

Vpliv kronične pelvične bolečine na kakovost življenja žensk

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v12i2.187>

Pregledni znanstveni članek

UDK 616.718.19-009.7-036.1-055.2

KLJUČNE BESEDE: kronična medenična bolečina, celostni pristop, telesno zdravje, duševno zdravje, medosebni odnosi

POVZETEK – Kronična pelvična bolečina prizade ne med 5,7 % in 26,6 % žensk ter vpliva na različne vidike njihovega življenja. Namen sistematičnega pregleda literature je opredeliti dejavnike, ki vplivajo na kakovost življenja žensk s kronično pelvično bolečino, ter izpostaviti ključna področja, na katera bolečina vpliva. Literaturo smo iskali v mednarodnih podatkovnih bazah CINAHL ultimate, ScienceDirect in MEDLINE, z uporabo ključnih besed: chronic pelvic pain AND women, women chronic pelvic pain AND quality of life, chronic pelvic pain AND gynecology, chronic pelvic pain AND holistic care. V pregled je bilo vključenih 11 znanstvenih člankov, objavljenih po letu 2018. Na podlagi tematske analize smo oblikovali štiri vsebinske sklope: dejavniki, ki vplivajo na kakovost življenja žensk s kronično pelvično bolečino; vpliv kronične pelvične bolečine na telesno zdravje in kakovost življenja; vpliv kronične pelvične bolečine na duševno zdravje in kakovost življenja; vpliv kronične pelvične bolečine na medosebne odnose. Naše ugotovitve kažejo, da kronična pelvična bolečina pomembno zmanjšuje kakovost življenja žensk ter vpliva na njihovo telesno in duševno zdravje ter socialno delovanje. Zdravstveni delavci moramo kronično pelvično bolečino obravnavati kot večdimenzionalni pojav in pri tem slediti biopsihosocialnemu modelu zdravja.

Review article

UDC 616.718.19-009.7-036.1-055.2

KEYWORDS: chronic pelvic pain, holistic approach, physical health, mental health, interpersonal relationships

ABSTRACT - Chronic pelvic pain affects between 5.7% and 26.6% of women and interferes with various aspects of women's lives. The aim of the systematic literature review is to identify factors that affect the quality of life of women with chronic pelvic pain and to highlight the key areas affected by the pain. We searched the literature in the international databases CINAHL ultimate, ScienceDirect and MEDLINE using the following keywords: chronic pelvic pain AND women, women chronic pelvic pain AND quality of life, chronic pelvic pain AND gynaecology, chronic pelvic pain AND holistic care. The review included 11 scientific articles published after 2018. Based on the thematic analysis, we formed four content groups: factors affecting the quality of life of women with chronic pelvic pain; the impact of chronic pelvic pain on physical health and quality of life; the impact of chronic pelvic pain on mental health and quality of life; the impact of chronic pelvic pain on interpersonal relationships. Our results show that chronic pelvic pain has an impact on women's quality of life, affecting their physical and mental health as well as their social functioning. Healthcare professionals need to treat chronic pelvic pain as a multidimensional phenomenon and be guided by the biopsychosocial model of health.

1 Uvod

Kronična pelvična bolečina (KPB) je opredeljena kot kronična ali vztrajna bolečina, ki jo oseba zaznava v strukturah, povezanih z medenico, in se lahko pojavlja pri moških ali ženskah (Engeler idr., 2025). Po novi Mednarodni klasifikaciji bolez-

Prejeto/Received: 27. 5. 2025
Sprejeto/Accepted: 21. 10. 2025

Besedilo/Text © 2025 Avtor(ji)/The Author(s)
To delo je objavljeno pod licenco CC BY Priznanje avtorstva 4.0 Mednarodna.
/ This work is published under a CC BY Attribution 4.0 International license.
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

ni (MKB-11) je KPB definirana kot bolečina, ki vztraja 3 mesece ali dlje (po stari definiciji več kot 6 mesecev) (World Health Organization, 2022). Sindrom primarne kronične pelvične bolečine (angl. Chronic Primary Pelvic Pain Syndrome – CPPPS) je podvrsta KPB, pri kateri ni dokazljive okužbe ali druge očitne lokalne patologije, ki bi pojasnila bolečino. Sekundarna pelvična bolečina pa je simptom že znane bolezni (Engeler idr., 2025).

KPB je pogosto povezana z negativnimi kognitivnimi, vedenjskimi, spolnimi in čustvenimi posledicami ter simptomi, ki nakazujejo disfunkcijo spodnjih sečil, spolnih organov, črevesja, medeničnega dna ali reproduktivnega sistema. Bolečine, povezane z ginekološkim zdravjem žensk, delimo na bolečine, povezane z zunanjimi in notranjimi spolovili. Bolečina, povezana z zunanjimi spolovili, je vulvodinija, ki se deli na generalizirano in lokalizirano vulvodinijo. Med slednjo spadata vestibulodinija in klitoridinija. Bolečine, povezane z notranjimi spolovili, so sindrom bolečine, povezane z endometrioza, sindrom kronične primarne pelvične bolečine s cikličnimi poslabšanji in primarna dismenoreja (Engeler idr., 2025).

Diagnosticiranje vzrokov KPB pri ženskah se začne z anamnezo in pregledom. Če obstaja sum na ginekološki izvor bolečine, je žensko treba napotiti h ginekologu (Engeler idr., 2025). Za odkrivanje organskih vzrokov KPB pri ženskah se uporablja laparoskopija, ki se je izkazala za najučinkovitejšo metodo, saj so z njo v Sloveniji odkrili organske vzroke bolečin pri 70,7 % žensk. Najpogostejše odkriti vzroki so zarostline (35,7 %), endometrioza (25,0 %) in pelvične varice (10 %). Med manj pogostimi vzroki so miomi, adenomioza, ciste in hiperretroverzija maternice (Domazet-Fink in Kobal, 2003).

KPB pri ženskah je težko natančno določiti, saj številne ženske ne poiščejo zdravstvene pomoči, poleg tega pa ni enotnih diagnostičnih kriterijev (Reavey in Vincent, 2022). V mnogih državah tudi ni ustreznih podatkovnih zbirk za beleženje tega stanja. Kljub tem omejitvam se ocenjuje, da KPB prizadene med 5,7 % in 26,6 % žensk (Ahangari, 2014).

KPB predstavlja znatno ekonomsko breme tako za posameznice kot za zdravstvene sisteme po svetu. Letni stroški zdravstvene oskrbe za ženske s KPB so ocenjeni med 1.367 eur in 7.043 eur na leto, pri čemer stroški zdravil na recept znašajo od 193 eur do 2.457 eur na leto. Posredni stroški, kot je izguba produktivnosti, se gibljejo med 4.216 eur in 12.789 eur na leto. Skupni letni stroški tako segajo od 1.820 eur do 20.898 eur na žensko (Huang idr., 2022).

KPB zaradi svoje narave vpliva na različna področja življenja žensk, zahteva celostno zdravstveno obravnavo ter znanje in kompetence različnih zdravstvenih strokovnjakov (Engeler idr., 2025). Pristopi k obvladovanju KPB vključujejo analgezijo, hormonsko zdravljenje, fizioterapijo, psihološke pristope ter nasvete o življenjskem slogu (Vincent in Evans, 2021). Za zdravstvene delavce, ki se srečujejo z ženskami s KPB, je pomembno, da se zavedajo večfaktorskega vpliva KPB na življenja žensk in da znajo težave ustrezno naslavlјati (Engeler idr., 2025).

Namen sistematičnega pregleda literature je opredeliti dejavnike, ki vplivajo na kakovost življenja žensk s KPB, in izpostaviti ključna področja, na katera bolečina vpliva. Naš cilj je odgovoriti na štiri raziskovalna vprašanja:

1. Kateri dejavniki vplivajo na kakovost življenja žensk s KPB?
2. Kako KPB vpliva na telesno zdravje in kakovost življenja žensk?
3. Kako KPB vpliva na duševno zdravje in kakovost življenja žensk?
4. Kako KPB vpliva na medosebne odnose?

2 Metode

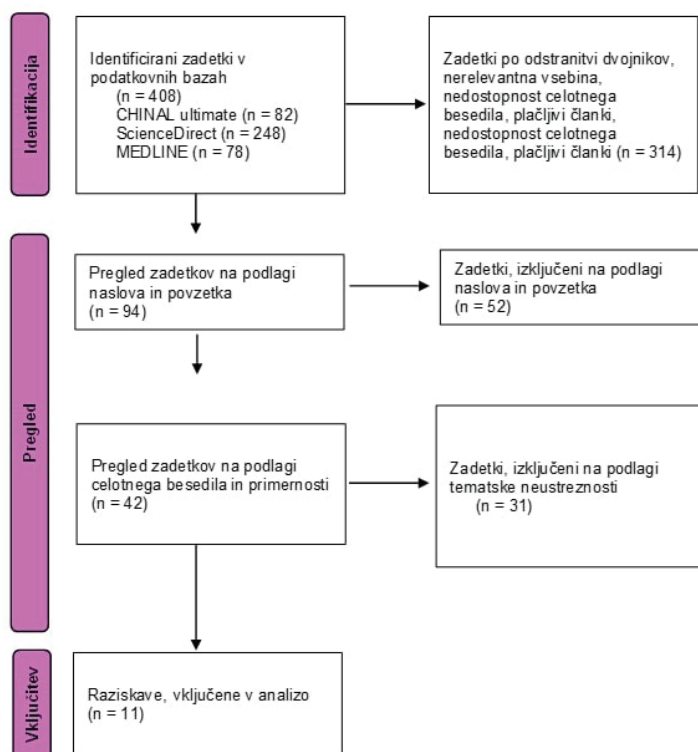
V raziskavi je bil uporabljen kvalitativni raziskovalni pristop s sistematičnim pregledom znanstvene literature na temo, ki opisuje kakovost življenja žensk s KPB.

2.1 Metode pregleda

Za iskanje literature smo uporabili mednarodne baze podatkov CINAHL ultimate, ScienceDirect in MEDLINE, do katerih smo dostopali prek oddaljenega dostopa Digitalne knjižnice Univerze v Ljubljani (DiKUL). Pri iskanju smo uporabili angleške ključne besede: chronic pelvic pain AND women, women chronic pelvic pain AND quality of life, chronic pelvic pain AND gynecology, chronic pelvic pain AND holistic care. Vključitveni kriteriji za izbor ustrezne literature so bili znanstvena literatura, objavljena v obdobju 2018–2025, vsebinska ustreznost, prosta dostopnost do celotnega besedila in angleški jezik. V pregled smo vključili članke, ki so se vsebinsko navezovali na naša raziskovalna vprašanja. Izključitveni kriteriji so bili vsebinsko neskladje literature z obravnavano temo, objave, ki niso bile v angleškem jeziku, plačljivi članki in dvojniki.

2.2 Rezultati pregleda

Iz skupnega nabora relevantnih zadetkov ($n = 408$) smo izločili dvojnike in prispevke, ki niso bili v celoti dostopni ($n = 52$). Glede na pregled naslovov in povzetkov je vključitvenim kriterijem ustrezalo 18 enot literature. Po pregledu celotnega besedila člankov smo v končni pregled uvrstili 11 enot literature. Podrobnejši potek in število zajetih člankov smo prikazali z diagramom poteka pregleda literature PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) (Page idr., 2021), ki je prikazan na sliki 1.

Slika 1*PRISMA Diagram/PRISMA Flow Diagram***2.3 Metoda analize zajetih zadetkov**

Izvedli smo kvalitativno analizo, ki temelji na izboru dostopne in vsebinsko ustrezne znanstvene literature (Kordeš in Smrdu, 2015), saj nas je zanimalo globlje razumevanje dejavnikov, ki vplivajo na kakovost življenja žensk s KPB. Vsebinsko 11 znanstvenih člankov smo podrobno tematsko analizirali in se osredotočili na dele, povezane s svojimi raziskovalnimi vprašanji. Iz člankov smo izluščili ključne informacije: dejavnike, ki vplivajo na kakovost življenja žensk s KPB, in ključna področja življenja, na katera ima KPB vpliv.

3 Rezultati

V končno analizo smo vključili 11 znanstvenih člankov, povezanih s svojimi raziskovalnimi vprašanji. Od tega je 9 izvirnih znanstvenih člankov in 1 članek s sistematičnim pregledom literature z metaanalizo. Med izvirnimi znanstvenimi članki prevladujejo kvantitativne raziskave, 1 raziskava uporablja mešane metode, 1 pa temelji na

kvalitativnem raziskovalnem pristopu. Najstarejša raziskava je iz leta 2018. Vključene raziskave so predstavljene v tabeli 1.

Tabela 1

Opis raziskav, vključenih v končno analizo/Literature review results

<i>Referenca</i>	<i>Vrsta raziskave in glavne metode</i>	<i>Vzorec</i>	<i>Namen</i>	<i>Ključne ugotovitve</i>
Bhide idr., 2021	Kvantitativna primerjalna raziskava.	198 žensk	Ugotoviti dolgoročni vpliv KPB na HRQoL pri ženskah z in brez endometrioze.	Ženske s KPB, povezano z endometriozo, in ženske z drugimi vzroki KPB so imele podobno kakovost življenja 8–10 let po operaciji. Prav tako med skupinama ni bilo bistvene razlike v intenzivnosti bolečine.
de Souza idr., 2023	Kvantitativna presečna raziskava.	140 žensk	Analizirati vpliv KPB in sindroma bolečega mehurja na kakovost spanja pri ženskah z globoko endometriozo.	Intenzivnost bolečine je glavni dejavnik poslabšanja kakovosti spanja, učinek pa je še izrazitejši, če je bolečina povezana s sindromom bolečega mehurja.
Mellado idr., 2020	Kvalitativna raziskava.	58 žensk	Raziskati pristope žensk s KPB pri vsakodnevnem soočanju z bolečino.	Ženske s KPB svojo vsakodnevno rutino prilagajajo bolečini in zmanjšanim možnostim delovanja, kar lahko privede do občutka apatije, izgube nadzora nad življenjem in depresije.
Muharam idr., 2022	Kvantitativna presečna raziskava.	160 žensk	Ugotoviti povezavo med značilnostmi bolečine, prisotnostjo duševnih motenj in kakovostjo življenja pri ženskah z endometriozo.	Hude bolečine zaradi endometrioze in prisotnost duševnih motenj so bile povezane z nižjo kakovostjo življenja.
Neto idr., 2025	Sistematični pregled z metaanalizo.	8 enot literature	Ugotoviti prevalenco depresije in anksioznosti pri ženskah s KPB ter identificirati povezane dejavnike.	Ženske s KPB imajo dvakrat večjo verjetnost za anksiozne motnje, medtem ko pri depresiji ni bilo statistično značilne razlike.
Panisch idr., 2025	Kvantitativna in kvalitativna presečna raziskava.	48 žensk	Raziskati vpliv KPB na psihosocialno blaginjo žensk.	KPB vpliva na medosebne odnose in duševno zdravje žensk, ki doživljajo anksioznost, depresijo in posttravmatsko stresno motnjo.

Piontek idr., 2019	Kvantitativna pre-sečna raziskava.	234 oseb s KPB (131 žensk, 103 moški)	Raziskati vpliv telesnih in psihosocialnih dejavnikov na resnost simptomov ter kakovost življenja na področju telesnega in duševnega zdravja pri moških in ženskah s sindromom kronične pelvične bolečine.	Kakovost življenja na področju duševnega zdravja je slabša pri bolnikih z depresijo, anksioznostjo in katastrofičnimi mislimi o bolečini. Telesna kakovost življenja je slabša pri bolnikih z depresijo, z več miofascialnih prožilnih točk in tistih, ki jemljejo več protibolečinskih zdravil.
Piontek idr., 2022	Kvantitativna longitudinalna raziskava.	234 oseb s KPB (56 % žensk); 125 oseb po 12 mesecih (59,2 % žensk)	Ugotoviti dolgoročne spremembe simptomov in psiholoških dejavnikov ter njihov vpliv na z zdravjem povezano kakovost življenja (HRQoL) pri ženskah s KPB	KPB je povezana z zmanjšano telesno in duševno komponento HRQoL. Somatski simptomi so povezani s telesno komponento (fizični HRQoL), ravni depresivnih simptomov, anksioznosti in katastrofiziranje bolečine pa so povezani z duševno komponento HRQoL in so ostali stabilni skozi obdobje 12 mesecev.
Rush idr., 2019	Kvantitativna pre-sečna raziskava.	2061 žensk	Raziskati povezavo med pelvično bolečino, povezano z endometriozo, pogostostjo simptomov endometriozе in subjektivnim blagostanjem pri ženskah z endometriozo.	Endometrioza močno vpliva na kakovost življenja žensk, pri čemer sta pelvična bolečina in pogostost simptomov ključna dejavnika nižjega subjektivnega blagostanja.
Siqueira-Campos idr., 2019	Kvantitativna pre-sečna raziskava.	100 žensk s KPB, 100 žensk brez KPB	Raziskati prevalenco anksioznosti, depresije in mešane anksiozno-depresivne motnje (MADD) pri ženskah s KPB.	Anksioznost, depresija in MADD so pri ženskah s KPB bistveno bolj razširjene kot pri ženskah brez KPB. Posebej ranljive so ženske s preteklo izkušnjo fizičnega nasilja, spolne zlorabe ali kadiške.
Sewell idr., 2018	Kvantitativna pre-sečna raziskava.	115 žensk	Ugotoviti, ali je višja stopnja katastrofiziranja bolečine povezana z višjimi ravnmi bolečine in slabšo kakovostjo življenja žensk s KPB.	Več kot polovica žensk s KPB je dosegla klinično pomembno stopnjo katastrofiziranja bolečine, kar je povezano z večjo bolečino in slabšo kakovostjo življenja.

Rezultate smo v nadaljevanju razdelili na štiri podpoglavja, ki predstavljajo odgovore na raziskovalna vprašanja.

3.1 Dejavniki, ki vplivajo na kakovost življenja žensk s kronično pelvično bolečino

Bolečina je večdimenzionalna izkušnja, ki vključuje kognicijo, čustva, vedenje in motivacijo, zato se pri posamezniku izraža različno. Do dve tretjini žensk v splošni populaciji naj bi doživeli KPB, ki pomembno negativno vpliva na ženske in njihovo vsakdanje življenje. KPB je pri ženskah povezana z zmanjšano kakovostjo življenja na področju telesnega in duševnega zdravja v primerjavi s splošno populacijo (Sewell idr., 2018). Kakovost življenja ni odvisna samo od prisotnosti bolečine, ampak nanjo vplivajo različni dejavniki: spol, trajanje bolečine, operativni poseg, endometrioza, starost, katastrofiziranje bolečine, spoprijemanje z bolečino, socialna podpora in upanje. Katastrofiziranje bolečine je opredeljeno kot pretiran negativen kognitivni in čustveni odziv na dejansko ali pričakovano izkušnjo z bolečino, ki vključuje nagnjenost k premišljevanju o bolečini, povečevanju nevarnosti bolečine ter zaznavanju občutkov nemoči, kar večinoma poslabša in poveča občutek bolečine (Sewell idr., 2018). Nevrološki vzroki pelvične bolečine s trajanjem simptomov ≥ 2 leti so pri moških privedli do pogostejše depresije v primerjavi z moškimi, pri katerih simptomi trajajo manj kot 2 leti. Ženske s trajanjem simptomov ≥ 2 leti pa so poročale o nižji stopnji bolečine, manj zaznanem stresu in negativnih učinkih ter o boljšem obvladovanju bolečine v primerjavi z ženskami, pri katerih simptomi trajajo manj kot 2 leti (Piontek idr., 2022). V primeru KPB 74 % žensk poroča o hudih bolečinah, ocenjenih z VAS ≥ 7 . Večjo verjetnost za hude bolečine imajo ženske, ki so bile zaradi zdravljenja bolezni operirane (Muharam idr., 2022). Kakovost življenja je lahko zmanjšana daljše časovno obdobje, čeprav se resnost simptomov KPB in intenzivnost bolečine v obdobju 12 mesecev zmanjšata (Piontek idr., 2022). Ženske s KPB, povezano z endometriozo, in ženske z drugimi vzroki KPB so imele podobno kakovost življenja 8–10 let po operaciji. Prav tako med skupinama ni bilo bistvene razlike v intenzivnosti bolečine. Na nižjo kakovost življenja vplivata pogostost izraženih simptomov bolezni in višja intenzivnost bolečine (Muharam idr., 2022). Ženske s KPB imajo bistveno nižje rezultate subjektivnega počutja, povezanega z zdravjem, kot ženske v splošni populaciji, najbolj pa so prizadete ženske z endometriozo zaradi simptomov, povezanih z endometriozo in pelvične bolečine (Rush idr., 2019). Boljše telesno zdravje in višjo kakovost življenja imajo mlajše ženske s KPB, brez protibolečinske terapije in z nižjo ravno simptomov depresije. Z boljšim duševnim zdravjem in višjo kakovostjo življenja sta povezani naraščajoča starost žensk in nižje ravni depresivnih simptomov, anksioznosti in katastrofiziranja bolečine. Nižja kakovost življenja je povezana z višjo stopnjo katastrofiziranja bolečine (Piontek idr., 2019). Sewell idr. (2018) so s pre-sečno raziskavo ugotovili, da je več kot polovica udeleženk (53 %) dosegla klinično pomembno stopnjo katastrofiziranja bolečine (≥ 30), kar je bilo statistično značilno povezano z višjo intenzivnostjo bolečine pri vseh oblikah pelvične bolečine – dismenoreji, neciklični medenični bolečini, disparevniji, disuriji in disheziji. Poleg tega vsako dodatno povečanje stopnje katastrofiziranja bolečine za eno točko pomeni 6,3 % manjšo verjetnost, da bo posameznica svojo kakovost življenja ocenila kot dobro. Ti

izsledki poudarjajo pomembnost psiholoških dejavnikov pri razumevanju in obravnavi KPB (Sewell idr., 2018).

Boljša kakovost življenja je povezana s strategijami spoprijemanja z bolečino (Panisch idr., 2025). Ženske s KPB so razvile širok spekter pristopov spopadanja z bolečino, ki segajo od popolne predaje bolečini do pozitivnega soočanja z bolečino. Identificiranih je pet glavnih kategorij soočanja z bolečino: 1) oblikovanje življenja z bolečino (apatija in občutek izgube nadzora nad življenjem, ki je povezan z lahkim jokom, razdražljivostjo in včasih depresijo, znižuje kakovost življenja žensk); 2) izolacija od socialnih stikov (zaradi vsakodnevne bolečine so ženske prostovoljno zmanjšale socialne interakcije, kar vodi v izolacijo in izgubo avtonomije ter prav tako znižuje kakovost življenja); 3) izogibanje spolnim odnosom; 4) iskanje načinov lajšanja bolečin; 5) iskanje pozitivnih strategij soočanja z bolečino. Nekatere ženske ne dovolijo, da bi jim bolečina uničila življenje, in uporabljajo učinkovite pozitivne strategije lajšanja bolečine ter ohranjanja funkcionalnega življenja. Starejše ženske pogosto sprejemajo pozitivne strategije obvladovanja bolečine, kot so telesna dejavnost, socializacija, delo, upanje v zdravljenje in verska podpora (Mellado idr., 2020). Pomemben in koristen učinek pri soočanju z izzivi, ki jih prinaša KPB, imata upanje in sprejemanje KPB, saj krepi psihosocialno prilagajanje. Občutek upanja pri ženskah s KPB povečuje pozitiven odnos do možnosti zdravljenja, saj so tiste, ki so ohranjale upanje, pogosto izrazile pripravljenost za preizkušanje novih zdravljenj in bile optimistične glede njihove učinkovitosti. Nasprotno pa ima prevladujoč občutek brezupa negativen vpliv na psihosocialno počutje, vsakdanje življenje in duševno zdravje žensk. Ugotovitve raziskave kažejo, da so ženske črpale moč iz upanja – bodisi v popolno ozdravitev, kar jih je motiviralo k preizkušanju novih terapevtskih možnosti, bodisi v postopno izboljšanje simptomov, kakovosti življenja in medosebnih odnosov (Panisch idr., 2025).

3.2 Vpliv kronične pelvične bolečine na telesno zdravje in kakovost življenja

Bolečina vpliva na telesno zdravje in kakovost življenja žensk, pri čemer ima največji negativni vpliv na spanje in spolnost. De Souza idr. (2023) so ugotavljali vpliv KPB in sindroma bolečega mehurja na kakovost spanja pri ženskah z endometriozo. Ugotovili so, da KPB statistično značilno vpliva na spanje žensk, pri čemer je intenzivnost bolečine glavni dejavnik poslabšanja kakovosti spanja. Ženske z zmerno ali visoko intenzivnostjo bolečine so 3,3-krat pogosteje poročale o slabi kakovosti spanja, skoraj 6-krat pogosteje o motnjah spanja in so imele 7-krat večjo verjetnost, da bodo spale manj kot priporočenih 7–8 ur, v primerjavi z ženskami brez bolečine ali z blago bolečino. Ženske z dolgotrajno KPB so pogosteje uporabljale uspavalna zdravila, saj so jih bolečine ovirale pri uspanju in ohranjanju spanja. Slaba kakovost spanja je bila izrazitejša, če je bila bolečina povezana s sindromom bolečega mehurja.

Ženske s KPB poročajo tudi o trajnih težavah na področju spolnega življenja. V longitudinalni raziskavi so pri večini žensk, ne glede na etiologijo bolečine (endometrioza ali drugi vzroki), ugotovili visoke ravni spolne disfunkcije, ki pogosto niso bile odpravljene niti s kirurškim zdravljenjem, kar lahko kaže na večfaktorsko naravo

težav na področju spolnosti (Bhide idr., 2021). Zaradi strahu pred bolečino med spolnim odnosom in zmanjšanege libida so nekatere ženske zavračale spolne odnose, kar je negativno vplivalo na njihovo intimnost in partnerske odnose (Mellado idr., 2020; Panisch idr., 2025). Ženske s KPB lahko privolijo v spolni odnos samo zato, da zadovoljijo potrebe partnerja. Partnerji se pogosto pritožujejo zaradi spolne abstinence. Ženske s KPB so partnerje, ki so razumeli njihovo stisko, doživljale zelo pozitivno ter poudarile, da sta prijateljstvo in razumevanje v zakonu bistvena dejavnika za vzdrževanje partnerskega odnosa (Mellado idr., 2020). Bhide idr. (2021) ugotavljajo potrebo po celostni obravnavi žensk s KPB, ki vključuje tudi obravnavo spolne disfunkcije kot pomemben del terapijskega pristopa.

3.3 Vpliv kronične pelvične bolečine na duševno zdravje in kakovost življenja

Najpogostejše je opisan vpliv KPB na duševno zdravje kot dimenzijo kakovosti življenja žensk, saj je močno povezan z anksioznostjo in depresijo. Bolečini moramo nameniti dovolj pozornosti, ker vpliva na duševne motnje, te pa vplivajo na telesne simptome in obratno. Ženske s KPB imajo pogosto duševne motnje, kot so anksioznost, depresija in posttravmatska stresna motnja (Panisch idr., 2025). Muharam idr. (2022) so ugotovili, da poleg depresije in anksioznih motenj niso bile ugotovljene druge duševne motnje, kot so posttravmatska stresna motnja, bulimija, anoreksija ter odvisnosti od alkohola ali prepovedanih substanc. Siqueira-Campos idr. (2019) so ugotovili, da ima med ženskami s KPB 66 % anksioznost (v primerjavi z 49 % v kontrolni skupini), 63 % depresijo (v primerjavi z 38 % v kontrolni skupini) in 54 % mešano anksiozno-depresivno motnjo (v primerjavi z 28 % v kontrolni skupini). Največje tveganje za duševne motnje so imele mlajše ženske (< 25 let). Neto idr. (2025) v sistematičnem pregledu in metaanalizi ugotavljajo, da se delež žensk s KPB, pri katerih se pojavi anksioznost, giblje med 22,8 % in 79,0 %, delež depresije pa med 14,0 % in 56,9 %. Razlike v deležu so velike, ker so anksiozne motnje pomembno povezane s fizično in spolno zlorabo, zgodnjo čustveno travmo, endometriozo in kirurško travmo zaradi ginekološkega operativnega posega. Metaanaliza je pokazala, da imajo ženske s KPB 2-krat večjo verjetnost za anksiozne motnje, ne pa tudi depresije, v primerjavi z ženskami brez KPB.

KPB lahko povzroči razvoj duševnih motenj, duševne motnje pa dodatno poslabšajo telesno in duševno zdravje ter kakovost življenja žensk. Več depresivnih simptomov je bilo povezanih z večjo intenzivnostjo bolečine in slabšo sposobnostjo soočanja s KPB (Piontek idr., 2019). Siqueira-Campos idr. (2019) domnevajo, da lahko stabilnost v življenju (npr. dokončana izobrazba, zaposlitev, družina) zmanjša tveganje za duševne motnje.

Panisch idr. (2025) ugotavljajo povezanost KPB z visokimi stopnjami komorbidnih duševnih bolezni, vključno z depresijo, anksioznostjo in posttravmatsko stresno motnjo. Ženske s KPB so bile pogosto izpostavljene spolnemu nasilju. Prisotnost duševnih motenj pri ženskah s KPB je lahko povezana s preteklo spolno zlorabo ali travmo. Spolna zloraba je travmatična izkušnja, ki posameznika zaznamuje za vse življenje z mnogimi posledicami. Tem ženskam se lahko aktivirata spomin in občutek

travmatizacije, kar sproži ponovno doživljanje travme med zdravljenjem (npr. med ginekološkim pregledom). Takšna izkušnja lahko povzroči občutek nemoči in nezaupanja v zdravstveni sistem. Zato mora zdravstvena obravnava teh žensk temeljiti na razumevanju travme, utemeljenem in prijaznem pristopu in celostni obravnavi bolečine.

3.4 Vpliv kronične pelvične bolečine na medosebne odnose

Ženske s KPB poročajo o težavah na več področjih življenja, vključno z medosebnimi odnosi, vsakodnevnim delovanjem in kakovostjo življenja. Mnoge doživljajo izolacijo, stigmo in občutek krivde, ker njihova bolečina vpliva na medosebne odnose z njim pomembnimi osebami. Zaradi bolečine se socialno izolirajo in zmanjšajo interakcijo z drugimi osebami, tudi bližnjimi sorodniki (Mellado idr., 2020). Izrazile so obžalovanje zaradi čustvene stiske družinskih članov, ki izhaja iz napetih interakcij, na katere vplivajo simptomi KPB. KPB lahko vpliva tudi na sposobnost opravljanja starševske vloge. Ženske s KPB doživljajo oslabljen občutek starševske učinkovitosti. Tiste, ki so se naučile izražati, da občutijo bolečino, so bile še posebej ganjene, ko so se njim drage osebe aktivno trudile, da bi jih razumele in jim pomagale (Panisch idr., 2025). Ženske s KPB zelo cenijo pripravljenost svojcev in drugih bližnjih, da jih s svojo prisotnostjo in vključenostjo v procese okrevanja podpirajo, spodbujajo in jim izkazujejo razumevanje (Panisch idr., 2025). Socialna izolacija je pri ženskah z endometriozo povezana s pomanjkanjem razumevanja simptomov endometriozе in sprijaznjenjem s ponavljajočimi se epizodami bolečine. Vključevala je izogibanje intimnosti s partnerjem ter oddaljevanje od družine in prijateljev. Socialna izolacija lahko vodi do občutkov osamljenosti, oboje pa vpliva na imunski odziv in vnetne spremembe, ki imata ključno vlogo pri endometriozii (Mellado idr., 2016).

4 Razprava

Ženske s KPB imajo v primerjavi s splošno populacijo nižjo kakovost življenja (Sewell idr., 2018). Pregled literature je pokazal, da KPB vpliva na različne vidike njihovega življenja, vključno s telesnim in duševnim zdravjem, vsakodnevnim opravljanjem opravil ter odnosi z drugimi ljudmi.

Najnovejše smernice za zdravstveno obravnavo žensk s KPB poudarjajo pomembnost čimprejšnje ocene funkcionalnih, vedenjskih, čustvenih, spolnih in drugih vidikov kakovosti življenja po postavitvi diagnoze. Zdravstvena obravnava naj temelji na biopsihosocialnem modelu, ki omogoča celostno obravnavo ženske s KPB ter njeno aktivno vključenost v odločanje o poteku zdravljenja. Biopsihosocialni model vključuje izobraževanje o bolečini, fizioterapevtsko, psihološko in medicinsko obravnavo žensk s KPB (Engeler idr., 2025). Multidisciplinarna in interdisciplinarna obravnava KPB, ki vključuje fizioterapijo, psihološko obravnavo in medikamentozno obravnavo, zagotavlja bolj celovito in učinkovito zdravljenje KPB kot posamezne intervencije (Allaire idr., 2024). Zdravstvena vzgoja, empatična komunikacija in razumevanje dodatno izboljšajo adherenco ter duševno blaginjo žensk s KPB (Engeler idr., 2025).

Starejše ženske pogosteje uporabljajo konstruktivne strategije spoprijemanja z bolečino, kar pozitivno vpliva na njihovo duševno zdravje in kakovost življenja (Mel-lado idr., 2020; Piontek idr., 2019). Nasprotno pa kakovost življenja žensk s KPB zmanjšujejo pogostejši simptomi endometrioze in pelvična bolečina (Rush idr., 2019), višja intenzivnost bolečine (Muharam idr., 2022) ter katastrofiziranje bolečine (Sewell idr., 2018).

Medicinske sestre so pomemben del multidisciplinarnega tima in sodelujejo pri obravnavi žensk s KPB. Njihove naloge lahko razdelimo v štiri ključne kategorije: zbiranje osnovnih informacij o pacientki, napotitev k ustreznim zdravstvenim strokovnjakom, izvajanje na dokazih temelječih intervencij zdravstvene nege ter dosledno dokumentiranje dela (Terzoni idr., 2023). Holistična obravnava žensk s KPB zahteva poglobljeno razumevanje vpliva bolezni na različne vidike življenja žensk ter ustrezno naslavljanje teh izzivov (Engeler idr., 2025). Med pomembnimi intervencijami je lajšanje bolečine z analgetiki, ki jih je treba kombinirati z nefarmakološkimi pristopi (Vincent in Evans, 2021). Med nefarmakološkimi metodami se je kot najučinkovitejša izkazala multimodalna fizioterapija, medtem ko so dokazi za druge pristope manj prepričljivi. Posamezne terapije, kot so elektroterapija, manualne tehnike in akupunktura, nudijo omejene dokaze, ki ne omogočajo trdnih zaključkov. Prav tako psihološki pristopi, kot je kognitivno-vedenjska terapija, niso imeli bistvenega učinka na zmanjšanje KPB (Starzec-Proserpio idr., 2025). Kljub razpoložljivim možnostim zdravljenja le malo žensk s KPB uporabi ponujene terapije (Bhide idr., 2021).

KPB vpliva na dve ključni področji telesnega zdravja: spolnost (Bhide idr., 2021) in spanje (de Souza idr., 2023). Davari Tanha idr. (2025) so ugotovili, da injekcija botulin toksina, aplicirana transvaginalno v mišice medeničnega dna, statistično značilno izboljša spolno zadovoljstvo žensk z endometriozo, predvsem zaradi zmanjšanja pelvične bolečine med spolnim odnosom. Kognitivno-vedenjska terapija se uporablja tudi pri težavah s spolnostjo, vendar so dokazi o njeni učinkovitosti omejeni (Engeler idr., 2025). Čeprav ne vpliva statistično značilno na zmanjšanje pelvične bolečine (Starzec-Proserpio idr., 2025), se lahko uporablja pri obravnavi nespečnosti, ki pogosto spremlja KPB, saj se je izkazala za varnejšo in dolgoročno učinkovitejšo od uspavalnih zdravil (Allaire idr., 2024).

Pomembno je tudi naslavljanje duševnih težav pri ženskah s KPB, saj imajo te povečano tveganje za slabše duševno zdravje kot ženske brez podobnih težav ter pogosteje diagnosticirano anksiozno in depresivno motnjo (Neto idr., 2025; Panisch idr., 2025). Za izboljšanje duševnega zdravja in kakovosti življenja je ključnega pomena zagotavljanje psihosocialne podpore, saj medikamentozna terapija in fizioterapija pri duševnih težavah ne zadostujeta (Siqueira-Campos idr., 2019).

Omejitev raziskave je majhno število raziskav (11 enot literature), vključenih v sistematični pregled. Predstavljeni so rezultati tujih raziskav. Na podlagi natančne vsebinske analize je ugotovljena zmanjšana kakovost življenja žensk s KPB. Kljub temu podatki kažejo na potrebo po nadaljnjem raziskovanju tega pojava tudi v slovenski populaciji žensk, zlasti mlajših, ker se težje soočajo s KPB.

5 Zaključek

KPB vpliva na številna področja življenja žensk, zato je pomembno čim prej odkriti ženske s pelvično bolečino, nadaljnja zdravstvena obravnava pa ne sme biti omejena le na lajšanje bolečine in simptomov osnovne bolezni. Ključnega pomena je celostni pristop, ki upošteva tako telesno kot duševno zdravje ter širši socialni kontekst. Intervencije morajo biti usmerjene v izboljšanje telesnega počutja, vključno z optimizacijo kakovosti spanja in podporo pri spolnem življenju, hkrati pa tudi v krepitev duševnega zdravja ter spodbujanje pozitivnih strategij spoprijemanja s KPB. Raziskave kažejo, da zgolj medikamentozna terapija pogosto ne zadostuje za izboljšanje kakovosti življenja, zato je pomembna kombinacija farmakoloških in nefarmakoloških pristopov. Poleg individualne obravnave je smiselno v proces zdravljenja vključiti tudi družinske člane, ki ženske podpirajo pri soočanju s KPB. Prav tako bi bilo koristno oblikovati vrstniške skupine za ženske s KPB, kjer bi lahko delile izkušnje, se medsebojno podpirale in pridobile pozitivne strategije za obvladovanje bolezni. Takšen celostni pristop ne izboljšuje le kakovosti življenja, temveč tudi spodbuja večjo vključenost žensk v proces zdravljenja in obvladovanja KPB.

Urša Bartol, Bojana Pinter, PhD, Suzana Mlinar, PhD

The Impact of Chronic Pelvic Pain on Women's Quality of Life

This systematic review examines the factors affecting the quality of life of women with chronic pelvic pain and highlights the key areas affected by the pain.

Chronic pelvic pain (CPP) is a persistent pain lasting more than three months, perceived in the pelvic region and affecting both men and women. It is divided into primary CPP, which has no identifiable cause, and secondary CPP, which results from a previously diagnosed condition. In women, it is often associated with a dysfunction of the urinary tract, reproductive organs, bowel or pelvic floor, and is associated with cognitive, emotional, sexual and behavioural consequences. The diagnosis begins with a medical history and a physical examination. If a gynaecological origin of the pain is found, the woman should be referred to a gynaecologist. Gynaecological pelvic pain is divided into pain associated with the external genitalia (e.g. vulvodynia) and the internal reproductive organs (e.g. endometriosis, dysmenorrhea) (Engeler et al., 2025). CPP is often underdiagnosed, because many women do not see a doctor, and standardized diagnostic criteria and epidemiological data are often lacking (Reavey & Vincent, 2022). The estimated prevalence of CPP in women ranges from 5.7 % to 26.6 % (Ahangari, 2014). Due to its far-reaching impact on women's lives, CPP requires a holistic approach to health that includes medication, hormone therapy, physiotherapy, psychological support and lifestyle counselling (Vincent & Evans, 2021). It is crucial that healthcare professionals recognize the multifactorial nature of CPP and

adapt treatment accordingly (Engeler et al., 2025). The aim of this systematic literature review is to identify the factors influencing the quality of life of women with CPP and to highlight the main areas affected by the pain.

The study used a qualitative research approach with a systematic review of the scientific literature on the topic describing the quality of life of women with CPP. For the literature search, we used the international databases CINAHL ultimate, ScienceDirect and MEDLINE, which we accessed remotely via the Digital Library of the University of Ljubljana (DiKUL). The following English keywords were used in the search: chronic pelvic pain AND women, women chronic pelvic pain AND quality of life, chronic pelvic pain AND gynaecology, chronic pelvic pain AND holistic care. The inclusion criteria for the selection of the relevant literature were scientific literature published between 2018 and 2025, relevance of content, free access to the full text, paid articles and English language. We included articles in the review that related to the content of our research questions. Exclusion criteria were content inconsistency of the literature with the topic under review, publications that were not written in English and duplicates. After reviewing the full texts of the articles, 11 references were included in the final review.

Pain is a multidimensional experience that encompasses cognition, emotion, behaviour and motivation, and is therefore expressed differently by each person. It is estimated that up to two-thirds of women in the general population suffer from CPP, which has a significant negative impact on women and their daily lives. CPP is associated with a lower quality of life in terms of physical and mental health, compared to the general population (Sewell et al., 2018). The quality of life depends not only on the presence of pain, but is also influenced by various factors: gender, duration of pain, surgery, endometriosis, age, pain catastrophising, pain management, social support and hope. Pain catastrophising is defined as an exaggerated negative cognitive and emotional response to an actual or anticipated pain experience that includes a tendency to dwell on the pain, increase the threat of the pain and perceive feelings of helplessness, often exacerbating and amplifying the sensation of pain (Sewell et al., 2018). The neurological causes of pelvic pain with a symptom duration ≥ 2 years led to depression more frequently in men than in men with a symptom duration < 2 years. Women with symptom duration ≥ 2 years reported lower pain scores, less perceived stress and negative affect, and better pain management compared to women with symptom duration < 2 years (Piontek et al., 2022). With CPP, 74% of women report severe pain rated with a VAS ≥ 7 (Muharam et al., 2022).

Women with an endometriosis-related CPP and women with CPP brought about by other causes had a similar quality of life 8–10 years after surgery. There was also no significant difference in pain intensity between the two groups. Lower quality of life is influenced by the frequency of pronounced disease symptoms and a higher pain intensity (Muharam et al., 2022). Women with CPP have significantly lower subjective health-related well-being scores than women of the general population, and women with endometriosis are the most affected due to endometriosis-related symptoms and pelvic pain (Rush et al., 2019). Sewell et al (2018) found in a cross-sectional study

that more than half of the participants (53%) achieved a clinically significant pain catastrophising score (≥ 30), which was statistically significantly associated with higher pain intensity for all forms of pelvic pain – dysmenorrhoea, non-cyclical pelvic pain, dyspareunia, dysuria and dyschezia. These results emphasise the importance of psychological factors in understanding and treating CPP (Sewell et al., 2018).

Better quality of life is associated with pain management strategies (Panisch et al., 2025). Women with CPP have developed a wide range of pain management strategies, ranging from complete surrender to pain to positive pain management. Five main categories of coping with pain were identified: 1) coping with living with pain (apathy and feeling no control over life, combined with easy crying, irritability and sometimes depression reduce women's quality of life); 2) isolation from social contact (due to daily pain, women voluntarily reduce their social contact, which leads to isolation and loss of autonomy, also reducing the quality of life); 3) avoidance of sexual intercourse; 4) seeking ways to relieve pain; 5) seeking positive coping strategies for pain. Older women do not allow pain to destroy their lives and often use positive pain management strategies, such as physical activity, socialising, work, hope for healing and religious support (Mellado et al., 2020).

Pain affects women's physical health and quality of life, with the greatest impact on sleep and sexuality. Women with moderate or severe pain were 3.3 times more likely to report poor sleep quality, almost 6 times more likely to report sleep disturbance and 7 times more likely to report less than the recommended 7–8 hours of sleep than women with no or mild pain (de Souza et al., 2023).

In a longitudinal study, regardless of the aetiology of the pain (endometriosis or other causes), the majority of women had high levels of sexual dysfunction, which often could not be resolved even with surgical treatment, which may indicate the multifactorial nature of sexual problems (Bhide et al., 2021). Fear of pain during sexual intercourse and a decreased libido caused some women to refuse sexual intercourse, which had a negative impact on their intimacy and partner relationships (Mellado et al., 2020; Panisch et al., 2025). Women with CPP may only consent to sexual intercourse to fulfil their partner's needs (Mellado et al., 2020).

The most commonly described impact of CPP on mental health is a dimension of women's quality of life, as it is strongly associated with anxiety and depression. We need to pay sufficient attention to pain, as it affects mental disorders, which in turn affect physical symptoms and vice versa. Younger women (< 25 years) have the highest risk of mental disorders. In a systematic review and meta-analysis, Neto et al. (2025) found that women with CPP have twice the risk of developing anxiety disorders, but not depression, compared to women without CPP.

CPP can lead to the development of mental disorders, and mental disorders further affect women's physical and mental health and quality of life. Siqueira-Campos et al. (2019) hypothesise that stability in life (e.g. completed education, employment, family) can reduce the risk of mental disorders. Panisch et al. (2025) find that CPP is associated with high rates of comorbid mental disorders, including depression, anxiety and post-traumatic stress disorder. Women with CPP were frequently exposed to

sexual violence. The presence of mental disorders in women with CPP could be related to previous sexual abuse or trauma.

Many experiences isolation, stigmatisation and guilt, because their pain interferes with relationships with important people. The pain causes them to isolate themselves socially and reduce interaction with others, including close relatives (Mellado et al., 2020). They have expressed regret about the emotional strain on family members resulting from interactions strained by CPP symptoms.

The latest guidelines for the medical management of women with CPP emphasise the importance of assessing functional, behavioural, emotional, sexual and other aspects of quality of life as soon as possible after the diagnosis. Medical treatment should be based on a biopsychosocial model that allows for comprehensive treatment of women with CPP and their active participation in decision-making about the course of treatment. The biopsychosocial model includes pain education, physiotherapy, psychological and medical treatment for women with CPP (Engeler et al., 2025).

Older women are more likely to use constructive coping strategies for pain, which has a positive impact on their mental health and quality of life (Mellado et al., 2020; Piontek et al., 2019). In contrast, the quality of life of women with CPP is affected by more frequent endometriosis symptoms and pelvic pain (Rush et al., 2019), higher pain intensity (Muharam et al., 2022) and pain catastrophising (Sewell et al., 2018).

CPP affects two key areas of physical health: sexuality (Bhide et al., 2021) and sleep (de Souza et al., 2023). Davari Tanha et al (2025) found that botulinum toxin injections administered into the pelvic floor muscles statistically significantly improved sexual satisfaction in women with endometriosis, primarily due to a reduction in pelvic pain during intercourse. Cognitive behavioural therapy is also used for sexual problems, but there is limited evidence of its effectiveness (Engeler et al., 2025).

In summary, CPP affects many areas of women's lives. It is therefore important to recognise women with pelvic pain as early as possible and further medical treatment should not be limited to relieving the pain and symptoms of the underlying disease. A holistic approach that considers both physical and mental health and the wider social context is crucial. Such a holistic approach not only improves the quality of life but also encourages greater involvement of women in the process of treatment and management of CPP.

LITERATURA

1. Ahangari, A. (2014). Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain physician*, 17(2), E141–E147. <https://doi.org/10.36076/ppj.2014/17/E141>
2. Allaire, C., Yong, P. J., Bajzak, K., Jarrell, J., Lemos, N., Miller, C., Morin, M., Nasr-Esfahani, M., Singh, S. S. in Chen, I. (2024). Guideline No. 445: Management of Chronic Pelvic Pain. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 46(1), 102283. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2023.102283>
3. Bhide, S., Flyckt, R., Yao, M. in Falcone, T. (2021). Long-term impact of chronic pelvic pain on quality of life in women with and without endometriosis. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 48(4), 851–859. <https://doi.org/10.31083/j.ceog4804135>

4. Davari Tanha, F., Asadi, M., Mirbagheri, F., Feizabad, E., Kaveh, Z. in Mousavizadeh, K. (2025). The Effect of Botulinum on Chronic Pelvic Pain and Sexual Satisfaction in Women with Endometriosis. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research*, 10(3), 201–207. <https://doi.org/10.30699/jogcr.10.3.201>
5. de Souza, R. J., Villela, N. R., Brollo, L. C. S. in Oliveira, M. A. P. (2023). Impact of chronic pelvic pain and painful bladder syndrome on the Pittsburgh Sleep Quality Index on women with deep endometriosis: a cross-sectional study. *International urogynecology journal*, 34(10), 2487–2493. <https://doi.org/10.1007/s00192-023-05560-y>
6. Domazet-Fink, J. in Kobal, B. (2003). Vloga laparoskopije pri odkrivanju vzrokov kronične pelvične bolečine. *Zdravniški vestnik*, 72(2), 139–142. <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:doc-LEGQ9GEU>
7. Engeler, D., Baranowski, A. P., Berghmans, B., Birch, J., Cottrell, A. M., Dinis-Oliveira, P., Dütschler, J., Flink, I., Hughes, J., Messelink, E. J., Parsons, B., Pinto, R. A., van Poelgeest, M. L., Tidman, V., Vyawahare, B. in de C. Williams, A. C. (2025). EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain – Limited Update March 2025. *European Association of Urology*.
8. Huang, G., Le, A. L., Goddard, Y., James, D., Thavorn, K., Payne, M. in Chen, I. (2022). A Systematic Review of the Cost of Chronic Pelvic Pain in Women. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 44(3), 286–293. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2021.08.011>
9. Kordeš, U. in Smrdu, M., 2015. Osnove kvalitativnega raziskovanja. Založba Univerze na Primorskem, pp. 51–60.
10. Mellado, B. H., Falcone, A. C. M., Poli-Neto, O. B., Rosa e Silva, J. C., Nogueira, A. A. in Candido-dos-Reis, F. J. (2016). Social isolation in women with endometriosis and chronic pelvic pain. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 133(2) 199-201. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.08.024>
11. Mellado, B. H., Pilger, T. L., Poli Neto, O. B., Rosa E Silva, J. C., Nogueira, A. A., do Vale Brandão, C. in Candido Dos Reis, F. J. (2020). Daily life attitudes of women with moderate or severe chronic pelvic pain. A qualitative study. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 254, 109–113. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.09.001>
12. Muharam, R., Amalia, T., Pratama, G., Harzif, A. K., Agiananda, F., Maidarti, M., Azyati, M., Sumapraja, K., Winarto, H., Wiweko, B., Hestiantoro, A., Suarthana, E. in Tulandi, T. (2022). Chronic Pelvic Pain in Women with Endometriosis is Associated with Psychiatric Disorder and Quality of Life Deterioration. *International journal of women's health*, 14, 131–138. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S345186>
13. Neto, J. N., da Costa Brito, A. I., Nogueira, M. B., Freire Lira, L. L., Rodrigues de Sousa Gomes, L. M., da Cunha Leal, P. in Rey Moura, E. C. (2025). Prevalence of depression and anxiety in women with chronic pelvic Pain: A systematic review and Meta-Analysis. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 305, 312–317. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.12.042>
14. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
15. Panisch, L. S., Jansen, S. M., Abudushalamu, F., Petersen, T. R. in Meriwether, K. V. (2025). Patient Perspectives on the Psychosocial Impact of Chronic Pelvic Pain and Implications for Integrated Behavioral Care Approaches. *The journal of behavioral health services & research*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11414-024-09926-y>
16. Piontek, K., Ketels, G., Albrecht, R., Schnurr, U., Dybowski, C., Brünahl, C. A., Riegel, B. in Löwe, B. (2019). Somatic and psychosocial determinants of symptom severity and quality of life in male and female patients with chronic pelvic pain syndrome. *Journal of psychosomatic research*, 120, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.02.010>
17. Piontek, K., Ketels, G., Klotz, S. G. R., Dybowski, C., Brünahl, C. in Löwe, B. (2022). The longitudinal association of symptom-related and psychological factors with health-related quality of life in patients with chronic pelvic pain syndrome. *Journal of psychosomatic research*, 153, 110707. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110707>

18. Reavey, J. in Vincent, K. (2022). Chronic pelvic pain. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 32(1), 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2021.11.002>
19. Rush, G., Misajon, R., Hunter, J. A., Gardner, J. in O'Brien, K. S. (2019). The relationship between endometriosis-related pelvic pain and symptom frequency, and subjective wellbeing. Health and quality of life outcomes, 17(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1185-y>
20. Sewell, M., Churilov, L., Mooney, S., Ma, T., Maher, P. in Grover, S. R. (2018). Chronic pelvic pain - pain catastrophizing, pelvic pain and quality of life. *Scandinavian journal of pain*, 18(3), 441–448. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2017-0181>
21. Siqueira-Campos, V. M. E., Da Luz, R. A., de Deus, J. M., Martinez, E. Z. in Conde, D. M. (2019). Anxiety and depression in women with and without chronic pelvic pain: prevalence and associated factors. *Journal of pain research*, 12, 1223–1233. <https://doi.org/10.2147/JPR.S195317>
22. Starzec-Proserpio, M., Frawley, H., Bø, K. in Morin, M. (2025). Effectiveness of nonpharmacological conservative therapies for chronic pelvic pain in women: a systematic review and meta-analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 232(1), 42–71. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.08.006>
23. Terzoni, S., Ferrara, P., Parozzi, M., Colombani, F., Mora, C., Cilluffo, S., Jeannette, V. G., Destrebecq, A., Pinna, B., Lusignani, M., Chiara, S., Giorgia, G. in Rocco, B. (2023). Nurses' role in the management of persons with chronic urogenital pelvic pain syndromes: A scoping review. *Neurourology and urodynamics*, 42(1), 13–22. <https://doi.org/10.1002/nau.25053>
24. Vincent, K. in Evans, E. (2021). An update on the management of chronic pelvic pain in women. *Anaesthesia*, 76(4), 96–107. <https://doi.org/10.1111/anae.15421>
25. World Health Organization. (2022). ICD-11: International classification of diseases (11th revision). <https://icd.who.int/en>

Urša Bartol, diplomirana medicinska sestra, študentka magistrskega študija Zdravstvena nega na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani

E-naslov: ursa.bartol39@gmail.com

Dr. Bojana Pinter, redna profesorica na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani in zaposlena v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana

E-naslov: bojana.pinter@guest.arnes.si

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6521-4593>

Dr. Suzana Mlinar, docentka na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani

E-naslov: suzana.mlinar@zf.uni-lj.si

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1038-9932>