

P R A C E O R Y G I N A L N E

położnictwo

Ocena jakości życia kobiet hospitalizowanych w ciąży z wykorzystaniem *Mother-Generated Index* – badania pilotażowe

Evaluation of antenatal quality of life of hospitalized women with the use of Mother-Generated Index – pilot study

Nowakowska-Głąb Agata¹, Maniecka-Bryła Irena¹, Wilczyński Jan², Nowakowska Dorota²

¹ Zakład Epidemiologii i Biostatystyki, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej, Uniwersytet Medyczny (UM) w Łodzi

² Klinika Medycyny Matczyno-Płodowej i Ginekologii (KMMPIG), Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki (ICZMP) w Łodzi

Streszczenie

Cel pracy: W pracy podjęto się:

1. Oceny ankiety MGI (*Mother-Generated Index*) jako narzędzia do mierzenia jakości życia związanej ze zdrowiem (*Health Related Quality of Life – HRQL*) hospitalizowanych kobiet w ciąży;
2. Wyodrębnienia czynników mających wpływ na jakość życia hospitalizowanych kobiet w ciąży;
3. Zbadania korelacji między miernikami MGI, a SF-36v2 i EQ-5D.

Materiał i metody: MGI jest trójstopniowym kwestionariuszem. W pierwszej części kobiety wymieniały od trzech do ośmiu aspektów życia, na które miała wpływ ciąża i poród. W drugiej części oceniały, jak bardzo są one pozytywne lub negatywne, a w trzeciej każdemu aspektowi przydzielały wagi odzwierciedlające znaczenie tych aspektów. Pod-indeks MGI1 zdefiniowano jako średnią wyników z drugiej części, a pod-indeks MGI2 jako średnią ważoną wyników z drugiej części z wagami z trzeciej części.

Przy użyciu kwestionariuszy SF-36v2, EQ-5D, MGI oraz ankiety socjoekonomicznej przebadanych zostało 99 kobiet ciężarnych hospitalizowanych w ICZMP w Łodzi.

Wyniki: Wartość MGI1 mieściła się w granicach od 1,83 do 10, przy czym średnia wartość MGI1 wynosiła 5,86 (SD 1,71). MGI2 była w przedziale od 0 do 10, a średnia wartość MGI2 wynosiła 6,70 (SD 2,34). Miary MGI były istotnie dodatnio skorelowane z EQ-5D oraz do-datnio skorelowane z pod-indeksami SF-36v2 ($p < 0,05$). Korelacje były słabe lub umiarkowane (od 0,2 do 0,4). Średnia wartość przyznana pozytywnym aspektom w drugiej części kwestionariusza MGI wynosiła 8,58 (SD 1,13), negatywnym 2,63 (SD 1,22), a neutralnym 5,02 (SD 1,55).

Analiza wariancji pokazała, że różnice w wartościach przyznane aspektom pozytywnym, negatywnym i neutralnym w drugiej części kwestionariusza MGI były istotne statystycznie ($p < 0,001$). Wśród aspektów, mających wpływ na jakość życia, kobiety wymieniały relacje w rodzinie i z partnerem, odczucia odnośnie ciąży, porodu i dziecka oraz związane z pracą zawodową i finansami.

Adres do korespondencji:

Agata Nowakowska-Głąb
Zakład Epidemiologii i Biostatystyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Żeligowskiego 7/9, 90-752 Łódź
e-mail: a.nowakowska.glab@gmail.com

Otrzymano: 15.01.2010
Zaakceptowano do druku: 20.06.2010

Wnioski: 1. Ankieta MGI należy traktować jako narzędzie pomocnicze do mierzenia HRQL kobiet w ciąży, gdyż odzwierciedla ona różnicę między oczekiwaniami kobiet odnośnie ciąży, a rzeczywistością. 2. Ankieta MGI pozwoliła na wyodrębnienie czynników mających wpływ na jakość życia kobiet z uwzględnieniem ich znaczenia dla ciężarnych. Do tych czynników należą: poprawa relacji z partnerem, odczucia odnośnie ciąży, porodu i dziecka, odczuwanie ruchów dziecka, obawa o utratę pracy itp. 3. Między miernikami MGI, a SF-36v2 i EQ-5D istnieją istotne statystycznie dodatnie korelacje. Dowodzi to trafności kwestionariusza MGI, tzn. tego, że MGI mierzy HRQL kobiet ciężarnych, a zatem to do czego został zaprojektowany.

Słowa kluczowe: **ankieta MGI / jakość życia – HRQL / ciąża /**

Abstract

Objectives: The objectives of this study included: 1. evaluation of the Polish version of Mother Generated-Index (MGI) as a tool for measuring antenatal Health Related Quality of Life (HRQL) of hospitalized women; 2. identification of factors influencing antenatal quality of life of hospitalized women; 3. assessment of correlations between MGI and SF-36v2, and between MGI and EQ-5D.

Material and methods: MGI is a three-step questionnaire. Respondents were asked to name important areas of life that had been affected by their pregnancy (step 1) and then to assess, on the scale from 0 to 10, their positive or negative value (step 2). In Step 3, the women ranked the importance of the areas by allocating a total of 20 'spending points' among them. The sub-index MGI1 is defined as the mean of the Step 2 scores, the sub-index MGI2 is defined as the weighted mean of Step 2 scores with weights given in Step 3. Using SF-36v2, EQ-5D, MGI questionnaires and socioeconomic survey we studied the HRQL of 99 pregnant women hospitalized in ICZMP in Łódź.

Results: Sub-index MGI1 was included between 1.83 and 10 with mean 5.86 (SD 1.71). Sub-index MGI2 was between 0 and 10, with mean 6.70 (SD 2.34). Sub-indexes of MGI were significantly ($p < 0.05$) positively correlated with EQ-5D and with sub-indexes of SF-36v2. The correlations are weak or moderate (between 0.2 and 0.4). The mean of the score given in the second part of MGI was 8.58 (SD 1.13) for positive comments, 2.63 (SD 1.22) for negative comments, and 5.02 (SD 1.55) for neutral comments. Differences between positive, negative and neutral comments were statistically significant (ANOVA, $p = 0.00$). Among factors which influence antenatal quality of life, the respondents named relationship with partner and family, attitudes towards pregnancy, delivery and baby, work and personal finances.

Conclusions: 1. MGI should be treated as an additional tool for HRQL measurement, since it reflects the differences between expectations towards pregnancy and reality. Multicultural factors can influence MGI.

2. MGI allows to identify factors which influence the antenatal quality of life, taking into account their importance.
3. There are statistically significant positive correlations between sub-indexes of MGI and sub-indexes of SF-36v2, and between sub-indexes of MGI and EQ-5D.

Key words: **Mother Generated Index / Health Related Quality of Life – HRQL /
/ pregnancy /**

Wstęp

Badania nad jakością życia związaną ze zdrowiem (*Health Related Quality of Life*, HRQL) są prowadzone w wielu ośrodkach w Polsce i na świecie. Wypracowano na przestrzeni wielu lat podstawy teoretyczne badań nad HRQL oraz liczne narzędzia pozwalające ujmować jakość życia związaną ze zdrowiem w wartości liczbowe [1].

Pomiar HRQL umożliwia porównywanie różnych procedur medycznych ze względu na ich wpływ na HRQL pacjentów oraz ocenę w jakim stopniu różne czynniki zagrożenia, choroby, warunki socjoekonomiczne, niepełnosprawność itp. wpływają na jakość życia.

Narzędzia do mierzenia HRQL opierają się na kwestionariuszach, przy wypełnianiu których badany określa swój stan zdrowia. Dzielą się one na narzędzia ogólne (generyczne), które mają uniwersalne zastosowanie i swoiste, które służą do badania HRQL określonych populacji, np. kobiet ciężarnych.

Do najbardziej znanych kwestionariuszy ogólnych służących do badania HRQL należy zaliczyć SF-36 (*Short Form 36 Health Survey*) i EQ-5D (*EuroQol 5 dimensions*). Narzędzia te są właściwie przebadane, przetłumaczone na wiele języków oraz przeszły walidację lingwistyczną mającą na celu ustalenie, czy w każdym języku są tak samo odbierane. Umożliwiają porównania czynników badanych grup pacjentów na całym świecie. Dzięki standaryzacji są szeroko wykorzystywane w licznych badaniach epidemiologicznych, w tym także nad populacją kobiet ciężarnych [2-8].

Powstały także narzędzia swoiste do badania HRQL kobiet w ciąży i po porodzie. Zaliczyć do nich można EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*), PNMI (*Postnatal Morbidity Index*) oraz MAMA (*Maternal Adjustment and Maternal Attitudes*) [9-10]. Skala EPDS służy do badania depresji poporodowej, a PNMI oraz MAMA nie zostały poddane tłumaczeniu na język polski i niezbędnej w ich przypadku walidacji językowej. Brakuje zatem narzędzi do badania HRQL kobiet w ciąży w polskiej wersji językowej.

Ciekawym rozwiązaniem jest kwestionariusz MGI (*Mother Generated Index*). Ze względu na swoją specyfikę MGI nie wymaga walidacji językowej. Co więcej MGI pozwala na poznanie opinii kobiet ciężarnych w większym stopniu niż dotychczas, gdyż nie opiera się jak inne kwestionariusze do badań HRQL na predefiniowanej liście badanych zagadnień. Dotychczas przeprowadzane badania przy użyciu MGI dotyczyły głównie kobiet, które były kilka tygodni lub miesięcy po urodzeniu dziecka [10-14]. Tylko jedno badanie dotyczyło kobiet w ciąży, przy czym było ono przeprowadzone na małej grupie kobiet i może być traktowane jedynie jako badanie pilotażowe [15].

Badania nad HRQL kobiet w ciąży i po porodzie są dość wyrwykowe w piśmiennictwie anglojęzycznym, a w polskim szczątkowe. Obecne badanie uzupełnia tę lukę.

W pracy podjęto się: 1. Oceny ankiety MGI jako narzędzia do mierzenia HRQL hospitalizowanych kobiet w ciąży; 2. Wyodrębnienia czynników mających wpływ na jakość życia hospitalizowanych kobiet w ciąży; 3. Zbadania korelacji między miernikami MGI, a SF-36v2 i EQ-5D.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone w grupie 136 pacjentek hospitalizowanych między 21 lipca a 25 września 2009 r. w Klinice Medycyny Matczyno-Płodowej i Ginekologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, będącej ośrodkiem trzeciego plus stopnia referencyjności. Wśród tych pacjentek 37 odmówiło wzięcia udziału w badaniu. W efekcie badaniem objęto 99 kobiet ciężarnych. Badania mają charakter pilotażowy, a ich dalszy ciąg będzie opisany w kolejnych pracach.

W grupie badanych kobiet były zarówno kobiety hospitalizowane w związku z powikłaniami ciąży jak i kobiety w ciąży o przebiegu fizjologicznym (w 39-41 tygodniu ciąży przyjęte w związku ze zbliżającym się porodem). Z uwagi na to, że grupa kobiet z ciążami o przebiegu fizjologicznym była specyficzna, nie było możliwości porównania grup kobiet w ciąży o przebiegu prawidłowym i z powikłaniami ciąży.

Narzędziami badania były cztery kwestionariusze: ankieta dotycząca sytuacji socjoekonomicznej składająca się z 23 pytań, kwestionariusz SF36v2 składający się z 36 pytań, kwestionariusz pięciowymiarowy EQ-5D oraz MGI. Opis kwestionariuszy SF36v2 i EQ-5D zaczerpnięto z piśmiennictwa [16-19]. Zakupiono licencję nr CT 117518/OP001836 na wykorzystanie SF36v2. Uzyskano zgodę na wykorzystanie bezpłatnie w badaniu EQ-5D od EuroQol Group. Zgodę na wykorzystanie kwestionariusza MGI uzyskano od jego współtwórcy [11].

W ankiecie socjoekonomicznej zebrano m.in. dane na temat wykształcenia, stanu cywilnego, wielkości miejscowości, w której mieszkały kobiety, rodzaju wykonywanej pracy zawodowej, dochodu na osobę w rodzinie, liczby izb mieszkalnych. Dane te z powodu obszerności nie zostały ujęte w pracy.

Do obliczenia wartości EQ-5D brano pod uwagę następujące kategorie: zdolność poruszania się, samoobsługę, codzienną aktywność, występowanie bólu, depresję/niepokój.

W każdej kategorii określano stopień niepełnosprawności: od braku problemów, poprzez umiarkowane problemy, aż po całkowitą niezdolność lub ekstremalne problemy.

Osoby badane były także proszone o oznaczenie swojego samopoczucia w skali VAS (*Visual Analog Scale*) od 0 do 100, przy czym wartość 0 oznaczała najgorszy wyobraźalny stan

zdrowia, a wartość 100 oznaczała najlepszy wyobraźalny stan zdrowia.

W kwestionariuszu SF-36v2 ankietowane odpowiadały na 36 pytań, w których określały jak bardzo w ich odczuciu zdrowie odbiegało od idealnego. Uzyskane w ankiecie SF-36v2 wyniki pozwoliły wyliczyć następujące pod-indeksy o wartościach liczbowych: sprawność fizyczna (*Physical Functioning* – PF), ograniczenie aktywności spowodowane brakiem zdrowia fizycznego (*Role limitations because of Physical health problems* – RP), odczuwanie bólu (*Body Pain* – BP), ogólna percepcja zdrowia (*General Health* – GH), witalność (*Vitality* – VT), funkcjonowanie społeczne (*Social Functioning* – SF), ograniczenie aktywności z powodu problemów emocjonalnych (*Role-Emocional* – RE), zdrowie psychiczne (*Mental Health* – MH), zmiana percepcji zdrowia w ciągu ostatniego roku (*Reported Health Transition* – HT) [19].

Kwestionariusz MGI był trójstopniowy. W pierwszej części proszono kobiety o przemyślenie na jakie ważne obszary ich życia miała wpływ ciąża. Proszono o wypisanie od trzech do ośmiu najważniejszych z nich i zaznaczenie czy były one dla kobiety pozytywne, negatywne, czy neutralne.

W drugiej części proszono o zaznaczenie w skali od 0 do 10 jaki wpływ na jakość życia miały określone w pierwszej części obszary w ciągu poprzednich 4 tygodni (0 – nie może być już gorzej w danej kwestii, 10 – nie może być lepiej).

W trzeciej części proszono o rozdysponowanie 20 punktów pomiędzy wymienione obszary, tak by większa liczba punktów odpowiadała większemu znaczeniu danego aspektu. Dopuszczono sytuację, gdy kobieta danemu obszarowi nie przyznała żadnych punktów w części trzeciej.

W oparciu o uzyskane wyniki wyliczono pierwszą miarę MGI (MGI1) oraz drugą miarę MGI (MGI2). MGI1 to średnia liczba punktów przydzielonych przez kobietę w części drugiej. MGI2 była średnią ważoną liczby punktów przydzielonych przez kobietę w części drugiej z wagami ustalonymi przez kobietę w części trzeciej [20]. Wartości obu miar MGI są liczbami między 0 a 10. Większe wartości indeksów MGI1 i MGI2 odpowiadały bardziej pozytywnej odczuwalnej przez kobiety jakości życia.

Do obliczeń statystycznych użyto pakietu Statistica. Przy obliczaniu istotności współczynnika korelacji Pearsona i przy porównywaniu grup populacji zastosowano test t-Studenta. W analizie wariancji użyto F-test Fishera, test post-hoc istotnych różnic Tukeya, test jednorodności wariancji Browna-Forsythe'a oraz skategoryzowane wykresy normalności. Do analizy tabel wielodzzielczych użyto testu chi-kwadrat. Przyjęto, że wyniki są istotne statystycznie, jeśli $p < 0,05$.

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy

Badane kobiety były w wieku od 17 do 42 lat, przy czym średnia wieku wynosiła 28,9 lat. 16 kobiet nie ukończyło 25 roku życia (I grupa wiekowa), 67 kobiet było w wieku 25-34 lat (II grupa wiekowa), a 12 miało ukończone 35 lat (III grupa wiekowa). Sześćdziesiąt dwie kobiety były w pierwszej ciąży, 21 w drugiej, 11 w trzeciej i 3 w czwartej lub więcej. Siedemdziesiąt kobiet nie miało za sobą porodu, 16 jeden poród, pozostałe 11 dwa porody. Pacjentki były między 16 a 41 tygodniem ciąży (pod uwagę był brany ukończony tydzień ciąży), przy czym średnia wynosiła 32.

Tabela 1. Ważne aspekty życia, na które miała wpływ ciąża wymieniane przez kobiety w kwestionariuszu MGI, MGI1 – średnia wartość nadana danemu aspektowi w drugiej części kwestionariusza, MGI2 – średnia waga nadana danemu aspektowi w trzeciej części kwestionariusza.

	Liczba wskazań N	Negatywne N	Pozytywne N	Neutralne N	MGI1	MGI2
Relacje w rodzinie	84	7	70	7	7,67	5,18
w tym relacje z partnerem	43	5	35	3	7,70	5,90
Odczucia odnośnie ciąży, porodu i dziecka	104	41	60	3	6,33	6,27
Odczucia fizyczne	73	42	23	8	5,19	3,82
Odczucia emocjonalne	78	35	29	14	4,95	3,91
Praca zawodowa i finanse	58	26	16	16	4,71	3,72
Relacje z ludźmi spoza rodziny	64	22	21	21	5,45	2,66
Zmiana stylu życia	37	8	22	7	6,49	5,32
Opieka medyczna	40	17	17	6	4,45	4,14

Kobiet w III trymestrze ciąży było 82, a kobiet w I-II trymestrze 14. W ciąży pojedynczej było 91 kobiet, 4 w bliźniaczej i 2 w trojaczej.

Kwestionariusz MGI

W tabeli I przedstawiono: pogrupowane tematycznie ważne aspekty życia, na które miała wpływ ciąża, wymieniane w kwestionariuszu MGI; liczbę wskazań na każdy z nich; liczbę wskazań pozytywnych, negatywnych i neutralnych; średnią liczbę punktów przyznanych w części drugiej (MGI1) i trzeciej (MGI2) w kwestionariuszu dla każdego z aspektów. Średnia wartość MGI1 oznaczała jak dany aspekt był przez kobiety oceniany – najlepiej oceniali relacje z partnerem, a najgorzej opiekę medyczną. Najczęściej wymieniano trudności w uzyskaniu informacji o stanie zdrowia kobiety i płodu.

Średnia wartość MGI2 oznaczała jak duże znaczenie było przyznane danemu aspektowi – najważniejsze dla nich były odczucia odnośnie ciąży, porodu i dziecka takie jak obawy, radość, strach, a najmniej ważne relacje z ludźmi spoza rodziny.

W przypadku 10 spośród 99 wypełnionych kwestionariuszy MGI nie można było wyliczyć miar MGI1 i MGI2 lub z powodu wewnętrznych sprzeczności odpowiedzi wyliczenia nie miały sensu. Wyliczona wartość MGI1 wahała się od 1,83 do 10 przy czym średnia wartość MGI1 wynosiła 5,86, a odchylenie standardowe (*Standard Deviation – SD*) wynosiło 1,71. MGI2 zawarta była w przedziale od 0 do 10, przy czym średnia wartość MGI2 wynosiła 6,70 (SD 2,34). Pozytywne aspekty, na które miała wpływ ciąża podało 89 kobiet, przy czym średnia wartość przyznana pozytywnym aspektom w drugiej części kwestionariusza MGI wynosiła 8,58 (SD 1,13).

Negatywne aspekty wymieniło 76 kobiet (śr. 2,63; SD 1,22), a neutralne 53 kobiety (śr. 5,02; SD 1,55). Analiza wariancji pokazała, że różnice w wartościach przyznane aspektom pozytywnym, negatywnym i neutralnym w drugiej części kwestionariusza MGI są istotne statystycznie ($p < 0,001$). Test istotnych różnic Tukeya pokazał, że także różnice między każdą parą były istotne statystycznie ($p < 0,001$).

Spośród wszystkich wymienionych przez kobiety aspektów 50% stanowiły pozytywne, 35% negatywne i 15% neutralne.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w wartościach MGI między grupami kobiet w III trymestrze ciąży, a kobiet w I-II trymestrze ciąży (t-test). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w wartościach MGI u kobiet, które jeszcze nie rodziły, a kobiet które miały za sobą co najmniej jeden poród (t-test). Nie stwierdzono także istotnych statystycznie różnic między grupami wiekowymi (ANOVA).

Kwestionariusz EQ-5D

W ankiecie EQ-5D, 47 kobiet oceniło, że nie ma problemów z poruszaniem się, 37 zgłaszało umiarkowane problemy, a 13 oceniło, że są zmuszone pozostawać w łóżku. Sześćdziesiąt dziewięć kobiet nie miało żadnych problemów z samoobsługą, a pozostałe 28 uznało, że ma niewielkie problemy z myciem i ubieraniem się. Trzydzieści osiem kobiet uznało, że nie ma problemów z wykonywaniem zwykłych czynności, 47 zgłosiło pewne problemy, a 12 uznało, że nie mogą wykonywać zwykłych czynności. Dwadzieścia pięć kobiet nie odczuwało bólu i dyskomfortu, 70 zgłaszało umiarkowany ból lub dyskomfort, a 2 krańcowy ból lub dyskomfort. Trzydzieści trzy kobiety nie zgłaszały żadnego niepokoju i przygnębienia, 55 oceniło, że są umiarkowanie niespokojne lub przygnębione, a 9 kobiet oceniło, że są krańcowo niespokojne lub przygnębione. Na skali oceny samopoczucia kobiety wybierały wartości od 20 do 100, przy czym średnia wartość wynosiła 66,5.

Analiza tabel wielozmiennych wykazała, że nie ma istotnych statystycznie różnic między rozważanymi grupami (przy podziałach ze względu na trymestr, ze względu na grupę wiekową i ze względu na przeszłość położniczą).

Kwestionariusz SF-36

Różnice w odpowiedziach na pytania w kwestionariuszu SF-36 między grupami kobiet w III trymestrze i kobiet w I-II trymestrze nie były z reguły istotne statystycznie. Wyjątek stanowił pod-indeks RP (t-test, $p < 0,05$): średnia u kobiet w III trymestrze wynosiła 43 (SD 21,8), a średnia u kobiet w I-II trymestrze wynosiła 57 (SD 23,4).

Ocena jakości życia kobiet hospitalizowanych...

Tabela II. Korelacje między miarami MGI a pod-indeksami SF-36v2: pierwsza miara MGI (MGI1), druga miara MGI (MGI2), sprawność fizyczna (PF), ograniczenie aktywności spowodowane brakiem zdrowia fizycznego (RP), odczuwanie bólu (BP), ogólna percepcja zdrowia (GH), vitalność (VT), funkcjonowanie społeczne (SF), ograniczenie aktywności z powodu problemów emocjonalnych (RE), zdrowie psychiczne (MH), zmiana percepcji zdrowia w ciągu ostatniego roku (HT); ^a p<0,05; ^b p<0,01.

MGI	PF	RP	BP	GH	VT	MH	SF	RE	HT
MGI1	0,22^a	0,16	0,20	0,29^b	0,39^b	0,38^b	0,20	0,23^a	-0,16
MGI2	0,19	0,11	0,13	0,18	0,37^b	0,39^b	0,17	0,21^a	-0,18

Tabela III. Korelacja między miarami MGI a składnikami EQ-5D: pierwsza miara MGI (MGI1), druga miara MGI (MGI2), skala samopoczucia (VAS), brak problemów (brak), umiarkowane problemy (umiarkowane), znaczne problemy (znaczne); ^a p<0,05; ^b p<0,01.

MGI	EQ-5D			
	VAS	brak	umiarkowane	znaczne
MGI1	0,38^b	0,30^b	-0,26^a	-0,11
MGI2	0,27^a	0,23^a	-0,17	-0,17

Wynika z tego, że zmniejszenie czasu spędzanego na pracy i innych czynnościach oraz trudność w ich wykonaniu (w ciągu 4 tygodniu od czasu badania) było sygnalizowane częściej przez kobiety w III trymestrze, niż kobiety w I-II trymestrze.

Różnice w odpowiedziach kobiet, które nie rodziły i kobiet, które miały za sobą co najmniej jeden poród nie były z reguły istotne statystycznie. Wyjątek stanowił pod-indeks MH (t-test, p<0,05): średnia u kobiet, które nie rodziły wynosiła 65 (SD 19,2), a średnia u kobiet, które rodziły wynosiła 55 (SD 17,5). Wynika z tego, że złe samopoczucie, nerwowość, przygnębienie (w ciągu 4 tygodniu przed badaniem) były sygnalizowane częściej przez kobiety, które już rodziły niż przez kobiety, które nie rodziły.

Nie było istotnych statystycznie różnic w odpowiedziach w kategoriach wiekowych (ANOVA).

Korelacje między MGI a SF-36v2 i EQ-5D

Dokonano oceny korelacji między MGI1 i MGI2 a pod-indeksami SF-36v2 i liczbą odpowiedzi w kwestionariuszu EQ-5D: brak problemów, umiarkowane problemy, znaczne problemy oraz skalą samopoczucia VAS.

Uzyskane wyniki przedstawiono w tabelach II i III (pogrubione wartości są istotne statystycznie). Pod-indeks MGI1 był istotnie dodatnio skorelowany z PF, GH, VT, MH, RE (pod-indeksy SF-36), dodatnio skorelowany z liczbą odpowiedzi „brak problemów” i VAS oraz ujemnie skorelowany z liczbą odpowiedzi „umiarkowane problemy” (składowe EQ-5D). Pod-indeks MGI2 był istotnie dodatnio skorelowany z VT, MH, RE, dodatnio skorelowany z liczbą odpowiedzi „brak problemów” i VAS. Zakładano, że korelacje są istotne, jeśli p<0,05. Powyższe korelacje mieściły się w przedziale od 0,2 do 0,4, a zatem były słabe lub umiarkowane.

Korelacja między MGI1 i MGI2 wynosiła 0,73 i była istotna statystycznie (p<0,001).

Dyskusja

Standardowe kwestionariusze do badania HRQL takie jak EQ-5D i SF-36v2 biorą pod uwagę problemy, które często występują w ciąży: mdłości, ból, ograniczenie sprawności fizycznej, ograniczenie codziennej aktywności itp. Nie uwzględniają one jednak innych zmiennych, które mają wpływ na jakość życia. Tymczasem MGI daje możliwość poznania czynników wpływających na HRQL kobiet w ciąży, których nie obejmują inne znane kwestionariusze.

W badaniu okazało się, że kobiety wskazują na czynniki, których zwykle nie uwzględnia się w kontekście HRQL, tj. pozytywne odczucia związane z byciem w ciąży, lęk i obawa o przebieg porodu i zdrowie dziecka, zmiana relacji związanych z ciążą: z partnerem, z innymi osobami w rodzinie oraz ze znajomymi, obawy o rozwój kariery zawodowej i sytuację finansową, zadowolenie z faktu, że będąc na zwolnieniu lekarskim w związku z ciążą, nie trzeba chodzić do pracy itp. Z badania wynika, że używanie MGI pozwala poszerzyć wiedzę o jakości życia kobiet ciężarnych.

Niektóre pod-indeksy SF-36v2, tj. PF, GH, VT, RE i MH są skorelowane w sposób istotny statystycznie z MGI1 i MGI2. Jest to zgodne z hipotezą badawczą, że MGI mierzy HRQL kobiet w ciąży. Indeksy MGI1 i MGI2 nie są istotnie skorelowane z następującymi pod-indeksami SF-36v2: RP, BP, SF i HT. Wynika to z tego, że kobiety traktują ograniczenia aktywności zawodowej z powodu stanu zdrowia, odczuwanie bólu i zmniejszenie intensywności relacji społecznych jako ściśle związane z ciążą i tym ograniczeniom nie nadają dużego znaczenia, co widać w wynikach kwestionariusza MGI.

Zmiana percepcji zdrowia w ciągu roku nie wpływa na samoocenę jakości życia kobiet ciężarnych. Najwidoczniej kobiety ciężarne w większym stopniu oceniają jakość życia w stosunku do wyobrażeń, oczekiwań i doświadczeń odnośnie ciąży, niż w stosunku do tego, jaki był stan zdrowia rok wcześniej.

Miary MGI1 i MGI2 są dodatnio skorelowane z odsetkiem odpowiedzi „brak problemów” w EQ-5D oraz ujemnie skorelowane z odsetkiem odpowiedzi „umiarkowane problemy”. Podobnie jak w przypadku SF-36v2 świadczy to pozytywnie na rzecz faktu, iż MGI1 i MGI2 mierzą HRQL.

Prezentowane badanie ankietowe zostało przeprowadzone z udziałem kobiet hospitalizowanych. W wyniku tego miała miejsce nadreprezentacja pacjentek z chorobami ze strony matki i (lub) płodu. Ten czynnik miał wpływ na HRQL kobiet w ciąży i powodował, że uzyskane wyniki nie są reprezentatywne dla całej populacji ciężarnych. Badanie koncentrowało się jednakże na wykazaniu wartości miary MGI przez jej porównanie z wynikami uzyskanymi z użyciem standardowych narzędzi SF-36v2 oraz EQ-5D. Brak reprezentatywności badanej grupy nie miał zatem wpływu na wynik badania.

W klinice, w której przeprowadzono badanie zaleca się pozostawanie w łóżku jedynie w wyjątkowych sytuacjach, np. kobietom, którym sączą się wody z pęcherza płodowego.

Z obserwacji personelu wynika, że do leżenia w łóżku namawia kobiety odwiedzająca rodzina. Nie wiadomo zatem w jakim stopniu odpowiedzi w kwestionariuszu EQ-5D o konieczności pozostawania w łóżku wynika z niepełnosprawności, a w jakim z obawy o donoszenie ciąży.

Badania z użyciem MGI nad jakością życia kobiet w ciąży przeprowadzili brytyjscy badacze Symon i Dobb [20]. Badania wykonano w grupie 35 kobiet w trzecim trymestrze ciąży. Wymieniane przez kobiety aspekty życia były w 38% pozytywne i w 50% negatywne, czyli proporcje były odwrotne niż w naszym badaniu. Najczęściej wymienianym aspektem życia było zmęczenie (w naszym badaniu nie było wymieniane ani razu), oczekiwanie na dziecko, praca, ból. Relacje w rodzinie i z partnerem były w badaniach brytyjskich znacznie mniej ważne dla kobiet niż w naszym badaniu.

Średnia wartość miary MGI1 wynosiła 4,9, a średnie wartości przydzielane przez kobiety aspektom pozytywnym, negatywnym i neutralnym w drugiej części kwestionariusza MGI wynosiły odpowiednio 9,1, 3,2 i 5,7 – były zatem zbliżone do uzyskanych przez nas wyników.

Porównanie badań z użyciem MGI przeprowadzonych w Szkocji [15-18], [20] i badań przeprowadzonych w Indiach [19] wskazuje, że analiza porównawcza wyników uzyskanych w kwestionariuszu MGI w różnych krajach powinna uwzględniać czynniki kulturowe. Populacja indyjska jest bardzo zróżnicowana (wiele narodowości, języków, kultur, różnice w wykształceniu, olbrzymie różnice ekonomiczne), podczas gdy szkocka znacznie mniej.

Populacja polska jest wyjątkowo homogeniczna (niewielki odsetek imigrantów, mniejszości narodowych, niewielka różnorodność wyznaniowa). Różnice kulturowe wewnątrz polskiej populacji nie mają wpływu na wypełnianie kwestionariusza MGI. Problematiczne może być jednak porównywanie wyników MGI między populacjami w różnych krajach, ze względu na różnice w stereotypach właściwych postaw wobec ciąży, porodu i macierzyństwa, które wpływają na wypełnianie MGI.

Kwestionariusz MGI odzwierciedla także różnicę między oczekiwaniami odnośnie ciąży, a rzeczywistością. Jest to zasadnicza różnica między kwestionariuszem MGI, a kwestionariuszami SF-36v2 i EQ-5D, które mierzą obiektywne różnice w jakości życia związanej ze zdrowiem.

Uzyskane wyniki sugerują, że istnieją zależności między jakością życia kobiet hospitalizowanych a ich wiekiem, przeszłością położniczą, trymestrem ciąży i niektórymi parametrami socjoekonomicznymi.

Głębsza analiza statystyczna pokazuje jednak, że wiele z nich nie jest istotnych statystycznie. Pokazuje to, że dalsze badania na większej populacji kobiet ciężarnych są konieczne, by rozstrzygnąć jakie czynniki i w jakim stopniu wpływają na HRQL kobiet ciężarnych.

Dodatkowo konieczne jest uwzględnienie kobiet, których ciąża przebiega w sposób fizjologiczny w celu dokonania oceny wpływu hospitalizacji na jakość życia. Nadreprezentacja w badaniu kobiet o wysokich dochodach i wykształceniu sugeruje, że w dalszej kolejności należy się skupić na przebadaniu kobiet biednych o niskim wykształceniu.

Wnioski

1. Kwestionariusz MGI jest nietypowym swoistym narzędziem do badania jakości życia, i należy go traktować jako narzędzie pomocnicze. MGI umożliwia poznanie spontanicznych opinii i odczuć kobiet odnośnie ciąży i dziecka. Przeprowadzono pierwsze w Polsce badanie nad HRQL kobiet ciężarnych z wykorzystaniem MGI.
2. Ankieta MGI pozwala na wyodrębnienie czynników mających wpływ na jakość życia kobiet (Tabela I) z uwzględnieniem ich znaczenia dla ciężarnych (mierniki MGI1 i MGI2). Standardowe kwestionariusze z uwagi na zdefiniowaną listę czynników nie pozwalają na poznanie nowych oraz w mniejszym stopniu pozwalają na poznanie wagi tych czynników na odczuwalną jakość życia.
3. Między miernikami MGI, a SF-36v2 i EQ-5D istnieją istotne statystycznie dodatnie korelacje. Potwierdza to hipotezę badawczą, że miary MGI mierzą HRQL kobiet w ciąży. Z drugiej strony korelacje są słabe lub umiarkowane (mieszczą się między 0,2 a 0,4), co oznacza, że MGI wnosi nowe informacje do badań nad HRQL kobiet w ciąży.

Piśmiennictwo

1. Karski J. Konieczność i problemy pomiaru zdrowia pozytywnego. *Zdr Publ.* 2003, 113, 371-376.
2. Jansen A, Duvekot J, Hop W, [et al.]. New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007, 86, 579-584.
3. Shaheen R, Lindholm L. Quality of life among pregnant women with chronic energy deficiency in rural Bangladesh. *Health Policy.* 2006, 78, 128-134.
4. Torkan B, Parsay S, Lamyian M, [et al.]. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2009, 30, 9:4.
5. Setse R, Grogan R, Pham L, [et al.]. Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: the Health Status in Pregnancy (HIP) study. *Matern Child Health J.* 2009, 13, 577-587.
6. Da Costa D, Dritsa M, Rippen N, [et al.]. Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Arch Womens Ment Health.* 2006, 9, 95-102.
7. Jomeen J, Martin C. The factor structure of the SF-36 in early pregnancy. *J Psychosom Res.* 2005, 59, 131-138.
8. McKee M, Cunningham M, Jankowski K, [et al.]. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol.* 2001, 97, 988-993.

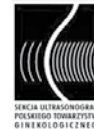
Ocena jakości życia kobiet hospitalizowanych...

9. Kossakowska-Petrycka K, Wałęcka-Matya K, Psychologiczne uwarunkowania wystąpienia depresji poporodowej u kobiet w ciąży o przebiegu prawidłowym i ciąży wy-sokiego ryzyka. *Ginekol Pol.* 2007, 78, 549-553.
10. Symon A, McGreavey J, Picken C. Postnatal quality of life assessment: validation of the Mother-Generated Index. *BJOG.* 2003, 110, 865-868.
11. Symon A, MacDonald A, Ruta D. Postnatal quality of life assessment: introducing the mother-generated index. *Birth.* 2002, 29, 40-46.
12. Symon A, MacKay A, Ruta D. Postnatal quality of life: a pilot study using the Mother-Generated Index. *J Adv Nurs.* 2003, 42, 21-29.
13. Symon A, Glazener C, MacDonald A, [et al.]. Pilot study: quality of life assess-ment of postnatal fatigue and other physical morbidity. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2003, 24, 215-219.
14. Nagpal J, Dhar R, Sinha S, [et al.]. An exploratory study to evaluate the utility of an adapted Mother Generated Index (MGI) in assessment of postpartum quality of life in India. *Health Qual Life Outcomes.* 2008, 6:107.
15. Symon A, Dobb B. An exploratory study to assess the acceptability of an antena-tal quality-of-life instrument (the Mother-generated Index). *Midwifery.* 2008, 24, 442-450.
16. Grabowska P, Targowski T, Jahnz-Różyk K. Ocena jakości życia i wiedzy na te-mat szkodliwości palenia tytoniu u chorych hospitalizowanych w Klinice Pneumonologii. *Przegl Lek.* 2006, 63, 1071-1074.
17. Marcinowicz L, Sienkiewicz J. Analiza trafności i rzetelności polskiej wersji kwe-stionariusza SF-36: wyniki wstępne. *Przegl Lek.* 2003, 60, Supl. 6, 103-106.
18. Kuształ M, Nowak K, Magott-Procelewska M, [et al.]. Ocena zależnej od zdrowia jakości życia u chorych przewlekle dializowanych. Doświadczenia własne z użyciem kwestionariusza SF-36. *Pol. Merk. Lek.*, 2003, XIV, 80113-80117.
19. Ware J, Kosinski M, Bjorner J, [et al.]. User's manual for the SF-36v2 health sur-vey (2nd ed.). Ed. Lincoln R. *QualityMetric Incorporated.*
20. Nowakowska-Giąb A, Maniecka-Bryła I. Mother Generated-Index – nowy miernik oceny jakości życia kobiet w ciąży i po porodzie. *Przegl Epidemiol.* 2010, 64, 133-138.

KOMUNIKAT

„PRAKTYCZNE ASPEKTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII”

POZNAŃ



KURSY SEKCJI ULTRASONOGRAFII PTG

Forum dyskusyjno-szkoleniowe
23.04.2010 • 11.06.2010 • 03.09.2010

**Centrum Kongresowo-Dydaktyczne
Uniwersytetu Medycznego
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu,
ul. Przybyszewskiego 37**

Kierownictwo Naukowe:

prof. dr hab. n. med. Jacek Brązert
dr hab. n. med. Marek Pietryga

Organizatorzy:

- Sekcja USG PTG
- Klinika Położnictwa i Chorób Kobietych Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
- Stowarzyszenie na Rzecz Zdrowia Matki i Dziecka

Tematy kursów:

23.04.2010

Ultrasonografia w diagnostyce ciąży powikłanej cukrzycą i zagrażającym porodem przedwczesnym. Wady rozwojowe płodu.

Zebrań sprawozdawczo-wyborcze Sekcji Ultrasonografii PTG
– 23.04.2010, godz. 16.30

11.06.2010

Ultrasonografia w ginekologii i diagnostyce gruczołu piersiowego. Diagnostyka wad serca płodu.

03.09.2010

Ultrasonografia w diagnostyce ciąży powikłanej nadciśnieniem indukowanym ciążą. Wady rozwojowe płodu.

Programy szczegółowe kursów dostępne na stronie internetowej:
www.gpsk.am.poznan.pl/su_ptg

KURS SPECJALISTYCZNY

- 40 punktów akredytacyjnych Sekcji USG PTG
- 10 punktów edukacyjnych OIL

Koszt uczestnictwa: 600 zł

Zgłoszenia listownie, faksem lub mailem:
Klinika Położnictwa i Chorób Kobietych UM w Poznaniu,
60-535 Poznań, ul. Polna 33
fax: 061 8419-647, tel.: 061 8419-334, 560
e-mail: kpichk@gpsk.am.poznan.pl

Proszę przy zgłoszeniu podać nr NIP oraz dane do faktury.

Opłatę za kurs proszę przelać na konto:
STOWARZYSZENIE NA RZECZ ZDROWIA MATKI I DZIECKA
UL. POLNA 33, 60-535 POZNAŃ
74 10901463 0000 0001 03381687
I Oddział BZ WBK S.A. w Poznaniu

(na przelewie proszę wpisać nazwisko osoby, której dotyczy wpłata)
Nie pośredniczymy w rezerwacji hoteli.