

Agata Nowakowska-Głąb, Irena Maniecka-Bryła

MOTHER GENERATED-INDEX – NOWY MIERNIK OCENY JAKOŚCI ŻYCIA Kobiet w ciąży i po porodzie

MOTHER GENERATED-INDEX – A NEW INDICATOR OF ANTENATAL AND POSTNATAL QUALITY OF LIFE

Zakład Epidemiologii i Biostatystyki Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu
Medycznego w Łodzi

STRESZCZENIE

Cel pracy: W pracy podjęto się: 1. przedstawienia narzędzia MGI do badania jakości życia kobiet w ciąży i po porodzie i jego zastosowań w badaniach naukowych; 2. krytycznej analizy kwestionariusza MGI; 3. przedstawienia propozycji dalszych badań nad kwestionariuszem MGI tak, by mógł wyjść z fazy metodologicznego eksperymentu i stał się pełnoprawnym narzędziem do badania HRQL kobiet w ciąży i po porodzie.

Ustalenia: MGI to trójstopniowy kwestionariusz. W pierwszej części kobiety wymieniają od trzech do ośmiu aspektów życia, na które miała wpływ ciąża i poród. W drugiej części oceniają, jak bardzo są one pozytywne lub negatywne, a w trzeciej każdemu aspektowi przydzielają wagi odzwierciedlające jego znaczenie. Pod-indeks MGI1 definiuje się jako średnią wyników z drugiej części, a pod-indeks MGI2 jako średnią ważoną wyników z drugiej części z wagami z trzeciej części. Kwestionariusz MGI był użyty w kilku badaniach nad jakością życia kobiet w ciąży i po urodzeniu dziecka. Był wykorzystany w badaniach nad różnymi populacjami (kobiety w Szkocji i w Indiach). Używany był wraz z wieloma narzędziami psychometrycznymi do badań HRQL (ogólnymi i swoistymi) takimi, jak EPDS, SF-12, PNMI, MAMA, GHQ-30, SF-36v2, EQ-5D.

Wnioski: 1. Trójstopniowy kwestionariusz MGI był kilkakrotnie użyty w badaniach nad jakością życia kobiet w ciąży i po urodzeniu dziecka. Autorki pracy planują dalsze badania nad HRQL kobiet w ciąży z wykorzystaniem MGI. 2. Kwestionariusz MGI należy traktować jako metodologiczny eksperyment. Nie jest jasne, jak interpretować wyniki MGI oraz jak sposób przeprowadzenia ankiety, opis ankiety, kulturowe i socjoekonomiczne uwarunkowania wpływają na wynik MGI. Z drugiej strony kwestionariusz MGI jest łatwy do przetłumaczenia na język polski i nie wymaga walidacji lingwistycznej. Jest to tym ważniejsze, że brakuje polskich wersji swoistych narzędzi HRQL do badania populacji ciężarnych i po urodzeniu dziecka. 3. Dalsze badania nad MGI są konieczne. W szczególności należy przeprowadzić badanie test-retest w celu sprawdzenia powtarzalności wyników MGI.

Słowa kluczowe: *jakość życia, ciąża*

ABSTRACT

Objectives: The objective of this study was 1. description of an antenatal and postnatal quality of life measure, namely Mother Generated-Index (MGI), and its applications in the scientific studies. 2. critical analysis of MGI survey. 3. suggestion of further studies on MGI survey.

Findings: The MGI is a three-step questionnaire. Women were asked to specify the important areas of their life that had been affected by their pregnancy (Step 1). Having specified up to eight such areas, the women scored each of them from 0 to 10 (Step 2). The women allocated 20 'spending points' between areas, with more points given to those aspects that they felt were more important (Step 3). The sub-index MGI 1 is defined as the mean of the Step 2 scores, and the sub-index MGI 2 is defined as the weighted mean of Step 2 scores with weights given in Step 3. MGI was used in several studies to evaluate postnatal and antenatal quality-of-life. It was used to study HRQL of different populations, namely women in Scotland and in India, and it was used together with number of psychometric tools for measuring HRQL (generic and specific), such as EPDS, SF-12, PNMI, MAMA, GHQ-30, SF-36v2, EQ-5D.

Key conclusions: 1. Three step questionnaire MGI was used in several studies on postnatal and antenatal quality-of-life. The authors are planning further study on antenatal HRQL with MGI 2. MGI should be still treated as a methodological experiment. It is not clear what mean MGI scores, how surveying, description of query, multi-culture and socio-economical factors can affect the results. However, MGI can be easily translated to Polish, since it does not require linguistic validation, which is important because of lack of Polish versions of postnatal and antenatal HRQL tools. 3. Further studies on MGI are needed. In particular, test-retest study should be performed to verify reliability of MGI

Key words: *quality-of-life, pregnancy*

WSTĘP

Najprostszym syntetycznym wskaźnikiem sytuacji zdrowotnej ludności jest wskaźnik oczekiwanej długości życia (ang. *Life Expectancy* - LE). Jego wadą jest to, że nie niesie on informacji o niepełnosprawności czy szerzej o jakości życia. Modyfikuje się zatem LE przez uwzględnienie indywidualnie postrzeganej niepełnosprawności, czy też jakości życia, określanych przy pomocy standardowych ankiet. W ten sposób otrzymuje się takie wskaźniki jak *Healthy Life Years* - HLY czy *Disability Adjusted Life Years* - DALY (1- 4).

Dużym problemem teoretycznym i metodologicznym jest przełożenie subiektywnej samooceny badanych na wartości liczbowe, czy chociażby zdefiniowanie, czym jest jakość życia. Pojęcie jakości życia pojawiło się w piśmiennictwie medycznym po II wojnie światowej, następnie jego pojemność znaczeniowa była coraz bardziej poszerzana, by w końcu wykrystalizować się w naukach medycznych jako jakość życia związana ze zdrowiem (ang. *Health Related Quality of Life* - HRQL). Ustalono, że HRQL obejmuje stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną i warunki ekonomiczne, doznania somatyczne (tzn. obecność lub nieobecność dolegliwości u pacjenta) (5).

Badania nad jakością życia związaną ze zdrowiem są prowadzone w wielu ośrodkach na całym świecie. Zainteresowanie tą tematyką jest tak duże, że powstały międzynarodowe czasopisma naukowe zajmujące się publikowaniem prac poświęconych jakości życia związanej ze zdrowiem, w tym *Quality of Life Research* oraz *Health and Quality of Life Outcomes*. Stworzono wiele narzędzi badawczych służących do analizy jakości życia i pozwalających wyrazić ją za pomocą wartości liczbowych. Pomaga to w ocenie wpływu różnych procedur medycznych na HRQL pacjentów oraz w ocenie w jakim stopniu różne choroby, warunki socjoekonomiczne, niepełnosprawność itp. wpływają na jakość życia.

Mimo obszernej literatury dotyczącej HRQL, badania jakości życia kobiet ciężarnych i po porodzie są dość wrywkowe w piśmiennictwie angielskojęzycznym, a w polskim szczerkowane. W badaniach nad HRQL czynniki takie jak: ograniczenie codziennej aktywności, ograniczenie możliwości wykonywania pracy zawodowej, przemęczenie, ograniczenie kontaktów społecznych świadczą o znacznym pogorszeniu jakości życia. Podczas gdy w ciąży i po porodzie uznawane są za normalne. To powoduje, że badania HRQL kobiet w ciąży i po porodzie są specyficzne.

Narzędzia do badania HRQL dzielą się na ogólne (generyczne) i swoiste. Narzędzia ogólne są uniwersalne, podczas gdy narzędzia swoiste służą do badania jakości życia określonych populacji, np. chorych na cukrzycę, kobiet ciężarnych.

Wśród wielu mierników ogólnych do badania HRQL dwa narzędzia są szeroko używane - EQ-5D (z ang. *EuroQol 5 dimensions*) i SF-36 (z ang. *Short Form 36 Health Survey*). Trafność i rzetelność tych mierników jest dobrze zbadana, są one przetłumaczone na wiele języków (w tym na język polski) i używane w wielu badaniach. Przy wyszukiwaniu w bazie PubMed frazy EQ-5D pojawia się ponad 1000 artykułów, w tym również po polsku, a przy wyszukiwaniu SF-36 ponad 7500. Opis tych narzędzi można znaleźć w polskojęzycznych pracach badawczych (6, 7, 8).

Do obliczenia wartości EQ-5D bierze się pod uwagę następujące kategorie: zdolność poruszania się, samoobsługa, codzienna aktywność, występowanie bólu, depresja/niepokój. W każdej kategorii określa się stopień niepełnosprawności: od braku problemów, poprzez umiarkowane problemy, aż po całkowitą niezdolność lub ekstremalne problemy.

W kwestionariuszu SF-36 ankietowani odpowiadają na 36 pytań, w których określają jak bardzo w ich odczuciu ich zdrowie odbiega od idealnego. Pytania są ujęte w kategorie: sprawność fizyczna, ograniczenie aktywności z powodu zdrowia fizycznego, odczuwanie bólu, ogólna percepcja zdrowia, witalność, funkcjonowanie społeczne, zdrowie emocjonalne, ograniczenie aktywności z powodu problemów emocjonalnych.

Do narzędzi swoistych służących do badania populacji kobiet ciężarnych i po porodzie należą EPDS (z ang. *Edinburgh Postnatal Depression Scale*), PNMI (z ang. *Postnatal Morbidity Index*) oraz MAMA (z ang. *Maternal Adjustment and Maternal Attitudes*). Skala EPDS służy do badania depresji poporodowej, a PNMI oraz MAMA nie zostały przetłumaczone na język polski, ani poddane walidacji lingwistycznej, która w ich przypadku jest niezbędna. Brakuje więc swoistych narzędzi do badania HRQL populacji kobiet w ciąży i po porodzie w polskiej wersji językowej.

W pracy podjęto się: 1. przedstawienia narzędzia MGI do badania jakości życia kobiet w ciąży i po porodzie i jego zastosowań w badaniach naukowych; 2. krytycznej analizy kwestionariusza MGI; 3. przedstawienia propozycji dalszych badań nad kwestionariuszem MGI, tak by mógł wyjść z fazy metodologicznego eksperymentu i stał się pełnoprawnym narzędziem do badania HRQL kobiet w ciąży i po porodzie.

OPIS KWESTIONARIUSZA MGI I METODOLOGIA WYLICZANIA POD- INDEKSÓW MGI1 I MGI2

Zachodzi potrzeba zastosowania dodatkowych (swoistych) narzędzi do oceny jakości życia kobiet w ciąży i po porodzie. Jak jednak stworzyć odpowiednie narzędzie, które pozwoli uwzględnić ogromną liczbę

zmiennych mogących mieć wpływ na odczucia kobiet? Stworzenie przez badacza predefiniowanej listy pozytywnych i negatywnych aspektów ciąży i macierzyństwa – czyli standardowy sposób rozwiązania tego problemu – ma kilka wad. Po pierwsze, kwestionariusz nie może z oczywistych względów zawierać zbyt wielu pytań. Po drugie, zdefiniowanie przez badacza zamkniętej grupy badanych cech, siłą rzeczy wyklucza z badania niezdefiniowane aspekty życia (czyli niezadane pytania); może się okazać, że pewne ważne dla kobiet radości i niedogodności mogą być dla badacza zaskakujące. Po trzecie, arbitralne nadanie przez badacza wagi różnym aspektom życia może nie pokrywać się z preferencjami badanych kobiet.

Próba przezwyciężenia powyższych problemów jest miernik *Mother-Generated Index* (MGI). Kwestionariusz MGI jest trójstopniowy. W pierwszej części badane kobiety proszone są o przemyślenie, na jakie ważne obszary ich życia ma wpływ ciąża lub macierzyństwo. Prosi się o wypisanie ośmiu (lub mniej) najważniejszych z nich i zaznaczenie, czy były one dla kobiety pozytywne, negatywne, czy ani pozytywne ani negatywne. W drugiej części kobiety na podstawie samooceny zaznaczają w skali od 0 do 10, jaki wpływ miały określone w pierwszej części obszary na jakość życia kobiety w ciągu ostatnich 4 tygodni. Wartości tych ocen oznaczono przez x_1, \dots, x_8 . Przy czym $x_1 = 0$ oznacza, że w pierwszym obszarze było tak źle, że gorzej już być nie może, a $x_1 = 10$ oznacza, że było tak dobrze, że lepiej być nie może i tak dalej dla kolejnych obszarów. W trzeciej części kobiety proszone są, by przydzieliły obszarom wymienionym w pierwszej części 20 punktów, w taki sposób, by obszary najważniejsze uzyskały najwięcej punktów, a liczba punktów odzwierciedlała wagę obszaru oraz by suma wszystkich przydzielonych punktów była równa 20. Liczby punktów przydzielone kolejnym obszarom oznaczono przez w_1, \dots, w_8 – wobec powyższego

$$w_1 + \dots + w_8 = \sum_{i=1}^8 w_i = 20.$$

Dopuszcza się sytuację, gdy kobieta jakiemuś obszarowi nie przyzna żadnych punktów. Liczba ważnych dla danej kobiety obszarów może być niższa niż 8, oznacza się ją przez n .

Na podstawie uzyskanych wyników wylicza się Pierwszy Miernik MGI (MGI 1) oraz drugi miernik MGI (MGI 2) dla tej kobiety. Pierwszy miernik MGI to średnia liczba punktów przydzielonych przez kobietę w części drugiej, symbolicznie

$$MGI1 = \bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i.$$

Drugi miernik MGI to średnia ważona liczby punktów przydzielonych przez kobietę w części drugiej z wagami ustalonymi przez kobietę w części trzeciej, tzn. waga i -tego obszaru jest równa $w_i/20$. Dokładniej wartość drugiego miernika MGI wylicza się ze wzoru

$$MGI2 = \sum_{i=1}^n \frac{w_i}{20} * x_i.$$

Wartości obu pod-indeksów MGI są liczbami (niekoniecznie całkowitymi) między 0 a 10. Większe wartości indeksów MGI 1 i MGI 2 odpowiadają bardziej pozytywnie odczuwalnej przez kobiety jakości życia.

WYKORZYSTANIE MGI W PRACACH BADAWCZYCH

Badania nad MGI zainicjowali w 2002 roku *Andrew Symon, Danny Ruta* z University of Dundee w Dundee w Wielkiej Brytanii (9). Miernik MGI był adaptacją miernika *Patient-Generated Index* (PGI) do badania jakości życia kobiet po porodzie. Miernik PGI wprowadzony został przez *Danny Ruta* w 1994 r. i do 2006 r. był dość dobrze przebadany (10,11). Ankieta PGI jest skonstruowana analogicznie jak MGI, tzn. pacjenci sami tworzą listę aspektów ich życia, na które miała wpływ określona choroba oraz samodzielnie określają wagę tych aspektów. *Danny Ruta* wyszedł z założenia, że nikt nie jest w stanie lepiej określić jakości życia niż sam pacjent.

W publikacji z 2002 r. wyżej wymienionych autorów przedstawiono pierwsze badanie nad MGI (9). Przebadano wówczas 103 kobiety w drugim (6.-8. tydzień) i ósmym miesiącu po porodzie. Oprócz MGI użyto kwestionariuszy SF-12 i *Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej* (EPDS). Skupiono się głównie nad wykazaniem, że miernik MGI jest odpowiednim narzędziem do badania jakości życia kobiet po urodzeniu dziecka oraz badano korelacje między MGI 1, MGI 2 a SF-12 i EPDS. MGI 1 i MGI 2 były ujemnie skorelowane z EPDS i dodatnio skorelowane z pod-indeksiem SF-12 związanym ze zdrowiem psychicznym i emocjonalnym ($p < 0,05$).

Na podstawie tych doświadczeń przygotowano i przeprowadzono kolejne badanie (12). Przedstawiono odpowiedzi udzielane przez kobiety. Zmęczenie było najczęściej wymienianym problemem kobiet po urodzeniu dziecka. Inne fizyczne dolegliwości nie były przez kobiety oceniane jako istotne, zwłaszcza wśród kobiet w 8. miesiącu po porodzie. Najczęściej wymieniane inne obszary przez kobiety to: mniej czasu dla innych członków rodziny, mniej czasu dla siebie, radość z dziecka, dobre relacje w rodzinie, uczucie spełnienia, niska lub wysoka samoocena, kwestie finansowe, mniej czasu

dla męża, czas wolny od pracy, negatywne uczucia do dziecka. Autorzy uważają, że wypełnianie ankiety MGI pomaga kobietom zidentyfikować te obszary ich życia, które mają dla nich największe znaczenie.

W innej z prac opisano kolejne badanie z użyciem MGI (13). Tym razem przebadano 102 kobiety stosując oprócz ankiety MGI także inne narzędzia: EPDS, *Postnatal Morbidity Index* (PNMI) oraz *Maternal Adjustment and Maternal Attitudes* (MAMA). Celem tego badania było wykazanie trafności (ang. *validity*) MGI, tzn. wykazanie, że miernik MGI mierzy to do czego został zaprojektowany. Okazało się, że kobiety wymieniały w ankiecie MGI obszary ich życia, które były ściśle związane z macierzyństwem. Ponadto miernik MGI był istotnie statystycznie skorelowany z pozostałymi miernikami użytymi w badaniu ($p < 0,01$). Autorzy oceniają, że miernik MGI wykazuje się nie tylko trafnością, ale także rzetelnością, czyli zawsze konsekwentnie mierzy te same czynniki. Kolejne badania nad jakością życia z wykorzystaniem MGI zostały opisane w 2003 roku (14).

Kwestionariusza MGI użyto także do badania jakości życia kobiet w ciąży (15). Badaniem objęto kobiety w trzecim trymestrze ciąży. Oprócz MGI użyto także *General Health Questionnaire* (GHQ-30). Wśród wymienionych przez kobiety obszarów najczęściej występowały: zmęczenie, oczekiwanie dziecka, praca, bóle, życie społeczne, zdrowie fizyczne, poczucie wsparcia, odczucia związane z nadchodzącym porodem, relacje z partnerem, druga ciąża, zdrowie psychiczne i emocjonalne, rodzicielstwo, odczucia związane z wyglądem (głównie negatywne). Wypełnienie ankiety MGI nie stanowiło problemu dla żadnej z kobiet, liczba obszarów wymienionych przez kobiety wynosiła średnio około 5. Korelacja między MGI i GHQ-30 była umiarkowana ($p < 0,001$). Największą wadą tych badań była dość mała próba - 35 kobiet. Mogą one być zatem traktowane jedynie jako badania pilotażowe nad wykorzystaniem MGI do badania jakości życia kobiet w ciąży.

Największe badania z użyciem MGI były wykonane w Indiach (16). Warto nadmienić, że wszystkie wcześniej opisane miały miejsce w Szkocji. Badania indyjskie zostały przeprowadzone na populacji 195 kobiet, które urodziły dziecko nie wcześniej niż 6 miesięcy przed badaniem. Dodatkowym narzędziem był kwestionariusz EPDS. Używana przez badaczy w Indiach wersja kwestionariusza MGI różniła się istotnie od oryginalnej. Okazało się, że w czasie badań pilotażowych kobiety miały problemy ze sformułowaniem listy obszarów, na które macierzyństwo i poród miały największy wpływ. Odnotowano duże trudności ze zidentyfikowaniem obszarów, na które poród miał pozytywny wpływ. W związku z tym kwestionariusz MGI uległ pewnemu uproszczeniu. Obszary na które wpłynąć miał poród zamieniono na „problemy” związane z porodem oraz

dodano listę problemów, którymi kobiety mogły się sugerować – negatywnych i neutralnych. Zmniejszono liczbę problemów do wskazania z ośmiu do sześciu, w trzeciej części liczba punktów do rozdzielania wynosiła 12 a nie 20, a zamiast mówić o „punktach do rozdzielania” proszono o wskazanie tych problemów, które są najbardziej dotkliwe. Autorzy doszli do wniosku, że być może w przyszłości trzeba się zastanowić nad dalszym uproszczeniem kwestionariusza. Miernik MGI została przez badaczy z Indii oceniony jako wartościowe narzędzie, którego zaletą jest fakt, iż nie trzeba go poddawać walidacji lingwistycznej, co jest cenne w wielokulturowym i wielojęzycznym kraju. Dostrzeżono istotne różnice między szkockimi wynikami badań a indyjskimi, co tłumaczono większą heterogenicznością społeczności indyjskiej, mniejszą zamożnością i wykształceniem kobiet mieszkających w Indiach oraz różnicami kulturowymi.

Autorki tej pracy wykonały badania pilotażowe z użyciem MGI w szpitalu klinicznym na 30 osobowej grupie kobiet w drugim i trzecim trymestrze ciąży. Dodatkowymi narzędziami były kwestionariusze SF-36v2, EQ-5D oraz ankieta socjoekonomiczna. Dokładnie wytłumaczono kobietom, jak należy wypełnić MGI, po czym robiły to samodzielnie. W opisie kwestionariusza MGI przedstawiono kilka przykładowych odpowiedzi sformułowanych w sposób ogólny, np. zdrowie fizyczne, odczucia odnośnie ciąży, odczucia emocjonalne. Okazało się, że większość kobiet przepisywała aspekty życia lub formułowała na podobnym poziomie ogólności. W kolejnej wersji przedstawiono przykłady bardziej szczegółowe w równej liczbie negatywne i pozytywne, takie jak poprawa relacji z partnerem, odczuwanie bólu, obawa utraty pracy, radość z pojawienia się dziecka. Tłumaczono kobietom, że są to jedynie przykłady, a badaczom najbardziej zależy, by wymyślały własne. Okazało się, że kobiety tym razem podawały bardziej konkretne aspekty życia, przy czym sugerowały się przedstawioną listą przykładów, często jednak dopisując własne. Dokładne wyniki badań zostaną przedstawione w kolejnych artykułach.

DYSKUSJA

Nie licząc kwestionariusza EPDS, brak jest polskich wersji swoistych narzędzi do badania jakości życia związanej ze zdrowiem populacji kobiet ciężarnych i po urodzeniu dziecka. Kwestionariusz MGI jest prosty do adaptacji, gdyż nie wymaga walidacji lingwistycznej, a jedynie tłumaczenia na język polski jego opisu.

W każdym z opisanych badań przedstawiono kobietom przykładową listę aspektów życia, przy czym ankieterzy namawiali, by wymyślać własne. Stoi to częściowo w sprzeczności z założeniem braku predefi-

niowanej listy aspektów życia w MGI. Z drugiej strony przykłady pomagają ankietowanym w zrozumieniu MGI, pozostawiając badanym dużą swobodę wypełniania ankiety. Kwestionariusz MGI dawano do wypełnienia przed innymi kwestionariuszami, by kobiety nie sugerowały się pytaniami w nich zawartymi.

Opracowywanie wyników MGI jest pracochłonne w porównaniu z typowymi kwestionariuszami. Aby możliwa była analiza danych, należy je pogrupować tematycznie (zmęczenie, relacje z partnerem, odczucia odnośnie dziecka itp.). Z uwagi na to, że kobiety kwestionariusz MGI mogą wypełnić zupełnie dowolnie, nie jest jasne, czy MGI mierzy HRQL. Należy zatem sprawdzić, czy pod-indeksy MGI1 i MGI2 są skorelowane z dobrze przebadanymi miernikami HRQL (takimi jak SF-36 czy EQ-5D). W kilku badaniach uzyskano takie korelacje na poziomie umiarkowanym. Kwestionariusz MGI wnosi nowe informacje o czynnikach mających wpływ na HRQL kobiet w ciąży i po porodzie. Okazuje się, że na jakość życia kobiet wpływało zmęczenie, relacje z partnerem, odczucia odnośnie ciąży, porodu i dziecka, praca, obawy o finanse itp.

W dużo większym stopniu niż w typowych kwestionariuszach, wyniki MGI zależą od subiektywnej samooceny jakości życia. Zatem MGI odzwierciedla bardziej różnicę między oczekiwaniami kobiet odnośnie ciąży, porodu i dziecka a rzeczywistością, niż jakość życia związaną ze zdrowiem. Różnica ta zależy od uwarunkowań kulturowych i czynników socjoekonomicznych, co utrudnia porównanie wyników badań przeprowadzonych w różnych krajach. Porównanie badań brytyjskich i indyjskich z użyciem MGI to potwierdza.

Mimo tego, że kwestionariusz MGI został wykorzystany w kilku pracach badawczych, to jest nadal na etapie metodologicznego eksperymentu. Nie wiadomo, jak należy interpretować wartości liczbowe MGI 1 i MGI 2, a jedynie, że większe wartości odpowiadają lepszej odczuwalnej przez kobiety jakości życia. Nie wiadomo, czy sposób przeprowadzenia badań (wypełnianie samodzielne czy wywiad z ankierem) mają wpływ na wynik kwestionariusza MGI. *Andrew Symon* zaleca wywiad z ankierem twierdząc, że kobiety czują się bardziej komfortowo mając możliwość przedyskutowania swoich problemów (informacja uzyskana od A.S. w trakcie korespondencji drogą e-mailową z autorkami). Nie zbadano, czy dobór przykładów w opisie ankiety MGI ma wpływ na jej wypełnianie; w szczególności nie sprawdzono, czy kobiety wypełniałyby inaczej kwestionariusz MGI, gdyby miały więcej przykładów negatywnych niż pozytywnych lub odwrotnie.

Uzyskane umiarkowane dodatnie korelacje między miernikami MGI 1, MGI 2 a dobrze przebadanymi miernikami HRQL świadczą o tym, że MGI mierzy HRQL. Zatem mierzy to, do czego został zaprojekto-

wany. Nie przeprowadzono jednak badań test retest nad powtarzalnością uzyskiwanych wyników.

Kwestionariusz MGI z uwagi na to, że pozwala poznać czynniki wpływające na jakość życia kobiet w ciąży i po porodzie, ma zastosowanie w badaniach nad HRQL. Możliwość wyrażenia spontanicznych opinii przez kobiety daje nadzieję na owocne wykorzystanie MGI w badaniach nad emocjonalnymi i psychicznymi problemami związanymi z ciążą, porodem i okresem poporodowym, w tym depresją poporodową.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

1. MGI to trójstopniowy kwestionariusz. W pierwszej części kobiety wymieniają od trzech do ośmiu aspektów życia, na które miała wpływ ciąża i poród. W drugiej części oceniają, jak bardzo są one pozytywne lub negatywne, a w trzeciej każdemu aspektowi życia przydzielają wagi odzwierciedlające jego znaczenie. Miernik MGI został wykorzystany w badaniach na populacjach kobiet po urodzeniu dziecka i kobiet ciężarnych. Dalsze badania na populacji kobiet ciężarnych z użyciem MGI, planują autorki pracy.
2. Kwestionariusz MGI nie wyszedł jeszcze z fazy eksperymentu metodologicznego. W związku z tym nie ma ugruntowanych zaleceń, jak interpretować wartości liczbowe mierników MGI 1 i MGI 2. Nie wiadomo również, czy sposób przeprowadzenia badań i opis ankiety nie mają wpływu na uzyskane wyniki. Wyniki MGI zdają się odzwierciedlać różnicę między oczekiwaniami odnośnie ciąży, porodu i dziecka a rzeczywistością. Zatem na MGI mogą oddziaływać czynniki kulturowe i socjoekonomiczne. Istotną zaletą kwestionariusza MGI jest łatwość jego adaptacji do warunków polskich, co jest tym ważniejsze, iż brak jest specyficznych narzędzi do badania HRQL populacji kobiet ciężarnych i po urodzeniu dziecka.
3. Dalsze badania nad MGI są niezbędne, by miernik ten mógł wyjść z fazy metodologicznego eksperymentu. Należy przebadać wpływ opisu kwestionariusza MGI i sposobu wykonywania badania na końcowy wynik. Potrzebne są badania nad powtarzalnością wyników. Istnieje więc potrzeba przeprowadzenia badania w różnych krajach na populacjach o różnym statusie socjoekonomicznym.

PIŚMIENNICTWO

1. Kocot E, Miary efektów zdrowotnych. *Zdrowie i Zarządzanie* 2002;4(3-4):55-622.
2. Gromulska L, Wysocki MJ, Goryński P, Lata przeżyte w zdrowiu (Healthy Life Years, HLY – zalecany przez Unię Europejską syntetyczny wskaźnik sytuacji zdrowotnej ludności. *Przeegl Epidemiol* 2008;62:811-820.
3. Murray CJL, Lopez AD, Globalne obciążenie chorobami. Warszawa; Kraków: Wydaw.Med.”Vesalius” 2000.
4. Wysocki MJ, Sakowska I, Car J, Miary obciążeń zdrowotnych-społecznych – nowe mierniki sytuacji zdrowotnej ludności. *Przeegl Epidemiol* 2005;59:125-134.
5. Karski JB, Konieczność i problemy pomiaru zdrowia pozytywnego. *Zdr Publ* 2003;113(3/4):371-376.
6. Grabowska P, Targowski T, Jahnz-Różyk K. Ocena jakości życia i wiedzy na temat szkodliwości palenia tytoniu u chorych hospitalizowanych w Klinice Pneumonologii. *Przeegl Lek* 2006;63(10):1071-4.
7. Marcinowicz L, Sienkiewicz J, Badanie trafności i rzetelności polskiej wersji kwestionariusza SF-36: wyniki wstępne. *Przeegl Lek* 2003/60/Suplement 6:103-106.
8. Kuształ M, Nowak K, Magott-Procelewska M, i in., Ocena zależnej od zdrowia jakości życia u chorych przewlekle dializowanych. Doświadczenia własne z użyciem kwestionariusza SF-36. *Pol Merk. Lek* 2003; 14, 80, 113- (ostatnia strona)
9. Symon A, MacDonald A, Ruta D. Postnatal quality of life assessment: introducing the mother-generated index. *Birth* 2002 ;29(1):40-6.
10. Ruta DA, Garratt AM, Leng M, i in. A new approach to the measurement of quality of life. *The Patient-Generated Index. Med Care* 1994 ;32(11):1109-26.
11. Martin F, Camfield L, Rodham K, i in. Twelve years’ experience with the Patient Generated Index (PGI) of quality of life: a graded structured review. *Qual Life Res.* 2007 ;16(4):705-15.
12. Symon A, MacKay A, Ruta D. Postnatal quality of life: a pilot study using the Mother-Generated Index. *J Adv Nurs* 2003 ;42(1):21-9.
13. Symon A, McGreavey J, Picken C. Postnatal quality of life assessment: validation of the Mother-Generated Index. *BJOG* 2003 ;110(9):865-8.
14. Symon A, Glazener CM, MacDonald A, i in. Pilot study: quality of life assessment of postnatal fatigue and other physical morbidity. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003 ;24(4):215-9.
15. Symon AG, Dobb BR. An exploratory study to assess the acceptability of an antenatal quality-of-life instrument (the Mother-generated Index). *Midwifery* 2008 ;24(4):442-50. Epub 2007 Sep 11.
16. Nagpal J, Dhar RS, Sinha S, i in. 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 2;6:107.

Otrzymano: 10.12.2009 r.

Zaakceptowano do druku: 15.01.2010 r.

Adres do korespondencji:

Mgr 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