



UNIVERSITATEA “OVIDIUS” DIN CONSTANTA
SCOALA DOCTORALA DE MEDICINA
DOMENIUL MEDICINA

TEZĂ DE DOCTORAT

**FACTORII CARE INFLUENȚEAZA DECIZIA PACIENTULUI PRIVIND
TRATAMENTUL PROLAPSULUI ORGANELOR PELVINE**

REZUMAT

Coordonator Științific:

Prof.Univ.Dr. Habil. Vlad I. Tica

Comisia de Îndrumare și Integritate Academică:

Stergios K. Doumouchtsis, MSc, MPH, PhD, FRCOG, UK

Conf.Univ.Dr. Voinea Felix, Constanța, România

Prof.Univ.Dr. Petcu Lucian, Constanța, România

Doctorand:

Badiu (Blânda) Diana Liliana

CONSTANȚA

2025



CUPRINS

PARTEA GENERALĂ

INTRODUCERE	4
STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII	5
CONTRIBUȚIA PERSONALĂ	
OBIECTIVELE TEZEI DE DOCTORAT	6
METODOLOGIE GENERALĂ	7
STUDIUL I. PERCEPȚIA FEMEILOR NULIPARE ASUPRA TRATAMENTELOR PENTRU PROLAPSUL DE ORGANE PELVINE: O ABORDARE CALITATIVĂ A ÎNGRIJIRILOR MEDICALE AVANSATĂ ÎN ROMÂNIA	9
1.1. Obiective	9
1.2. Rezultate	9
1.3. Discuții	11
1.4. Concluzii	12
STUDIUL II. ÎNȚELEGEREA ABORDĂRILOR DE TRATAMENT PENTRU PROLAPSUL ORGANELOR PELVINE DUPĂ NAȘTEREA VAGINALĂ: UN STUDIU CALITATIV.....	13
2.1. Obiective	13
2.2. Rezultate	13
2.3. Discuții	16
2.4. Concluzii	17
STUDIUL III. EXPLORAREA DECIZIILOR PRIVIND TRATAMENTUL ÎN RÂNDUL FEMEII POSTMENOPAUZALE CU PROLAPS DE ORGANE PELVINE ÎNAINTE DE INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ GINECOLOGICĂ: UN STUDIU CALITATIV DIN ROMÂNIA	18
3.1. Obiective	18
3.2. Rezultate	18
3.3. Discuții	22
3.4. Concluzii	23
CONCLUZIILE TEZEI DE DOCTORAT	24
ORIGINALITATEA TEZEI DE DOCTORAT	25
BIBLIOGRAFIE	26

Cuvinte cheie: prolaps, femei nulipare, femei la postmenopauză, interviu, tratament.



ABREVIERI FOLOSITE ÎN TEXT

IA = incontinență anală

IMC = indice de masă corporală

NP = nulipară

MPP = mușchii planșeului pelvin

POP = prolaps de organe pelvine

IUE = incontinență urinară de efort

IU = incontinență urinară



PARTEA GENERALĂ

INTRODUCERE

Termenul „tulburări ale planșeului pelvin” se referă de obicei la prolapsul organelor pelvine (POP), incontinența urinară (IU), incontinența anală (IA) și disfuncția mușchilor planșeului pelvin (MPP), toate acestea provenind din modificări sau patologii care afectează anatomia pelvisului. Aplicarea tratamentelor chirurgicale pentru astfel de afecțiuni poate influența alte afecțiuni, dezvăluind diferite simptome. Originea complexă a POP a arătat o interacțiune între diferiți factori de mediu din viața unei femei. În plus, factorii de risc cunoscuți, care sunt implicați pe lângă POP, sunt IU și IA, alături de traumatismele nașterii, menopauza, îmbătrânirea, obezitatea și chirurgia pelvină. Alți factori cunoscuți sunt fumatul, munca fizică, tulburările țesutului conjunctiv, constipația cronică și factorii genetici. POP are repercusiuni comune, care pot fi observate în viața de zi cu zi, interacțiunile sociale, igiena personală, sexualitatea și bunăstarea mentală. Luate împreună, toate aceste repercusiuni au implicații asupra calității vieții femeilor.

Pentru femeile care sunt supuse cel puțin unei intervenții chirurgicale reconstructive a planșeului pelvin, riscul evaluat este de aproximativ 20%. Prin urmare, femeile cu POP pot fi considerate o problemă de sănătate publică, iar costurile anuale semnificative pentru chirurgia reconstructivă pelviană se vor dubla cel mai probabil în următoarele decenii.

POP este reprezentat de prolapsul organelor pelvine prin peretele vaginal din cauza pierderii structurii lor de susținere. POP are o incidență de aproximativ 50%, în special la femeile multipare. Diagnosticul POP este clinic, în care principalele simptome raportate de femei sunt o senzație de presiune vaginală, sau o senzație de stat pe o minge, inclusiv simptome asociate precum tulburări urinare și disfuncție sexuală. Tratamentul pentru POP poate fi conservator sau chirurgical, indicatorii de alegere fiind reprezentați de vârstă, gradul de prolaps, comorbidități și, mai recent, preferințele pacientei. Tratamentul chirurgical este utilizat mai mult în grade avansate de prolaps și are disponibile abordări vaginale și abdominale. Abordarea vaginală este utilizată în special pentru pacientele vârstnice care nu mai sunt active sexual sau care prezintă comorbidități importante ce nu tolerează anestezia pe termen lung. Diferite proceduri care utilizează abordul abdominal sunt rezervate pacienților tineri, active sexual, fără comorbidități și cu grade avansate de prolaps.

Scopul tezei a fost de a determina, folosind metode calitative, factorii decizionali și preferințele tratamentelor pentru POP la diferite grupe de vârstă de paciente (de exemplu, nulipare, în postpartum și la postmenopauză). Prin urmare, acest studiu încearcă să evidențieze mai mult rolul asistenței medicale, al cercetării în domeniul sănătății și al studiilor medicale în consilierea și prevenirea femeilor cu afecțiuni POP, pentru a le recunoaște și a face o alegere rapidă cu privire la tratamentele disponibile.

Pe această cale, aș dori să-i mulțumesc în mod special coordonatorului și mentorului meu, profesorul Vlad Tica, pentru îndrumarea, sfaturile și expertiza sa, precum și pentru profesionalismul și dăruirea sa, care au lăsat o amprentă profundă asupra acestei lucrări.



STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII

POP se dovedește a fi o afecțiune cronică care afectează multe femei. Această afecțiune are un impact negativ asupra calității vieții femeilor cu POP până la simptomele limită [1]. Când afecțiunea este avansată, femeile de toate vârstele încep să solicite ajutor medical [2].

Interesant este că, în zilele noastre, mai important este să investigăm cunoștințele femeilor despre solicitarea de sfaturi cu privire la aceste condiții de tratament, precum și despre furnizorii de servicii medicale. Cu toate acestea, există puține date în literatura de specialitate despre modul în care femeile aleg diferitele tratamente și ce doresc să obțină de la aceste tratamente. Până în prezent, procesele decizionale ale femeilor cu POP cu privire la tratamentele actuale nu sunt încă foarte bine înțelese. Mai mult, știm doar câteva lucruri despre ceea ce acceptă femeile în ceea ce privește ratele de succes sau complicații [3].

Prin urmare, importanța abordării calitative pentru o astfel de înțelegere poate fi dezvăluită de factorii subtili care afectează percepția femeilor asupra diferitelor tratamente conservatoare sau chirurgicale [4].

Studiile au încercat în trecut să explice ce speră femeile cu POP să obțină de la tratamente, ceea ce poate fi considerat un pas mai profund în contextul nostru. Cu toate acestea, va fi dificil să se generalizeze pentru fiecare individ în parte, deoarece toate aceste studii au adoptat o abordare cantitativă. Majoritatea studiilor bazate pe chestionare le cer femeilor să își clasifice răspunsurile. O experiență calitativă a femeilor cu POP arată că femeile sunt cel mai mult deranjate de simptomele lor și de efectul acestora asupra activităților zilnice, așteptările lor de la tratament fiind de a reveni la normal în ceea ce privește activitățile lor familiale, sociale și profesionale [5].

În cazul în care nu sunt prezente simptome, tratamentul chirurgical poate să nu fie necesar. De aceea, examenul clinic devine important [6].

Mai recent, se pare că femeile cu POP au avut puțin sau deloc acces la informațiile existente din domeniul sănătății publice [7]. În general, mass-media a contribuit la mediatizarea IU, în special prin medicația anticolinergică [8], în timp ce altele arată că POP nu are o publicitate similară sau o medicație corespunzătoare. Între timp, furnizorii de servicii medicale ajung să reprezinte aproximativ 50% din sursele de informare, în timp ce broșurile informative, instrumentele bazate pe internet și mass-media publică sunt mai puțin frecvente [9].

Prin urmare, studiile existente s-au concentrat pe aspirațiile generale ale femeilor atunci când urmează diferite tratamente opționale, dar nu au explorat încă cei mai importanți factori care influențează procesul lor decizional cu privire la toate aceste tratamente. În mod evident, mai sunt multe de făcut pentru a îmbunătăți cunoștințele pacienților [10].

Introducerea rapidă a noilor tratamente și dispozitive pentru POP face ca evaluarea diferitelor tratamente în funcție de preferințele pacienților să fie de o mare importanță. Prin dezvăluirea factorilor subtili care afectează percepțiile femeilor asupra diferitelor tratamente conservatoare și chirurgicale, acest lucru poate fi util în consilierea femeilor cu privire la planificarea căilor de îngrijire în cercetarea medicală [11].



CONTRIBUȚIA PERSONALĂ

OBIECTIVELE TEZEI DE DOCTORAT

Obiectivele tezei de doctorat au vizat identificarea:

- factorilor decizionali în alegerea diferitelor tratamente POP la femei de diferite vârste (nuli pare tinere, în postpartum și la postmenopauză);
- corelațiile dintre caracteristicile demografice (de exemplu, vârsta, IMC-ul, exercițiile fizice, educația, paritatea, avorturile, comorbiditățile, intervențiile chirurgicale anterioare și fumatul) și alegerea diferitelor tratamente POP de către femei;
- preferința tuturor femeilor pentru diferite tratamente POP înainte de începerea acestora;
- modelele comune în procesul decizional al femeilor cu privire la tratamentele POP.

Toate datele prezentate în teză au fost colectate din:

- examene clinice;
- dosarele electronice individuale ale pacientelor;
- consultații multidisciplinare.

Datele colectate au fost prelucrate și au inclus următorii parametri:

- date personale: nume, prenume;
- elemente epidemiologice: vârstă, mediu de origine, ocupație;
- date etiopatogenetice:
 - antecedente familiale semnificative;
 - antecedente fiziologice personale;
 - istoric patologic obstetrical și/sau ginecologic;
 - stilul de viață, cum ar fi consumul de alcool, tutun, cafea;
- elemente de diagnostic clinic: durata simptomelor, semne subiective și principalele semne obiective.

Scopul acestei teze a fost de a stabili dovezile disponibile în domeniu, care ar putea impulsiona agenda de cercetare prin intermediul interacțiunilor femeilor atât cu site-urile web disponibile online, cât și cu profesioniștii din domeniul sănătății, care le vor modela experiența de îngrijire.



METODOLOGIE GENERALĂ

Designul Studiului

Această teză a utilizat un design descriptiv calitativ, colectând date prin interviuri individuale, aprofundate, cu participante atent selectate. Studiul și-a propus să exploreze percepțiile tinerelor femei NP, perspectiva femeilor aflate în perioada postpartum după nașterea vaginală și procesele decizionale ale femeilor aflate la postmenopauză. Această abordare calitativă a oferit perspective detaliate asupra identităților participantelor, a experiențelor lor și a contextelor în care au avut loc aceste experiențe, așa cum sunt descrise parțial de Doyle și colab. [12].

Participanți

Studiul a inclus următoarele grupuri:

- Treisprezece tinere NP fără POP, toate în ultimul an de studii medicale la Facultatea de Medicină a Universității „Ovidius” din Constanța, România. Criterii de includere: femei de vârstă reproductivă, nuligravide, asimptomatice pentru POP, fluente în limba română și dispuse să participe în mod voluntar.

- Doisprezece femei postpartum cu POP în stadiile II sau III, evaluate după nașterea vaginală (cu sau fără epiziotomie și fără lacerării perineale) în spitalul nostru universitar, atât imediat postpartum, cât și la 6 luni. Criterii de includere: femei cu lohii curate care au fost de acord în mod voluntar să participe. Criterii de excludere: absența nașterii vaginale, lacerării perineale, nașterea înainte de 37 sau după 42 de săptămâni de gestație, intervenții chirurgicale urogenitale anterioare, boli mintale sau incapacitatea de a vorbi limba română.

- Doisprezece femei postmenopauzale cu POP în stadiile II, III sau IV, evaluate înainte de tratamentul chirurgical la Spitalul Universitar de Urgență Județean Constanța, România. Criterii de excludere: intervenții chirurgicale urogenitale anterioare, histerectomie sau incapacitatea de a vorbi limba română.

Diagnosticul și stadializarea prolapsului au fost efectuate inițial de către echipa clinică la internare și ulterior verificate independent de către echipa de cercetare utilizând sistemul de clasificare POP [13]. Toate interviurile au avut loc între anii ianuarie 2022 și septembrie 2024 la Spitalul nostru Universitar.

Colectarea Datelor

Interviurile au avut loc într-o cameră privată, desemnată din cadrul spitalului, data și ora fiind stabilite de comun acord între participantă și cercetător. Informațiile demografice colectate au inclus vârsta, IMC-ul, activitatea fizică, nivelul de educație, paritatea, antecedentele de avorturi, comorbiditățile, intervențiile chirurgicale anterioare și fumatul. Interviurile au constatat în întrebări deschise care abordau diverse opțiuni de tratament pentru POP. Un ghid de interviu, elaborat de autori și personalizat pentru cele trei grupuri, a inclus întrebări exploratorii și deschise concepute pentru a încuraja participanții să își exprime liber perspectivele. Fiecare



interviu a durat între 30 și 40 de minute, a fost înregistrat audio, transcris *ad litteram* și analizat folosind analiza de conținut.

Analiza Datelor

Pentru examinarea datelor s-a aplicat o abordare calitativă de analiză a conținutului, urmând diferiți pași descriși de Graneheim și Lundman [14]. Fiecare interviu a fost *transcris ad litteram*, după care transcrierile au fost revizuite temeinic pentru a se asigura că nu au fost omise informații relevante. Cuvintele, expresiile și propozițiile recurente au fost identificate și evidențiate, ceea ce a dus la extragerea unor coduri semnificative. Aceste coduri au fost apoi organizate în categorii din care au fost dezvoltate teme generale. În etapa finală, temele identificate au fost împărtășite cu participanții pentru a valida și confirma perspectivele acestora.

Considerații Etice

Aprobarea etică pentru acest studiu a fost acordată de Comitetul nostru de Etică Instituțional (Ref. nr. 4604 și 4605/21.01.2022). Participarea a fost complet voluntară, fiecare femeie având dreptul de a refuza sau de a se retrage din studiu în orice moment. Înainte de interviuri, toate participantele au fost informate temeinic despre scopul și procedurile studiului. Consimțământul informat în scris a fost obținut numai după ce acestea au confirmat înțelegerea obiectivelor studiului. Confidențialitatea a fost respectată cu strictețe, cu toate datele personale, înregistrările audio și transcrierile interviurilor. Studiul a prioritizat autonomia participanților, asigurându-se că implicarea lor a fost lipsită de constrângeri și că se pot retrage fără consecințe negative.



STUDIUL I.

PERCEPȚIA FEMEILOR NULIPARE ASUPRA TRATAMENTELOR PENTRU PROLAPSUL DE ORGANE PELVINE: O ABORDARE CALITATIVĂ A ÎNGRIJIRILOR MEDICALE AVANSATĂ ÎN ROMÂNIA

1.1. Obiective

Această cercetare a examinat modul în care femeile tinere nulipare (NP) percep opțiunile de tratament disponibile pentru POP și a identificat preferințele lor de tratament.

1.2. Rezultate

1.2.1. Date demografice

Vârsta medie a celor treisprezece femei tinere NP a fost de 24,23 ani (interval 20-29 de ani), majoritatea femeilor NP având un IMC ≥ 30 și toate erau înscrise la studii universitare. Opt participante (61,53%) au raportat că fac exerciții fizice, în timp ce două femei (15,38%) au prezentat comorbidități precum depresia anxioasă și gastrita cronică (Tabelul 1).

Tabelul 1. Date demografice ale tinerelor femei NP.

Variabile	Total (%)
IMC (kg/m²)	
≥ 30 (obezitate)	8 (61,53)
< 30	5 (38,46)
Activitate fizică	
Nici una	5 (38,46)
≥ 3	8 (61,53)
Comorbidități	
Nici una	11 (84,61)
≥ 1	2 (15,38)
Intervenții chirurgicale anterioare	
Nici una	4 (30,76)
≥ 1	9 (69,23)
Fumătoare	5 (38,46)
Nefumătoare	8 (61,53)

Din interviuri, s-au evidențiat patru teme principale:

1. Internetul a apărut ca principală sursă de informații despre tratamentele POP;
2. Cunoștințele despre simptomele POP au fost în general limitate;
3. Instruirea în antrenamentul supravegheat al MPP a fost puternic preferată;
4. A existat o înclinație puternică spre opțiunile chirurgicale vaginale, prioritizând conservarea uterului.

1.2.2. Temele

Tema 1: Internetul a apărut ca principală sursă de informații despre tratamentele POP



Această temă evidențiază sursele de informații despre tratamentele POP și necesitatea unei conștientizări sporite. Se pare că toate femeile tinere NP nu au avut cunoștințe precise despre tratamentele disponibile.

„[Tratamentul pentru POP este] tratamentul chirurgical și presupun că același lucru este și cel nechirurgical. Nu, nu am primit nicio informație, dar am luat-o de pe internet” (participantul nr. 2, 26 ani)

„[Tratamentele sunt] chirurgicale și nechirurgicale. Am primit informații, m-am documentat pe internet pentru prolapsul uterin” (participantul nr. 10, 24 ani)

„Bineînțeles că există [tratament] chirurgical, deci probabil și nechirurgical. Sincer, personal nu am auzit de la nimeni, dar am căutat pe internet, mi s-a părut interesant, așa că am auzit în treacăt și am spus că o să arunc o privire” (participantul nr. 12, 24 ani)

Tema 2: Cunoștințele despre simptomele POP au fost în general limitate

Această temă examinează conștientizarea recunoașterii simptomelor POP. Șapte femei tinere NP (53,84%) au asociat aceste simptome cu senzația de presiune și greutate.

„Nu, nu m-am confruntat personal cu această afecțiune, dar la serviciu, unde lucrez în bucătărie, colegile mele mai în vârstă sunt obișnuite să ridice multe greutăți și mi-au spus că au început să simtă un fel de presiune, acea presiune, iar unele dintre ele chiar au spus că au simțit că au leșinat” (participantul nr. 3, 24 ani)

„Nu am suferit personal, dar cea mai bună prietenă a mea mi-a spus că are această problemă și, din câte am înțeles, avea dureri în timp ce ridica greutăți și senzație de strângere în abdomen” (participantul nr. 5, 29 ani)

Patru femei NP (30,76%) au raportat că au experimentat o senzație de protuberanță.

„Da, verișoara mea are de fapt prolaps uterin și mi-a spus că simte o senzație ciudată acolo jos și simte că iese ceva, asta mi-a spus” (participantul nr. 7, 24 ani)

Două femei tinere NP (15,38%) nu și-au putut aminti sau menționa niciun simptom.

„Nu, personal nu mă confrunt cu această afecțiune, dar cunosc femei care sunt afectate de prolaps uterin” (participantul nr. 4, 24 ani)

Tema 3: Instruirea în antrenamentul supravegheat al MPP a fost puternic preferată

Interesant este că toate participantele (n = 13, 100%) au ales pesarele vaginale ca a doua opțiune, în timp ce niciuna nu a optat pentru terapia de substituție hormonală ca tratament cu POP.

„Cred că este mai bine să antrenezi mușchii pelvini, deoarece îi întărește și mi se pare că există o implicație masivă în acest sens. Aș prefera [și] pesarul vaginal, deoarece nu aș vrea să iau hormoni, hormonii au multe efecte adverse din câte am văzut” (participantul nr. 6, 24 ani)

„Aș alege antrenamentul mușchilor pelvini, având în vedere că este mult mai potrivit pentru afecțiunile de prolaps. Aș alege [și] pesarul [...], fără a fi nevoie să iau hormoni” (participantul nr. 11, 24 ani)



Doar o femeie tânără NP (7,69%) a luat în considerare schimbările stilului de viață și ale comportamentului.

„Cred că ambele [antrenamentul supravegheat al MPP și stilul de viață] sunt foarte bune, deoarece merg mână în mână, dacă exercițiile sunt efectuate corect și, evident, stilul de viață este foarte important să fie adaptat. Aș alege schimbarea stilului de viață ca prim pas. Consider în mod clar că această opțiune [pesarele vaginale] este mult mai avantajoasă, nu sunt o fană a estrogenelor și m-aș baza mai mult pe prima opțiune” (participantul nr. 3, 24 ani)

Tema 4: A existat o înclinație puternică spre opțiunile chirurgicale vaginale, prioritizând conservarea uterului

Această temă reflectă perspectivele lor asupra tratamentelor chirurgicale efectuate prin abord vaginal sau abdominal, cu sau fără histerectomie. Toate femeile tinere NP intervievate (n = 13, 100%) au exprimat o preferință pentru chirurgia vaginală.

„Aș prefera să-mi păstrez uterul, pentru că aș dori să-mi întemeiez o familie în viitor, fiind o tânără femeie” (participantul nr. 4, 24 ani)

„Personal, aș prefera să-mi păstrez uterul, cred că toate organele au un anumit rol” (participantul nr. 6, 24 ani)

„Cu păstrarea uterului, având în vedere că fiecare organ are un rol” (participantul nr. 10, 24 ani)

1.3. Discuții

Colaborarea cu instituții medicale sau școli pentru a aborda aceste subiecte pare a fi o strategie mai eficientă. Astfel de inițiative pot contribui la creșterea gradului de conștientizare și la promovarea opțiunilor de tratament pentru POP, în special în rândul femeilor tinere [15]. Designul studiului selectat a fost adecvat, deoarece a permis o descriere precisă și o înțelegere mai profundă a fenomenului investigat [16]. Studiul nostru confirmă faptul că tinerele femei cu depresie pelviană au o conștientizare limitată a tratamentelor POP și a rolului îngrijirii medicale în gestionarea acestuia [17, 18]. În special, simptomele legate de POP acționează adesea ca bariere în calea activității fizice. Studiile anterioare sugerează că anxietatea poate agrava simptomele POP și poate crește sentimentul de vulnerabilitate al femeilor [19]. În studiul nostru, depresia anxioasă a fost identificată ca una dintre comorbidități, influențând potențial modul în care participanții și-au transmis percepțiile și experiențele. O componentă esențială care ar trebui inclusă într-un program de asistență medicală este furnizarea de informații clare despre opțiunile de tratament disponibile pentru POP. Studiile arată că majoritatea femeilor au o conștientizare limitată a acestor posibilități de tratament [20]. În consecință, abordările conservatoare, cum ar fi antrenamentul supravegheat al MPP cu sprijinul unui fizioterapeut pelvin, ar trebui promovate mai activ ca opțiuni de primă linie, în mod ideal înainte ca femeile să recurgă la intervenții chirurgicale.



1.4. Concluzii

Acest studiu subliniază necesitatea îmbunătățirii cunoștințelor și conștientizării tratamentelor POP în rândul tinerelor femei NP. Rezultatele relevă o preferință clară pentru abordările conservatoare, în special pentru antrenamentul supravegheat al MPP. Încurajarea includerii exercițiilor supravegheate ale MPP în rutina lor ar putea reduce riscul de a dezvolta POP. Crearea de conversații deschise despre POP poate oferi tinerelor femei posibilitatea de a solicita îngrijiri medicale la timp.



STUDIUL II.

ÎNȚELEGEREA ABORDĂRILOR DE TRATAMENT PENTRU PROLAPSUL ORGANELOR PELVINE DUPĂ NAȘTEREA VAGINALĂ: UN STUDIU CALITATIV

2.1. Obiective

Obiectivul studiului nostru a fost de a realiza o analiză calitativă a femeilor în postpartum, concentrându-se pe perspectivele lor cu privire la tratamentul cu POP, cu scopul de a oferi informații care ar putea sprijini dezvoltarea și implementarea strategiilor terapeutice optime.

2.2. Rezultate

2.2.1. Date demografice

Vârsta medie a celor douăsprezece femei aflate în postpartum a fost de 29,05 ani (interval 18-38 de ani), iar toate participantele au fost diagnosticate cu POP în stadiul II sau III (Tabelul 2). Femeile cu POP în stadiul II au avut nașteri vaginale fără epiziotomie. În grupul femeilor cu POP gradul III, patru femei au avut nașteri vaginale cu epiziotomie, în timp ce o femeie (a cincea participantă) a născut vaginal fără epiziotomie.

Tabelul 2. Caracteristicile demografice ale participantilor.

Variabile	N (%)
Gradul POP	
II	7 (58,33)
III	5 (41,66)
IMC (kg/m²)	
≥ 30 (obezitate)	4 (33,33)
< 30	8 (66,66)
Educație	
8 ani sau mai puțin	2 (16,66)
Liceu	7 (58,33)
Universitate	3 (25)
Paritate	
Primipare (1 naștere)	6 (50)
Secundipare (a-2-a naștere)	4 (33,33)
Multipare (≥ a-3-a naștere)	2 (16,66)
Comorbidități	2 (16,66)
Intervenții chirurgicale anterioare	
Nici una	5 (41,66)
≥ 1	7 (58,33)
Fumătoare	5 (41,66)
Nefumătoare	7 (58,33)



Analiza noastră a identificat șase teme principale, clasificate în funcție de perioada postpartum:

Imediat după nașterea vaginală:

1. Urgența în luarea deciziilor de tratament pentru POP din cauza prezenței simptomelor;
2. Influența prietenilor și, într-o măsură mai mică, a familiei sau a surselor online, în alegerea tratamentului;
3. O preferință generală pentru opțiunile de tratament conservatoare;
4. Antrenament supravegheat al MPP și alte abordări conservatoare, considerate cele mai potrivite tratamente în perioada postpartum imediată.

La 6 luni după nașterea vaginală:

5. Dorința de a continua tratamentul prompt, chiar și atunci când simptomele POP au prezentat o ameliorare la 6 luni;
6. Preferința pentru opțiuni de tratament simple care vizează îmbunătățirea calității vieții.

2.2.2. Temele

Imediat după nașterea vaginală

Tema 1: Urgența în luarea deciziilor de tratament pentru POP din cauza prezenței simptomelor

Aproximativ 76% dintre femeile aflate în perioada postpartum ($n = 8$) și-au exprimat dorința de a accelera decizia de a începe tratamentul cu POP după prima naștere vaginală.

„Am simțit ceva ieșind [...] după prima naștere” (participantul nr. 1, a doua naștere, vaginală)

„După prima sarcină [...] am simțit ceva apăsând pe vezica urinară și am decis împreună cu familia [momentul deciziei privind tratamentul POP]” (participantul nr. 2, prima naștere, vaginală)

„După naștere, [am decis] din cauza simptomatologiei care s-a agravat” (participantul nr. 9, prima naștere, naștere vaginală)

Doar două femei aflate în perioada postpartum (16,66%) au dorit să înceapă tratamentul după a doua naștere, în timp ce alte două (16,66%) au preferat să înceapă după a treia sau următoarele nașteri.

„După a doua sarcină [...] după ce am aflat imediat, m-am hotărât” (participantul nr. 4, a doua naștere, vaginală, epiziotomie)

„După ultima sarcină [...] [din cauza] simptomelor” (participantul nr. 3, a cincea naștere, vaginală)

„După a treia naștere [...] [am vrut să fac tratamentul]” (participantul nr. 12, a treia naștere, vaginală)

Tema 2: Influența prietenilor și, într-o măsură mai mică, a familiei sau a surselor online, în alegerea tratamentului

Jumătate dintre femeile aflate în perioada postpartum ($n = 6$; 50%) au raportat că prietenii lor le-au influențat alegerea tratamentelor POP.



„[Am aflat] de la prieteni [...] familie” (participantul nr. 4, a doua naștere, vaginală, epiziotomie)

„[Am aflat] de la prieteni” (participantul nr. 7, prima naștere, vaginală, epiziotomie)

Doar trei femei aflate în perioada postpartum (25%) au identificat familia ca factor de influență, în timp ce alte trei (25%) au menționat internetul.

„[Am discutat] cu familia [...] rude, prieteni și bunici” (participantul nr. 2, prima naștere, vaginală)

„[Am discutat] cu familia mea” (participantul nr. 10, prima naștere, vaginală)

„Am obținut informații de pe internet [...]” (participantul nr. 11, a doua naștere, vaginală)

Tema 3: O preferință generală pentru opțiunile de tratament conservatoare

Toate femeile aflate în perioada postpartum (n = 12; 100%) au exprimat o preferință pentru tratamente conservatoare (de exemplu, schimbări ale stilului de viață și ale comportamentului, antrenament supravegheat al MPP sau terapia de substituție hormonală), iar 11 femei (91,66%) au favorizat dispozitivele intravaginale și pesarele. Doar o participantă (8,33%) a refuzat atât opțiunile conservatoare, cât și procedurile chirurgicale. În cele din urmă, toate femeile aflate în perioada postpartum au exclus tratamentul chirurgical.

„[Aș alege] prima opțiune [procedura de schimbare a stilului de viață și a comportamentului], fără a fi nevoie de un cuțit” (participantul nr. 2, prima naștere, vaginală)

„Aș alege antrenamentul supravegheat, îl consider mai eficient, comparativ cu procedura chirurgicală” (participantul nr. 5, prima naștere, vaginală, epiziotomie)

„[Aș alege] prima opțiune [terapie de substituție hormonală], un tratament de substituție” (participantul nr. 12, a treia naștere, vaginală)

Tema 4: Antrenament supravegheat al MPP și alte abordări conservatoare, considerate cele mai potrivite tratamente în perioada postpartum imediată

Printre femeile aflate în perioada postpartum, jumătate (n = 6,50%) au considerat antrenamentul supravegheat al MPP drept cel mai eficient tratament pentru POP. O femeie (8,33%) a preferat schimbările stilului de viață, două (16,66%) au ales terapia de substituție hormonală, iar trei (25%) au selectat alte abordări conservatoare.

„Cred că cel mai bun ar fi antrenamentul muscular supravegheat” (participantul nr. 2, prima naștere, vaginală)

„Aș alege un tratament conservator, cred că vindecarea durează mai mult cu cel chirurgical, în timp ce cu cel conservator ar fi mai rapidă” (participantul nr. 4, a doua naștere, vaginală, epiziotomie)

„Conservator, în niciun caz chirurgical, pentru că nu vreau să fiu supusă niciunei intervenții chirurgicale” (participantul nr. 7, prima naștere, vaginală, epiziotomie)

La 6 luni după nașterea vaginală



Tema 5: Dorința de a continua tratamentul prompt, chiar și atunci când simptomele POP au prezentat o ameliorare la 6 luni

Toate femeile aflate în perioada postpartum (n = 12; 100%) au raportat o ameliorare a simptomelor POP la șase luni după naștere; cu toate acestea, 8 femei (66,66%) au dorit în continuare să înceapă tratamentul fără nicio întârziere.

„Da, încă simt simptomele [pentru POP], dar acestea au diminuat” (participantul nr. 2, prima naștere, vaginală)

„S-a îmbunătățit [simptomatologia] [...] Am avut o presiune, dar nu o mai am ca înainte” (participantul nr. 4, a doua naștere, vaginală, epiziotomie)

„Nu, mai ales dacă ai probleme. Cu cât amâni mai mult [tratamentul], cu atât se înrăutățește” (participantul nr. 11, a doua naștere, vaginală)

Tema 6: Preferința pentru opțiuni de tratament simple care vizează îmbunătățirea calității vieții

La șase luni postpartum, toate femeile (n = 12; 100%) au optat pentru un tratament POP simplu și „ușor”, niciuna neavând în vedere intervenția chirurgicală.

„Aș alege în principiu o metodă conservatoare, iar dacă nu este posibilă, aș alege intervenția chirurgicală” (participantul nr. 2, prima naștere, vaginală)

„Un tratament simplu mi s-ar părea ok, conservator” (participantul nr. 4, a doua naștere, vaginală, epiziotomie)

„Ceva conservator, nu aș vrea intervenție chirurgicală, [aș alege] ceva mai ușor” (participantul nr. 12, a treia naștere, vaginală)

2.3. Discuții

Impactul nașterii vaginale asupra funcției planșeului pelvin, în special în ceea ce privește POP, este un subiect din ce în ce mai relevant atât în rândul femeilor, cât și al profesioniștilor din domeniul sănătății. Datele epidemiologice sugerează că POP detectabil poate apărea la aproximativ o treime din toate nașterile la scurt timp după eveniment [20]. Cercetările anterioare au arătat că POP devine adesea o afecțiune clinică pentru multe femei postpartum, însă poate rămâne nediagnosticat o perioadă de timp; în astfel de cazuri, reabilitarea planșeului pelvin poate fi oferită ca tratament de primă linie [21]. Constatările noastre se aliniază cu această perspectivă, deoarece femeile în postpartum intervievate în studiul nostru au exprimat o preferință pentru opțiunile de tratament conservatoare, în special pentru antrenamentul supravegheat al MPP. Designul de cercetare ales, care a evaluat experiențele femeilor atât imediat după nașterea vaginală, cât și la șase luni postpartum, s-a dovedit potrivit pentru această investigație, deoarece a oferit perspective valoroase asupra fenomenului de interes, în concordanță cu principiile cercetării descriptive calitative [16]. În studiul nostru, al doilea interviu a fost programat la 6 luni postpartum, aliniindu-se cu conceptul de „a treia etapă” sau perioadă postpartum întârziată, timp în care țesuturile conjunctive sunt restaurate la starea lor de dinainte de sarcină [22]. În mod special, 4 din cele 5 femei diagnosticate cu POP postpartum în stadiul III (după naștere vaginală cu epiziotomie) erau obeze. Această constatare sugerează că gestionarea greutateii și reducerea numărului de epiziotomii pot fi aspecte importante de luat în considerare pentru acest grup de



paciente. Prin urmare, există dovezi limitate privind rolul preventiv al antrenamentului supravegheat al MPP și impactul său general în perioada postpartum [23]. Studiul nostru oferă informații valoroase pentru selectarea tratamentelor POP adecvate. Femeile aflate în postpartum incluse în cercetarea noastră au exprimat o preferință clară pentru managementul conservator, antrenamentul supravegheat al MPP fiind opțiunea cea mai frecvent aleasă.

2.4. Concluzii

Constatările noastre privind preferința pentru tratamente conservatoare în rândul femeilor în postpartum cu POP, în special indicația frecventă pentru antrenamentului supravegheat al MPP, pot ajuta la îmbunătățirea selecției opțiunilor terapeutice adecvate, la îmbunătățirea comunicării dintre paciente și medici și, în cele din urmă, la rezultate mai bune ale tratamentului.



STUDIUL III.

EXPLORAREA DECIZIILOR PRIVIND TRATAMENTUL ÎN RÂNDUL FEMEII POSTMENOPAUALE CU PROLAPS DE ORGANE PELVINE ÎNAINTE DE INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ GINECOLOGICĂ: UN STUDIU CALITATIV DIN ROMÂNIA

3.1. Obiective

Scopul acestui studiu a fost de a explora, printr-o abordare calitativă, experiențele femeilor la postmenopauză în luarea deciziilor de tratament privind POP înainte de intervențiile chirurgicale ginecologice.

3.2. Rezultate

3.2.1. Date demografice

Cele douăsprezece femei aflate la postmenopauză aveau o vârstă medie de 64,58 ani și un grad POP median de III. Majoritatea erau obeze ($IMC \geq 30$; $n = 8$; 66,66%), iar 58,33% aveau comorbidități. Șapte femei (58,33%) au raportat că participă la activități fizice, iar tot șapte femei (58,33%) erau primipare. Jumătate dintre participante (50%) suferiseră mai mult de două avorturi și erau nefumătoare (Tabelul 3).

Tabelul 3. Date demografice ale participantilor.

Informații generale	N (%)
Gradul POP	
II	3 (25)
III	8 (66,66)
IV	1 (8,33)
IMC (kg/m^2)	
≥ 30 (obezitate)	8 (66,66)
< 30	4 (33,33)
Activitate fizică	
Nici una	5 (41,66)
≥ 3 ori/săptămână	7 (58,33)
Educație	
8 ani sau mai puțin	6 (50)
Liceu	4 (33,33)
Universitate	2 (16,16)
Paritate	
Primipare	7 (58,33)
≥ 3 nașteri vaginale	5 (41,66)
Avorturi	
Nici unul	6 (50)
≥ 2 avorturi	6 (50)
Comorbidități	
Diabet	3 (25)
Hipertensiune	7 (58,33)



Intervenții chirurgicale anterioare	
Nici una	6 (50)
≥ 1	6 (50)
Fumătoare	6 (50)
Nefumătoare	6 (50)

În timpul interviurilor, fiecărei femei i-au fost prezentate o serie de afirmații care subliniază atât abordări conservatoare, cât și chirurgicale pentru gestionarea prolapsului prostatic. Acestea au inclus recomandări legate de modificări ale stilului de viață și comportamentale, antrenament supravegheat al MPP, utilizarea dispozitivelor intravaginale sau a pesarelor, terapia de substituție hormonală, precum și procedurile chirurgicale disponibile.

Au fost intervievate în total douăsprezece femei aflate la postmenopauză, saturația tematică fiind atinsă în cadrul acestui eșantion. În urma analizei datelor, au apărut șapte teme generale:

1. Insuficienta cunoaștere și înțelegere asupra prolapsului;
2. Momentul crucial care influențează alegerea tratamentului;
3. Simptomele percepute ca fiind cele mai supărătoare;
4. Principalele surse de informații despre prolaps;
5. Factorii care ghidează deciziile de tratament;
6. O preferință generală pentru strategii terapeutice conservatoare;
7. Sentimente de incertitudine la compararea opțiunilor de tratament.

3.2.2. Temele

Tema 1: Insuficienta cunoaștere și înțelegere asupra prolapsului

Majoritatea participanților ($n = 10$; 83,33%) au întâmpinat dificultăți în obținerea de informații despre prolaps, medicii fiind considerați principala lor sursă.

„Am aflat [despre prolaps] în timpul unui control. Am fost diagnosticată atunci” (participantul nr. 7, 59 ani)

„Am aflat [despre prolaps] de la un medic acum aproximativ 3 ani și am continuat să-l reintroduc în vagin. Am găsit un medic și am decis împreună ce trebuie făcut” (participantul nr. 4, 65 ani)

Celelalte două femei (16,66%) erau bine informate și conștiente de starea lor medicală.

„Mi-am dat seama pentru că am simțit că ceva a căzut din mine când am ridicat ceva de la serviciu [...]” (participantul nr. 9, 57 ani)

Cu toate acestea, femeile aflate la postmenopauză s-au confruntat cu bariere în procesul decizional privind tratamentul, având adesea informații limitate despre diferitele opțiuni de tratament pentru POP.

Tema 2: Momentul crucial care influențează alegerea tratamentului

Agravarea simptomelor a fost factorul cheie care a determinat inițierea tratamentului. Majoritatea femeilor ($n = 7$; 58,33%) au exprimat că „nu mai pot suporta”.

„Am decis că am nevoie de tratament când nu mai puteam suporta” (participantul nr. 1, 69 de ani)



Pentru două femei (16,66%), decizia de a începe tratamentul a venit atunci când au experimentat coborârea uterină.

„Am simțit că îmi iese uterul. Oricum, a trebuit să merg la un medic” (participantul nr. 12, 67 ani)

Unele femei (n = 2, 16,66%) s-au temut de intervenția chirurgicală și, în consecință, au amânat operația.

„Mi-e puțin frică de operație și am tot amânat-o câțiva ani. Am vrut tratamentul, dar l-am amânat” (participantul nr. 5, 54 ani)

Ultima femeie (8,33%) a simțit o lipsă de împlinire personală, care a devenit factorul decisiv în alegerea începerii tratamentului.

„Am decis că am nevoie de tratament când a devenit foarte neplăcut. Nu mă simțeam o persoană împlinită, ceva nu era în regulă” (participantul nr. 7, 59 ani)

Deși simptomele s-au agravat, majoritatea femeilor au avut tendința de a amâna decizia de a începe tratamentul.

Tema 3: Simptomele percepute ca fiind cele mai supărătoare

Majoritatea participanților (n = 5; 41,66%) au experimentat senzații persistente de plenitudine.

„[...] că ieșea ceva din mine, o senzație de plenitudine, simțeam că nu mai pot face nimic, că ieșeau multe din mine” (participantul nr. 1, 69 ani)

Două femei (n = 2, 16,66%) nu puteau merge.

„Nici măcar nu puteam merge, aveam dureri” (participantul nr. 3, 73 ani)

Alte două femei (n = 2, 16,66%) au raportat că resimt presiune și urinare frecventă.

„Simt presiune, nu mă simțeam bine, mergeam des la toaletă, chiar și peste noapte” (participantul nr. 5, 54 ani)

O femeie (8,33%) a raportat dificultăți în desfășurarea activităților zilnice, o alta (8,33%) a simțit că ceva nu este în regulă, iar o a treia (8,33%) a experimentat disconfort.

„[...] coborârea uterului și am simțit că era ceva acolo, ceva nu era în regulă” (participantul nr. 2, 65 ani)

„[...] am simțit că nu pot merge, nu-mi pot desfășura activitățile zilnice” (participantul nr. 4, 65 ani)

Femeile au amânat luarea deciziilor privind tratamentul pentru POP până când majoritatea simptomelor, în special senzația de sațietate, au progresat spre un disconfort sever.

Tema 4: Principalele surse de informații despre prolaps

Pentru aproape jumătate dintre participanți (n = 5, 41,66%), medicul a fost singura sursă de informații despre opțiunile de tratament.

„[...] am aflat de la medici și asta e tot. Am încercat să caut pe internet, dar nu a fost eficient pentru că nu știu cum să caut” (participantul nr. 4, 65 ani)

Pentru 4 femei (33,33%), internetul a fost principala sursă de informații.



„La început, am căutat online și apoi m-am dus la medic. Am avut incontinență urinară, prolaps, apoi ruptură perineală. Am căutat orice, pentru că nu știam de ce sufar [...]” (participantul nr. 5, 54 ani)

Trei femei (25%) au declarat că rudele lor au fost singurele surse de informații.

„Am vorbit cu rudele mele. Am o rudă care a fost asistentă medicală și mi-a spus că voi avea nevoie de o intervenție chirurgicală” (participantul nr. 12, 67 ani)

Femeile aflate la postmenopauză cu POP au avut surse limitate de informații pe termen scurt, bazându-se în principal pe medici, internet sau rudele lor.

Tema 5: Factorii care ghidează deciziile de tratament

Pentru majoritatea femeilor ($n = 7$; 58,33%), medicul a influențat decizia privind tratamentul POP.

„Medicul m-a îndrumat și nu am luat nicio decizie înainte de asta” (participantul nr. 8, 67 ani)

Doar 4 femei (33,33%) și-au făcut propria alegere privind tratamentul, iar o femeie (8,33%) nu își amintește cum a decis.

„Am căutat soluția potrivită pentru mine de-a lungul anilor, știind că m-ar deranja mai mult dacă nu aș fi operată. Pentru că se putea agrava [...]” (participantul nr. 9, 57 ani)

Majoritatea femeilor intervievate s-au simțit presate de medici să aleagă rapid tratamente pentru POP, fără a avea posibilitatea de a lua propriile decizii în cunoștință de cauză.

Tema 6: O preferință generală pentru strategii terapeutice conservatoare

Femeile și-au exprimat incertitudinea cu privire la schimbările de stil de viață și de comportament, deși jumătate dintre acestea (6 participanți, 50%) au privit această opțiune pozitiv.

„[...] ca femei, ar trebui să nu mai muncim atât de mult, să nu mai ridicăm greutăți. Dacă am fi făcut exerciții înainte de prolaps, asta ar fi putut ajuta, ar fi fost o măsură preventivă. Nu cred că este mai sigur. Pur și simplu nu facem exerciții [...]” (participantul nr. 9, 57 ani)

„Nu există nicio problemă, trebuie să aveți grijă de dumneavoastră și să evitați ridicarea anumitor greutăți” (participantul nr. 3, 73 ani)

Majoritatea participanților ($n = 7$; 58,33%) au indicat că preferă antrenamentul supravegheat al MPP în locul intervențiilor chirurgicale.

„Dacă am trăi o viață mai organizată, cu antrenament muscular și ne-am gândi la sănătatea noastră, ne-am putea păstra sănătatea, astfel încât să nu mai ajungem să facem operații” (participantul nr. 9, 57 ani)

În schimb, majoritatea femeilor ($n = 9$, 75%) nu au considerat utilizarea pesarului ca o alternativă viabilă.

„Nu cred că aș alege asta. Nu cred că e mai bine cu un inel, să-l port toată ziua, având grijă să nu-l las să cadă” (participantul nr. 1, 69 ani)



Unele dintre femeile aflate la postmenopauză nu au fost de acord cu utilizarea hormonilor ($n = 7$; 58,33%).

Deși jumătate dintre femei nu au fost de acord cu ideea schimbărilor stilului de viață și comportamentului, majoritatea nu au fost în favoarea utilizării pesarului sau a terapiei hormonale; cu toate acestea, majoritatea au răspuns pozitiv atunci când li s-a oferit alternativa antrenamentului supravegheat al MPP.

Tema 7: Sentimente de incertitudine la compararea opțiunilor de tratament

Majoritatea femeilor au fost nesigure în alegerea între intervenția chirurgicală și tratamentul conservator. Patru femei (33,33%) au favorizat tratamentul chirurgical, în timp ce alte patru (33,33%) au preferat opțiunile conservatoare. Doar două participante (16,66%) au considerat chirurgia vaginală o alegere bună, iar două (16,66%) au fost nesigure în privința oricărui tratament.

„Chiar nu știu ce să spun [despre cea mai bună opțiune pentru mine]”
(participantul nr. 1, 69 ani)

„Desigur, un tratament conservator și nu unul chirurgical ar fi mai bun. Rămâi o persoană întreagă, comparativ cu suferința din cauza intervenției chirurgicale”
(participantul nr. 4, 65 ani)

„[...] tratamentul chirurgical - deoarece nu simți nimic în timpul anesteziei și deoarece nu durează mult” (participantul nr. 10, 64 de ani)

Când li s-au prezentat atât opțiuni de tratament atât conservator, cât și chirurgical, majoritatea participanților au raportat că se simt nesiguri. În timp ce unele au considerat tratamentele conservatoare ca fiind „mai bune”, ele au crezut, de asemenea, că intervenția chirurgicală „nu durează mult” și ar putea fi de fapt o alternativă preferabilă.

3.3. Discuții

Deși majoritatea participanților la studiul nostru erau obezi ($\text{IMC} \geq 30$) și aveau hipertensiune arterială, tratamentul chirurgical a fost totuși indicat. Deși POP este frecvent diagnosticat la femeile aflate la postmenopauză [24], a fost frapant să observăm lipsa considerabilă de cunoștințe despre această afecțiune în rândul participanților la studiul nostru. Constatări similare au fost raportate și în alte studii, dar în cazul nostru, această lacună de cunoștințe pare să afecteze majoritatea femeilor. Acest lucru poate fi atribuit accesului insuficient la surse de informații fiabile, fie în spitale, fie pe rețelele de socializare [25]. Această abordare metodologică s-a dovedit adecvată, deoarece a oferit o înțelegere cuprinzătoare și precisă a fenomenului investigat [16]. Decizia de a solicita tratament a fost de obicei declanșată de o agravare a simptomelor. Deși femeile au prezentat multiple simptome supărătoare, adesea nu le-au perceput ca fiind suficient de semnificative pentru a necesita atenție imediată. Astfel, intervenția chirurgicală este adesea eficientă pentru cazurile severe, iar apariția unor noi simptome postoperatorii ar trebui, de asemenea, luată în considerare [26]. Un studiu separat, care a utilizat interviuri de grup privind procesul decizional al femeilor în ceea ce privește tratamentul POP, a relevat că participanții au raportat frecvent că simt o lipsă de opțiuni și un sprijin inadecvat, subliniind necesitatea unei abordări mai centrate pe pacient [27]. Cercetările



anterioare au explorat așteptările femeilor și rezultatele percepute după tratament [28], iar studiul nostru a constatat că opțiunile de tratament mai puțin invazive sunt, în general, considerate mai acceptabile. Deși campaniile media au contribuit la creșterea gradului de conștientizare cu privire la incontinența urinară, adesea prin promovarea medicamentelor anticolinergice, în prezent nu există niciun efort comparabil care să vizeze creșterea gradului de conștientizare a publicului cu privire la POP [29].

3.4. Concluzii

Prin urmare, este esențial să se ofere acestor femei informații prompte și complete despre opțiunile de tratament POP disponibile, permițându-le să ia decizii în cunoștință de cauză cu privire la tratamentul preferat.



CONCLUZIILE TEZEI DE DOCTORAT

- Factorii care au influențat luarea deciziilor pacientelor în alegerea tratamentelor pentru POP au fost reprezentați de internet pentru femeile tinere NP fără POP, prieteni pentru femeile în postpartum cu POP în stadiile II și III și medici pentru femeile la postmenopauză cu POP în stadiile II, III și IV;
- Toate pacientele au preferat tratamentul conservator, urmând un training supravegheat al MPP;
- Femeile cu sau fără POP au preferat căi diferite pentru tratamente și planificarea îngrijirii pe termen lung, cu o calitate a vieții crescută;
- Punctul forte al studiului reiese din faptul că, în grupul de femei ales de noi, în diferite perioade ale vieții, acesta abordează percepția, perspectiva și procesul decizional al acestora în legătură cu noile tratamente pentru POP;
- Cercetarea noastră justifică eforturile depuse în evaluarea alegerii femeilor pentru diferite tratamente pentru POP prin utilizarea cercetării calitative.



ORIGINALITATEA TEZEI DE DOCTORAT

- Originalitatea tezei de doctorat a constat în determinarea factorilor care influențează luarea deciziilor pacientelor în ceea ce privește tratamentele pentru prolaps la diferite grupe de vârstă (de exemplu, nulipare, în postpartum și la postmenopauză) – date pe care nu le-am putut găsi în literatura de specialitate;

- Prezenta cercetare este primul studiu calitativ al prolapsului care încearcă să definească modul în care percepțiile, perspectivele și factorii determinanți în luarea deciziilor la femei influențează alegerea tratamentelor pentru prolaps;

- Factorii decizionali în alegerea tratamentelor pentru prolaps au fost reprezentați de internet pentru femeile NP fără prolaps, prieteni pentru femeile în postpartum cu prolaps și medici pentru femeile la postmenopauză cu prolaps – date pe care nu le-am putut găsi în literatura de specialitate;

- Toate pacientele au preferat tratamentul conservator, cu accent pe antrenamentul supravegheat al MPP – date pe care nu le-am putut găsi în literatura de specialitate;

- Utilizarea metodelor calitative pentru astfel de scopuri a adus unele progrese, cum ar fi individualizarea îngrijirii pacientelor, îmbunătățirea satisfacției pacientelor și a rezultatului general la un astfel de grup de femei.



BIBLIOGRAFIE

- [1]. Verghese TS, Merriel A, Leighton L, Latthe P. Willingness of postmenopausal women to participate in a study involving local vaginal oestrogen treatment as an adjunct to pelvic organ prolapse surgery: a qualitative study. *Int Urogynecol J*. 2021; 32(2): 413-421.
- [2]. Ilunga-Mbaya E, Mukwege D, De Tayrac R, Mbunga B, Maroyi R, Ntakwinja M, Sengeyi MAD. Exploring risk factors of pelvic organ prolapse at eastern of Democratic Republic of Congo: A case-control study. *BMC Womens Health*. 2024; 24(1): 199.
- [3]. Pakbaz M, Persson M, Lofgren M, Mogren I. 'A hidden disorder until the pieces fall into place' - a qualitative study of vaginal prolapse. *BMC Womens Health*. 2010; 10: 18.
- [4]. Basu M, Wise B, Duckett J. A qualitative study of women's preferences for treatment of pelvic floor disorders. *BJOG*. 2011; 118: 338-344.
- [5]. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L, Cartwright R. Experiences and expectations of women with urogenital prolapse: a quantitative and qualitative exploration. *BJOG*. 2008; 115: 1362-1368.
- [6.] Yuk JS, Lee JH, Hur JY, Shin JH. The prevalence and treatment pattern of clinically diagnosed pelvic organ prolapse: a Korean National Health Insurance Database-based cross-sectional study 2009-2015. *Sci Rep*. 2018; 8(1): 1334.
- [7]. Dietz HP. Pelvic organ prolapsed- a review. *Focus*. 2015; 44(7): 446-452.
- [8]. Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nat Rev Dis Primers*. 2017; 3: 17042.
- [9]. Pakbaz M, Rolfsman E, Mogren I, Löfgren M. Vaginal prolapse - perceptions and healthcare-seeking behavior among women prior to gynecological surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011; 90(10): 1115-1120.
- [10]. Sasso KM. The Colpexin Sphere: a new conservative management option for pelvic organ prolapse. *Urol Nurs*. 2006; 26: 433-440.
- [11]. Fowler GE, Baker DM, Lee MJ, Brown SR. A systematic review of online resources to support decision-making for full-thickness rectal prolapsed surgery. *Tech Coloproctol*. 2017; 21: 853-862.
- [12]. Doyle L, McCabe C, Keogh B, Brady A, McCann M. An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. *J Res Nurs*. 2020; 25(5): 443-455.
- [13]. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, Shull BL, Smith AR. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*. 1996; 175(1): 10-17.
- [14]. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24(2): 105-112.
- [15]. Wang B, Chen Y, Zhu X, Wang T, Li M, Huang Y, Xue L, Zhu Q, Gao X, Wu M. Global burden and trends of pelvic organ prolapse associated with aging women: An observational trend study from 1990 to 2019. *Front Public Health*. 2022; 10: 975829.



- [16]. Lambert VA, Lambert CE. Qualitative descriptive research: An acceptable design. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2012; 16(4): 255-256.
- [17]. Pizzoferrato AC, Thuillier C, Vénara A, Bornshtein N, Bouquet S, Cayrac M, Cornillet-Bernard M, Cotellet O, Cour F, Cretinon S, De Reilhac P, Loriau J, Pellet F, Perrouin-Verbe MA, Pourcelot AG, Revel-Delhom C, Steenstrup B, Vogel T, Le Normand L, Fritel X. Management of female pelvic organ prolapse-Summary of the 2021 HAS guidelines. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2023; 52(3): 102535.
- [18]. De Carvalho MLAS, Bezerra LO, Oliveira JMP, Oliveira MCE, Micussi MTABC. Pelvic floor muscle training in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. A protocol study. *PLoS One*. 2024; 19(8): 0308701.
- [19]. Culleton-Quinn E, Bo K, Fleming N, Mockler D, Cusack C, Daly D. Elite female athletes' experiences of symptoms of pelvic floor dysfunction: a systematic review. *Int Urogynecol J*. 2022; 33: 2681-2711.
- [20]. He X, Xie Y, Xie B, Zhao M, Zhang H, Zhao X, Zhao H. Use of mobile fitness app to improve pelvic floor muscle training in puerperal women with gestational diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *Health Informatics J*. 2025; 31(1): 14604582251316774.
- [21]. Nur FM, Ng BK, Phon SE, Azlin MI, Nur AAG, Lim PS. Prevalence, knowledge and awareness of pelvic floor disorder among pregnant women in a Tertiary Centre, Malaysia. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(14): 8314.
- [22]. Zarzecka J, Pyrek M, Pietrzykowska-Szc/zubelek K, Barcz E, Pomian A. Influence of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor function: a review of literature. *Ginekol Pol*. 2024; 95(10): 830-834.
- [23]. Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochran Database Syst Rev*. 2017; 12(12): CD007471.
- [24]. Kubler JM, Edwards C, Cavanagh E, Mielke GI, Gardiner PA, Trost SG, Fontanarosa D, Borg DJ, Kumar S, Clifton VL, Beetham KS. Maternal physical activity and sitting time and its association with placental morphology and blood flow during gestation: findings from the Queensland Family Cohort study. *J Sci Med Sports*. 2024; 27(7): 480-485.
- [25]. Zumurbas AE. Understanding pelvic organ prolapse: a comprehensive review of etiology, epidemiology, comorbidities, and evaluation. *Soc Int Urol J*. 2025; 6(1): 6.
- [26]. Maglinte DD, Kelvin FM, Fitzgerald K, Hale DS, Benson JT. Association of compartment defects in pelvic floor dysfunction. *AJR Am J Roentgenol*. 1999; 172(2): 439-444.
- [27]. Carroll L, Sullivan CO, Doody C, Perrotta C, Fullen BM. Pelvic organ prolapse: women's experiences of accessing care & recommendations for improvement. *BMC Womens Health*. 2023; 23(1): 672.
- [28]. Nemirovsky A, Horowitz AM, Mal RD. Patient counseling for pelvic organ prolapse surgery: methods used for patient education. *Gynecol Pelvic Med*. 2023; 6: 2.
- [29]. Andersson G, Johansson JE, Sahlberg-Blom E, Pettersson N, Nilsson K. Urinary incontinence - why refraining from treatment? A population-based study. *Scand J Urol Nephrol*. 2005; 39: 301-307.

