

Quality of life of women with postmenopausal pelvic organ prolapse

Jakość życia kobiet z zaburzeniami statyki narządu rodowego w wieku pomenopauzalnym

Julia Nawrot¹, Magdalena Humaj-Grysztar², Agnieszka Gniadek³,
Dorota Matuszyk⁴, Renata Biernat⁵

¹ Doctoral student, Faculty of Health Sciences, Jagiellonian University Medical College/ Studentka studiów III stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
² Department of Nursing and Obstetrics, Faculty of Health Sciences, Jagiellonian University Medical College/ Zakład Opieki Ginekologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
³ Department of Nursing and Obstetrics, Faculty of Health Sciences, Jagiellonian University Medical College/ Zakład Zarządzania Pielęgniarstwem i Pielęgniarstwa Epidemiologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
⁴ Department of Nursing and Obstetrics, Faculty of Health Sciences, Jagiellonian University Medical College/ Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
⁵ Midwifery graduate, Faculty of Health Sciences, Jagiellonian University Medical College/ Absolwentka kierunku Położnictwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

CORRESPONDING AUTHOR/AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Julia Nawrot
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków
e-mail: julia.nawrot@doctoral.uj.edu.pl

STRESZCZENIE

JAKOŚĆ ŻYCIA Kobiet z ZABURZENIAMI STATYKI NARZĄDU RODNEGO W WIEKU POMENOPAUZALNYM

Cel pracy. Celem pracy była ocena jakości życia kobiet z zaburzeniami statyki narządu rodowego w okresie pomenopauzalnym.

Materiał i metodyka. Badaniami objęto 45 pacjentek Oddziału Ginekologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Badania przeprowadzono z zastosowaniem metody sondażu diagnostycznego, techniki ankiety oraz narzędzi: autorskiego kwestionariusza ankiety oraz kwestionariusza do oceny jakości życia Short Form of Health Status Questionnaire (SF-36v2). Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej.

Wyniki. Uzyskane wyniki wykazały, iż respondentki oceniały swoją jakość życia jako niższą od normy założonej przez autorów kwestionariusza SF-36v2. Wykazano istotną statystycznie ($p < 0,05$) zależność pomiędzy wiekiem badanych a obniżeniem jakości życia.

Wnioski. Jakość życia badanych kobiet z zaburzeniami statyki narządu rodowego była niska. Wiek miał wpływ na obniżenie subiektywnej oceny jakości życia, a najczęstszym objawem związanym z zaburzeniami statyki narządu rodowego było odczuwanie parcia na mocz.

Słowa kluczowe:

zaburzenia statyki narządu rodowego, menopauza, jakość życia

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH POSTMENOPAUSAL PELVIC ORGAN PROLAPSE

Aim. The aim of the study was to evaluate the quality of life of women with pelvic organ prolapse during the postmenopausal period.

Material and methodology. The study group consisted of 45 patients of the Department of Gynecology and Oncology at the University Hospital in Cracow. The study was conducted as a diagnostic survey using the following survey techniques: author's questionnaire and the Short Form of Health Status Questionnaire (SF-36v2).

Results. The results showed that the respondents rated their quality of life as lower than the norm set by the authors of the SF-36v2 questionnaire. A statistically significant ($p < 0.05$) correlation between the age of the subjects and the quality of life was found.

Conclusions. The quality of life of the women with the pelvic organ prolapse was low. The reason of the subjective assessment of quality of life was age. The most common symptom associated with pelvic organ prolapse was feeling the urge to urinate.

Key words:

pelvic organ prolapse, menopause, quality of life

INTRODUCTION

Perimenopausal period is the time of changes for women both in the biological, mental and social functioning. One of the most onerous symptoms that may occur during this time are those associated with disorders of pelvic organ prolapse, which is defined as a descending or drooping of female genital organs beyond

their normal anatomical confines [1]. To diagnose the stage of pelvic organ prolapse, a Pelvic Organ Prolapse Quantification (POPQ) is used. The advantages of this scale are its high specificity and the objective way of the evaluation. In this scale four stages of pelvic organ prolapse are distinguished [2,3,4]. Common causes of this disorder are loss

of support to one (or both) vaginal walls, the deformation of the structure divided by the change in force that caused the deformation [5]. All of the changes which take place in the female body during perimenopause may lead to multiple symptoms negatively affecting the quality of life.

AIM

The aim of this study was to evaluate the quality of life of women with pelvic organ prolapse disorders in postmenopausal period. Moreover the aim was to examine whether there is any relationship between age, Body Mass Index (BMI), weight of workloads, the number of births, the frequency of gynecologists visit and subjective assessment of quality of life. An attempt to identify the most common, among respondents, symptoms associated with disorders of pelvic organ prolapse was made as well.

MATERIAL AND METHODS

The study was conducted between November 2015 and March 2016 among 45 patients of the Department of Gynecology and Oncology at the University Hospital in Cracow. The inclusion criteria were the following: postmenopausal stadium and stage 3 or 4 in POP-Q scale. The study met the requirements of the Helsinki Declaration. The participation was voluntary and the respondents were informed about its anonymity and the possibility of resignation at any stage of the study.

An author's diagnostic questionnaire and a questionnaire to assess quality of life (Short Form Health Status of Questionnaire SF-36v2) was used. The permission to use SF-36v2 was granted by Optum (license no QM031978). The results were analyzed with Microsoft Excel 2013 and Statistica v. 12. The relationship between the variables studied and the areas of quality of life was measured using Spearman's rank correlation. Statistical significance was assumed at $\alpha = 0.05$. The analysis of data from the SF-36v2 was made using the key: Health Outcomes Scoring Software 4.5.

RESULTS

The study group were women with a mean age of 67 years. Analysis of BMI showed that the largest group of 66.7% of women were overweight ($n = 30$). Obesity was reported in 20% of women ($n = 9$). Normal weight was observed only in 13.3% of patients ($n = 6$). In 31% of the respondents ($n = 14$) the spine defects were reported. Chronic constipation was found in 22% of patients ($n = 10$), pelvic floor defects in 9% ($n = 4$) and persistent cough in 6.6% ($n = 3$). More than 22% ($n = 10$) of patients from the study group previously underwent the pelvic surgery due to various reasons. As many as 60% ($n = 27$) of respondents declared physical work. Family history of the pelvic organ prolapse was confirmed in 16% ($n = 7$) of patients.

While analyzing the risk factors for obstetric disorders related to the obstetric past, almost 90% of the woman

($n = 40$) had at least one child. Most of them were twice or three times pregnant (33.3% and 20%, respectively). When it comes to 78.8% of women ($n = 35$), they went through one or more vaginal deliveries, while 22.2% had one or more caesarean section: one cesarean section – 80% ($n = 8$), two cesarean sections – 20% ($n = 2$). The frequency of instrumental delivery in the study group was 15% ($n = 7$). Three patients (7%) declared the use of forceps and two (4%) the use of vacuum. Both manual removal of the placenta or Kristeller maneuver was indicated by one person. Eleven women in the study group (27.5%) declared that the birth weight of newborns was over 4001 g. The most common finding according to the declared symptoms associated with pelvic organ prolapse was urgency (73%, $n = 33$), urinary incontinence (67%, $n = 30$), increased urination (67% $n = 30$) and the extending of the genital tract from the vagina (67%, $n = 30$). Table 1. shows the frequency of pelvic floor prolapse symptoms in the study group.

■ Tab. 1. Frequency of pelvic organ prolapse symptoms (more than one answer was possible)

| Symptom | Women who declared | | Women who didn't declare | |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------|--------------------------|-------|
| | N | % | N | % |
| Fullness in the crotch | 27 | 60% | 18 | 40% |
| Pressure | 20 | 44.4% | 25 | 55.6% |
| Heaviness | 12 | 26.7% | 33 | 73.3% |
| Extension of the genital tract | 30 | 66.7% | 15 | 33.3% |
| Gas incontinence | 4 | 8.9% | 41 | 91.1% |
| Faecal incontinence | 1 | 2.2% | 44 | 97.8% |
| Incomplete defecation | 5 | 11.1% | 40 | 88.9% |
| Necessity of strong pressure during defecation | 22 | 48.9% | 23 | 51.1% |
| Necessity of lifting of extending genital tract to stop urination | 4 | 8.9% | 41 | 91.1% |
| Urinary incontinence | 30 | 66.7% | 15 | 33.3% |
| Increased urination | 30 | 66.7% | 15 | 33.3% |
| Urgency | 33 | 73.3% | 12 | 26.7% |
| Incomplete urination | 28 | 62.2% | 17 | 37.8% |
| Necessity of palpation of extended genital tract to facilitate urination | 8 | 17.8% | 37 | 82.2% |
| Change of body position to initiate or stop urination | 9 | 20% | 36 | 80% |
| Abnormal urine stream | 5 | 11.1% | 40 | 88.9% |

The results of the subjective quality of life measurement of the SF-36v2 scale showed that the mean value of all tested agents measured on a scale of physical (PCS, Physical Component Summary) and mental (MCS, Mental Component Summary) scores (i.e. efficiency of the physical activity limitations due to the lack of physical, bodily pain, general health perception, vitality, social functions, activity limitations due to emotional problems in bed emotional health), were granted below the norm of 50 points as recommended in SF-36v2. This indicates lower quality of life than the questionnaire set up by the authors' standards (Table 2.).

■ Tab. 2. The statistical measurements of the SF-36v2 scale

| Quality of life indicator | X±SD | ME (min-max) |
|---------------------------|-------------|---------------------|
| PF | 45.46±8.76 | 47.97 (26.92-57.54) |
| RP | 45.13±8.06 | 45.93 (30.21-57.16) |
| BP | 46.01±9.82 | 46.68 (30.55-62.00) |
| GH | 45.89±12.48 | 47.48 (21.33-66.50) |
| VT | 45.80±7.01 | 46.66 (31.80-61.51) |
| SF | 42.75±9.49 | 42.30 (27.26-57.34) |
| RE | 47.74±8.83 | 52.69 (24.83-56.17) |
| MH | 44.12±6.25 | 43.02 (29.94-56.10) |
| PCS | 45.73±9.48 | 48.28 (28.37-60.93) |
| MCS | 45.32±6.18 | 44.96 (31.48-55.51) |

X - arithmetic mean, SD - standard deviation, ME - median, min-minimum, max-maximum; PF - Physical Function RP - Role Physical, BP - Bodily Pain, GH - General Health, VT - Vitality; SF - Social Function, RE - Role Emotional, MH - Mental Health, PCS - Physical Component Summary; MCS - Mental Component Summary

In the study, the group limitations in terms of self-care and physical activity (PCS indicator) (Table 2.) were found. The average values of MCS prove the frequent stress occurrence and mental limitations in social functioning. General health perception in the group was low and it may deteriorate (indicator GH, x = 45.9). The average value of PF (Physical Function) and RP (Role Physical) below accepted point means that the study group was limited in physical exercises, work and activities of daily living. The VT indicator (Vitality) below the accepted standard indicates that woman were accompanied with fatigue and a sense of exhaustion. On the basis of the obtained results, it can be stated that the emotional problems can impact on the social functioning of women (SF indicator, Social Function). The linking between emotional problems with work and other daily activities (RE indicator, Role Emotional) was also observed. The average value of MH (Mental Health indicator) in the study group may suggest anxiety and depressive mood.

The relationship between the quality of life measured in SF-36v2 and the variables that may affect the subjective perception of one's own health, were checked for further analysis. Statistically significant correlation between age of patients and the PF, RP BP, PCS indicators was found. The correlation is negative and the strength of the correlation is weak or moderate (Table 3.).

■ Tab. 3. The correlation between the indicators of quality of life and age

| Quality of life indicator | N | R | p |
|---------------------------|----|--------------|---------------|
| PF | 45 | -0.44 | 0.0023 |
| RP | 45 | -0.52 | 0.0002 |
| BP | 45 | -0.31 | 0.0393 |
| GH | 45 | -0.16 | 0.2898 |
| VT | 45 | -0.14 | 0.3598 |
| SF | 45 | -0.44 | 0.0023 |
| RE | 45 | -0.35 | 0.0173 |
| MH | 45 | -0.21 | 0.1576 |
| PCS | 45 | -0.37 | 0.0118 |
| MCS | 45 | -0.25 | 0.1017 |

Spearman's correlation analysis, p = 0.05

The analysis of the relationship between the quality of life indicators from SF-36v2 and age, BMI variables, heavy lifting during work, parity including vaginal and via caesarean section deliveries, and the frequency of visits with their gynecologists did not show statistically significant correlation.

DISCUSSION

Of all the examined women, 90% gave birth, out of which, 78.8% had at least one vaginal birth. This disproportion between the number of patients who had a vaginal childbirth and those who had caesarean section is consistent with the conclusions drawn from the systematic review carried out by Norwegian researchers Rørtveit and Hannestad. They revealed that women who had a vaginal birth have more often a decent of reproductive organs and incontinence compared to those who had caesarean sections [6]. Overweight and obesity are risk factors that increase the risk of pelvic organ prolapse [7]. Study findings seems to confirm this fact, because 66.7% of the respondents were overweight, and 20% of them were obese.

In Rodríguez-Mías *et al.* research conducted on a group of 1042 women, an attempt was made to identify the factors affecting the occurrence of pelvic organ prolapse and urinary incontinence. It has been shown that women with pelvic organ prolapse disorders often have surgical births in their medical history and often give birth to children with increased body weight [8]. In our own study, 15% of the respondents had delivery and 27.5% had a baby weighing more than 4001 grams.

One of the most frequent symptoms associated with pelvic organ prolapse were urgency (73%) and urinary incontinence (66.7%). These disorders can significantly reduce the quality of life of women, as confirmed in Popłocka-Molinska *et al.* study [9]. They found that incontinence reduces the quality of life of respondents in the area of family (72%), professional (49%) and social (40%) life.

In the study group, the quality of life was lower in each of the areas included in the SF-36v2 questionnaire. Similar results were obtained in Chan *et al.* study among 308 women with pelvic organ prolapse. An assessment of their quality of life using the SF-36v2 questionnaire was made [10]. The quality of life was lower than the questionnaire norm like in the presented study.

CONCLUSIONS

1. Mean quality of life of the respondents was lower than the SF-36v2 authors' norm in all areas.
2. The age of women significantly influenced the decrease in subjective assessment of quality of life in areas such as physical activity according to lack of physical health, bodily pain, social function and activity limitations due to emotional problems and the physical component summary.

3. There was no statistically significant relationship between BMI, weight of workloads, number of births, frequency of gynecologist appointments and subjective assessment of the quality of life.

4. The most common symptoms associated with renal pelvic organ prolapse was the urge to urinate, observation of the extension of the genital tract from the vagina, urinary incontinence, and increased frequency of urination.

Jakość życia kobiet z zaburzeniami statyki narządu rodno- w wieku pomenopauzalnym

WPROWADZENIE

Okres okołomenopauzalny jest czasem zmian dla kobiety zarówno w funkcjonowaniu biologicznym, psychicznym jak i społecznym. Jednymi z najbardziej uciążliwych dolegliwości mogących pojawić się w tym czasie są te związane z zaburzeniami statyki narządu rodno- go. Definiuje się je jako obniżenie narządów miednicy poniżej ich normalnego usytuowania [1]. Do oceny obniżenia narządu rodno- go stosowana jest skala POPQ (Pelvic Organ Prolapse Quantification, Skala oceny obniżenia narządu rodno- go). Zaletami tej skali jest wysoka specyficzność i obiektywny sposób oceny obniżenia narządu rodno- go. W skali tej wyróżniamy 4 stopnie zaawansowania wypadania narządu rodno- go [2,3,4]. Jako główne przyczyny występowania tych zaburzeń wymienia się niewydolność dna miednicy, osłabienie aparatu zawieszającego i podporowego, istnienie odchyłeń pomiędzy siłami oddziałującymi na narząd rodny a siłami utrzymującymi jego prawidłowe położenie oraz zaburzenia ciśnienia śródbrzuszno- go [5]. Wszystkie zmiany zachodzące w organizmie kobiety w okresie okołomenopauzalnym mogą prowadzić do wystąpienia wielu objawów negatywnie wpływających na ich jakość życia.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy była ocena jakości życia kobiet z zaburzeniami statyki narządu rodno- go w okresie pomenopauzalnym oraz zbadanie czy istnieje zależność pomiędzy wiekiem, wskaźnikiem masy ciała (Body Mass Index, BMI), masą ciężarów podnoszonych w trakcie pracy, liczbą porodów oraz częstotliwością wizyt u ginekologa, a subiektywną oceną jakości życia. Podjęta została również próba identyfikacji najczęściej występujących wśród respondentek objawów związanych z zaburzeniami statyki narządu rodno- go.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzone zostało od listopada 2015 do marca 2016 roku wśród 45 pacjentek Oddziału Klinicznego Ginekologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Za kryterium włączenia do badania przyjęto stan po menopauzie oraz diagnozę lekarską wskazującą na III i IV stopień wypadania według POPQ. Badanie spełniało wymogi Deklaracji Helsińskiej, udział w nim był dobrowolny, a respondentki zostały poinformowane o jego anonimowości oraz o możliwości rezygnacji na każdym etapie jego trwania.

Metodą wybraną do przeprowadzenia badania był sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety oraz kwestionariusza oceny jakości życia SF-36v2 (Short Form of Health Status Questionnaire) na użycie którego uzyskano zgodę wydaną przez firmę Optum (licencja nr QM031978).

Uzyskane wyniki poddane zostały analizie statystycznej przy użyciu arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel 2013 oraz programu Statistica v. 12. Związek między badanymi zmiennymi a obszarami jakości życia badano przy użyciu korelacji porządku rang Spearmana. Na potrzeby badania przyjęto istotność statystyczną $\alpha = 0,05$. Analizy danych z kwestionariusza SF-36v2 dokonano z zastosowaniem klucza: Health Outcomes Scoring Software 4.5.

WYNIKI BADAŃ

Badaną grupę stanowiły kobiety, których średnia wieku wynosiła około 67 lat. Analiza BMI wykazała, że najliczniejszą grupę, bo aż 66,7% respondentek stanowiły kobiety z nadwagą ($n = 30$). Otyłość stwierdzono u 20% badanych ($n = 9$), a prawidłową masę ciała zaledwie u 13,3% ($n = 6$) kobiet. W oparciu o wywiad chorobowy i czynniki sprzyjające występowaniu zaburzeń statyki narządu rodno- go zaobserwowano, że najwięcej, bo 31% respondentek ($n = 14$) zgłosiło występowanie wad kręgosłupa. 22% pacjentek ($n = 10$) zadeklarowało występowanie przewlekłych zaparć, 9% ($n = 4$) występowanie wad w obrębie miednicy kostnej, a 6,6% ($n = 3$) choroby z towarzyszącym uporczywym kaszlem. Na podstawie pytań o przeszłość ginekologiczną stwierdzono, że 22% ($n = 10$) kobiet z badanej grupy miało przeprowadzany w przeszłości zabieg chirurgiczny w obrębie miednicy. Wykonywanie w przeszłości lub obecnie pracy wymagającej wysiłku fizycznego zadeklarowała 60% ($n = 27$) respondentek. Dodatni wywiad rodzinny w odniesieniu do zaburzeń statyki narządu rodno- go potwierdzono u 16% ($n = 7$) badanych.

Analizując czynniki ryzyka występowania zaburzeń statyki narządu rodno- go związanych z przeszłością położniczą wykazano, że niemal 90% badanych ($n = 40$) urodziło przynajmniej jedno dziecko. Większość pacjentek była dwu lub trzykrotnie w ciąży (odpowiednio 33,3% i 20%). W badanej grupie 78,8% kobiet ($n = 35$) przeżyło jeden lub więcej porodów drogami natury, natomiast 22,2% jedno lub więcej cięć cesarskich, w tym 80% ($n = 8$) jedno cięcie, a 20% ($n = 2$) dwa zabiegi cięcia cesarskiego. Częstotliwość występowania porodów zabiego-

wych w trakcie porodu drogami natury w badanej grupie wyniosła 15% (n = 7). W całej populacji objętych badaniem trzy pacjentki (7%) potwierdziły ukończenie porodu przy pomocy kleszczy położniczych, zaś u dwóch (4%) wykorzystano w czasie porodu próżniociąg położniczy. Wykonanie ręcznego wydobycia łożyska wskazała 1 osoba, zastosowanie manewru Kristellera również 1 osoba. Z badanej grupy, 11 kobiet (27,5%) zadeklarowało, że masa urodzeniowa noworodków wyniosła powyżej 4001 g.

Badając częstość występowania dolegliwości związanych z zaburzeniami statyki narządu rodowego wykazano, że do najczęściej zgłaszanych należą: parcie na mocz (73%, n = 33), nietrzymanie moczu (67%, n = 30), zwiększona częstość oddawania moczu (67%, n = 30) oraz obserwacja narządu rodowego wysuwającego się z pochwy (67%, n = 30). W Tabeli 1 przedstawiono częstość występowania objawów obniżenia narządu rodowego w badanej grupie.

■ Tab. 1. Częstość występowanie objawów obniżenia narządu rodowego (możliwe było udzielenie więcej niż 1 odpowiedzi)

| Objaw | Kobiety, u których występuje | | Kobiety, u których nie występuje | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------|----------------------------------|-------|
| | N | % | N | % |
| Uczucie pełności w kroczu | 27 | 60% | 18 | 40% |
| Uczucie parcia | 20 | 44,4% | 25 | 55,6% |
| Uczucie ciężkości | 12 | 26,7% | 33 | 73,3% |
| Obserwacja narządu rodowego wysuwającego się z pochwy | 30 | 66,7% | 15 | 33,3% |
| Nietrzymanie gazów | 4 | 8,9% | 41 | 91,1% |
| Nietrzymanie stolca | 1 | 2,2% | 44 | 97,8% |
| Uczucie niekompletnego wypróżnienia | 5 | 11,1% | 40 | 88,9% |
| Konieczność silnego parcia podczas oddawania stolca | 22 | 48,9% | 23 | 51,1% |
| Konieczność palpacyjnego odprowadzenia wypadającego narządu rodowego w celu zakończenia wypróżnienia | 4 | 8,9% | 41 | 91,1% |
| Nietrzymanie moczu | 30 | 66,7% | 15 | 33,3% |
| Zwiększona częstość oddawania moczu | 30 | 66,7% | 15 | 33,3% |
| Parcie na mocz | 33 | 73,3% | 12 | 26,7% |
| Uczucie niekompletnego opróżnienia pęcherza | 28 | 62,2% | 17 | 37,8% |
| Konieczność palpacyjnego odprowadzenia wypadającego narządu rodowego w celu ułatwienia oddawania moczu | 8 | 17,8% | 37 | 82,2% |
| Zmiana pozycji ciała w celu zapoczątkowania lub zakończenia oddawania moczu | 9 | 20% | 36 | 80% |
| Nieprawidłowy strumień moczu | 5 | 11,1% | 40 | 88,9% |

W analizie wyników pomiaru subiektywnej oceny jakości życia według kwestionariusza SF-36v2 wykazano, że średnie wartości wszystkich badanych czynników mierzonych na skali fizycznej (Physical Component Summary, PCS) oraz psychicznej (Mental Component Summary, MCS), tj. sprawność fizyczna, ograniczenie aktywności z powodu braku zdrowia fizycznego, odczuwanie bólu, ogólna percepcja zdrowia, witalność, funkcje socjalne, ograniczenie aktywności z powodu problemów emocjonalnych, zdrowie emocjonalne, uzyskały wartości poniżej przyjętej normy 50 punktów (zgodnej z zaleceniem

autorów narzędzia SF-36v2). Wskazuje to na jakość życia niższą od normy założonej przez autorów kwestionariusza (Tabela 2).

■ Tab. 2. Charakterystyka statystyczna pomiarów SF-36v2

| Wskaźnik jakości życia | X±SD | ME (min-max) |
|------------------------|-------------|---------------------|
| PF | 45,46±8,76 | 47,97 (26,92-57,54) |
| RP | 45,13±8,06 | 45,93 (30,21-57,16) |
| BP | 46,01±9,82 | 46,68 (30,55-62,00) |
| GH | 45,89±12,48 | 47,48 (21,33-66,50) |
| VT | 45,80±7,01 | 46,66 (31,80-61,51) |
| SF | 42,75±9,49 | 42,30 (27,26-57,34) |
| RE | 47,74±8,83 | 52,69 (24,83-56,17) |
| MH | 44,12±6,25 | 43,02 (29,94-56,10) |
| PCS | 45,73±9,48 | 48,28 (28,37-60,93) |
| MCS | 45,32±6,18 | 44,96 (31,48-55,51) |

X - średnia arytmetyczna, SD - odchylenie standardowe, ME - Mediana, min-minimum, max-maksimum; PF - Physical Function (sprawność fizyczna); RP - Role Physical (ograniczenie aktywności z powodu braku zdrowia fizycznego); BP - Bodily Pain (odczuwanie bólu); GH - General Health (ogólna percepcja zdrowia); VT - Vitality (witalność); SF - Social Function (funkcja socjalna); RE - Role Emotional (ograniczenie aktywności z powodu problemów emocjonalnych); MH - Mental Health (zdrowie emocjonalne); PCS - Physical Component Summary (podsumowanie komponentów fizycznych); MCS - Mental Component Summary (podsumowanie komponentów psychicznych)

Prezentowane wyniki wskazują, że w badanej grupie występują ograniczenia w zakresie samoopieki oraz aktywności fizycznej (wskaźnik PCS) (Tabela 2). Jednocześnie średnie wartości wskaźnika MCS świadczą o częstym występowaniu stresu, a także ograniczeń natury psychicznej w funkcjonowaniu społecznym oraz wypełnianiu ról społecznych. Ogólna percepcja zdrowia w badanej grupie jest niska, przy jednoczesnym przeświadczeniu, że stan ten może ulec pogorszeniu (wskaźnik General Health GH, x = 45,9). Średnia wartość wskaźnika sprawności fizycznej (Physical Function PF) oraz wskaźnika ograniczenia aktywności z powodu braku zdrowia fizycznego (Role Physical, RP) poniżej przyjętej normy oznacza, że w badanej grupie obserwuje się ograniczenia w aktywności fizycznej oraz w pracy i wykonywaniu codziennych czynności. Wskaźnik witalności (Vitality, VT) poniżej przyjętej normy wskazuje na to, że badany towarzyszy zmęczenie i poczucie wyczerpania. Na podstawie uzyskanych wyników wskaźnika funkcji socjalnych (Social Function, SF) można stwierdzić, że wpływ na funkcjonowanie społeczne kobiet mogą mieć problemy natury emocjonalnej. Zaobserwowano również istnienie związku problemów emocjonalnych z trudnościami w pracy i innymi codziennymi czynnościami (wskaźnik Role Emotional, RE). Średnia wartość wskaźnika zdrowia emocjonalnego (Mental Health, MH) oznacza natomiast, że w badanej grupie występuje czasem zdenerwowanie i depresyjny nastrój.

W dalszej analizie zbadano związek pomiędzy wskaźnikami jakości życia SF-36v2, a zmiennymi mogącymi mieć wpływ na subiektywne postrzeganie własnego zdrowia przez kobiety. Wykazano istotną statystycznie zależność między wiekiem badanych, a wskaźnikami PF, RP BP, PCS. W badanej grupie wyniki wskazują na ujemną korelację pomiędzy wyżej wymienionymi zmiennymi, a wiekiem, a także słabą lub umiarkowaną siłą analizowanych związków (Tabela 3).

■ Tab. 3. Korelacja między wskaźnikami jakości życia, a wiekiem

| Wskaźnik jakości życia | N | R | p |
|------------------------|----|--------------|---------------|
| PF | 45 | -0,44 | 0,0023 |
| RP | 45 | -0,52 | 0,0002 |
| BP | 45 | -0,31 | 0,0393 |
| GH | 45 | -0,16 | 0,2898 |
| VT | 45 | -0,14 | 0,3598 |
| SF | 45 | -0,44 | 0,0023 |
| RE | 45 | -0,35 | 0,0173 |
| MH | 45 | -0,21 | 0,1576 |
| PCS | 45 | -0,37 | 0,0118 |
| MCS | 45 | -0,25 | 0,1017 |

N - liczba kobiet, R- korelacja, p - istotność; PF - Physical Function (sprawność fizyczna); RP - Role Physical (ograniczenie aktywności z powodu braku zdrowia fizycznego); BP - Bodily Pain (odczuwanie bólu); GH - General Health (ogólna percepcja zdrowia); VT - Vitality (witalność); SF - Social Function (funkcja socjalna); RE - Role Emotional (ograniczenie aktywności z powodu problemów emocjonalnych); MH - Mental Health (zdrowie emocjonalne); PCS - Physical Component Summary (podsumowanie komponentów fizycznych); MCS - Mental Component Summary (podsumowanie komponentów psychicznych)

W analizie związku pomiędzy wskaźnikami jakości życia SF-36v2, a zmiennymi BMI, masa podnoszonych ciężarów w czasie pracy, liczby porodów w tym drogami natury i poprzez cięcie cesarskie oraz częstotliwością wizyt u ginekologa nie wykazano korelacji istotnych statystycznie.

■ DYSKUSJA

Spśród wszystkich badanych kobiet 90% rodziło, z czego 78,8% rodziło przynajmniej raz siłami natury. Taka dysproporcja pomiędzy liczbą pacjentek, które rodziły drogami natury, a tymi które miały cięcie cesarskie jest zbieżna z wnioskami wynikającymi z przeglądu systematycznego dokonanego przez norweskich badaczy Rørtveit i Hannestad. W teże pracy wykazali, iż u kobiet które rodziły drogami natury częściej występowało obniżenie narządów rodnych oraz nietrzymanie moczu w porównaniu do tych które miały cięcia cesarskie [6].

Nadwaga i otyłość są czynnikami zwiększającymi ryzyko występowania zaburzeń statyki narządu rodno [8]. Badania własne zdają się potwierdzać ten fakt, gdyż wśród respondentek, aż 66,7% miało nadwagę, a u 20% stwierdzono występowanie otyłości.

W badaniach Rodríguez-Mias i wsp. przeprowadzonych na grupie 1042 kobiet podjęta została próba zidentyfikowania czynników wpływających na występowanie obniżenia narządu rodno oraz wysiłkowego nietrzymania moczu. Wykazano, iż kobiety z zaburzeniami statyki narządu rodno częściej miały za sobą porody zabiegowe oraz częściej rodziły dzieci o zwiększonej masie ciała [8]. W badaniach własnych 15% respondentek miała poród zabiegowy, a 27,5% urodziła dziecko o masie ciała powyżej 4001 gram.

Jednymi z najczęściej wymienianych przez badane objawów związanych z zaburzeniami statyki narządu rodno były parcie na mocz (73%) oraz nietrzymanie moczu (66,7%). Powyższe dolegliwości mogą znacząco obniżać jakość życia kobiet, co potwierdzają badania Popłockiej-Molińskiej i wsp. [9]. Wykazano w nich, że nietrzymanie

moczu obniżało jakość życia respondentek w sferze życia rodzinnego (72%), zawodowego (49%) oraz społecznego (40%).

W badanej grupie kobiet stwierdzono obniżenie jakości życia w każdym z obszarów uwzględnionych w kwestionariuszu SF-36v2. Podobne wyniki w swoim badaniu uzyskała Chan i wsp. W grupie 308 kobiet z obniżeniem narządu rodno dokonał on oceny jakości ich życia między innymi przy użyciu formularza SF-36 [10]. Podobnie jak w badaniach własnych jakość życia badanych była niższa od normy założonej przez autorów kwestionariusza.

■ WNIOSKI

Średnia jakość życia respondentek była niższa w zakresie wszystkich obszarów kwestionariusza SF-36v2 od przyjętej przez jego autorów normy.

1. Wiek badanych kobiet istotnie wpływał na obniżenie subiektywnej oceny jakości ich życia w obszarach takich jak: aktywność fizyczna, ograniczenie aktywności związanej z brakiem zdrowia fizycznego, odczuwanie bólu, funkcja socjalna, ograniczenie aktywności z powodu problemów emocjonalnych oraz podsumowanie komponenty fizycznej.
2. Nie wykazano istotnego statystycznie związku pomiędzy BMI, masą przedmiotów podnoszonych w trakcie pracy, liczbą porodów oraz częstotliwością wizyt u ginekologa a subiektywną oceną jakości życia respondentek.
3. Najczęściej występującymi objawami związanymi z zaburzeniami statyki narządu rodno było odczuwanie parcia na mocz, obserwowanie wysuwania się narządu rodno z pochwy, nietrzymanie moczu oraz zwiększona częstotliwość jego oddawania.

■ REFERENCES/PIŚMIENNICTWO

1. Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1998;25 (4): 723-746.
2. Persu C, Chapple CR, Cauni V, et al. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) – a new era in pelvic prolapse staging. *J Med Life.* 2011; 4: 75-81.
3. Polskie Towarzystwo Uroginekologiczne: Skala POP-Q obniżenia narządów miednicy mniejszej 2014. Cytowany dn. 13.11.2017. Adres: http://ptug.pl/wp-content/uploads/2014/09/POP-Q_Reference_Ethicon.pdf.
4. Polskie Towarzystwo Uroginekologiczne: Interdyscyplinarne wytyczne Polskiego Towarzystwa Uroginekologiczne odnośnie diagnostyki i leczenia obniżenia narządów miednicy mniejszej. 2014 Cytowany dn. 13.11.2017. Adres: <http://ptug.pl/algorytmy-postepowania/interdyscyplinarne-wytyczne-polskiego-towarzystwa-uroginekologicznego-odnosnie-diagnostyki-i-leczenia-obnizenia-narzadow-miednicy-mniejszej>.
5. Lewicka M, Sulima M, Pyc, M, i wsp. Ocena ryzyka zaburzeń statyki narządu rodno wśród kobiet. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.* 2012; 4(18): 398-401.
6. Rørtveit G, Hannestad YS. Association between mode of delivery and pelvic floor dysfunction. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2014;14; 19 (134): 1848-1852.
7. Lee UJ, Kerkhof MH, van Leijssen SA, Heesakkers JP. Obesity and pelvic organ prolapse. *Curr Opin Urol.* 2017; 5 (27): 428-434.
8. Rodríguez-Mias NL, Martínez-Franco E, Aguado J et al. Pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence, do they share the same risk factors? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015;190: 52-57.
9. Połocka-Molińska M, Jakóbczak B, Plagens-Rotman K. Wpływ nietrzymania moczu na jakość życia kobiet. *Pol Prz Nauk Zdr.* 2017;2 (51): 161-167.
10. Chan SS, Cheung RY, Yiu KW et al. Symptoms, quality of life, and factors affecting women's treatment decisions regarding pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2012; 8 (23): 1027-1033.

Praca przyjęta do druku/Manuscript received:

16.11.2017

Praca zaakceptowana/Manuscript accepted:

11.01.2018

Tłumaczenie/Translation: Julia Nawrot