challenges in contemporary clinical practice.

Keywords: endometriosis, quality of life, infertility, Mental health, Sexuality

Wstęp

Endometrioza jest przewlekłą chorobą ginekologiczną, charakteryzującą się obecnością endometrium poza jamą macicy, co prowadzi do przewlekłego stanu zapalnego, bólu i często zaburzeń płodności. Szacuje się, że endometrioza dotyka od 5% do 15% kobiet w wieku rozrodczym, a u kobiet z niepłodnością odsetek ten może sięgać nawet 50% [24]. Ze względu na trudności diagnostyczne rzeczywista liczba może być wyższa.

Istnieje kilka teorii wyjaśniających pochodzenie endometriozy i sposób rozproszenia tkanki w jamie brzusznej. Do najczęściej badanych i najpopularniejszych teorii należą model miesiączkowania wstecznego (Retrograde menstruation model) oraz komórki macierzyste pochodzące spoza macicy (Extrauterine-sourced stem cells). Nie ma jednak jednej teorii, która wyjaśniałaby wszystkie objawy kliniczne i cechy patologiczne endometriozy. [25]

Do najczęstszych objawów zgłaszanych przez pacjentki z endometriozą należą: bóle podbrzusza, bolesne miesiączki (dysmenorrhoea), ból podczas stosunku (dyspareunia), dyskomfort przy oddawaniu moczu (dysuria), dolegliwości bólowe podczas wypróżniania, bóle krzyżowo-lędźwiowe, a także bóle zlokalizowane w obrębie pęcherza moczowego i jelit. U części kobiet mogą występować także krwawienia z odbytu lub cewki moczowej. Ból najczęściej ma charakter cykliczny — nasila się przed menstruacją oraz w jej trakcie, koncentrując się w obrębie miednicy mniejszej i okolicznych struktur sąsiadujących z narządem rodnym. [26]. Chociaż objawy somatyczne endometriozy, są szeroko udokumentowane, coraz więcej uwagi poświęca się jej wpływowi na jakość życia kobiet w wymiarze psychologicznym i seksualnym. Przewlekły ból, frustracja związana z opóźnioną diagnozą oraz ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu znacząco wpływają na dobrostan psychiczny, a także relacje intymne i poczucie kobiecości. [20]

Badania wskazują, że kobiety z endometriozą są bardziej narażone na występowanie objawów depresji i lęku, co znacząco obniża ich jakość życia [21]. Dodatkowo, doświadczają one obniżonej satysfakcji seksualnej, często związanej z bólem podczas stosunku oraz negatywnym wpływem choroby na relacje partnerskie. [22,23]

Endometrioza jest także ściśle powiązana z występowaniem niepłodności u kobiet w wieku rozrodczym. Zaburzenia owulacji, stan zapalny oraz zmiany w strukturze narządów miednicy mniejszej należą do mechanizmów, które mogą utrudniać zajście w ciążę u pacjentek z tą diagnozą. Związek między endometriozą a niepłodnością stanowi istotny obszar zainteresowania badaczy i klinicystów, a jego złożoność wymaga dalszych analiz i interdyscyplinarnego podejścia. [27, 28]

Celem niniejszego artykułu jest przegląd literatury naukowej dotyczącej wpływu endometriozy na jakość życia seksualnego oraz zdrowie psychiczne kobiet. Uwzględnione zostaną również kwestie związane z opóźnieniem w diagnostyce, stygmatyzacją choroby oraz jej wpływem na płodność. Artykuł ma na celu ukazanie, jak złożone i wieloaspektowe konsekwencje niesie za sobą endometrioza, a także podkreślenie potrzeby kompleksowego podejścia do pacjentek – zarówno w zakresie leczenia, jak i wsparcia psychologicznego oraz społecznego.

Endometrioza a życie seksualne

Endometrioza to choroba przewlekła, której wpływ wykracza daleko poza sferę somatyczną. Jednym z najczęściej zgłaszanych problemów przez pacjentki są zaburzenia życia seksualnego, w tym dyspareunia (ból podczas stosunku płciowego), spadek libido, unikanie bliskości i zaburzenia funkcji seksualnych. Dane z literatury wskazują, że dolegliwości bólowe są obecne nawet u 60–70% kobiet z endometriozą i mają bezpośredni wpływ na jakość ich życia seksualnego [1,2].

Dyspareunia może przybierać różne formy – od bólu przy wejściu do pochwy po głęboki ból podczas penetracji. U niektórych kobiet objawy te występują również w okresie bezpośrednio po stosunku. Zjawisko to znacząco wpływa na komfort psychiczny, samoocenę oraz relacje partnerskie. Badania wskazują, że kobiety z endometriozą częściej odczuwają lęk przed współżyciem oraz obawę przed pogorszeniem objawów bólowych, co skutkuje ograniczeniem lub całkowitym zaprzestaniem aktywności seksualnej [2,3].

W przeglądach systematycznych wykazano, że zaburzenia seksualne u kobiet z endometriozą nie wynikają wyłącznie z dolegliwości bólowych. Duże znaczenie ma również kontekst psychospołeczny, w tym relacje partnerskie, jakość komunikacji, wsparcie emocjonalne oraz doświadczenia wcześniejszych poronień lub leczenia niepłodności [3,4]. Niektóre kobiety wyrażają poczucie winy wobec partnera, z którym nie mogą współżyć w sposób satysfakcjonujący, co dodatkowo obciąża związek emocjonalnie i seksualnie.

Dodatkowym aspektem jest wpływ choroby na tożsamość kobiecą i poczucie atrakcyjności. Pacjentki często opisują, że odczuwają spadek poczucia własnej wartości, trudności z akceptacją ciała oraz zaburzenia postrzegania kobiecości. Przewlekły ból, zmęczenie, trudności z zajściem w ciążę czy interwencje chirurgiczne (np. usunięcie jajnika) mogą powodować głębokie zmiany w obrazie siebie jako kobiety i partnerki seksualnej [4,5].

Nie bez znaczenia jest również niezadowolenie z opieki medycznej. Kobiety z endometriozą często zgłaszają, że ich objawy były przez długi czas bagatelizowane, a sam proces diagnostyczny trwał wiele lat. Frustracja związana z brakiem skutecznej terapii, niezrozumieniem ze strony lekarzy oraz nieustannie powracającymi objawami ma wpływ nie tylko na zdrowie psychiczne, ale także na obniżenie zainteresowania sferą intymną [4].

Nowe badania podkreślają, że u pacjentek z endometriozą częściej występują tzw. negatywne wzorce poznawcze – m.in. katastrofizacja (przewidywanie najgorszego przebiegu objawów), unikanie aktywności (w tym seksualnej) i hiperczułość na objawy bólowe. Takie schematy poznawcze nasilają postrzeganie bólu, obniżają poziom satysfakcji seksualnej i utrwalają lękowe nastawienie do kontaktów intymnych [4,6].

W związku z powyższym, eksperci podkreślają konieczność podejścia interdyscyplinarnego w leczeniu pacjentek z endometriozą. Poza leczeniem chirurgicznym i farmakologicznym ważna jest również pomoc psychologiczna i seksuologiczna, ukierunkowana na poprawę jakości życia, redukcję bólu, pracę z lękiem i poprawę komunikacji partnerskiej. Terapia powinna uwzględniać również wsparcie w zakresie samoakceptacji, pracy nad obrazem ciała i budowania pozytywnej relacji z własną seksualnością [5,6].

Endometrioza a zdrowie psychiczne

Endometrioza jest chorobą przewlekłą, która znacząco wpływa nie tylko na stan fizyczny pacjentek, lecz również na ich zdrowie psychiczne i emocjonalne funkcjonowanie. Związek między endometriozą a obniżonym dobrostanem psychicznym został dobrze udokumentowany — kobiety cierpiące na to schorzenie znacznie częściej doświadczają depresji, lęku, zaburzeń nastroju oraz chronicznego stresu [2–4].

Jednym z głównych czynników determinujących pogorszenie stanu psychicznego pacjentek jest przewlekły ból. Ból miednicy mniejszej, dyspareunia, ból menstruacyjny oraz bóle pozacykliczne mogą prowadzić do ciągłego napięcia, problemów ze snem oraz ograniczenia

aktywności życiowej [1,4]. Długotrwały proces diagnostyczny oraz brak skutecznego leczenia są dodatkowymi stresorami. U wielu kobiet droga do postawienia diagnozy trwa nawet 7–10 lat, co powoduje frustrację, poczucie bycia niezrozumianą, a nawet obniżenie zaufania do służby zdrowia [5]. Ten stan chronicznej niepewności może prowadzić do pogorszenia obrazu siebie, zwiększenia poczucia bezsilności i izolacji społecznej.

Istotne są także konsekwencje endometriozy dla życia zawodowego i rodzinnego. Kobiety cierpiące na to schorzenie często muszą rezygnować z pracy, unikać aktywności towarzyskich lub ograniczać relacje z najbliższymi z powodu bólu i zmęczenia. W licznych badaniach uczestnicy zgłaszali również pogorszenie jakości swojej pracy - znaczne ograniczenia w możliwości wykonywania czynności związanych z pracą. Pacjenci średnio opuszczali pracę przez 19,3 dnia rocznie w związku z leczeniem, zabiegami operacyjnymi oraz okresem rekonwalescencji.[31]. To z kolei prowadzi do spadku samooceny i utraty niezależności. [3,6].

Warto również zauważyć, że u pacjentek z endometriozą częściej obserwuje się zaburzenia lękowe związane z niepłodnością, koniecznością leczenia hormonalnego lub chirurgicznego, a także obawy o przyszłość i trwałość związku [2,5]. Lęk ten może przybierać formy nasilonej katastrofizacji, gdzie pacjentki spodziewają się najgorszego scenariusza, np. trwałej bezpłodności lub utraty partnera.

Z danych wynika również, że kobiety z endometriozą częściej zgłaszają objawy wypalenia psychicznego i spadku energii życiowej. Wysokie koszty leczenia, konieczność wielokrotnych wizyt lekarskich, skomplikowane terapie hormonalne oraz brak jednoznacznej poprawy mogą wpływać na rozwój zespołu stresu pourazowego (PTSD) związanego z doświadczeniami bólu i leczenia [6].

Ekspertki podkreślają, że podejście do leczenia endometriozy powinno uwzględniać nie tylko komponent medyczny, ale również wsparcie psychoterapeutyczne [29,30]. Interwencje psychologiczne — takie jak terapia poznawczo-behawioralna, terapia akceptacji i zaangażowania (ACT) czy wsparcie grupowe — mogą znacząco poprawić funkcjonowanie emocjonalne pacjentek, nauczyć je regulowania emocji i zmniejszyć postrzegany poziom bólu [4,6].

Opóźnienia w diagnostyce endometriozy

Endometrioza jest przewlekłą chorobą ginekologiczną, której diagnoza często następuje po wielu latach od pojawienia się pierwszych objawów. Średni czas opóźnienia w rozpoznaniu tej choroby wynosi od 7 do 11 lat, co znacząco wpływa na jakość życia pacjentek oraz skuteczność leczenia [7,8].

Przyczyny tak długiego czasu oczekiwania na diagnozę są bardzo złożone. Wśród nich wymienia się m.in. brak świadomości społecznej na temat endometriozy, normalizowanie bólu menstruacyjnego, a także niewystarczającą wiedzę i szkolenie personelu medycznego w zakresie rozpoznawania objawów tej choroby [8]. Dodatkowo, objawy endometriozy często pokrywają się z innymi schorzeniami, takimi jak zespół jelita drażliwego czy zapalenie pęcherza moczowego, co może prowadzić do błędnych diagnoz.

Opóźnienie w diagnozie ma poważne konsekwencje dla zdrowia fizycznego i psychicznego kobiet. Długotrwałe niezdiagnozowanie choroby może skutkować postępem endometriozy i zwiększeniem trudności w jej leczeniu. Przewlekły ból, niepłodność oraz poczucie niezrozumienia ze strony otoczenia mogą prowadzić do depresji, lęku i obniżenia jakości życia. Pacjentki muszą nauczyć się, jak radzić sobie z codziennym wpływem endometriozy, radzić sobie z bólem i odkrywać sposoby na utrzymanie swojej seksualności, związków i życia towarzyskiego.[11]

W celu skrócenia czasu diagnozy endometriozy, eksperci zalecają zwiększenie świadomości społecznej na temat tej choroby, wprowadzenie programów edukacyjnych dla personelu medycznego oraz zastosowanie nieinwazyjnych metod diagnostycznych, takich jak ultrasonografia przezpochwowa czy rezonans magnetyczny, jako narzędzi pierwszego wyboru w procesie diagnostycznym [9].

Stygmatyzacja związana z endometriozą

Stygmatyzacja związana z endometriozą odgrywa istotną rolę w opóźnieniach diagnostycznych oraz pogarsza jakość życia pacjentek. Kobiety często doświadczają bagatelizowania swoich objawów zarówno przez personel medyczny, jak i otoczenie społeczne, co prowadzi do poczucia izolacji i niezrozumienia [10].

Główne źródła stygmatyzacji obejmują:

- **Stygmatyzację menstruacyjną** – społeczne tabu wokół menstruacji sprawia, że kobiety niechętnie dzielą się informacjami o swoich objawach, co opóźnia poszukiwanie pomocy medycznej.
- **Stygmatyzację bólu przewlekłego** – przewlekły ból często jest niedoceniany lub uznawany za przesadzony, co prowadzi do braku odpowiedniego wsparcia i leczenia.
- **Stygmatyzację związaną z niepłodnością** – problemy z płodnością mogą prowadzić do poczucia wstydu i izolacji społecznej.

Stygmatyzacja wpływa nie tylko na opóźnienie diagnozy, ale także na ogólne samopoczucie psychiczne pacjentek. Aby przeciwdziałać stygmatyzacji, zaleca się:

- **Edukację społeczną** – zwiększenie świadomości na temat endometriozy i jej objawów w społeczeństwie,
- **Szkolenia dla personelu medycznego** – podnoszenie kompetencji lekarzy w zakresie rozpoznawania i leczenia endometriozy,
- **Wsparcie psychologiczne dla pacjentek** – zapewnienie dostępu do wsparcia psychologicznego może pomóc kobietom radzić sobie ze skutkami stygmatyzacji i przewlekłego bólu.

Niepłodność w endometriozie

Endometrioza jest jedną z głównych przyczyn niepłodności u kobiet w wieku rozrodczym. Szacuje się, że występuje u 25–40% kobiet zmagających się z trudnościami w zajściu w ciążę [12]. Choć dokładne mechanizmy prowadzące do niepłodności nie są w pełni poznane, badania wskazują na szereg czynników wpływających na płodność kobiet z endometriozą.

1. Zaburzenia anatomiczne i mechaniczne

Zaawansowane stadia endometriozy mogą prowadzić do powstawania zrostów i blizn w obrębie miednicy mniejszej, co zniekształca anatomię narządów rozrodczych. Takie zmiany mogą utrudniać uwolnienie komórki jajowej, jej transport przez jajowody oraz implantację zarodka w macicy [13].

2. Stan zapalny i stres oksydacyjny

Endometrioza charakteryzuje się przewlekłym stanem zapalnym w jamie otrzewnowej. Zwiększone stężenia cytokin prozapalnych, takich jak interleukina-1 β , interleukina-6 czy czynnik martwicy nowotworów (TNF- α), mogą negatywnie wpływać na jakość komórek jajowych, funkcję plemników oraz proces implantacji zarodka [14]

3. Zaburzenia funkcji jajowodów

Zrosty i zmiany anatomiczne spowodowane endometriozą mogą prowadzić do niedrożności jajowodów lub ich nieprawidłowej perystaltyki, co utrudnia transport komórki jajowej i plemników, a tym samym zapłodnienie [13].

4. Zaburzenia owulacji

Zaburzenia owulacji stanowią istotny mechanizm prowadzący do obniżonej płodności w tej grupie pacjentek. U kobiet z endometriozą często obserwuje się podwyższone stężenia prolaktyny, co może zakłócać pulsacyjne wydzielanie hormonu luteinizującego (LH) oraz interferować z funkcją podwzgórza poprzez blokowanie receptorów estrogenowych, prowadząc do anowulacji i zaburzeń fazy lutealnej [15,16].

Endometrioza może także wpływać na funkcjonowanie osi podwzgórze–przysadka–jajnik, prowadząc do zakłóceń w wydzielaniu gonadotropin oraz hormonów steroidowych, co skutkuje zaburzeniami owulacji i nieprawidłowościami w cyklu menstruacyjnym [17].

Inną potencjalną przyczyną zaburzeń owulacji u kobiet z endometriozą jest zespół złuteinizowanego niepękniętego pęcherzyka (LUF) [18]. Zespół LUF charakteryzuje się luteinizacją dominującego pęcherzyka bez jego pęknięcia i uwolnienia komórki jajowej. Badania wykazały, że kobiety z endometriozą mają wyższą częstość występowania LUF, co może przyczyniać się do niepłodności. [19]

Poprawa jakości życia i stanu zdrowia

Badania pokazują, że zarówno leczenie farmakologiczne, jak i chirurgiczne znacząco przyczyniają się do poprawy jakości życia kobiet z endometriozą. W farmakoterapii podstawową rolę odgrywa leczenie hormonalne, którego głównym celem jest redukcja

objawów bólowych, takich jak dyspareunia czy bolesne miesiączkowanie. Badania kliniczne wykazały, że stosowanie terapii złożonej (np. etynyloestradiolu z dienogestem) lub monoterapii dienogestem prowadzi do wyraźnego zmniejszenia dolegliwości bólowych już po kilku miesiącach terapii. W rezultacie pacjentki zgłaszają również poprawę samopoczucia ogólnego oraz funkcjonowania seksualnego [35-37].

Zabiegowe leczenie endometriozy, zwłaszcza laparoscopia z wycięciem ognisk chorobowych, również wykazuje wysoką skuteczność w redukcji bólu i poprawie jakości życia. Odnotowali istotne obniżenie intensywności bólu pooperacyjnego oraz wzrost wskaźników jakości życia ocenianych za pomocą skal bólu [38]. Dodatkowo, wdrożenie leczenia hormonalnego po zabiegu wzmacnia efekt terapeutyczny, zapobiegając nawrotom objawów i utrzymując poprawę funkcjonowania pacjentek [33].

Znaczącym czynnikiem wpływającym na jakość życia kobiet z endometriozą jest również psychologiczne podejście do choroby. Pacjentki, które osiągają poziom akceptacji i uczą się skutecznych strategii radzenia sobie, lepiej znoszą ból i inne objawy, a mimo obecności choroby deklarują wyższą jakość życia [6]. Wsparcie ze strony partnerów i rodziny odgrywa w tym procesie istotną rolę, wzmacniając odporność psychiczną kobiet i pomagając im funkcjonować w codziennym życiu. Badania wskazują, że pozytywne nastawienie psychiczne wiąże się z rzadszym występowaniem negatywnych aspektów psychologicznych i lepszym postrzeganiem przebiegu choroby [6, 33].

Podsumowanie

Endometrioza pozostaje poważnym wyzwaniem diagnostycznym i terapeutycznym, pomimo licznych badań i postępów w medycynie. Choroba ta dotyka ponad 176 milionów kobiet na całym świecie i istotnie wpływa na wiele aspektów ich życia – zarówno fizycznego, jak i psychicznego. [32] Pacjentki z endometriozą znacznie częściej doświadczają obniżonej jakości życia, przewlekłego bólu, zaburzeń nastroju, lęku, depresji oraz trudności w relacjach intymnych i społecznych.[33]

Ze względu na złożony charakter choroby, coraz więcej ekspertów zwraca uwagę na konieczność podejścia holistycznego i integracyjnego, obejmującego nie tylko leczenie farmakologiczne i chirurgiczne, ale również wsparcie psychologiczne, seksuologiczne i partnerskie. Interdyscyplinarne podejście może nie tylko poprawić funkcjonowanie

emocjonalne pacjentek, ale również zwiększyć skuteczność terapii i zmniejszyć długofalowe konsekwencje choroby – zarówno dla kobiet, jak i ich partnerów.

Wszyscy autorzy przeczytali i zgodzili się z opublikowaną wersją manuskryptu.

Oświadczenie o finansowaniu

Badania te nie otrzymały środków zewnętrznych

Oświadczenie instytucjonalnej komisji rewizyjnej

Nie dotyczy

Oświadczenie o świadomej zgodzie

Nie dotyczy

Oświadczenie o dostępności danych

Nie dotyczy

Oświadczenie o konflikcie interesów

Autorzy zaprzeczają konfliktowi interesów

Conceptualization: Gabriela Babiarz

Methodology: Aleksandra Jureczko

Writing - rough preparations: Julia Jaworowska, Klaudia Kleczaj, Łukasz Starczewski Writing

- review and editing: Zuzanna Kawa, Julia Kanarszczuk

Project administration: Maria Kasprzak, Aleksandra Jedrzejewska, Damian Osiński Receiving funding - non specific funding

References:

1. Ruszala M, Dłuski DF, Winkler I, Kotarski J, Rechberger T, Gogacz M. The State of Health and the Quality of Life in Women Suffering from Endometriosis. *J Clin Med*. 2022 Apr 6;11(7):2059. doi: 10.3390/jcm11072059. PMID: 35407668; PMCID: PMC8999939.
2. Laganà AS, La Rosa VL, Rapisarda AMC, Valenti G, Sapia F, Chiofalo B, Rossetti D, Ban Frangež H, Vrtačnik Bokal E, Vitale SG. Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. *Int J Womens Health*. 2017 May 16;9:323-330. doi: 10.2147/IJWH.S119729. PMID: 28553145; PMCID: PMC5440042.
3. Della Corte L, Di Filippo C, Gabrielli O, Reppuccia S, La Rosa VL, Ragusa R, Fichera M, Commodari E, Bifulco G, Giampaolino P. The Burden of Endometriosis on Women's Lifespan: A Narrative Overview on Quality of Life and Psychosocial Wellbeing. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jun 29;17(13):4683. doi: 10.3390/ijerph17134683. PMID: 32610665; PMCID: PMC7370081.
4. Maulenkul, T., Kuandyk, A., Makhadiyeva, D. *et al.* Understanding the impact of endometriosis on women's life: an integrative review of systematic reviews. *BMC Women's Health* 24, 524 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03369-5>
5. Márki G, Bokor A, Rigó J, Rigó A. Physical pain and emotion regulation as the main predictive factors of health-related quality of life in women living with endometriosis. *Hum Reprod*. 2017 Jul 1;32(7):1432-1438. doi: 10.1093/humrep/dex091. PMID: 28482063.
6. Facchin F, Barbara G, Dridi D, Alberico D, Buggio L, Somigliana E, Saita E, Vercellini P. Mental health in women with endometriosis: searching for predictors of psychological distress. *Hum Reprod*. 2017 Sep 1;32(9):1855-1861. doi: 10.1093/humrep/dex249. PMID: 28854724.
7. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril*. 2011;96(2):366-373.
8. De Corte P, Klinghardt M, von Stockum S, Heinemann K. Time to Diagnose Endometriosis: Current Status, Challenges and Regional Characteristics-A Systematic Literature Review. *BJOG*. 2025 Jan;132(2):118-130. doi: 10.1111/1471-0528.17973. Epub 2024 Oct 7. Erratum in: *BJOG*. 2025 Jun;132(7):1018. doi: 10.1111/1471-0528.18149. PMID: 39373298; PMCID: PMC11625652.

9. Grigoriadis G, Roman H, Kalaitzopoulos DR, Christoforidis N, Pados G, Daniilidis A. Diagnosis of Endometriosis by Transvaginal Ultrasound: An Online Survey of Gynecologists Practising in Greece. *Cureus*. 2023 Apr 21;15(4):e37950. doi: 10.7759/cureus.37950. PMID: 37220449; PMCID: PMC10200312.
10. Sims OT, Gupta J, Missmer SA, Aninye IO. Stigma and Endometriosis: A Brief Overview and Recommendations to Improve Psychosocial Well-Being and Diagnostic Delay. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Aug 3;18(15):8210. doi: 10.3390/ijerph18158210. PMID: 34360501; PMCID: PMC8346066.
11. Fryer J, Mason-Jones AJ, Woodward A. Understanding diagnostic delay for endometriosis: A scoping review using the social-ecological framework. *Health Care Women Int*. 2025;46(3):335-351. doi: 10.1080/07399332.2024.2413056. Epub 2024 Oct 17. PMID: 39418593.
12. Ozkan S, Murk W, Arici A. Endometriosis and infertility: epidemiology and evidence-based treatments. *Ann N Y Acad Sci*. 2008 Apr;1127:92-100. doi: 10.1196/annals.1434.007. PMID: 18443335.
13. Filip L, Duică F, Prădatu A, Crețoiu D, Suci N, Crețoiu SM, Predescu DV, Varlas VN, Voinea SC. Endometriosis Associated Infertility: A Critical Review and Analysis on Etiopathogenesis and Therapeutic Approaches. *Medicina (Kaunas)*. 2020 Sep 9;56(9):460. doi: 10.3390/medicina56090460. PMID: 32916976; PMCID: PMC7559069.
14. Broi MGD, Ferriani RA, Navarro PA. Ethiopathogenic mechanisms of endometriosis-related infertility. *JBRA Assist Reprod*. 2019 Aug 22;23(3):273-280. doi: 10.5935/1518-0557.20190029. PMID: 31091056; PMCID: PMC6724396.
15. Kutlesic R, Kutlesic M, Milosevic-Stevanovic J, Vukomanovic P, Stefanovic M, Mostic-Stanasic D. Prolactin and Hyperprolactinaemia in Endometriosis-Related Infertility: Are There Clinically Significant Connections? *Journal of Clinical Medicine*. 2024; 13(19):5868. <https://doi.org/10.3390/jcm13195868>
16. Esmaeilzadeh S, Mirabi P, Basirat Z, Zeinalzadeh M, Khafri S. Association between endometriosis and hyperprolactinemia in infertile women. *Iran J Reprod Med*. 2015 Mar;13(3):155-60. PMID: 26000006; PMCID: PMC4426155.
17. Frontiers | Update on the pathogenesis of endometriosis-related infertility based on contemporary evidence. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2025;16:1558271. doi:10.3389/fendo.2025.1558271.

18. Dmowski WP, Rao R, Scommegna A. The luteinized unruptured follicle syndrome and endometriosis. *Fertil Steril*. 1980 Jan;33(1):30-4. doi: 10.1016/s0015-0282(16)44473-0. PMID: 7351255.
19. Bonavina G, Taylor HS. Endometriosis-associated infertility: From pathophysiology to tailored treatment. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022 Oct 26;13:1020827. doi: 10.3389/fendo.2022.1020827. PMID: 36387918; PMCID: PMC9643365.
20. van Poll M, van Barneveld E, Aerts L, et al. Endometriosis and Sexual Quality of Life. *Sex Med*. 2020;8(4):532–44. doi:10.1016/j.esxm.2020.05.001.
21. Wang Y, Li B, Zhou Y, Wang Y, Han X, Zhang S, He Z, Ouyang L. Does Endometriosis Disturb Mental Health and Quality of Life? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gynecol Obstet Invest*. 2021;86(4):315-335. doi: 10.1159/000516517. Epub 2021 Aug 5. PMID: 34352799.
22. Barbara G, Facchin F, Meschia M, Berlanda N, Frattaruolo MP, VercellinI P. When love hurts. A systematic review on the effects of surgical and pharmacological treatments for endometriosis on female sexual functioning. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017 Jun;96(6):668-687. doi: 10.1111/aogs.13031. Epub 2016 Nov 5. PMID: 27687240.
23. Pereira MG, Ribeiro I, Ferreira H, Osório F, Nogueira-Silva C, Almeida AC. Psychological Morbidity in Endometriosis: A Couple's Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Oct 10;18(20):10598. doi: 10.3390/ijerph182010598. PMID: 34682344; PMCID: PMC8535360.
24. Machairiotis N, Genazzani A. Endometriosis: A Comprehensive Analysis of the Pathophysiology, Treatment, and Nutritional Aspects, and Its Repercussions on the Quality of Life of Patients. *Biomedicines*. 2024;12(7):1476. doi:10.3390/biomedicines12071476.
25. Wang Y, Nicholes K, Shih IM. The Origin and Pathogenesis of Endometriosis. *Annu Rev Pathol*. 2020 Jan 24;15:71-95. doi: 10.1146/annurev-pathmechdis-012419-032654. Epub 2019 Sep 3. PMID: 31479615; PMCID: PMC7980953.
26. Gruber TM, Mechsner S. Pathogenesis of Endometriosis: The Origin of Pain and Subfertility. *Cells*. 2021 Jun 3;10(6):1381. doi: 10.3390/cells10061381. PMID: 34205040; PMCID: PMC8226491.
27. Giudice LC. Clinical practice. Endometriosis. *N Engl J Med*. 2010 Jun 24;362(25):2389-98. doi: 10.1056/NEJMcp1000274. PMID: 20573927; PMCID: PMC3108065.

28. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Endometriosis and infertility: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2012 Sep;98(3):591-8. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.05.031. Epub 2012 Jun 15. PMID: 22704630.
29. Omtvedt M, Bean E, Hald K, Larby ER, Majak GB, Tellum T. Patients' and relatives' perspectives on best possible care in the context of developing a multidisciplinary center for endometriosis and adenomyosis: findings from a national survey. *BMC Womens Health*. 2022 Jun 10;22(1):219. doi: 10.1186/s12905-022-01798-8. PMID: 35689259; PMCID: PMC9188072.
30. Lorençatto C, Petta CA, Navarro MJ, Bahamondes L, Matos A. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(1):88-92. doi: 10.1080/00016340500456118. PMID: 16521687.
31. Fourquet J, Gao X, Zavala D, Orenge JC, Abac S, Ruiz A, Laboy J, Flores I. Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. *Fertil Steril*. 2010 May 1;93(7):2424-8. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.09.017. PMID: 19926084; PMCID: PMC2860000.
32. Rempert AN, Rempert TH, Liu A, Hernández A, Blanck J, Segars J, Singh B. A Systematic Review of the Psychosocial Impact of Endometriosis before and after Treatment. *Reprod Sci*. 2024 Jul;31(7):1828-1860. doi: 10.1007/s43032-024-01515-w. Epub 2024 Mar 21. PMID: 38512699; PMCID: PMC11216884.
33. Ramin-Wright A, Schwartz ASK, Geraedts K, Rauchfuss M, Wölfler MM, Haerberlin F, von Orelli S, Eberhard M, Imthurn B, Imesch P, Fink D, Leeners B. Fatigue - a symptom in endometriosis. *Hum Reprod*. 2018 Aug 1;33(8):1459-1465. doi: 10.1093/humrep/dey115. PMID: 29947766.
34. Vaghar MI. Evaluation of lifestyle and endometriosis in infertile women referring to the selected hospital of Tehran University Medical Sciences. *J Family Med Prim Care*. 2019 Nov 15;8(11):3574-3577. doi: 10.4103/jfmpe.jfmpe_496_19. PMID: 31803655; PMCID: PMC6881964.
35. Lee J, Park HJ, Yi KW. Dienogest in endometriosis treatment: A narrative literature review. *Clin Exp Reprod Med*. 2023 Dec;50(4):223-229. doi: 10.5653/cepm.2023.06128. Epub 2023 Oct 24. PMID: 37995750; PMCID: PMC10711247.
36. Bafort C, Beebejaun Y, Tomassetti C, Bosteels J, Duffy JM. Laparoscopic surgery for endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Oct 23;10(10):CD011031. doi: 10.1002/14651858.CD011031.pub3. PMID: 33095458; PMCID: PMC8428328.

37. Barbara G, Buggio L, Facchin F, Vercellini P. Medical Treatment for Endometriosis: Tolerability, Quality of Life and Adherence. *Front Glob Womens Health*. 2021 Sep 27;2:729601. doi: 10.3389/fgwh.2021.729601. PMID: 34816243; PMCID: PMC8594049.
38. Kaveh M, Malakouti H, Chaichian S, Kashi AM, Afshari M, Sadegi K. Evaluation of laparoscopic surgery effects on pain severity and quality of life in different subtypes of endometriosis: A follow-up study. *Int J Reprod Biomed*. 2025 May 1;23(2):199-206. doi: 10.18502/ijrm.v23i2.18494. PMID: 40371363; PMCID: PMC12070047.