

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Centrum vědy a výzkumu

Mgr. Alena Rosezínová

Kvalita života žen s condyloma acuminata

Disertační práce

Školitel: prof. MUDr. David Školoudík, Ph.D.

Olomouc: 2020

Anotace disertační práce

| | |
|-----------------------------|---|
| Název práce v ČJ: | Kvalita života žen s condyloma accuminata |
| Název práce v AJ: | The quality of life of women with condyloma accuminata |
| Datum zadání: | 15. února 2016 |
| Datum odevzdání: | 15. května 2020 |
| Vysoká škola, ústav: | Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd, Centrum vědy a výzkumu |
| Autor práce: | Mgr. Alena Rosezínová |
| Školitel: | prof. MUDr. David Školoudík, Ph.D. |
| Oponenti: | |
| Rozsah práce: | 124 stran |

ABSTRAKT

Úvod: Condyloma acuminata, neboli genitální bradavice, je nejběžnější pohlavně přenosná nemoc, která má negativní vliv na kvalitu života. Genitální bradavice jsou způsobeny infekcí lidským papilomavirem typu 6 a 11. Dle dostupných studií mají condyloma acuminata negativní vliv na sexuální a emocionální život a celkovou kvalitu života. Roční incidence v České republice má stoupající trend. Proto jsme se rozhodli provést první studii na toto téma v České republice a zhodnotit tak kvalitu života vybrané populace českých žen s genitálními bradavicemi a komparovat ji s kontrolní skupinou. Zároveň jsme v našem výzkumu vytvořili a validizovali českou verzi specifického dotazníku pro měření kvality života jedinců s genitálními bradavicemi (Cuestionario Específico en Condilomas Acuminados – CECA10).

Metoda a materiál: Výzkumné šetření probíhalo od listopadu 2016 do listopadu 2017 na vybraných gynekologických ambulancích. Výzkumu se účastnilo 60 žen z cílové skupiny a 66 žen z kontrolní skupiny (zdravé ženy). Byly vytvořeny dvě dotazníkové baterie. Obě baterie obsahovaly sociodemografické otázky, dotazník SF-36 a dotazník GRISS. Baterie pro cílovou skupinu navíc obsahovala klinické otázky a dotazník CECA10. Data byla vyhodnocena pomocí některých prvků deskriptivní statistiky, dále užitím dvou-výběrového Mann-Whitney U-testu a chí kvadrát-testu.

Česká verze dotazníku byla ověřena na vzorku 60 žen. Reliabilitu jsme posoudili pomocí ukazatele Cronbachovo alfa. Validitu jsme posoudili pomocí Pearsonova korelačního koeficientu a pomocí konfirmační faktorové analýzy a shlukové analýzy.

Výsledky: Mezi cílovou a kontrolní skupinou byl prokázán statisticky významný rozdíl u celkového indexu dotazníku SF-36 a u celkového skóre dotazníku GRISS (p hodnoty $< 0,05$). Statisticky významné rozdíly byly prokázány také u všech ostatních subškál a dimenzí obou dotazníků, vyjma dimenze Fyzické aktivity ($p = 0,07$). Z vyhodnocených dat vyplývá, že genitální bradavice mají negativní dopad na kvalitu života a i na jeho sexuální oblast. Tomu odpovídají i výsledky získané dotazníkem CECA10. Ten hodnotí emocionální (CECA6) a sexuální (CECA4) dimenzi. Průměrné skóre CECA4 bylo 10,88 a CECA6 18,20. Celkové skóre dotazníku CECA10 bylo 29,08. Vyšší věk, větší rozsah lézí a nezaměstnanost významně snižují kvalitu života.

Vnitřní konzistenci dotazníku potvrzuje hodnota Cronbachovo alfa 0,97. Byla potvrzena kritériální validita. Korelace sexuální dimenze a dotazníku sexuální spokojenosti jsou

vysoké – oba nástroje měří stejné komponenty. To samé platí o korelaci mezi emocionální dimenzí a celkovým psychickým zdravím – součástí dotazníku SF-36. Konfirmační faktorová i shluková analýza potvrdily, že struktura dotazníku odpovídá dvěma uvažovaným dimenzím.

Závěr: Provedli jsme výzkum v České republice, který potvrdil naši hypotézu, že genitální bradavice negativně ovlivňují kvalitu života vybrané populace českých žen. Dopad genitálních bradavic se také projevuje v jejich sexuálním životě. Ženy jsou celkově nespokojené se svým sexuálním životem a potýkají se i s dalšími problémy v této oblasti. Je třeba nabídnout ženám kromě léčby také pomoc psychologa nebo sexuologa.

Vznikla česká verze dotazníku CECA10, kterou lze využít k orientačnímu posouzení kvality života žen s condyloma acuminata. Jedná se o krátký dotazník, který má 10 položek a hodnotí kvalitu života ve dvou dimenzích.

ABSTRACT

Introduction: Condyloma acuminata, or genital warts (GWs), is the most common sexually transmitted disease that has a negative impact on quality of life. They are caused by infection with human papillomavirus type 6 and 11. According to the available studies, condyloma acuminata has a negative impact on sexual and emotional life and the overall quality of life. The annual incidence in the Czech Republic shows an upward trend. Therefore, we decided to conduct the first study covering this topic in the Czech Republic with the aim to evaluate the quality of life in a selected population of Czech women with genital warts and compare it with a control group. At the same time, we validated the Czech version of a specific questionnaire for measuring the quality of life of patients with genital warts (Cuestionario Especifico en Condilomas Acuminados - CECA10).

Methods and Sample: The research survey took place between November 2016 and November 2017 at selected gynaecology outpatient departments. Sixty women from the target group (with GWs) and sixty-six women from the control group (healthy women) participated in the research. Two questionnaire batteries were created. Both batteries contained sociodemographic questions, the SF-36 questionnaire and the GRISS

questionnaire. The battery for the target group additionally contained clinical questions and the CECA10 questionnaire. The data were evaluated by means of some elements of descriptive statistics and also by using the two-tailed Mann-Whitney U-test and chi-square test.

The czech version of the questionnaire was verified on a sample of 60 women. The reliability was assessed using Cronbach's alpha marker. The validity was assessed using the Pearson's correlation coefficient and confirmation factor analysis and cluster analysis.

Results: A statistically significant difference was proven between the target and control groups for the overall index of the SF-36 questionnaire and the total score of the GRISS questionnaire (p -value < 0.05). Statistically significant differences were also proven for all other subscales and dimensions of both questionnaires, except for the dimension of physical activity ($p = 0.07$). The evaluated data suggest that genital warts have a negative impact on the quality of life, including its sexual component. This also corresponds to the results obtained from the CECA10 questionnaire that evaluates the emotional (CECA6) and sexual (CECA4) dimension. The average score of CECA4 was 10.88 and CECA6 18.20. The total score of the CECA10 questionnaire was 29.08. Older age, more lesions and unemployment significantly reduce quality of life.

The internal consistency of the questionnaire confirms the value of Cronbach's alpha 0.97. Criterion validation has been confirmed. The correlation between the sexual dimension and the sexual satisfaction questionnaire are high - both instruments measure the same components. The same is true of the correlation between the emotional dimension and the overall mental health - part of the SF-36 questionnaire. Confirmatory factor and cluster analysis confirmed that the structure of the questionnaire exactly corresponds to the two dimensions considered.

Conclusion: We conducted a research in the Czech Republic, which confirmed our hypothesis that genital warts have a negative impact on the quality of life in a selected population of Czech women. Genital warts also affect their sexual life. The women are generally dissatisfied with their sexual life and face other problems in this area. It is need to offer women, in addition to treatment, assistance of a psychologist or sexologist.

The Czech version of the questionnaire CECA10 was created. It can be used to orientatively assess the quality of life of women with condyloma acuminata. This is

a short questionnaire that has 10 items and evaluates the quality of life in two dimensions.

Klíčová slova: Genitální bradavice, condylomata acuminata, HPV, kvalita života, sexuální život, dopad.

Key words: Genital warts, condylomata acuminata, HPV, quality of life, sexual life, impact.

Prohlášení

Disertační práce je duševním vlastnictvím Mgr. Aleny Rosezínové a podléhá právní ochraně podle § 2 zákona č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně pod vedením školitele prof. MUDr. Davida Školoudíka, Ph.D. a všechny literární zdroje, které jsem použila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Olomouci: 15. května 2020

Podpis:.....

Poděkování

Děkuji prof. MUDr. Davidovi Školoudíkovi, Ph.D. za odborné vedení disertační práce a cenné rady. Dále děkuji všem, kteří se podíleli na výzkumném šetření (zdravotnický personál a respondentky). Ráda bych také poděkovala RNDr. Karlovi Hrachovi, Ph.D. za statistické zpracování dat.

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| SEZNAM ZKRATEK | 11 |
| SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A OBRÁZKŮ..... | 14 |
| 1 ÚVOD..... | 15 |
| 1.1 Condyloma accuminata..... | 15 |
| 1.1.1 Epidemiologie a incidence..... | 16 |
| 1.1.2 Původce..... | 16 |
| 1.1.3 Klinický obraz..... | 20 |
| 1.1.4 Diferenciální diagnóza | 21 |
| 1.1.5 Diagnostika | 21 |
| 1.1.6 Průběh onemocnění..... | 22 |
| 1.1.7 Prevence..... | 22 |
| 1.1.8 Obecné zásady terapie..... | 24 |
| 1.1.9 Budoucnost léčby a prevence..... | 24 |
| 1.2 Kvalita života | 25 |
| 1.2.1 Kvalita života s condyloma accuminata | 33 |
| 1.3 Cíle výzkumu | 35 |
| 1.4 Hypotézy | 35 |
| 2 METODIKA VÝZKUMU | 37 |
| 2.1 Definice zkoumaných subjektů a způsob jejich výběru..... | 37 |
| 2.2 Měřicí nástroje | 38 |
| 2.3 Lingvistická validizace české verze CECA10 | 38 |
| 2.4 Dotazníkové baterie | 39 |
| 2.5 Etické aspekty | 44 |
| 2.6 Vybrané gynekologické ambulance | 45 |
| 2.7 Předvýzkum | 45 |
| 2.8 Sběr dat..... | 46 |
| 2.9 Analýza dat a statistické metody..... | 46 |
| 3 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ..... | 50 |
| 3.1 Vyhodnocení sociodemografických a klinických otázek..... | 50 |
| 3.2 Vyhodnocení dotazníku CECA10..... | 53 |
| 3.2.1 Validita a reliabilita české verze dotazníku CECA10..... | 54 |
| 3.3 Vyhodnocení dotazníku SF-36..... | 60 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 3.4 | Vyhodnocení dotazníku GRISS | 61 |
| 3.5 | Testování hypotéz | 62 |
| 3.6 | Korelace mezi dotazníky a sledovanými faktory | 65 |
| 3.7 | Významné faktory mající vliv na kvalitu života – logistická regresní analýza..... | 69 |
| 4 | DISKUZE | 72 |
| | ZÁVĚR | 93 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 97 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | 107 |
| | PŘÍLOHY | 108 |

SEZNAM ZKRATEK

| | | |
|-------|---|---|
| ANORG | - | anorgasmia |
| apod. | - | a podobně |
| atd. | - | a tak dále |
| AVF | - | vyhýbání se sexu |
| BP | - | tělesná bolest |
| CA | - | Cronbachovo alfa |
| CECA | - | Cuestionario Especifico en Condilomas Acuminados |
| CI | - | interval spolehlivosti |
| CIN | - | cervikální intraepiteliální neoplázie |
| CoA | - | Condyloma Accuminata |
| CS | - | cílová skupina |
| CSFQ | - | Change in Sexual Functioning Questionnaire |
| č. | - | číslo |
| DISF | - | sexuální nespokojenost |
| DLQI | - | Dermatology Life Ouality Index |
| DNA | - | Deoxyribonucleid acid |
| EQ-5D | - | European Quality of Life Questionnaire |
| F_i | - | relativní četnost |
| FSFI | - | Female Sexual Function Index |
| GH | - | celkové vnímání zdraví |
| GRISS | - | The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfactin |
| GSE | - | The general self-efficacy scale |
| HIP | - | HPV Impact Profile |
| HIV | - | Human Immunodeficiency Virus |
| HPV | - | Human Papilloma Virus |
| HR | - | High Risk |
| HRQoL | - | Health Related Quality of Life |
| HSV | - | herpes simplex virus |
| IES-R | - | The impact of events scale-revised |
| INF | - | frekvence sexuálních styků |
| ISS | - | The internalized shame scale |
| kol. | - | kolektiv |

| | | |
|----------|---|--|
| Konkr. | - | konkrétně |
| KS | - | kontrolní skupina |
| LR | - | Low Risk |
| MCS | - | index celkového psychického zdraví |
| MH | - | celkové psychické zdraví |
| n | - | počet respondentů |
| např. | - | například |
| NCO | - | komunikace o sexu s partnerem |
| N_i | - | absolutní četnost |
| NSF | - | absence sexuální touhy |
| OSN | - | Organizace spojených národů |
| p | - | hladina významnosti testů |
| PCS | - | index celkového fyzického zdraví |
| PMPK | - | průměrná mezi-položková korelace |
| QoL | - | Quality of Life |
| R | - | omezení způsobené emočními problémy |
| r | - | Spearmanův korelační koeficient |
| resp. | - | respektive |
| SCL-90-R | - | Symptom Checklist-90-R |
| SD | - | směrodatná odchylka |
| SF | - | společenská aktivita |
| SF-36 | - | Short Form 36 |
| SF-6D | - | Short Form-6D |
| SQ-F | - | Sexual Quotient-Female Version questionnaire |
| STAI | - | State-Trait Anxiety Inventory |
| STD | - | Sexual Transmitted Diseases |
| SW | - | Software |
| TI | - | celkový index |
| tj. | - | to je |
| TK | - | krevní tlak |
| TS | - | celkové skóre |
| tzn. | - | to znamená |
| tzv. | - | tak zvaně/ý |

| | | |
|-----|---|--------------------------------------|
| USA | - | Spojené státy americké |
| VAG | - | vaginismus |
| VAS | - | Visual Analogue Scale |
| VIN | - | vaginální intraepiteliální neoplázie |
| vs. | - | versus |
| VT | - | vitalita |
| WHO | - | Světová zdravotnická organizace |

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

| | |
|---|----|
| Obr. 1 Vývojový diagram selekce souboru..... | 51 |
| Tab. 1 Sociodemografická a klinická data | 52 |
| Tab. 2 Vyhodnocení dat dotazníku CECA10 | 54 |
| Tab. 3 Faktorová analýza dotazníku CECA10 | 56 |
| Tab. 4 Korelovanost položek dotazníku CECA10..... | 57 |
| Tab. 5 Reliabilita dotazníku CECA10 | 59 |
| Tab. 6 Vyhodnocení dat dotazníku SF-36 | 60 |
| Tab. 7 Vyhodnocení dat dotazníku GRISS..... | 61 |
| Tab. 8 Korelace mezi dotazníkem SF-36 a sociodemografickými faktory | 66 |
| Tab. 9 Korelace mezi dotazníkem GRISS a sociodemografickými faktory..... | 66 |
| Tab. 10 Korelace mezi dotazníkem SF-36 a klinickými faktory | 68 |
| Tab. 11 Korelace mezi dotazníkem GRISS a klinickými faktory | 68 |
| Tab. 12 Korelace mezi dotazníkem CECA10 a sociodemografickými a klinickými faktory..... | 71 |
| Tab. 13 Faktory ovlivňující jednotlivé indexy / skóre / dimenze – logistická regresní analýza | 71 |
| Tab. 14 CECA10 – přehled tvrzení s nejvyšší a nejnižší mírou shody..... | 81 |
| Graf 1 Validita dotazníku CECA10 – celkové skóre GRISS vs. skóre CECA4..... | 55 |
| Graf 2 Validita dotazníku CECA10 – skóre MCS vs. skóre CECA6..... | 55 |
| Graf 3 Faktor1 vs. Factor2..... | 57 |
| Graf 4 Shluková analýza dotazníku CECA10 | 58 |
| Graf 5 Reliabilita dotazníku CECA10 – vztah mezi CECA4 a CECA6..... | 59 |
| Graf 6 Celkový index kvality života – porovnání cílové a kontrolní skupiny..... | 63 |
| Graf 7 Celkové skóre sexuální spokojenosti – porovnání cílové a kontrolní Skupiny | 64 |

1 ÚVOD

Ze své praxe vím, že lékaři a ostatní zdravotnický personál se zaměřují pouze na léčbu genitálních bradavic a jiné dopady tohoto onemocnění na život žen v podstatě opomíjí. Z mnoha rozhovorů se ženami s genitálními bradavicemi, jsem dospěla k názoru, že toto onemocnění výrazně snižuje jejich kvalitu života. Následně jsem zjistila, že existuje několik zahraničních studií, které se zabývaly vlivem genitálních bradavic na kvalitu života, ale v České republice bohužel nebyla zatím provedena žádná taková studie, která by zjišťovala HRQoL – Health Related Quality of Life (kvalita života související se zdravím) pacientů s genitálními bradavicemi, ať už pomocí některého z generických dotazníků k měření HRQoL či nějakého specifického dotazníku. Rozhodli jsme se proto jako první v České republice provést výzkum na toto téma a srovnat tak naše data se zahraničními studii. V tomto případě tedy jde o orientační výzkum, který by měl získat vhled do daného problému, zorientovat se v dané oblasti (Ferjenčík, 2010). Při této příležitosti jsme se také rozhodli vytvořit českou verzi specifického dotazníku hodnotícího kvalitu života pacientů s genitálními bradavicemi, aby i případné další české studie mohly komparovat svá zjištění se zahraničními výsledky.

Tato kapitola seznamuje čtenáře s teoretickými východisky dané problematiky. Na konci kapitoly uvádíme stanovené cíle práce a vyslovené hypotézy.

1.1 Condyloma accuminata (genitální bradavice)

Condyloma accuminata (genitální bradavice, kondylomata) jsou jedním z nejčastějších projevů HPV infekce. I přes to, že se nejedná o život ohrožující onemocnění, je hlavním problémem jeho obtížná léčba a časté recidivy. Ty mohou pacienta traumatizovat a ovlivňovat nejen jeho sexuální život. V současné době existuje velké množství léčebných postupů, ale žádný z nich není 100% účinný. Vzhledem k různé lokalizaci genitálních bradavic a širokému spektru charakteru projevů je nutné přistupovat ke každému pacientovi individuálně. V současné době je proto hlavní zbraní proti tomuto onemocnění prevence, a to zejména bezpečné sexuální chování a vakcinace (Rob a kol., 2014).

V současnosti jsou genitální bradavice v celosvětovém měřítku nejčastějším virovým sexuálně přenosným onemocněním a jsou uváděny na seznamu STD mnoha zemí (Národní referenční laboratoř pro papilomaviry, 2009).

1.1.1 Epidemiologie a incidence (Rob a kol., 2014; Petráš a Adámková, 2015)

Roční incidence v České republice je 496 případů na 100 000 obyvatel. Genitální bradavice jsou onemocněním převážně mladých sexuálně aktivních lidí. Incidence v nejčastěji postižené populaci, tj. mezi 17 – 33 lety, se pohybuje okolo 1 %, s maximem mezi 20. – 24. rokem života, kde incidence stoupá ke dvěma procentům.

Je známo, že více než 90 % kondylomat je způsobeno HPV typy 6 a 11, patřícími do skupiny LR (low risk) HPV. Kondylomata nejsou prekancerózou, ale mohou být koinfikována HR (high risk) HPV typy a následně tak způsobovat prekancerózy a karcinomy.

Ani přes zvyšující se povědomí o tomto onemocnění není veřejnost stále příliš dobře obeznámena s problematikou HPV infekce. Pokud tomu tak je, potom jde spíše o roli HPV při vzniku karcinomu děložního hrdla. Stále se setkáváme s pacienty, kterým kvůli nedostatečné informovanosti a častým recidivám způsobuje toto onemocnění psychosociální obtíže. Především problémy v partnerských vztazích a sexuálním životě. Výjimkou však nejsou ani těžké depresivní stavy.

1.1.2 Původce

Původcem je celá řada lidských papilomavirů, nejčastěji HPV-6 a HPV-11. Nejnovější studie však dokazují, že zastoupení jiných typů je mnohem větší, než se předpokládalo (cca 20 %).

Přenos se děje přímým kontaktem, obvykle pohlavním stykem; místem vstupu viru jsou kožní a slizniční traumata (Roztočil a kol., 2011).

Je potvrzeno, že lidské papilomaviry vyvolávají celou řadu benigních i maligních onemocnění u lidí i zvířat. Spolu s virem hepatitidy B a C, virem Epstein-Barrův a lidským T-lymfotropním virem jsou příčinou zhruba 15 – 20 % všech nádorových onemocnění u lidí (Tachezy, 2006). Wheeler (2013) uvádí, že za 99,7 % karcinomů

děložního hrdla jsou zodpovědné HPV. Dále tvrdí, že jen v roce 2008 bylo celosvětově evidováno 500 000 nových výskytů HPV a 275 000 úmrtí spojených s tímto virem.

HPV jsou v dnešní době celosvětově nejčastějším sexuálně přenosným onemocněním. Laco (2012) uvádí, že v porovnání s jinými sexuálně přenosnými infekcemi (HIV a HSV2), je přenos HPV až několikanásobně vyšší. Podle Pluty a Unzeitiga (2010) je většina sexuálně aktivní dospělé populace v průběhu života vystavena HPV viru (75 – 80 %), avšak infekce často probíhá bezpříznakově.

Papilomaviry jsou malé onkogenní DNA nádorové viry, které se v současné době řadí do samostatné čeledi Papillomaviridae. Dále se řadí do rodů označovaných řeckými písmeny a do druhů označovaných arabskými číslicemi. Genitální typy HPV patří do rodu alfa, typy, které infikují kožní epitel, patří do rodu beta (Tachezy, 2006).

Počet prozkoumaných papilomavirů se liší dle autorů. Podle Hamšíkové (2007) je známá alespoň částečná sekvence asi 300 typů papilomavirů. Z těchto virů pak asi 120 typů infikuje člověka – jsou to tedy lidské papilomaviry. Laco (2012) ale píše, že až do současné doby je nyní popsáno 96 typů HPV (118 papilomavirů – 96 lidských a 22 zvířecích).

Z klinického pohledu je rozhodující schopnost papilomavirů vyvolat neoplastickou transformaci. Podle ní se člení na genotypy nízké rizikové (low risk – LR) a vysoce rizikové (high risk – HR). Nejčastější LR jsou HPV 6 a 11, dále pak HPV 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81. Mezi nejčastější HR patří HPV 16 a 18. Tyto dva typy byly v roce 1995 zařazeny mezi lidské kancerogeny a v roce 2003 byl list kancerogenních HPV rozšířen o typy 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59. Další HR HPV jsou typy 66, 68, 73 a 82 (Tachezy, 2006; Turyna, 2010).

HPV jsou uzpůsobeny k tomu, aby přežívaly v hostitelských buňkách, které slouží k jejich replikaci. Anogenitální HPV se přenášejí především sexuálním stykem – přímým kontaktem infikovaného penilního, vulvárního, vaginálního, cervikálního nebo análního epitelu. Přenos nepohlavní cestou není tak častý, ale nelze ho úplně vyloučit. Je možný kontaminovanými předměty (lékařskými nástroji, sexuálními pomůckami), kontaminovanými prsty či prádlem nebo orálním přenosem. Bylo dokázáno, že HPV jsou schopny si ve vlhkém prostředí udržet infekční potenciál, a to po značně dlouhou dobu až několik týdnů a mohou tak v odloučených keratocinech po tuto dobu přežívat. Mikrotraumata kůže a sliznic jsou hlavní vstupní branou pro infekci. Inkubační doba

HPV infekce je zhruba 3 měsíce (1 – 8 měsíců). Dalším, ne příliš častým, způsobem je přenos vertikální. Velmi vzácný, ale možný, je přenos infekce z matky na plod (jak během těhotenství, tak i během porodu), (Laco, 2012; Záhumenský, Jilich a Vaňousová, 2015).

Důležitá je integrita epitelu. Pokud je integrita porušena, infekce proběhne snadněji. Dokazuje to výskyt bradavic, papilomů a kondylomat v místech poškrabání nebo pořezání (Turyna, 2010).

HR HPV infekce je pro rozvoj onemocnění nezbytná, není ale jedinou podmínkou. Stejně jako jiné nádorové viry, jde o infekční činitele enormně rozšířené ve všech populacích a k vývoji maligního procesu dochází pouze u zlomku infikovaných jedinců. Aby vzniklo maligní nádorové onemocnění, je nutná spoluúčast řady kofaktorů kancerogeneze (ko-karcinogeny, promotory). Podpůrné faktory usnadňují vstup HPV do organismu a zvyšují riziko přechodu k high-grade lézím a následně i karcinomu. Spektrum těchto karcinogenů je široké. Mezi hlavní rizikové faktory patří promiskuita, kouření tabáku, chlamydiové infekce, infekce HSV, chronické záněty, dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce, počet porodů a potratů v anamnéze, stav imunitního systému (Turyna, 2010; Vonka, 2006).

Je prokázáno, že nezodpovědné sexuální chování je nejdůležitějším rizikovým faktorem. Vonka (2006, s. 580) uvádí, že první spojitosti vedou až do 19. století: „*Italský lékař Rigoni-Stern si všiml, že KDC (karcinom děložního čípku, pozn. autora) je častý u prostitutek, ale že se nevyskytuje u jeptišek, které dodržovaly přísné normy klášterního života. Jeho pozorování bylo prvním náznakem souvislosti mezi nemocí a stylem sexuálního života.*“ Přenos HPV při heterosexuálním pohlavním styku je možný obousměrně. U sexuálních partnerů žen s cervikálními lézemi je často nalezen HPV a naopak zase muži, kteří jsou bezpříznakoví, přenášejí HPV na své sexuální partnerky (Laco, 2012). Rizikovým faktorem souvisejícím se sexuálním životem je časné zahájení sexuálního života (před 17. rokem života). A dále také krátká doba mezi menarché a sexuálním stykem, jelikož v tomto období není ještě plně diferenciovaná transformační zóna a je tedy více náchylná k rozvoji infekce HPV (Hamšíková, 2007).

Projevy HPV infekce můžeme rozdělit podle detekovatelnosti do tří fází. Nejčastější je fáze latentní, kterou lze prokázat pouze detekcí virové DNA. Ve většině případů je latentní infekce likvidovaná imunitním systémem organismu. Druhou fází je

subklinická papilomavirová infekce – ta je klinicky detekovatelná, ale rozpoznat pouhým okem ještě nelze. Průkaz je možný např. kolposkopickým, cytologickým nebo molekulárně biologickým vyšetřením. Poslední je fáze manifestní, která už zahrnuje klinicky vizualizovaný nález. V anogenitální oblasti nacházíme kondylomata nebo intraepiteliální premaligní nebo maligní léze (Turyna, 2010).

Klinický obraz HPV infekce se liší také podle toho, zda se jedná o low-risk HPV nebo high-risk HPV.

LR HPV vyvolávají v urogenitální oblasti vznik genitálních bradavic, které se mohou nacházet na vulvě, vagíně, penisu, děložním hrdle a v anální oblasti. Podobný klinický obraz vyvolávají také v hrtanu a na hlasivkách, zde mohou způsobovat rekurentní laryngeální papilomatózu. LR HPV mohou dále vyvolat cervikální léze, které ale nemají sklon k malignímu zvratu (Tachezy, 2006).

HR HPV způsobují intraepiteliální neoplázie děložního čípku, vulvy, vagíny, penisu a anu. Infekce HR HPV proběhne ale často bezpříznakově. Znamky onemocnění se zjistí při kolposkopickém vyšetření, v cytologickém obraze nebo histologii. Klinicky rozpoznatelná je ve většině případů až v rozvinutých stádiích v podobě invazivního karcinomu a projevuje se bolestí, krvácením atd. (Mašata a Jedličková, 2006).

Jak již bylo výše psáno, infekce HPV patří mezi nejrozšířenější pohlavně přenosné choroby dnešní doby. Jedná se o vysoce infekční onemocnění, které často probíhá bezpříznakově. Inkubační doba infekce je 1-8 měsíců. S HPV infekcí se během života setká asi 80 % sexuálně aktivních jedinců, nejčastěji krátce po zahájení sexuálního života. Nejvyšší prevalence HPV infekce je u žen do 25 let. Tato prevalence je dále závislá na počtu sexuálních partnerů. Většinou je HPV infekce zlikvidována imunitním systémem do doby 12 – 18 měsíců. Asi u 10 % HPV pozitivních jedinců zůstává vir perzistentní a u asi 1 % se vyvine v cervikální karcinom (Ondryášová, Koudeláková a Hajdůch, 2013).

Prevalencí genitálních bradavic u české populace žen se ve své studii zabývali Fait a kol. (2012). Uvádějí ji na 0,89 %, celosvětová prevalence se uvádí zhruba 1%.

Pluta a Unzeitig (2010) uvádějí, že nejvyšší prevalence HPV (asi 30 %) je u žen ve věku 20 – 25 let. Prevalence HPV infekce u žen ve věku 35 let je pak už jen kolem 5 %. Naprostá většina infekcí HPV je ale zvládnuta buněčnou imunitou – u mladých žen je eliminace infekce v 60 % do 12 měsíců. Z toho vyplývá, že mladé ženy mají vyšší

riziko nákazy, ale s infekcí se velmi často vyrovnají, naopak starší ženy mají riziko infekce nižší, ale infekce u nich pak často perzistuje.

1.1.3 Klinický obraz

Klinický obraz lézí způsobených low-risk papilomaviry je ve většině případů diskrétní. Projevy můžeme najít v celé anogenitální oblasti, výjimečně se mohou objevit projevy na laryngu. Inkubační doba je dlouhá, od několika týdnů po několik měsíců (Roztočil a kol., 2011).

Klinická forma infekce může mít různou podobu, závisí to na lokalizaci a charakteru epitelu, na kterém projevy vznikají. Genitální bradavice se mohou projevovat jako malé papuly, květákovité noduly, keratózy nebo plaky. Poslední zmiňovaná forma se vyskytuje nejčastěji na děložním hrdle, jako plochá vyvýšená ložiska bělavého epitelu. Nejčastější jsou špičatá kondylomata, různě vysoké bělavé útvary, někdy solitární, jindy nepravidelně rozhozené po celé vulvě nebo vytvářející trsy kondylomků těsně na sebe naléhajících. Další formy mohou být papilózní bradavice (hnědočervená ložiska s navalitym okrajem), keratotické bradavice, obří kondylomata a ploché bradavice. Barva eflorescencí může oscilovat od růžové, červené až k hnědé, podle fototypu kůže pacienta (Rob a kol., 2014; Roztočil a kol., 2011; Záhumenský, Jilich a Vaňousová, 2015).

Ve většině případů jsou kondylomata asymptomatická a pacienty obtěžují spíše z kosmetické stránky. Mohou však svědit až bolet a v některých případech, při mechanické iritaci během soulože, může dojít ke krvácení. Dráždivé projevy mohou způsobovat také dyspareunii. Pokud genitální bradavice dosáhnou extrémních rozměrů v lokalizacích, jako je uretra nebo anus, mohou způsobovat až příznaky obstrukce. Predilekčními místy kondylomat jsou u mužů frenulum, corona glandis, glans penis, předkožka, kořen penisu, šourek. U žen to bývají labia minora et majora, klitoris, oblast periuretrální, perineum, vagina, cervix. U obou pohlaví navíc mohou být kondylomata lokalizována v ústí uretry, v uretře, v močovém měchýři, dále na perineu, perianálně, v análním kanálu, v rektu a v nosohlтанu. Pokud je přítomno genitální nebo perigenitální postižení, je vždy vhodné zkontrolovat i perianální krajinu (Rob a kol., 2014; Záhumenský, Jilich a Vaňousová, 2015).

Kondylomata obvykle mizí časem (za měsíce až roky) i bez léčby (Roztočil a kol., 2011).

1.1.4 Diferenciální diagnóza

Diferenciální diagnóza zahrnuje běžné anatomické struktury, jako mazové žlázy a papuly penisu. Dále seboroické keratózy, folikulitidu, měkké fibromy, postskabietické uzly, psoriázu, pigmentové névy, lichen planus, mollusca contagiosa a angiokeratomy. Diferenciálně diagnostickým problémem jsou kondylomata lata. Jedná se o nejtěžší a současně nejdůležitější diferenciální diagnostiku. Kondylomata lata jsou projevem sekundárního stadia syfilis a jsou plochá s přisedlou bází, na rozdíl od špičatých kondylomat (Rob a kol., 2014).

1.1.5 Diagnostika

K určení správné diagnózy většinou postačí klinický vzhled a lokalizace projevů. Léze lze zviditelnit aplikací roztoku 3 – 5% kyseliny octové, která se aplikuje na tamponu či vatové štětičce na 10 – 15 sekund a následně se hodnotí, zda léze zbělá, či nikoliv. Aplikaci je možné zopakovat, protože efekt kyseliny octové během několika minut vyprchá. Zbělání kůže či sliznic však nemůže být využito v rámci screeningu, protože není specifické pouze pro HPV infekci. Pokud si však nejsme jisti, je vhodné provést biopsii s následným histopatologickým vyšetřením získaného vzorku. Vždy by měla být histologie provedena při lokalizaci projevů na děložním hrdle a u imunosuprimovaných pacientů. Existují i další vyšetření, která však pro běžnou diagnostiku nejsou vhodná. Cytologické vyšetření je vhodné při cervikální lokalizaci kondylomat či výskytu kondylomat v análním kanále, v ostatních lokalizacích je však výtěžnost tohoto vyšetření podstatně menší. Detekce DNA HPV stejně jako sérologické vyšetření není pro rutinní vyšetření vhodná. Vedle laboratorních vyšetření však nesmíme opomenout ani odběr kvalitní venerologické anamnézy, neboť kondylomata jsou často vedlejším nálezem při vyšetřování jiných sexuálně přenosných onemocnění. U pacientů se proto doporučuje odebrat sérologii na syfilis a HIV (Rob a kol., 2014; Roztočil a kol., 2011).

1.1.6 Průběh onemocnění

U většiny nemocných se kondylomata vytvoří dva až šest měsíců po infekci s mediánem kolem tří měsíců. Maximální délka inkubační doby je dvanáct až dvacet měsíců. Pokud se genitální bradavice neléčí, mohou dále progredovat a zvětšovat se, zůstat stacionární nebo regredovat. Ke spontánní regresi dochází pomocí buněčné imunity, a to asi v 10 – 30 % případů do tří měsíců od vzniku projevů. I přes vymizení klinicky patrných kondylomat může infekce subklinicky perzistovat po celý život (Rob a kol., 2014; Roztočil a kol., 2011).

1.1.7 Prevence

Vzhledem k vysoké nakažlivosti a častým rekurencím má v současnosti velmi důležitou roli prevence genitálních bradavic. Musíme zde rozeznávat rozdíly v HR a LR HPV infekci. Celoživotní sexuální abstinence je dostatečnou ochranou před HR HPV způsobující prekancerózy a karcinomy. Avšak u LR HPV typů, které se mohou přenášet i z rukou na genitál (například při petingu) je možná i nesexuální cesta přenosu. Proto je pouze částečně protektivní nižší počet sexuálních partnerů, sexuální zdrženlivé chování a užívání kondomu. Kondom nechrání stoprocentně, neboť místa kůže, která nejsou chráněna kondomem, mohou být subklinicky infikována HPV. Nicméně i přesto se používání kondomu zcela jednoznačně doporučuje vzhledem k jeho 100% ochraně před jinými závažnými sexuálně přenosnými nemocemi. Přes všechny známé rizikové a protektivní faktory je dnes nejdůležitější prevencí očkování (Rob a kol., 2014).

Vakcinace proti HPV

V současné době jsou na trhu tři profylaktické vakcíny proti HPV. První z nich je Cervarix, který je určen pro ženy ve věku 10 – 25 let. Chrání proti HPV typu 16 a 18, jde tedy o vakcínu bivalentní. Druhou vakcínou je Gardasil, v České republice dříve distribuovaný pod názvem Silgard. Je to vakcína kvadrivalentní (chrání před HPV typy 6, 11, 16 a 18) a je určena ženám ve věku 9 – 26 let a dále i chlapcům ve věkové kategorii 9 – 15 let. Třetí vakcína je Gardasil9, která chrání proti devíti typům HPV (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58), jedná se tedy o vakcínu nonavalentní. Je určena pro ženy a dívky i chlapce a muže od 9 let věku (Cabrnchová, 2018; Hamšíková, 2007; Holásek, 2014; Laco, 2012; Sitarz, 2017). Pilka, Dvořák a Fait (2011) uvádějí, že Gardasil má schopnost

protektce proti rozvoji kondylomat až v 90 %. Je prokázáno, že vakcinace kvadrivalentní vakcínou je doprovázena velmi rychlým poklesem incidence kondylomat, zatímco snížení výskytu onemocnění po vakcinaci bivalentní vakcínou nebude zřejmé po mnoho let. V roce 2007 zavedla Austrálie očkování kvadrivalentní vakcínou pro ženy do 27 let věku a již po jednom roce byl zaznamenán pokles incidence genitálních bradavic o více než 25 %.

Očkování snižuje riziko karcinomu děložního hrdla, vaginy, vulvy, anu, laryngu a penisu a zároveň i riziko rozvoje dysplastických změn dolního genitálního traktu. Nejlepších výsledků vakcinace je dosaženo u tzv. naivních jedinců (osob, které se s infekcí ještě nesetkaly). Vakcíny nemají žádný terapeutický účinek. I u vakcinovaných osob je nutné pokračovat v pravidelných preventivních kontrolách, protože vakcíny nejsou prevencí před všemi typy HPV. Jejich podání je dobře tolerováno a rizika podání jsou minimální (Cibula a Petruželka, 2009).

Očkovat se doporučuje dívky mezi 12. a 15. rokem, před zahájením sexuálního života. V České republice je od roku 2018 bivalentní vakcína pro dívky i chlapce mezi 13. a 14. rokem plně hrazena zdravotní pojišťovnou (od roku 2012 byla vakcína hrazená pouze dívkám v tomto věku). Očkovací schéma u vakcín zahrnuje tři aplikace během půl roku, u bivalentní vakcíny je očkovací schéma 0, 1 a 6 měsíců (nově možno pouze ve dvou dávkách), u kvadrivalentní 0, 2 a 6 měsíců, u nonavalentní vakcíny je schéma taktéž 0, 2, a 6 měsíců, s tím, že dětem od 9 do 14 let se očkují dvě dávky, druhá dávka se má podat 5 až 13 měsíců po první dávce. První aplikaci musí dívka stihnout před 14. rokem života, aby měla vakcinaci plně hrazenou. Na základě konzultace s lékařem rodiče dívky rozhodují o typu aplikované vakcíny. Vakcinace je možná i u starších žen, pokud si vakcínu samy zaplatí. U kvadrivalentní vakcíny je možné očkovat ženy do 45 let věku a chlapce mezi 16. a 26. rokem. U bivalentní vakcíny je indikace pouze pro ženy do 25 let. Vakcinace pro chlapce je jednoznačně výhodnější kvadrivalentní nebo nonavalentní vakcínou, protože kromě karcinomu penisu a anu je chrání i proti kondylomatům. Nejlepší je aplikace vakcíny před zahájením sexuálního života, může se však aplikovat i u starších mužů (Cabrnchová, 2018; Rob a kol., 2014).

1.1.8 Obecné zásady terapie

Léčba se omezuje na odstranění bradavic. Cílem léčby je tedy odstranění klinicky manifestních kondylomat a zmírnění příznaků. Subklinické formy se neléčí. Obecně lze říci, že úspěšnější bývá terapie u menších lézí a trvají-li méně než jeden rok. Léčba se u pacientů snaží, kromě odstranění klinicky viditelných lézí, snížit možnost dalšího přenosu infekce. A tím tak vylepšit i sebevědomí pacienta. V dnešní době existuje mnoho způsobů léčby kondylomat, ale jak již bylo výše psáno, žádný z nich není stoprocentně účinný. Některá pracoviště proto zahajují terapii kombinací více metod. Ve Spojených státech a západní Evropě převažuje většinou terapie, kterou si pacient aplikuje doma a dochází pouze na pravidelné kontroly. V našich podmínkách stále více převládá léčba aplikovaná lékařem. Metoda léčby závisí na lokalizaci, velikosti postižené plochy, zkušenostech a samozřejmě také na compliance a přání pacienta. Je nezbytně nutné poučit pacienta, že po dobu léčby a tři měsíce po prodělané terapii by měl mít pouze chráněný styk. Traumatizovaný epitel je totiž ideální půdou pro reinfekci. Pravidelné kontroly po ukončení léčby nejsou nutné, doporučuje se však alespoň jedna kontrola tři měsíce po ukončení terapie (Rob a kol., 2014; Roztočil a kol., 2011).

U léčby kondylomat je zvláštní dělení, které neexistuje u žádné jiné choroby. V roce 2013 byl zveřejněn evropský doporučený postup, v němž se také dodržuje dělení na léčbu, kterou může provádět pacient sám, a na léčbu, kterou nabízí lékař. Lékař poskytuje destrukční terapii (kryoterapie, trichloroctová kyselina, elektrokauter, laserová vaporizace), antiproliferační terapii (podophyllin) a ablativní terapii (kyretáž lžičkou, excize skalpelem, laserová excize, vysokofrekvenční klička). Léčba, kterou může pacient aplikovat sám, zahrnuje tři skupiny: antiproliferační (podophyllotoxin), imunomodulační (imiquimod) a antivirovou, kde se objevila novinka – sinekatechiny (Šámalová, 2013).

1.1.9 Budoucnost léčby a prevence

Díky plošnému očkování se dá v několika příštích letech očekávat prudké snížení výskytu kondylomat, následované za delší dobu snížením incidence rakoviny děložního hrdla a dalších HPV asociovaných karcinomů. Zájem farmaceutických firem je dnes upřen na vývoj terapeutických vakcín proti HPV infekci, jejich tvorba je však teprve

v počátcích a uvedení do klinické praxe je spíše hudbou vzdálené budoucnosti. Kromě nespecifických opatření společné pro všechny pohlavně přenosné choroby je dnes možná vakcinace proti HPV (Rob a kol., 2014; Roztočil a kol., 2011).

1.2 Kvalita života

Slovo kvalita je odvozeno od latinského „qualis“, což znamená jakost – např. dobrá, prvotřídní či naopak špatná. Životem je vyjádřen život obecně, popřípadě život určitého druhu jedinců, zde jde o život lidí (Vaňurová a Mühlpachr, 2005).

Pojem kvalita života byl poprvé v historii zmíněn již ve 20. letech minulého století, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. V poválečné době se tento termín opět objevil v politickém kontextu v USA, kdy v 60. letech tehdejší americký prezident L. Johnson v jednom ze svých projevů prohlásil zlepšování kvality života Američanů za cíl své domácí politiky. Měl tím na mysli, že ukazatelem společenského blaha není kvantita spotřebovaného zboží, ale to, jak dobře se lidem za určitých podmínek žije. V 70. letech, také německý politik W. Brandt postavil politický program německé sociální demokracie na dosahování lepší kvality života pro své spoluobčany. Brzy tento termín zdomácněl v sociologii, kde od té doby slouží k odlišení podmínek života, jako jsou například příjem, politické zřízení či počet automobilů na domácnost, od vlastního životního pocitu lidí (Hnilicová, 2003; Mareš, 2006).

V 70. letech proběhlo v USA první celonárodní šetření kvality života obyvatelstva, jehož cílem bylo vyvinout subjektivní indikátory, které by ukazovaly, jak lidé sami hodnotí svůj život, a které by doplňovaly objektivní charakteristiky životních podmínek, jako jsou například úroveň bydlení, kriminalita, hluchost či znečištění ovzduší. Výsledky tohoto šetření vedly k závěru, že zlepšení socioekonomických podmínek života a splnění základních biologických předpokladů existence je významné pouze do určité míry, a to pokud uspokojení relevantních potřeb nedosáhne určité minimální hranice, obvykle definované jako hranici chudoby (Hnilicová, 2003).

Publikace Strausse z roku 1975 byla jednou z prvních publikací, která se více zabývala kvalitou života ve zdravotnickém kontextu. Publikace se zaměřuje na hodnocení kvality života seniorů a chronicky nemocných. Kvalita života této skupiny

populace byla studována z důvodu snahy o prodloužení délky života seniorům a chronicky nemocným, zkvalitňovat a poskytovat jim péči nejen zdravotní, ale i sociální, psychologickou a duchovní (Křivohlavý, 2002).

Od 70. let je termín kvalita života užíván i v medicíně. Zejména v průběhu osmdesátých let se začíná stále častěji používat v klinických studiích. Přesto je ve zdravotnictví kvalita života problematikou stále poměrně novou, i když zejména v posledních letech velmi zdůrazňovanou. V mnoha oblastech klinické medicíny dnes již existuje všeobecný konsensus, týkající se potřeby sledovat kvalitu života pacientů jako jednu z fundamentálních komponent různých medicínských či zdravotnických intervencí. Lékaře dnes musí zajímat, jakou kvalitu života mají pacienti trpící různými nemocemi či jaký je dopad konkrétní zvolené terapie na kvalitu jejich života. Je logické, že v medicíně a ve zdravotnictví je těžiště zkoumání kvality života posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. Nejčastěji se potom operuje s pojmem „health related quality of life“, tj. kvalita života související se zdravím. Tento pojem je možné specifikovat jako „subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky“. Konkrétně to znamená, že vedle klinických ukazatelů úspěchu či neúspěchu nasazené terapie (hladina hemoglobinu, krevní markery, krevní tlak, tělesná teplota, vymizení příznaků choroby) se sledují subjektivní a objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta, jako jsou přítomnost bolesti, zvládání chůze do schodů, intenzita únavy, schopnost sebeobsluhy, převažující typ emocí či prožívaná míra úzkosti a napětí (Hnilicová, 2003).

Vadurová a Mühlpachr (2005) ve své publikaci uvádějí, že prvním, kdo vymezil 4 faktory ovlivňující kvalitu života, byl W. Forrester. Poté v roce 1961 OSN (Organizace spojených národů) rozšířila počet faktorů na 12 a označila je jako podmínky života. V roce 1974 Evropská komise OSN vytvořila 8 skupin sociálních indikátorů:

- zdraví,
- kvalita pracovního prostředí,
- nákup zboží a služeb,
- možnosti trávení volného času,
- pocit sociální jistoty,
- možnosti rozvoje osobnosti,

- fyzikální kvalita životního prostředí,
- možnost účasti na společenském životě.

Ze začátku byla kvalita života pojmem spíše politickým, řečnickým či novinářským. Teprve o něco později se stala také vědeckým pojmem. V současné době se s tímto pojmem pracuje v mnoha vědních oborech od přírodních a humanitních věd až po medicínu a ošetrovatelství. To také způsobuje obtíže ve formulování univerzální definice, která by vyhovovala tolika rozdílným oborům. Pojem kvalita života je velmi obsáhlý a má své subjektivní a objektivní stránky. Často je pojem kvalita života užíván jako synonymum pro zdravotní stav, a to především v různých programech, které jsou zaměřené na udržování zdraví a na prevenci nemoci (Bencko a kol., 2005).

V odborné literatuře se můžeme setkat s celou řadou definic kvality života. Všeobecně akceptována ovšem není ani jedna z nich. Každý vědní obor si definici konkretizuje dle svých specifických potřeb. To je důvod, proč vzniká řada rozdílných definic tohoto pojmu (Hnilicová, 2003; Mishra, 2003). Kvalita života by měla zahrnovat také vliv všech oblastí života na všeobecnou pohodu a spokojenost, ne jen ty oblasti, vztahující se ke zdraví či nemoci (Bradley, 2006).

Je také velmi důležité, v jaké šíři se na kvalitu života nazírá. Křivohlavý (2002) uvádí, že dle Bergsma a Engela lze kvalitu života chápat ve třech úrovních – makrorovině, mezorovině a personální rovině. V makrorovině je kvalita života zvažována z pohledu společenských celků (např. stát). Zde je kvalita života vnímána jako absolutní morální hodnota. Jedná se o vnímání smyslu života, o jeho zohledňování při politických rozhodnutích nebo při rozhodování o investicích do zdravotnictví, dotýká se např. boje s nemocí či chudobou. Mezorovina pojímá kvalitu života v kontextu malých sociálních skupin (škola, zdravotnické zařízení atd.). Jedná se o respekt k morální hodnotě života člověka. Patří sem i otázky sociálních vztahů, uspokojování potřeb každého člena skupiny, celkové sociální klima apod. Personální rovina zahrnuje život konkrétního jednotlivce. Tato rovina je nejjasnější a nejvíce zmiňována, a to především z pohledu zdravotníků. Obvykle personální rovina zahrnuje hodnocení bolesti, spokojenosti, zdravotního stavu, naplnění cílů, očekávání atd. Dle autorů je velice důležité si definovat, v jaké rovině o kvalitě života uvažujeme ještě před tím, než jí začneme hodnotit. Většina z nás přirozeně uvažuje v rovině personální. Ovšem řada

studií nejen ve zdravotnictví pracuje s pojmem kvalita života v makrorovině, tedy na úrovni celé populace nebo národa. Výstupy těchto studií bývají využity např. pro výběr doporučených postupů či k hodnocení péče apod.

Politické, ekonomické, sociální, kulturní, interpersonální, medicínské, psychologické, filozofické a historické aspekty lidského života byly do různé míry a v různých historických a sociokulturních kontextech začleňovány do velkého množství definic a přístupů k tomuto pojmu. Jak bylo psáno výše problematika kvality života je zkoumaná hlavně za posledních několik desetiletí, a to v různých vědních oborech, např. v medicíně, ošetřovatelství, filozofii, sociologii, pedagogice, andragogice, psychologii, ekonomii a v dalších. Vzhledem k tomu je úhel pohledu těchto vědních oborů, včetně teoretického vymezení toho, co tato lidská zkušenost znamená a jakými metodami ji lze uchopit a měřit, v některých případech až zásadně rozdílný (Gurková, 2011).

Psychologická věda asi nejvíce pracuje se subjektivitou a individualitou jedince a snaží se vystihnout subjektivně prožívanou radost, pocit štěstí, životní spokojenost, pocit osobní autonomie a kompetence a pocit osobní pohody či well-being. Psychologická pohoda je určena životními cíli a jejich plněním. V psychologickém pojetí lze konstatovat, že kvalitní život má ten, kdo je spokojený s dosahováním svých životních cílů (Bencko a kol., 2005; Křivohlavý, 2012). Můžeme také pozorovat dvě dimenze, ze kterých je kvalita života posuzována – kognitivní a emocionální. Kognitivní dimenze dle Gurkové (2011) zahrnuje životní spokojenost, kdy se život hodnotí jako celek vědomě a racionálně. Dále zahrnuje důležité oblasti života jako je rodina, přátelé, práce apod. Emocionální dimenze zahrnuje citové prožívání a zachycení emocionálního náboje jedincova života. Zjišťuje se citové naladění jedince, zda u něj převládají pozitivní nebo negativní citové reakce.

Dalším významným krokem byl rozvoj humanistického přístupu, který se věnoval problematice smyslu života a bytí, způsobu prožití kvalitního života, otázkám sebenaplnění a seberealizace. Nepoužíval přímo termín kvalita života, ale pojmy jako kvalitní a plný život byly hlavním tématem práce vědců.

Sociologický přístup chápe kvalitu života jako produkt vnitřního vztahu kondice sociální, zdravotní, ekonomické a kondice prostředí, které ovlivňuje lidský vývoj. Můžeme nalézt spojení mezi kvalitou života a životní úrovní. Kvalita života je chápána

jako úroveň kulturnosti životního stylu, výše vzdělání, majetku, vykonávané práce apod. (tzv. sociální indikátory). Je zkoumán vztah těchto indikátorů ke kvalitě života, která je vnímána jako subjektivní životní pocit (Hnilicová in Payne a kol., 2005; Kubátová, 2010). Vaňurová a Mühlpachr (2005) uvádí, že životní úroveň je definována jako měření kvality a kvantity všech služeb a zboží, které jsou člověku nabízeny.

V průběhu posledních třech desetiletí byl zaznamenán nárůst zájmu o problematiku kvality života v ošetrovatelství. V ošetrovatelství a také v dalších vědních oborech zabývajících se kvalitou života, lze zaznamenat různorodost přístupů a definic, které zachycují lidskou zkušenost vyjádřenou tímto konceptem. Pojem kvalita života je v současnosti stále více používán nejen ve vědeckých studiích, ale také v každodenním životě. Kvalita života je interdisciplinární, komplexní a multidimenzionální termín, který si osvojilo mnoho vědních disciplín (Gurková, 2011; Heřmanová, 2012).

Jedním z prvních, kdo se pokusil komplexně definovat kvalitu života, byl v roce 1978 Flanagan. Vytvořil model kvality života, která se dle něj projevuje v pěti doménách (Flanagan, 1978):

- fyzické a materiální bytí,
- vztahy s druhými lidmi,
- sociální začlenění a občanské aktivity,
- osobní rozvoj a naplnění,
- rekreace a volnočasové aktivity.

Jednou z novějších charakteristik kvality života je vymezení Centra pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu: „*Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života*“. Tyto možnosti vyplývají z příležitostí a omezení, které má každý člověk ve svém životě a jsou odrazem vzájemného působení mezi ním a prostředím (University Toronto, 2000).

WHO definuje kvalitu života jako: „*Jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný*

jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí“ (Vaňurová a Mühlpachr, 2005, s. 11).

V publikaci Veenhovens (2000) se taktéž můžeme setkat s rozdílnými definicemi kvality života (kvalita života jako podmínky potřebné pro prožívání štěstí, pocit spokojenosti, potřebný potenciál pro adaptaci jedince).

A. H. Maslow se zabýval výzkumem hodnot a hodnotového systému a vytvořil teorii potřeb, o které se dá obecně tvrdit, že z ní vychází definice pojmu kvalita života. Vytvořil obraz „psychologicky zdravého a spokojeného člověka“ – jeho pojmy sebenaplnění a seberealizace hrají významnou roli v problematice kvality života. Pojem kvalita života by měl obsahovat údaje o psychickém, fyzickém a sociálním stavu člověka. Tento pojem tedy zahrnuje nejen pocit fyzického zdraví nepřítomnost příznaků nemoci, ale také psychickou kondici, společenské využití, ekonomické či náboženské aspekty. Dalšími faktory ovlivňujícími kvalitu života jsou věk, pohlaví, rodinná situace, vzdělání, kulturní prostředí. Souhrnem všech uvedených faktorů je celková kvalita života (Maslow, 1970; Slováček a kol., 2004).

V každé definici kvality života se jednotlivé faktory prolínají různými způsoby a působí na život (na jeho kvalitu) konkrétního jedince. (Hnilicová in Payne a kol., 2005).

Gurková (2011) ve své publikaci uvádí, že v definování a měření kvality života jsou zaznamenány dva hlavní přístupy: 1. kvalita života jako konstrukt na úrovni celé populace, 2. kvalita života jako individuální konstrukt. První přístup se prezentuje především snahou vytvořit generické definice kvality života, které by se daly aplikovat na lidskou populaci jako na celek. Druhý přístup představují specifické konstrukty individuální kvality života, např. subjektivní pocit pohody nebo již zmiňovaná kvalita života související se zdravím (HRQoL).

Hodnocení HRQoL přináší zdravotníkům nové informace, které se běžným klinickým vyšetřením nezískají. Velmi často se jedná o faktory, které mají významný vliv na zvládání nemoci a s tím souvisejících problémů. Jedná se např. o emocionální prožívání nemoci, partnerské vztahy a sociální oporu v nemoci (Hnilicová in Payne a kol., 2005).

Můžeme říci, že hodnocení HRQoL znamená snahu zdravotníků zjistit, jak nemoc ovlivňuje jednotlivé dimenze života, které považujeme za důležité. To se děje jak obecně, tak ve specifických případech konkrétních nemocí. Potřeba definování a sledování HRQoL vzrostla ve chvíli, kdy se ukázalo, že nestačí již stanovit diagnózu a popř. i dobu dožití, ale že je nutné také zhodnotit psychické, sociální a behaviorální determinanty lidského života, které souvisí se zdravím (Kebza, 2005; Ware, 1995).

Definováním kvality života související se zdravím se taktéž zabývá řada autorů. V současné době je jednou z užívaných definic HRQoL definice vytvořená Centrem pro prevenci a léčbu: „*HRQoL zahrnuje ty aspekty celkové kvality života, o nichž lze jasně ukázat, že jsou ovlivněny zdravím, ať už somatickým nebo mentálním. Jde o vnímané somatické a mentální zdraví, včetně souvislostí typu zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální opory a socioekonomického statusu. Na komunitní úrovni HRQoL zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku a praktické postupy, které ovlivňují vnímané zdraví u populace a její funkční stav.*“ (Centers for disease prevention, 2000).

HRQoL vznikla pro účely klinických a ekonomických analýz v 70. letech dvacátého století. Byla potřeba hodnotit finanční nákladnost a efektivitu léčby. Dále zde byla snaha komplexně dokladovat klinickou úspěšnost léčby, resp. dopad léčebných intervencí na zdravotní stav. V 80. letech dvacátého století byly pro měření HRQoL nejčastěji užívány generické nástroje k měření zdravotního stavu. Cílem využívání těchto nástrojů bylo srovnat úroveň HRQoL mezi nemocnou a zdravou populací, popř. mezi různými druhy nemocí (Gurková, 2011).

Gurková (2011) dále uvádí, že mnoho autorů se uchýlilo ke kritice některých generických nástrojů. Dle jejich názoru hodnotí spíše zdravotní stav než kvalitu života. Proto nastala expanze ve tvorbě specifických nástrojů. Ty byly vytvořeny pro měření HRQoL ve specifických populacích pacientů. Tvorba specifických nástrojů vycházela ze spolupráce mezi zdravotnickými profesionály a odborníky na psychologické vědy. Spousty těchto specifických dotazníků byly vytvořeny a aplikovány pro účely ošetrovatelských klinických studií.

Až v 90. letech, tedy v období, ve kterém bylo využíváno pestré spektrum generických a specifických dotazníků HRQoL, se rozvinuly konceptuální modely HRQoL. Tento opoždění rozvoj způsobil disproporci mezi teorií a výzkumem. Vznikl

tak nepoměr mezi velkým množstvím nástrojů měření HRQoL a jejími nedostatečnými teoretickými východisky (Gurková, 2011).

Kvalitu života můžeme hodnotit dle různých hledisek. Jedním hlediskem je osoba, která provádí posuzování. Posuzovatelem může být sama zkoumaná osoba, dále druhá osoba, která zkoumaného zná nebo se může jednat o metodu smíšenou. Metodou, kdy je hodnotitelem druhá osoba, se snažíme kvalitu života hodnotit z lékařského pohledu. Pokud je posuzovatelem sama zkoumaná osoba, jedná se o metody měření kvality života pomocí některého z dotazníku k tomu určenému. Tyto dotazníky vyplňuje sám respondent a výhodou je, že může vyjádřit vnímání své situace. Dalším hlediskem, dle kterého rozlišujeme metody měření kvality života je typ užitého dotazníku. Jak už bylo psáno výše, může se jednat o dotazník generický, specifický nebo také dotazník kombinovaný, který obsahuje generickou i specifickou část (Křivohlavý, 2002; Slováček a kol., 2005).

Pokud si vybereme konkrétní nástroj, musíme si nejdříve zjistit následující informace:

- podmínky použití pro klinické účely (souhlas autora s jeho použitím apod.),
- dostupnost nástroje v cílovém jazyce.

Dle Haaseové a Bradenové (2003) je pro dosažení správného hodnocení kvality života důležité následující:

- jednoznačně stanovit účel hodnocení kvality života – proč chceme kvalitu života hodnotit, za jakým účelem (nákladnost, efektivita léčby apod.),
- jasně vymezit zkoumaný vzorek populaci, u které bude kvalita života hodnocená,
- vybrat konceptuální zaměření a stanovit teoretický rámec hodnocení kvality života,
- přesně specifikovat kritéria hodnocení.

V praxi jsou nejčastěji hodnoceni pacienti s chronickými a nevyлéčitelnými nemocemi. Tito pacienti mohou pociťovat omezování a napětí, které je pouze přiblíží k dostatečné kvalitě života. Hodnocení kvality života samotnými pacienty, tak rovněž významně ovlivňují některé identifikované faktory. Např.:

- vliv osobnosti jedince,

- životní zkušenosti a proběhlé životní události a jejich vztah k prožívání pacientovi pohody,
- nároky selfmanagementu onemocnění – pacient je nucen přijmout nemoc do svého života, mění se mu návyků a chování,
- celoživotní léčba – často se jedná o substituční léčbu, pouze zmírňující symptomy, ale nemoc nevyhladí; mohou se vyskytovat i nežádoucí účinky,
- nejasnost prognózy, nepředvídatelnost průběhu onemocnění.

1.2.1 Kvalita života s condyloma acuminata

Jak již bylo dříve zmíněno, v dnešní době máme k dispozici několik metod hodnocení HRQoL. Tyto metody jsou generické, specifické, popř. metody kombinované. Pro konkrétní specifická onemocnění je obvykle celosvětově k dispozici více dotazníků k posouzení HRQoL, které se mohou lišit svými základními charakteristikami.

U genitálních bradavic je výběr specifických dotazníků velmi omezený. Lze využít dotazník DLQI (Dermatology Life Quality Index), který je určen pacientům s blíže neurčenou dermatózou. O něco specifičtější je dotazník HIP (HPV Impact Profile), který se ale zaměřuje na pacienty s HPV infekcí, nikoli jen na pacienty s genitálními bradavicemi. Dále je k dispozici dotazník CECA10 (Cuestionario Específico en Condilomas Acuminados), což je jediný specifický dotazník, který umožňuje měřit pouze kvalitu života žen i mužů s genitálními bradavicemi.

V mnoha zahraničních studiích autoři využili různé generické nástroje, popř. je někteří ještě zkombinovali se specifickými nástroji. Generické nástroje k hodnocení HRQoL použité v zahraničních studiích ukázaly, že pacienti s genitálními bradavicemi mají sníženou kvalitu života (Dominiak-Felden a kol., 2013; Drolet a kol., 2011; Erdem a Özarmağan, 2016; Marra a kol., 2009; Nahidi a kol., 2018; Shi a kol., 2012; Vriend a kol., 2014). Tyto generické nástroje nejsou ovšem optimalizovány pro hodnocení sexuální, psychologické a emocionální oblasti kvality života pacientů s genitálními bradavicemi. Proto byl kolektivem španělských autorů vyvinut právě již zmiňovaný specifický dotazník CECA10, který byl navržen speciálně pro pacienty s tímto

onemocněním (Badia a kol., 2005). V současné době je dotazník k dispozici ve španělštině, angličtině a čínštině.

Studie, které použily dotazník CECA10 zjistily, že pacienti s genitálními bradavicemi mají sníženou kvalitu života, vykazují strach a úzkost vůči nemoci a mají sexuální problémy (Badia a kol., 2005; Buenconsejo a kol., 2019; Domenech-Viñolas a kol., 2019; Dominiak-Felden a kol., 2013; Eriksson a kol., 2013; Mladenović Segedi a Bjelica, 2019; Vilata a kol., 2008; Vriend a kol., 2014; Woodhall a kol., 2008;).

K velmi podobným závěrům dospěly i studie, ve kterých byly využity další specifické dotazníky (HIP, DLQI). Tvrdí, že nejvíce je ovlivněna doména Obrázek o sobě samém a Obavy o svého partnera a dále, že respondenti mají sníženou kvalitu života (Dominiak-Felden a kol., 2013; Drolet a kol., 2011; Erdem a Özarmağan, 2016; El-Esawy a Ahmed, 2016; Guo a kol., 2018; Qi a kol., 2014; Salah, 2018; Vilata, 2008).

Také kvalitativní studie či studie, ve kterých byl využit nestandardizovaný dotazník, se ve svých závěrech shodují s výše zmíněnými studiemi. Genitální bradavice dle nich negativně ovlivňují kvalitu života (Mortensen a Larsen, 2010; Piñeros a kol., 2013).

1.3 Cíle výzkumu

V rámci našeho výzkumného šetření jsme si stanovili následující cíle:

1. Cíl: Vytvořit českou verzi dotazníku CECA10 a u vybrané populace českých žen vyhodnotit její validitu pomocí Pearsonova korelačního koeficientu, konfirmační faktorové analýzy a pomocí shlukové analýzy a zjistit její reliabilitu pomocí Cronbachova alfa.
2. Cíl: Pomocí dotazníku SF-36 srovnat kvalitu života mezi cílovou skupinou (vybraná populace českých žen s genitálními bradavicemi) a kontrolní skupinou (vybraná populace českých žen bez genitálních bradavic).
3. Cíl: Pomocí dotazníku GRISS srovnat sexuální spokojenost mezi cílovou skupinou (vybraná populace českých žen s genitálními bradavicemi) a kontrolní skupinou (vybraná populace českých žen bez genitálních bradavic).

1.4 Hypotézy

V počáteční fázi výzkumného šetření se stanovily tyto **věcné hypotézy**:

H₁₀: Genitální bradavice nemají vliv na kvalitu života žen.

H_{1A}: Genitální bradavice mají vliv na kvalitu života žen.

H₂₀: Genitální bradavice nemají vliv na sexuální spokojenost žen.

H_{2A}: Genitální bradavice mají vliv na sexuální spokojenost žen.

Na základě operacionalizace pojmů byly stanoveny následující **statistické hypotézy**:

H₁₀: V celkovém indexu kvality života naměřeném dotazníkem SF-36 neexistuje statisticky významný rozdíl mezi skupinou žen s genitálními bradavicemi a kontrolní skupinou zdravých žen.

H_{1A}: Skupina žen s genitálními bradavicemi bude mít signifikantně nižší celkový index kvality života naměřený dotazníkem SF-36 než kontrolní skupina zdravých žen.

H₂₀: V celkovém skóre sexuální spokojenosti naměřeném dotazníkem GRISS neexistuje statisticky významný rozdíl mezi skupinou žen s genitálními bradavicemi a kontrolní skupinou zdravých žen.

H2A: Skupina žen s genitálními bradavicemi bude mít signifikantně vyšší celkové skóre sexuální spokojenosti naměřené dotazníkem GRISS než kontrolní skupina zdravých žen.

2 METODIKA VÝZKUMU

Disertační práce je pojímána formou průřezového kvantitativního výzkumu, který byl rozdělen do dvou částí, a to do předvýzkumu a vlastního výzkumného šetření. První část výzkumu byla provedena pro získání dat k výpočtu potřebného rozsahu zkoumaného vzorku a také ke zjištění, zda jsou dotazníky srozumitelné a není potřeba je upravit.

2.1 Definice zkoumaných subjektů a způsob jejich výběru

Výzkumným šetřením jsme se rozhodli zhodnotit kvalitu života a sexuální spokojenost vybrané populace žen s genitálními bradavicemi a výsledky komparovat se skupinou zdravých žen. Pro výzkumné účely byly tedy zkoumané subjekty zařazeny do dvou skupin:

1. cílová skupina – ženy s genitálními bradavicemi v anamnéze,
2. kontrolní skupina – ženy, které nemají v osobní anamnéze onemocnění condyloma acuminata. Jednalo se o ženy, které v danou chvíli neměly žádný gynekologický problém a přicházely na preventivní gynekologickou prohlídku.

V případě obou skupin se jednalo o **záměrný výběr** respondentek. V rámci záměrného výběru byla stanovena vstupní a vylučující kritéria.

Vstupní kritéria:

1. pohlaví (žena),
2. věk (18 let a výše),
3. respondentky musely být klientkami vybraných gynekologických ambulancí,
4. souhlas s účastí na výzkumu,
5. v současné době trvající heterosexuální vztah (nezjišťovalo se předem).

Vylučující kritéria:

1. přítomnost nějakého onemocnění (kromě genitálních bradavic u cílové skupiny),
2. homosexuální orientace,
3. v současné době trvající homosexuální nebo bisexuální vztah,

4. nesprávně / neúplně vyplněný dotazník,

První až třetí vylučující kritérium se nezjišťovalo předem.

Zkoumané skupiny žen byly párovány v tom smyslu, že pokud zdravotnický personál získal jednu vyplněnou dotazníkovou baterii od ženy z cílové skupiny, měl za úkol získat taktéž jednu vyplněnou dotazníkovou baterii od ženy z kontrolní skupiny.

2.2 Měřicí nástroje

Na základě zpracování literární rešerše jsme se rozhodli pro naše výzkumné účely využít tři dotazníky. Dva z těchto dotazníků byly použity v několika zahraničních studiích. Jedná se o generický dotazník Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form (SF-36) hodnotící kvalitu života a o specifický dotazník Cuestionario Específico en Condilomas Acuminados (CECA10), který zjišťuje kvalitu emocionálního a sexuálního života pacientů s genitálními bradavicemi. Pro vyhodnocení sexuální spokojenosti jsme se rozhodli využít dotazník The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). Dotazníky GRISS a SF-36 jsou k dispozici v češtině. Pro dotazník CECA10 jsme museli vytvořit českou verzi.

2.3 Lingvistická validizace české verze CECA10

K překladu dotazníku CECA10 jsme použili anglickou verzi nástroje. Překlad do českého jazyka provedli nezávisle tři specializovaní překladatelé a poté byla provedena kontrola jednotlivých položek a jejich obsahové správnosti v překladech. Porovnáním jednotlivých položek ve třech verzích překladů vznikla jedna výsledná česká verze dotazníku CECA10. Z každého překladu byly vybrány nejkvalitnější části a provedly se nutné opravy. Vznikl tak první český překlad. Po té byl proveden zpětný překlad dalšími dvěma překladateli, kteří českou verzi přeložili do angličtiny, aniž by byli seznámeni s anglickou verzí dotazníku. Mateřským jazykem těchto dvou překladatelů je anglický jazyk, jsou to tedy angličtí rodilí mluvčí. Anglické zpětné překlady byly obsahově a významově přesným překladem českého prvního překladu. Zpětné překlady do angličtiny jsme porovnali s textem anglického originálního dotazníku. Zaměřili jsme se na obsahové a významové odchylky mezi originálním dotazníkem a těmito zpětnými

překlady. Jelikož se v tomto případě jedná o krátké a jednoduché věty, tak si vzniklé verze nástrojů vzájemně obsahově i formálně odpovídaly.

Po té, co jsme graficky upravili českou verzi dotazníku CECA10 jsme ho předložili vzorku respondentek (n = 10). Ženy měly dotazník vyplnit a případně vznést připomínky k obsahové i formální stránce dotazníku. Respondentky žádné připomínky nevnesly, tím pádem nedošlo již k žádným úpravám české verze dotazníku CECA10.

Primárně byla česká verze předložena respondentce z mého blízkého okolí v elektronické formě. Následně se dotazník v elektronické formě distribuoval metodou sněhové koule dalším respondentkám.

Kritéria pro výběr těchto respondentek byla:

1. pohlaví (žena),
2. věk (18 let a výše),
3. genitální bradavice v anamnéze (nynější onemocnění),
4. souhlas s účastí na jazykové validizaci.

Respondentky, kterým byl předložen dotazník CECA10 k připomínkování, dále nebyly zařazeny do výzkumného šetření.

Od hlavního autora dotazníku (Xavier Badia) byl získán souhlas s použitím anglické verze dotazníku CECA10 pro výzkumné účely disertační práce a publikování výsledků v odborných časopisech. Badia a spol. publikovali anglickou verzi dotazníku v zahraničním časopise.

2.4 Dotazníkové baterie

Pro účely našeho výzkumného šetření byly vytvořeny dvě dotazníkové baterie (pro cílovou skupinu a pro kontrolní skupinu), které se skládají z několika dotazníků. Tyto dotazníky zjišťují kvalitu života (SF-36), sexuální spokojenost (GRISS) a kvalitu emocionálního a sexuálního života (CECA10). Dotazník CECA10 není obsažen v baterii pro kontrolní skupinu, jelikož se jedná o specifický dotazník, který je určen pouze respondentům s genitálními bradavicemi. Proto obě dotazníkové baterie obsahují dotazník GRISS, abychom mohli zhodnotit a následně komparovat i sexuální oblast v obou skupinách respondentek. Obě dotazníkové baterie jsou doplněné

o sociodemografické otázky (věk, vzdělání, počet sexuálních partnerů, sexuální orientace apod.) a baterie určená cílové skupině navíc obsahuje otázky klinické (rozsah bradaviček, předchozí léčba apod.).

V následujícím textu je popis zvolených dotazníků, které jsou součástí užitých dotazníkových baterií.

Dotazník kvality života – Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form (SF-36)

SF-36 je krátká forma generického dotazníku k hodnocení zdravotního stavu v obecné populaci. Dotazník vytvořil kolektiv autorů Ware a kol. v roce 1992. Cílem dotazníku je poskytnout hodnocení, které obsahuje různé všeobecné koncepty, související se zdravím a zároveň nejsou tyto koncepty specifické pro konkrétní onemocnění, věk nebo pohlaví. Dotazník byl navržen pro výzkum, klinickou praxi – screeningu jednotlivých pacientů, i pro hodnocení financování zdravotní péče a zjišťování statistických dat o zdravotním stavu obyvatelstva. Originální verze dotazníku je přeložena do více jak 15 jazyků. Dotazník SF-36 je nejpoužívanější nástroj v oblasti hodnocení kvality života týkající se zdraví a pro jeho dobrou výpovědní hodnotu je využíván v různých odvětvích medicíny. V České republice je dotazník SF-36 využíván k hodnocení indexu HRQoL u mnoha somatických onemocnění např. diabetu, kardiologických onemocnění a dalších. Je také stále častěji využíván k hodnocení HRQoL u různých duševních onemocnění či životních změn souvisejících se zdravím (např. klimakterium). Dotazník obsahuje 11 otázek a celkem 36 položek.

Položky dotazníku jsou rozděleny do osmi základních dimenzí ovlivňujících kvalitu života:

Fyzická složka

1. Fyzická aktivita (10 položek)

Ukazuje, jak fyzické aktivity (chůze, chůze po schodech, vstávání, atd.) ovlivňují zdraví.

2. Omezení fyzické aktivity (4 položky)

Popisuje, do jaké míry narušuje fyzické zdraví schopnost pracovat a dělat jiné denní aktivity.

3. Tělesná bolest (2 položky)

Určuje intenzitu bolesti a její dopad na pracovní výkon a běžné denní aktivity.

4. Celkové vnímání zdraví (5 položek)

Obsahuje subjektivní hodnocení zdravotního stavu v současné době a z pohledu do budoucna. Dále také hodnotí odolnost jedince vůči nemocem.

Psychická složka

5. Společenská aktivita (2 položky)

Určuje, v jakém rozsahu narušují zdravotní stav a emoční problémy normální společenské aktivity jedince.

6. Celkové psychické zdraví (5 položek)

Definuje všeobecné mentální zdraví včetně depresivních stavů, úzkosti a emoční kontroly chování.

7. Omezení způsobené emočními problémy (3 položky)

Určuje, v jakém rozsahu narušují emoční problémy práci a běžné denní aktivity.

8. Vitalita (4 položky)

Popisuje to, jak se člověk cítí ve vztahu k únavě.

U všech osmi dimenzí lze obecně říci, že čím vyšší hodnota, tím lépe. Nízké hodnoty značí určitá omezení např. při fyzických aktivitách, přítomnost bolestí, špatné vnímání svého zdraví, narušení společenských aktivit, přítomnost nervozity, depresí apod.

Dotazník dále obsahuje dvě otázky týkající se změny zdravotního stavu. Respondent má ohodnotit svůj nynější zdravotní stav v porovnání se zdravotním stavem před půl rokem. Tyto dvě otázky jsou odděleny od osmi dílčích úrovní a nejsou zahrnuty v celkovém hodnocení.

Většina otázek se týká období posledních 4 týdnů života respondenta, některé se vztahují k současnosti. Možnosti odpovědí na otázky dotazníku jsou ano/ne, výběr ze tří kategorií (omezuje hodně, omezuje trochu, neomezuje vůbec), nebo výběr z 5 nebo 6 kategorií.

Všech osm dimenzí ovlivňujících kvalitu života se vypočítává jako průměrné hodnoty konkrétních otázek dotazníku. K dotazníku náleží klíč k jeho vyhodnocení, který určuje hodnoty jednotlivých odpovědí. Dimenze nabývají hodnot od 0 do 100. Nižší hodnoty dané dimenze znamenají snížení celkové kvality života, vyšší hodnoty znamenají obecně lepší celkovou kvalitu života. Skóre pod 50 může být interpretováno

jako pod normou obecné populace. Nižší skóre SF-36 signalizuje horší zdravotní stav, dlouhodobé onemocnění apod. Ženy mají obecně nižší skóre než muži.

Z prostého aritmetického průměru těchto fyzických dimenzí: fyzická aktivita, omezení fyzické aktivity, tělesná bolest a celkové vnímání zdraví se počítá index celkového fyzického zdraví (Physical Component Summary, PCS). Index celkového psychického zdraví (Mental Component Summary, MCS) se počítá stejným způsobem, ovšem z průměru psychických dimenzí: společenská aktivita, celkové psychické zdraví, omezení způsobené emočními problémy a vitalita. Index celkové kvality života pak agreguje všechny psychické i fyzické dimenze (Gurková, 2011; Kotková, 2012; Šťastná, 2008; Vaňásková, 2005).

Dotazník sexuální spokojenosti – The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)

Multidimenzionální inventář poprvé uveřejněný v roce 1985 byl vytvořen autory Johnem Rustem a Susan Golombok. Česká verze tohoto dotazníku je k dispozici od roku 1999. Dotazník byl vytvořen za účelem identifikovat a monitorovat sexuální problémy a kvalitu sexuálního vztahu pro klinickou i neklinickou populaci. Dotazník by měl tedy sloužit jako objektivní prostředek měření kvality sexuálního života. Autoři vycházejí z toho, že sexuální adjustaci lze vyjádřit pomocí subjektivní spokojenosti a přítomnosti či nepřítomnosti konkrétních sexuálních dysfunkcí. Dotazník může být administrován heterosexuálním párům i jednotlivcům. Poskytuje souhrnné skóre pro muže i ženy zvlášť.

Sexuální spokojenost v pojetí autorů dotazníku sestává ze sedmi subškál, kterými jsou v mužské verzi: impotence, předčasná ejakulace, absence sexuální touhy, vyhýbání se sexu, nespokojenost, frekvence, komunikace. Verze pro ženy obsahuje tyto subškály: anorgasmie, vaginismus, absence smyslnosti, vyhýbání se sexu, nespokojenost, komunikace, frekvence.

Pro výzkumné účely je autory doporučováno používat především celkové skóre, subškály se více používají v rámci diagnostiky a pro zjednodušení interpretace jsou škálovány tak, aby z nich mohl být sestaven profil.

Verze pro muže i pro ženy obsahují 28 otázek, z nichž každá má bodový rozsah 0-4 body.

Skórování a transformace hrubého skóre je řešeno jednoduchým převodem na staninovou škálu 1-9, přičemž skóre 5 a více indikuje problém. Větší celkové skóre odpovídá nižší míře sexuální spokojenosti (Kešický, Kešická a Novotný, 2010; Kotková, 2012; Milotinský, 2014).

Milotinský (2014) ve své práci poukazuje na fakt, že neexistuje standardizace dotazníku pro český vzorek, a proto ho v českém kulturním prostředí nedoporučuje používat. Na druhou stranu ale uvádí, že si dokáže představit využití GRISS jako screeningové metody, která alespoň upozorní na možná aktuální témata a také že by mohl dotazník dobře sloužit jako vodítko, doplněk zachycující případné dysfunkce a poukazující na problematické okruhy. Nicméně považuje za nutné zdůraznit jeho využití pouze v kontextu širšího vyšetření.

Specifický dotazník condyloma acuminata – Cuestionario Específico en Condilomas Acuminados, in Spanish (CECA)

Tento specifický dotazník byl vytvořen kolektivem španělských autorů Badia a kol. v roce 2005. Původní verze dotazníku obsahovala 22 položek a dotazník byl označován zkratkou CECA22. Na základě rasch analýzy vytvořil kolektiv autorů kratší verzi dotazníku s deseti položkami (CECA10), který je užíván i v ostatních zahraničních studiích. V současné době existuje španělská, čínská a anglická verze dotazníku, přičemž anglická verze byla vytvořena taktéž španělskými autory, a to za účelem publikování v zahraničních odborných časopisech.

CECA10 má za úkol zjistit kvalitu sexuálního a emocionálního života. Pro specifčnost položek v dotazníku je určen pouze pro respondenty s genitálními bradavicemi. Lze ho administrovat u mužů i u žen. Dotazník je rozdělen na 2 dimenze – sexuální dimenze a emocionální dimenze. Prvních 6 položek v dotazníku spadá do emocionální dimenze (autory označováno jako faktor CECA6) a poslední 4 položky patří do sexuální dimenze (faktor CECA4).

Celý dotazník se týká období posledních 7 dnů života respondenta před vyplněním dotazníku. U každé otázky je na výběr z 5 možných odpovědí. Odpovědi jsou řazeny ve smyslu Likertovy stupnice (vždy, téměř vždy, někdy, zřídka, nikdy). V emocionální dimenzi lze dosáhnout skóre 6 – 30 a v sexuální 4 – 20. Celkový rozsah

skóre je tedy 10 – 50. Obecně platí, že čím vyšší skóre respondent získá, tím lepší kvalitu života v dané oblasti má (Badia a kol., 2005).

Validita a reliabilita české verze CECA10

Posuzovali jsme kritériální (konkr. souběžnou) validitu pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Dále jsme validitu posuzovali také pomocí konfirmační faktorové analýzy a pomocí shlukové analýzy.

Abychom zjistili, zda dotazník skutečně měří to, co má měřit, bylo zapotřebí porovnat data získaná tímto nástrojem s daty, která byla získána jiným měřicím nástrojem, který má zkoumat stejnou oblast měření. Byla tedy zjišťována souběžná validita pomocí korelačního koeficientu mezi dvěma měřicími nástroji. Jelikož se dotazník CECA10 skládá ze dvou dimenzí (emocionální a sexuální), byly ke komparaci dat použity také dva měřicí nástroje, či jejich část. Data hodnotící sexuální dimenzi byla porovnána s daty získanými dotazníkem GRISS. Data, která hodnotí emocionální dimenzi, byla porovnána s daty z dotazníku SF-36, konkr. s jeho částí – indexem celkového psychického zdraví.

Reliabilitu, jako vnitřní konzistenci položek, jsme zjišťovali pomocí Cronbachova alfa. To měří závislosti mezi jednotlivými položkami a je tedy mírou vnitřní konzistence testu.

2.5 Etické aspekty

Výzkumné šetření bylo provedeno ve shodě s principy Helsinské deklarace z roku 1967 a její poslední revise z roku 2013. Před zahájením výzkumného šetření bylo získáno souhlasné stanovisko Etické komise Krajské zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z. Souhlasné stanovisko bylo etickou komisí uděleno dne 23. 11. 2016. Povinnou přílohou žádosti byly obě dotazníkové baterie.

Od všech respondentek byl vyžadován ústní informovaný souhlas s účastí na výzkumu. Ústní informovaný souhlas byl vyslovován alespoň za přítomnosti dvou svědků.

Dotazníky byly po celou dobu výzkumu skladovány na bezpečném místě.

Za vyplněný dotazník nebyly respondentky nijak finančně ani materiálně odměňovány.

2.6 Vybrané gynekologické ambulance

Formou osobní schůzky bylo osloveno celkem 15 gynekologických ambulancí v Ústeckém kraji s prosbou o spolupráci na výzkumném šetření. Ambulance byly vybrány vzhledem k dobré dostupnosti a také kvůli předešlým kladným zkušenostem se spoluprací na jiných výzkumech. Personál byl během schůzky seznámen s podrobnostmi výzkumného šetření (téma, cíle, výběr zkoumaných subjektů, způsob sběru dat a s obsahem dotazníkových baterií). Z oslovených gynekologických ambulancí souhlasily se spoluprací na výzkumném šetření pouze 4 ambulance. Oslovena byla ještě jedna gynekologická ambulance v Praze, která projevila zájem o spolupráci na výzkumném šetření.

Od všech gynekologických ambulancí, které projevily zájem o spolupráci, byl získán písemný souhlas s výzkumným šetřením.

2.7 Předvýzkum

Předvýzkum byl realizován především za účelem odhadu potřebného rozsahu zkoumaného vzorku.

Dalším účelem předvýzkumu bylo zjistit, zda jsou obě dotazníkové baterie srozumitelné a nejsou zapotřebí další úpravy. Všechny respondentky se shodly na tom, že dalších úprav není třeba.

Předvýzkum probíhal v pěti gynekologických ambulancích, které udělily souhlas s výzkumným šetřením. Klientky ambulancí byly stručně seznámeny s výzkumem a nabídkou účastnit se předvýzkumu. Pokud oslovená žena souhlasila se svou účastí, byla ujistěna o anonymitě dotazníkového šetření a byly jí předloženy základní informace o výzkumu v psané podobě. Všechny respondentky vyslovily za přítomnosti dvou svědků ústní informovaný souhlas s účastí na předvýzkumu.

Předvýzkumu se zúčastnilo 30 žen z cílové skupiny a 32 žen z kontrolní skupiny. Data získaná od těchto žen nebyla zahrnuta do samotného výzkumného šetření.

Pro výběr žen do předvýzkumu jsme si zvolili stejná vstupní a vylučující kritéria jako do vlastního výzkumného šetření.

2.8 Sběr dat

Sběr dat probíhal v období listopadu 2016 až listopadu 2017 v pěti gynekologických ambulancích.

Jelikož byly dotazníky rozdávány v papírové podobě, bylo nutné vytvořit datový formulář, který se zpracoval v programu Microsoft Excel 2010.

Dotazníky byly rozdávány pouze těm ženám, které po seznámení s výzkumným šetřením vyjádřily souhlas na jeho účasti.

Dotazníky distribuoval klientkám, a také je od nich vybíral, mnou proškolený zdravotnický personál příslušné ambulance. Já jsem vyplněné dotazníky v pravidelných intervalech vyzvedávala. Vyplněné dotazníky jsem přepisovala do připraveného datového formuláře a data jsme postupně analyzovali. Díky tomu jsme měli přehled o tom, kolik dotazníků je ještě potřeba získat, abychom dosáhli požadované velikosti vzorku.

Respondentky vyplňovaly dotazník samostatně. Měly možnost poradit se s personálem, pokud by nějaké otázky nerozuměly nebo nevěděly přesnou odpověď (týkalo se hlavně klinických otázek u cílové skupiny). Po dokončení vyplňování vložily dotazník do obálky, kterou zalepily a zařadily mezi jiné obálky s vyplněnými dotazníky.

2.9 Analýza dat a statistické metody

Jelikož výběrový soubor není dostatečně reprezentativní pro zvolenou populaci žen s genitálními bradavicemi, tak výsledky vypovídají jen v omezené míře o tom, jaké rozložení proměnných bychom mohli najít v základním souboru. Vzhledem k tomu byly přizpůsobeny i zvolené metody zpracování dat.

Statistické testy v odborném statistickém softwaru (SW STATISTICA, verze 11 a verze 12) provedl statistik. Jednalo se o tyto testy:

- K odhadu potřebného rozsahu vzorku byl použit modul *Analýza síly testu*. Pro odhad jsou potřebné tyto hodnoty vstupních parametrů: Předpokládaná střední

hodnota a hodnota směrodatné odchylky testované veličiny (SF-36 a GRISS) v obou skupinách. Za tyto požadované údaje byly dosaženy výsledné deskriptivní charakteristiky (tedy hodnota průměru, resp. výběrové směrodatné odchylky) z předvýzkumu. Výsledkem v modulu Analýza síly testu jsou grafy znázorňující potřebnou velikost vzorku (počet respondentů v každé skupině) v závislosti na požadované síle testu. Pro dosažení standardní síly 90 % jsou v případě jednostranné alternativy zapotřebí dle grafů (viz příloha) zhruba tyto rozsahy: $n = 50$ (pro veličinu SF-36), resp. $n = 16$ (pro GRISS).

- Normální rozložení dat bylo testováno pomocí *Shapiro-Wilkova testu*. Tento test byl aplikován na sociodemografická a klinická data, přičemž pouze dvě proměnné (věk a počet partnerů) nevykazovaly normální Gaussovo rozdělení ($p < 0,001$). Dále byl tento test aplikován na dimenze / subškály a celkové indexy / skóre jednotlivých dotazníků. Opět zkoumané proměnné nevykazovaly Gaussovo normální rozdělení ($p < 0,001$ pro SF-36 a GRISS a $p < 0,05$ pro CECA10).
- Pro statistické srovnání sociodemografických dat obou skupin byl vzhledem k neprokázání normality použit neparametrický test, konkr. *dvou-výběrový Mann-Whitney U-test* (věk, počet partnerů) a u ostatních sociodemografických položek, které byly kategoriální, byl použit *test nezávislosti typu chí kvadrát*.
- Pro statistické ověření hypotéz byl vzhledem k neprokázání normality použit neparametrický test, konkr. *dvou-výběrový Wilcoxonův test*. Testované parametry byly celkový index dotazníku SF-36 cílové a kontrolní skupiny a celkové skóre dotazníku GRISS cílové a kontrolní skupiny.
- *Spearmanův korelační koeficient* byl využit, u cílové i kontrolní skupiny, pro vyhodnocení korelace mezi faktory s kvantitativní, kvalitativní nebo nominální hodnotou a výsledným hodnocením v jednotlivých dimenzích / subškálách a indexech / skóre dotazníků.
- *Logistická regresní analýza* byla prováděna technikou *stepwise - backward* (kroková zpětná) ve statistickém freeware R-project. Byla využita u cílové i kontrolní skupiny k identifikaci faktorů, které ovlivňovaly kvalitu života v jednotlivých indexech / skóre, v případě CECA10 také v jednotlivých dimenzích. Multivarietní logistický model byl použit zvlášť pro každý index /

skóre / dimenzi (celkem 11 modelů). Pro logistickou regresní analýzu byly použity tyto sledované proměnné: věk (kvantitativní údaj), vzdělání (semikvantitativní údaj), zaměstnání (alternativní údaj kódovaný – 0 nepřítomnost, 1 přítomnost), počet partnerů (kvantitativní údaj), stálý partner (alternativní údaj kódovaný – 0 nepřítomnost, 1 přítomnost), lokalizace kondylomat (alternativní údaj kódovaný – 0 nepřítomnost, 1 přítomnost), rozsah lézí (kvantitativní údaj), doba onemocnění (kvantitativní údaj), recidiva (alternativní údaj kódovaný – 0 nepřítomnost, 1 přítomnost). Kvantitativní hodnoty celkového indexu dotazníku SF-36 byly dichotomizovány s hraniční hodnotou 49 bodů, celkové skóre dotazníku GRISS s hraniční hodnotou 4 bodů, celkové skóre dotazníku CECA10 s hraniční hodnotou 30 bodů, skóre dimenzí CECA6 s hraniční hodnotou 18 bodů a CECA4 s hraniční hodnotou 12 bodů.

- Kriteriaální (konkr. souběžná) validita dotazníku CECA10 se posuzovala pomocí *Pearsonova korelačního koeficientu* a také pomocí *konfirmační faktorové analýzy* a *pomocí shlukové analýzy*. Ke zjištění korelačního koeficientu souběžné validity dotazníku CECA10 byla data hodnotící sexuální dimenzi porovnána s daty získanými dotazníkem GRISS (CECA 4 vs. celkové skóre) a data, která hodnotí emocionální dimenzi, byla porovnána s daty z dotazníku SF-36, konkr. s jeho částí – indexem celkového psychického zdraví (CECA 6 vs. MCS). Shluková analýza byla provedena na všech 10 proměnných (tvrzení) dotazníku CECA10. Dále byla na těchto proměnných provedena také faktorová analýza. Konstruován byl model se dvěma faktory.
- Reliabilita dotazníku CECA10, jako vnitřní konzistence položek, se zjišťovala pomocí *Cronbachova alfa* pro faktory CECA4 a CECA6.
- Všechny statistické testy byly prováděny na hladině významnosti 0,05.

Ostatní analýzu dat jsme prováděli v programu Microsoft Excel 2010:

- Sociodemografická data jsou uvedena formou mediánu a interkvartilového rozpětí – IQR (nenormální rozložení dat pro věk a počet partnerů), dále je uvedena minimální a maximální hodnota a u některých položek také formou absolutní a relativní četnosti. Některá klinická data jsou uvedena formou aritmetického průměru a směrodatné odchylky (rozsah bradavic a doba onemocnění) a ostatní formou absolutní a relativní četnosti.

- Celkové skóre / indexy dotazníků a jejich dimenzí / subškál jsme vypočítali podle standardních postupů / klíčů ke zpracování dotazníku a jsou uvedena ve formě mediánu a IQR (nenormální rozložení dat pro SF-36, GRISS a CECA10), minimální a maximální hodnoty a také vzhledem k doporučenému vyhodnocování dotazníků formou aritmetického průměru.

3 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

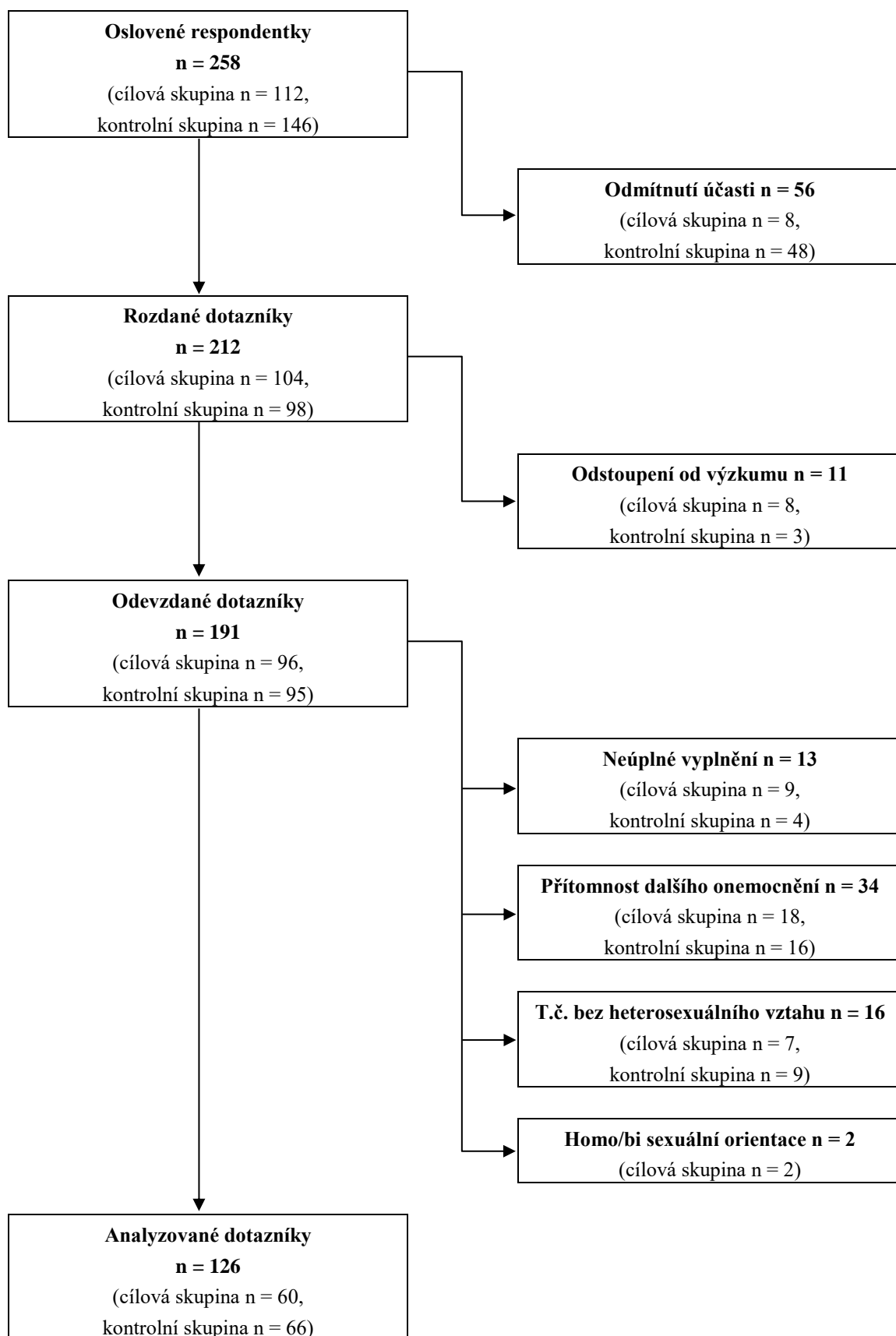
Část grafů a všechny analýzy byly provedeny s využitím SW STATISTICA, verze 11. Část grafů a deskriptivní charakteristiky byly získány pomocí Excelu, verze 2010.

Abychom dosáhli dostatečné velikosti souboru, muselo být celkem osloveno 258 žen (112 cílová skupina, 146 kontrolní skupina). Rozdáno bylo 212 dotazníků (104 cílová skupina, 98 kontrolní skupina), z nichž bylo analyzováno 126 dotazníků (60 cílová skupina, 66 kontrolní skupina) – Obrázek 1.

3.1 Vyhodnocení sociodemografických a klinických otázek

Sociodemografická a klinická data jsou zobrazena v tabulce 1. Celkový soubor respondentek se skládal z žen ve věku mezi 18 až 45 lety s mediánem 35,50 / IQR: 14,25 v cílové skupině a 33,00 / IQR: 13,75 v kontrolní skupině.

Statisticky významný rozdíl byl zjištěn v oblasti dosaženého vzdělání. V cílové skupině byl výrazně vyšší podíl respondentek s nízkým vzděláním, než v kontrolní skupině, a naopak byl v cílové skupině výrazně nižší podíl respondentek s vyšším vzděláním, než v kontrolní skupině ($p > 0,05$). Rozdíly byly zjištěny i v oblasti partnerství. Stálého sexuálního partnera mělo přes 65 % žen z kontrolní skupiny oproti 38 % ve skupině cílové ($p > 0,05$). V cílové skupině mělo 3 a více sexuálních partnerů za posledních 6 měsíců 30 % pacientek oproti 14 % v kontrolní skupině ($p > 0,05$). Nejčastěji se genitální bradavice vyskytovaly na stydkých pyscích (60 %), hrázi (52 %) a v poševním vchodu (45 %). U této otázky mohly ženy určovat více odpovědí. Pouze 18 % žen uvedlo jednu lokalizaci (a to buď poševní vchod, hráz či stydké pysky). Skoro 82 % žen uvádělo velikost léze do 0,5cm². Přes 50 % žen nemělo kondylomata déle než půl roku a přes 78 % žen je mělo poprvé.



Obrázek 1 Vývojový diagram selekce souboru

Tabulka 1 Sociodemografická a klinická data

| | CÍLOVÁ SKUPINA | KONTROLNÍ SKUPINA | hodnota p |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------|
| | (n = 60) | (n = 66) | |
| | $x_{0,5}$ (IQR), min-max | $x_{0,5}$ (IQR), min-max | |
| VĚK | 35,50 (14,25), 19-45 | 33,00 (13,75), 18-45 | 0,246* |
| VZDĚLÁNÍ | n_i (p_i) | n_i (p_i) | 0,005** |
| základní | 3 (5,00 %) | 3 (4,55 %) | |
| střední bez maturity | 16 (26,67 %) | 6 (9,09 %) | |
| střední s maturitou | 37 (61,67 %) | 41 (62,12 %) | |
| vyšší odborné | 3 (5,00 %) | 9 (13,64 %) | |
| vysokoškolské | 1 (1,67 %) | 7 (10,61 %) | |
| ZAMĚSTNÁNÍ | | | 0,159** |
| studentka | 8 (13,33 %) | 13 (19,70 %) | |
| zaměstnaná | 36 (60,00 %) | 44 (66,67 %) | |
| nezaměstnaná | 15 (25,00 %) | 7 (10,61 %) | |
| OSVČ | 1 (1,67 %) | 2 (3,03 %) | |
| STÁLÝ SEX. PARTNER | | | 0,003** |
| ano | 23 (38,33 %) | 43 (65,15 %) | |
| ne | 37 (61,67 %) | 23 (34,86 %) | |
| SEX. ORIENTACE | | | ---*** |
| heterosexuální | 58 (96,67 %) | 64 (96,97 %) | |
| bisexuální | 2 (3,33 %) | 2 (3,03 %) | |
| | $x_{0,5}$ (IQR), min-max | $x_{0,5}$ (IQR), min-max | |
| POČET SEX.PART./6 MĚS. | 2,00 (2,00), 1-5 | 1,00 (1,00), 1-4 | 0,004* |
| | \bar{x} (SD), min-max | | |
| ROZSAH BRADAVIC (mm²) | 29,73 (21,13), 2-80 | --- | |
| DOBA ONEMOCNĚNÍ (měs.) | 5,72 (3,01), 1-15 | --- | |
| LOKALIZACE BRADAVIC | n_i (p_i) | | --- |
| poševní vchod | 27 (45,00 %) | --- | |
| děložní čípek | 22 (36,67 %) | --- | |
| stydke pysky | 36 (60,00 %) | --- | |
| hráz | 31 (51,67 %) | --- | |
| konečník | 13 (21,67 %) | --- | |
| RECIDIVA | | | --- |
| ano | 13 (21,67 %) | --- | |
| ne | 47 (78,33 %) | --- | |
| PŘEDCHOZÍ LÉČBA | | | --- |
| snesení | 11 (84,62 %) | --- | |
| neví | 2 (15,38 %) | --- | |

Legenda: n – počet respondentů, \bar{x} – aritmetický průměr, $x_{0,5}$ – medián, n_i – absolutní četnost, p_i – relativní četnost, p – hladina významnosti testů, SD – směrodatná odchylka, IQR – interkvartilové rozpětí, min – minimální hodnota, max – maximální hodnota.

Poznámky: * dvou-výběrový Mann-Whitney U-test, ** test nezávislosti typu χ^2 , *** pro malé počty nelze testovat.

3.2 Vyhodnocení dotazníku CECA10

V této podkapitole je vyhodnocen dotazník CECA10 u cílové skupiny žen.

Z dat uvedených v tabulce 2 je patrné, že některé ženy získaly nejnížší možné skóre v jednotlivých oblastech a k maximálním hodnotám se těsně přibližovaly. V emocionální dimenzi mohly ženy získat minimální skóre 6 a maximálně skóre 30. Maximální hodnoty nedosáhla žádná žena. Jedna respondentka dosáhla skóre 29. Pět žen dosáhlo minimálního skóre 6. Průměrná hodnota skóre CECA6 byla 18,20 ($x_{0,05}$: 19,50, IQR: 13,25).

V sexuální dimenzi bylo možné dosáhnout minimálního skóre 4 a maximálního skóre 20. Ani jedna respondentka nedosáhla maximálního skóre. Dvě ženy získaly skóre 19. I v této oblasti dosáhlo minimálního skóre pět žen. Průměrná hodnota skóre CECA4 byla 10,88 ($x_{0,05}$: 11,00, IQR: 7,25). V této dimenzi se nacházely všechny nejnížší průměrné hodnoty jednotlivých tvrzení. Tzn., že s těmito tvrzeními respondentky nejvíce souhlasily.

Hodnoty celkového skóre se mohou pohybovat od minimálních 10 do maximálních 50. Maximální hodnoty nedosáhla žádná žena. Jedna respondentka dosáhla celkové skóre 45. Minimálního skóre nedosáhla žádná žena. Nejnížší dosažené skóre bylo 11, které získaly tři ženy. Průměrná hodnota celkového skóre dotazníku CECA10 byla 29,08 ($x_{0,05}$: 29,50, IQR: 15,00).

Je patrné, že všechny průměrné hodnoty skóre se nacházely kolem středních hodnot možných dosažených bodů.

Tabulka 2 Vyhodnocení dat dotazníku CECA10

| Tvrzení | \bar{x} | $x_{0,5}$ | IQR | MIN | MAX |
|--|-----------|-----------|-------|-------|-------|
| 1. Obávám se, že léze (bradavice) nezmizí. | 3,15 | 3,00 | 2,00 | 1,00 | 5,00 |
| 2. Velice mne zajímá, zda se z infekce zotavím. | 3,08 | 3,00 | 2,00 | 1,00 | 5,00 |
| 3. Obávám se, zda se bradavice nezhorší nebo nenastanou nějaké komplikace. | 3,07 | 3,00 | 2,00 | 1,00 | 5,00 |
| 4. Cítím se rozrušená (úzkost, deprese, smutek, neklid). | 3,03 | 3,00 | 2,00 | 1,00 | 5,00 |
| 5. Cítím se více nejistá. | 2,90 | 3,00 | 2,00 | 1,00 | 5,00 |
| 6. Vědomí, že mám tuto nemoc, mě ovlivňuje v každodenním životě. | 2,97 | 3,00 | 2,00 | 1,00 | 5,00 |
| 7. Má sexuální aktivita se snížila. | 2,73 | 3,00 | 2,00 | 1,00 | 5,00 |
| 8. Cítila jsem strach během pohlavního aktu. | 2,85 | 3,00 | 2,00 | 1,00 | 5,00 |
| 9. Vyhýbám se pohlavnímu styku. | 2,67 | 3,00 | 2,00 | 1,00 | 5,00 |
| 10. Kvalita anebo frekvence mého pohlavního styku se snížila. | 2,63 | 3,00 | 1,00 | 1,00 | 5,00 |
| CECA6 | 18,20 | 19,50 | 13,25 | 6,00 | 9,00 |
| CECA4 | 10,88 | 11,00 | 7,25 | 4,00 | 19,00 |
| CECA10 | 29,08 | 29,50 | 15,00 | 11,00 | 45,00 |

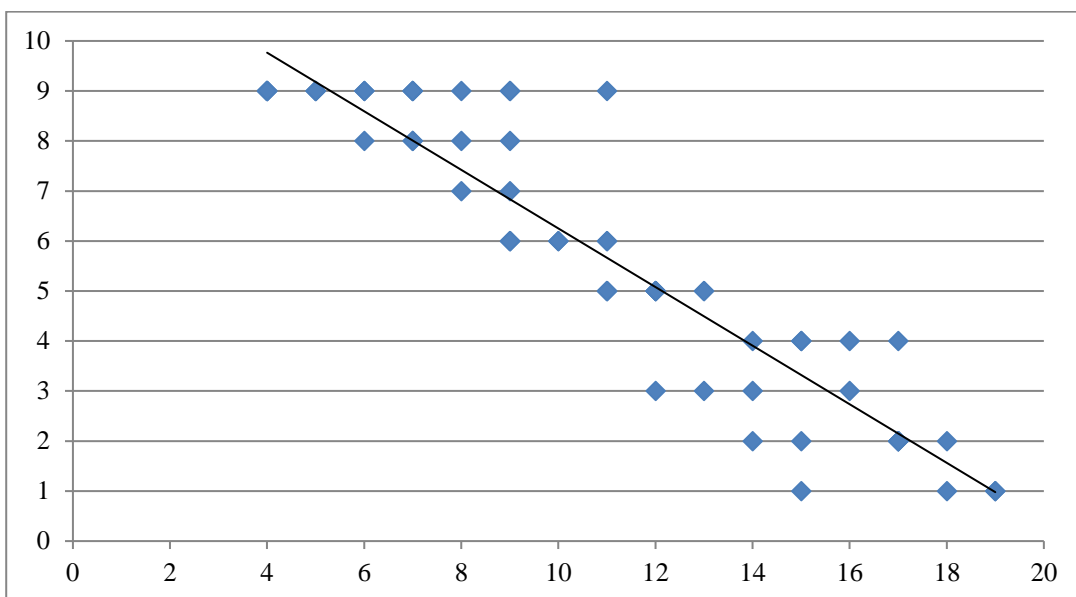
Legenda: \bar{x} – aritmetický průměr, $x_{0,5}$ – medián, IQR – interkvartilové rozpětí MIN – minimální hodnota, MAX – maximální hodnota, CECA – Cuestionario Específico en Condilomas Acuminados.

3.2.1 Validita a reliabilita české verze dotazníku CECA10

Jak již bylo výše zmíněno, ke zjištění korelačního koeficientu souběžné validity dotazníku CECA10 byla data hodnotící sexuální dimenzi porovnána s daty získanými dotazníkem GRISS (CECA4 vs. celkové skóre). Data, která hodnotí emocionální dimenzi, byla porovnána s daty z dotazníku SF-36, konkr. s jeho částí – indexem celkového psychického zdraví (CECA6 vs. MCS). Ke zjištění reliability bylo použito Cronbachovo alfa, které měří závislosti mezi jednotlivými položkami.

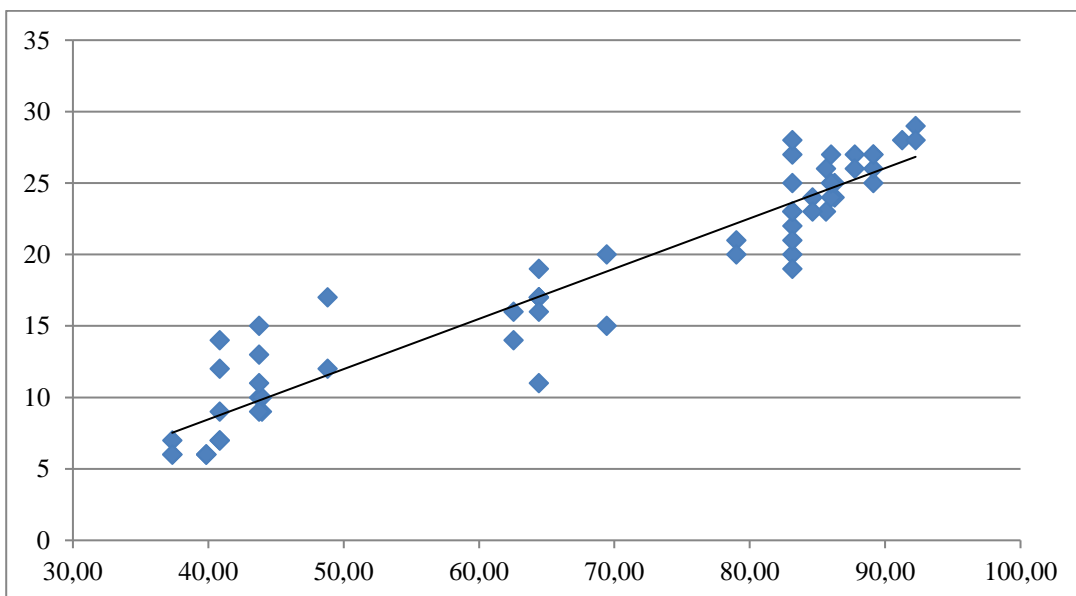
Validita české verze CECA10

Byla zjištěna velmi dobrá shoda mezi hodnocením pomocí celkového skóre GRISS a pomocí CECA4 (viz graf 1). Shoda je zde ve smyslu nepřímé úměry – rostoucím hodnotám jednoho ukazatele odpovídají klesající hodnoty druhého. Odpovídající korelační koeficient je tudíž záporný ($r = -0,930$). Jde o mimořádně vysokou míru korelovanosti, míra shody činí cca 86 % ($r^2 = 0,865$).



Graf 1 Validita CECA10 - celkové skóre GRISS vs. skóre CECA4

Velmi dobrá shoda byla zjištěna také mezi hodnocením pomocí MCS a pomocí CECA6 (viz graf 2). Shoda je zde ve smyslu přímé úměry – rostoucím hodnotám jednoho ukazatele odpovídají rostoucí hodnoty druhého. Odpovídající korelační koeficient je tudíž kladný ($r = 0,950$). Opět jde o mimořádně vysokou míru korelovanosti, míra shody činí cca 90 % ($r^2 = 0,903$).



Graf 2 Validita CECA10 - skóre MCS vs. skóre CECA6

Pro ověření validity byla dále provedena faktorová analýza všech 10 proměnných (položek). Konstruován byl model se dvěma faktory. Výsledky znázorňuje tabulka 3. Jako proměnné, přispívající do faktoru 1, byly detekovány položky CECA1 až CECA6 (viz šedě zvýrazněné hodnoty nábojů v tabulce 3 ve sloupci Factor 1). Jako proměnné, přispívající do faktoru 2, byly detekovány položky CECA7 až CECA10 (viz hodnoty nábojů v tabulce 3 ve sloupci Factor 2, z nichž pouze CECA8 není šedě zvýrazněna, ale odpovídající hodnota se téměř blíží hranici 0,7000000 pro „dostatečně přesvědčivý“ náboj). Struktura dotazníku přesně odpovídá dvěma uvažovaným doménám.

Tabulka 3 Faktorová analýza CECA10

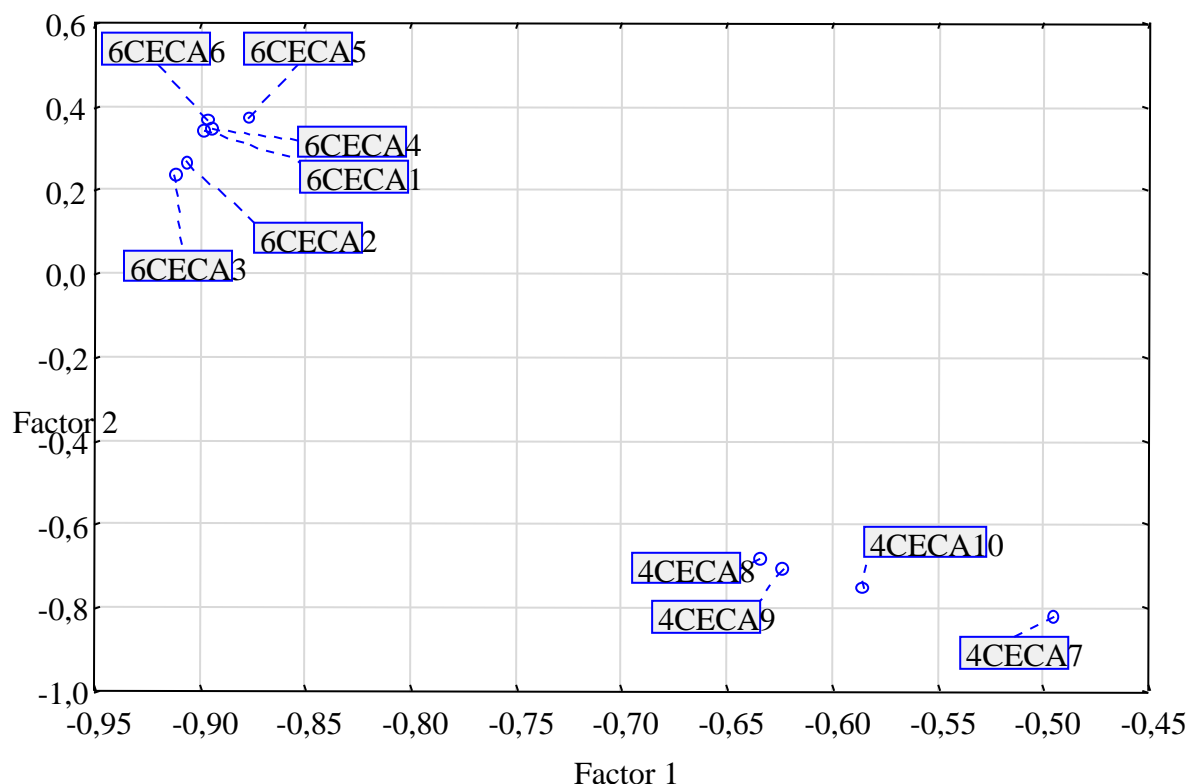
| položky | Factor 1 | Factor 2 |
|----------------|-----------------|-----------------|
| CECA1 | -0,897496 | 0,339118 |
| CECA2 | -0,906355 | 0,267533 |
| CECA3 | -0,911788 | 0,235905 |
| CECA4 | -0,893961 | 0,343725 |
| CECA5 | -0,876746 | 0,370510 |
| CECA6 | -0,895738 | 0,366251 |
| CECA7 | -0,494506 | -0,821126 |
| CECA8 | -0,634070 | -0,682948 |
| CECA9 | -0,622924 | -0,707721 |
| CECA10 | -0,585700 | -0,754948 |
| Prp.Totl | 0,620619 | 0,284327 |

Legenda: Prp.Totl. (celková – procentuální významnost daného faktoru pro vysvětlení kompletních dat)

Míru náležení jednotlivých položek (deseti proměnných) do jednotlivých domén a zároveň míru jejich vzájemné podobnosti ilustruje graf 3, znázorňující tzv. hlavní komponenty.

Korelovanost jednotlivých položek je znázorněna v tabulce 4 (korelační koeficienty s hvězdičkou vyšly statisticky významné na 5% hladině). Všechny položky jsou vzájemně pozitivně korelovány (tj. vyšší hodnoty dané položky znamenají i vyšší hodnoty u jiné položky). Rozdělení do dvou domén je patrné i z této struktury – výrazně vysoké hodnoty korelačního koeficientu (nad 0,800, v tabulce 4 zvýrazněny šedě) jsou jak vzájemně mezi položkami CECA1 až 6, tak mezi položkami CECA7-10. Nejméně

korelována s ostatními byla položka č. 7 (což se na grafu 3 projevilo jejím „odsunem“ nejdál od ostatních). Podobně se chová ještě položka č. 10.



Graf 3 Factor1 vs. Factor2

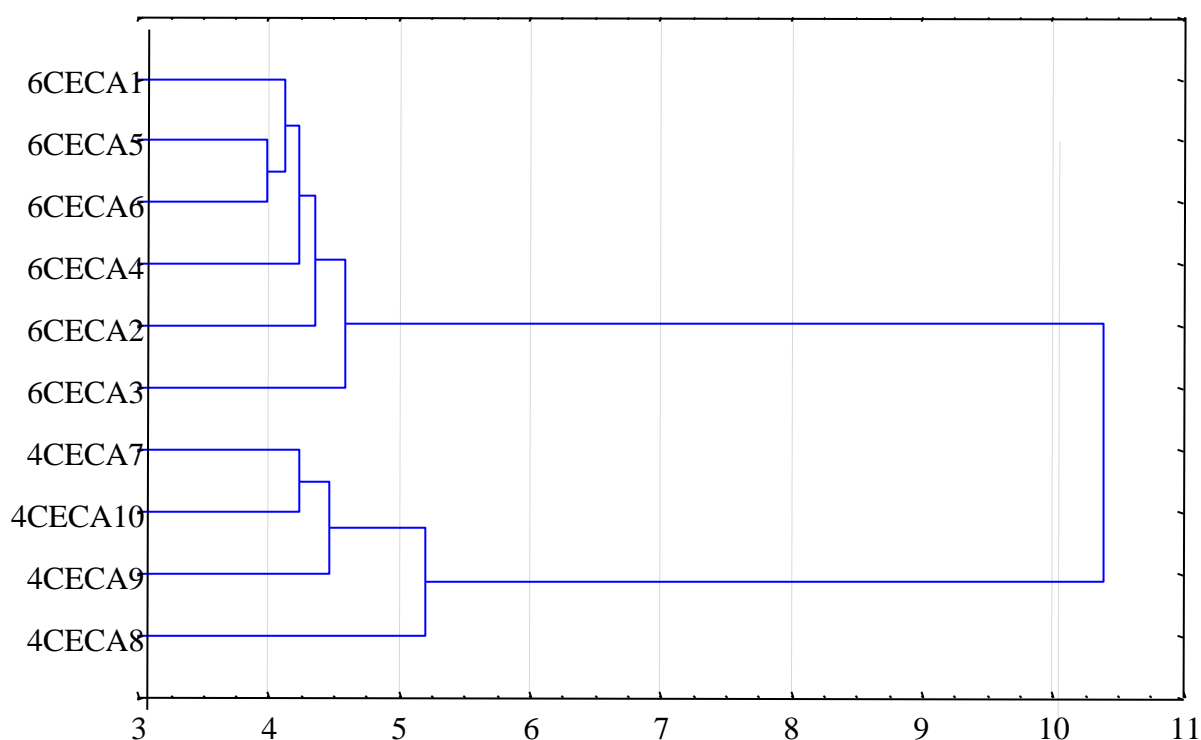
Tabulka 4 Korelovanost položek CECA10

| | CECA2 | CECA3 | CECA4 | CECA5 | CECA6 | CECA7 | CECA8 | CECA9 | CECA10 |
|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| CECA1 | 0,886* | 0,898* | 0,903* | 0,880* | 0,921* | 0,181 | 0,324* | 0,299* | 0,286* |
| CECA2 | - | 0,855* | 0,869* | 0,880* | 0,904* | 0,228 | 0,419* | 0,356* | 0,316* |
| CECA3 | | - | 0,897* | 0,860* | 0,862* | 0,272* | 0,388* | 0,405* | 0,352* |
| CECA4 | | | - | 0,889* | 0,914* | 0,161 | 0,326* | 0,311* | 0,274* |
| CECA5 | | | | - | 0,918* | 0,121 | 0,297* | 0,308* | 0,233 |
| CECA6 | | | | | - | 0,136 | 0,331* | 0,305* | 0,242 |
| CECA7 | | | | | | - | 0,839* | 0,854* | 0,890* |
| CECA8 | | | | | | | - | 0,833* | 0,844* |
| CECA9 | | | | | | | | - | 0,873* |

Poznámka: Prázdná políčka nejsou chybějící, tato tabulka je symetrická a je zbytečné uvádět tytéž údaje.

Data bylo možno zpracovat alternativně také metodou shlukové analýzy (cluster analysis). Požadavek rozdělit 10 proměnných do dvou shluků skončil analogickým výsledkem, tedy shluk 1 = proměnné CECA1-6, shluk 2 = proměnné CECA7-10. U této metody je standardním výstupem graf znázorňující ve stromové struktuře postupně

shlukování nejpodobnějších si proměnných (tree-clustering) – viz graf 4. Na tomto grafu je patrné ono rozdělení na dvě skupiny (domény). V té „horní“ skupině tvoří jakési iniciační jádro položky č. 5 a 6, jako poslední (tedy „nejdál od jádra“ tohoto shluku) se ke zbytku připojuje položka č. 3; naopak v té „dolní“ skupině je jádrem dvojice položek č. 7 a 10 a naopak tou nejvzdálenější je v rámci tohoto shluku položka č. 8. Graf 4 je tudíž v souladu s grafem 3 z faktorové analýzy; podle obou grafů je např. položka č. 8 ze všech položek v rámci své domény nejbližší k doméně druhé. Zároveň je tento graf i v souladu s tabulkou 4 korelačních koeficientů. Položky 7 a 10 vyšly nejméně korelované s ostatními, právě proto byly matematickým algoritmem vybrány jako jádro druhého shluku.



Graf 4 Shluková analýza CECA10

Reliabilita české verze CECA10

Reliabilitu, jako vnitřní konzistenci položek, jsme zjišťovali pomocí Cronbachova alfa. Hodnoty Cronbachova alfa jsou 0,98 a 0,96 pro faktor CECA6 a CECA4 (viz tabulka 5). Nebyla prokázána příliš těsná závislost mezi hodnocením emocionálního a sexuálního života (viz graf 5). Odpovídající index determinace má

hodnotu 0,102, tj. lineární regresní model (na grafu 5 viz červená přímka) vysvětluje variabilitu dat pouze cca z 10 %. Regresní model je ovšem statisticky významný ($p = 0,013$), má konkrétně tento tvar:

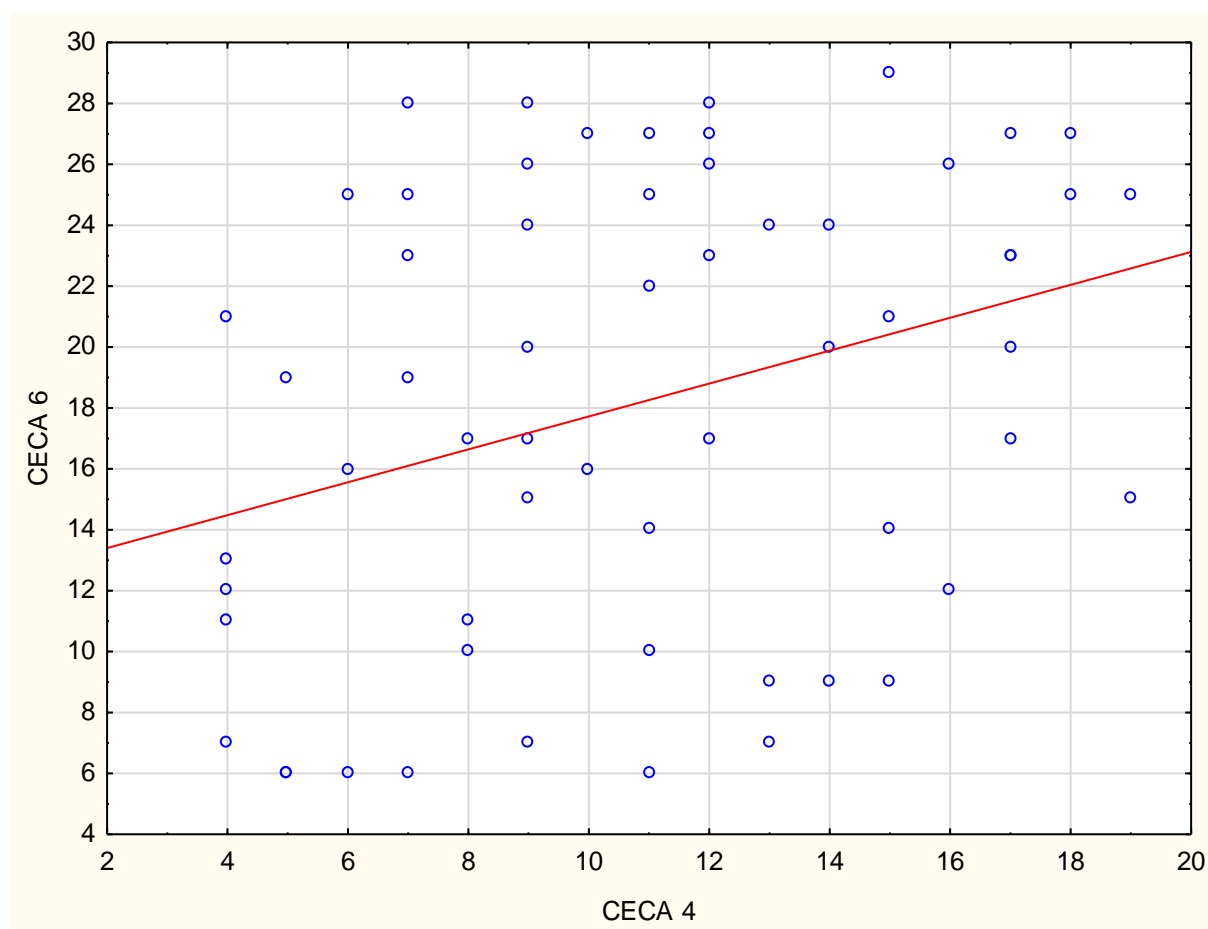
$$CECA6 = 12,321 + 0,540 \cdot CECA4$$

S rostoucí hodnotou hodnocení CECA4 tedy v průměru úměrně vzrůstá i hodnocení CECA6 (přičemž lze říci, že nárůst hodnocení CECA4 o 2 body znamená nárůst CECA6 zhruba o 1 bod). V tomto smyslu tedy byla potvrzena reliabilita jakožto vnitřní konzistence obou složek CECA10.

Tabulka 5 Reliabilita CECA10

| | \bar{x} | SD | CA | PMPK |
|-------|-----------|------|-------------|------|
| CECA6 | 18,20 | 7,40 | 0,98 | 0,89 |
| CECA4 | 10,89 | 4,37 | 0,96 | 0,86 |

Legenda: \bar{x} – aritmetický průměr, SD – směrodatná odchylka, CA – Cronbachovo alfa, PMPK – průměrná mezi-položková korelace.



Graf 5 Reliabilita CECA10 - vztah mezi CECA4 a CECA6

3.3 Vyhodnocení dotazníku SF-36

Vyjma dimenze Fyzické aktivity, která vykazovala nejvyšší skóre ze všech položek u cílové skupiny ($p = 0,065$, \bar{x} : 87,67, $x_{0,05}$: 85,00, IQR: 20,00) byl zjištěn statisticky významný rozdíl u všech položek dotazníku (tabulka 6). Největší rozdíl byl patrný v dimenzi Vitalita ($p < 0,000001$), jejíž průměrná hodnota u cílové skupiny byla nejnižší ze všech položek (\bar{x} : 59,83, $x_{0,05}$: 60,00, IQR: 35,00). Druhou nejvíce ovlivněnou dimenzí bylo Celkové vnímání zdraví ($p < 0,00001$) a třetí nejvíce ovlivněná dimenze byla Celkové psychické zdraví ($p < 0,0001$).

Dále byl tedy prokázán statisticky významný rozdíl v Celkovém indexu ($p = 0,0001$) mezi oběma skupinami – více v podkapitole 3.5 Testování hypotéz.

Jednotlivé dimenze a indexy se dle klíče k vyhodnocení dotazníku vyhodnocují v podobě průměrů, proto je v tabulce 6 také uvádíme, i přes to, že data nevykazovala normalitu.

Tabulka 6 Vyhodnocení dat dotazníku SF-36

| | CÍLOVÁ SKUPINA | | | | | KONTROLNÍ SKUPINA | | | | | hodnota p* |
|-----|----------------|-----------|-------|-------|--------|-------------------|-----------|-------|-------|--------|------------|
| | \bar{x} | $x_{0,5}$ | IQR | MIN | MAX | \bar{x} | $x_{0,5}$ | IQR | MIN | MAX | |
| PF | 87,67 | 85,00 | 20,00 | 65,00 | 100,00 | 92,12 | 100,00 | 15,00 | 65,00 | 100,00 | 0,0651858 |
| RP | 69,17 | 75,00 | 50,00 | 25,00 | 100,00 | 82,95 | 75,00 | 25,00 | 50,00 | 100,00 | 0,0096969 |
| BP | 74,04 | 72,50 | 52,50 | 35,00 | 100,00 | 83,41 | 90,00 | 30,00 | 35,00 | 100,00 | 0,0249560 |
| GH | 65,50 | 65,00 | 20,00 | 30,00 | 90,00 | 79,77 | 75,00 | 25,00 | 30,00 | 100,00 | 0,0000037 |
| PCS | 74,09 | 78,75 | 28,13 | 38,75 | 97,50 | 84,56 | 87,50 | 23,44 | 45,00 | 100,00 | 0,0003182 |
| VT | 59,83 | 60,00 | 35,00 | 30,00 | 85,00 | 79,70 | 75,00 | 25,00 | 30,00 | 100,00 | 0,0000002 |
| SF | 77,29 | 75,00 | 25,00 | 50,00 | 100,00 | 84,66 | 87,50 | 25,00 | 50,00 | 100,00 | 0,0170243 |
| RE | 70,56 | 83,34 | 66,67 | 0,00 | 100,00 | 86,36 | 100,00 | 33,33 | 33,33 | 100,00 | 0,0231233 |
| MH | 63,07 | 60,00 | 28,00 | 36,00 | 84,00 | 78,73 | 76,00 | 40,00 | 40,00 | 100,00 | 0,0000229 |
| MCS | 67,69 | 74,21 | 41,88 | 37,33 | 92,25 | 82,56 | 87,13 | 31,02 | 38,33 | 100,00 | 0,0000111 |
| TI | 70,89 | 77,98 | 35,71 | 38,04 | 94,88 | 83,56 | 86,22 | 28,23 | 41,67 | 100,00 | 0,0001000 |

Legenda: \bar{x} – aritmetický průměr, $x_{0,5}$ – medián, IQR – interkvartilové rozpětí, MIN – minimální hodnota, MAX – maximální hodnota, PF – fyzická aktivita, RP – omezení fyzické aktivity, BP – tělesná bolest, GH – celkové vnímání zdraví, PCS – index celkového fyzického zdraví, MCS – index celkového psychického zdraví, SF – společenská aktivita, MH – celkové psychické zdraví, R – omezení způsobené emočními problémy, VT – vitalita, TI – celkový index.

Poznámky: * dvou-výběrový Mann-Whitney U-test.

3.4 Vyhodnocení dotazníku GRISS

Při vyhodnocení dotazníku GRISS byly zjištěny velké rozdíly průměrných hodnot v jednotlivých subškálách a v celkovém skóre (TS). Zatím co u kontrolní skupiny průměrné hodnoty ani v jednom případě nepřekročily hranici 5 bodů, u cílové skupiny tomu bylo přesně naopak. Téměř všechny subškály a celkové skóre přesahovaly hranici 5 bodů, což indikuje určitý problém. Největší průměr měla subškála Absence sexuální touhy (\bar{x} : 6,07, $x_{0,05}$: 6,00, IQR: 5,00). Subškály Komunikace o sexu s partnerem a Sexuální nespokojenost dosahovaly průměrných hodnot těsně pod hranici 5 bodů (\bar{x} : 4,97, $x_{0,05}$: 5,00, IQR: 4,00; \bar{x} : 4,98, $x_{0,05}$: 5,00, IQR: 0,00). Subškála Anorgasmie dosáhla nejmenší průměrné hodnoty, a to 4,28 ($x_{0,05}$: 4,00, IQR: 3,00). Největší rozdíl byl patrný v subškále Sexuální nespokojenost ($p < 0,000000000000001$). Subškála s druhým největším rozdílem byla Anorgasmie ($p < 0,0000001$) a subškála s třetím největším rozdílem byla Absence sexuální touhy ($p < 0,000001$). I v případě tohoto dotazníku byly zjištěny u všech položek statisticky významné rozdíly (viz tabulka 7).

I pro Celkové skóre byl prokázán statisticky významný rozdíl ($p = 0,00000001$) mezi oběma skupinami – více v podkapitole 3.5 Testování hypotéz.

Tabulka 7 Vyhodnocení dat dotazníku GRISS

| | CÍLOVÁ SKUPINA | | | | | KONTROLNÍ SKUPINA | | | | | hodnota p* |
|-------|----------------|-----------|------|------|------|-------------------|-----------|------|------|------|-------------------|
| | \bar{x} | $x_{0,5}$ | IQR | MIN | MAX | \bar{x} | $x_{0,5}$ | IQR | MIN | MAX | |
| INF | 5,62 | 5,00 | 5,00 | 2,00 | 9,00 | 3,50 | 3,00 | 3,00 | 1,00 | 7,00 | 0,000001262510710 |
| NCO | 4,97 | 5,00 | 4,00 | 1,00 | 9,00 | 3,70 | 3,00 | 4,00 | 1,00 | 9,00 | 0,002211428194507 |
| DISF | 4,98 | 5,00 | 0,00 | 2,00 | 6,00 | 3,17 | 3,00 | 1,00 | 1,00 | 5,00 | 0,000000000000001 |
| AVF | 5,90 | 6,00 | 4,00 | 1,00 | 9,00 | 4,12 | 4,00 | 2,00 | 1,00 | 8,00 | 0,000010181188890 |
| NSF | 6,07 | 6,00 | 5,00 | 1,00 | 9,00 | 3,64 | 3,00 | 3,00 | 1,00 | 7,00 | 0,000000249374051 |
| VAG | 5,47 | 6,00 | 3,00 | 1,00 | 8,00 | 4,15 | 4,00 | 2,00 | 2,00 | 7,00 | 0,000043882488301 |
| ANORG | 4,28 | 4,00 | 3,00 | 2,00 | 7,00 | 2,82 | 3,00 | 1,75 | 1,00 | 5,00 | 0,000000071349834 |
| TS | 5,73 | 6,00 | 5,25 | 1,00 | 9,00 | 2,85 | 2,00 | 3,00 | 1,00 | 7,00 | 0,000000014193944 |

Legenda: \bar{x} – aritmetický průměr, $x_{0,5}$ – medián, IQR – interkvartilové rozpětí, MIN – minimální hodnota, MAX – maximální hodnota, INF – frekvence sexuálních styků, NCO – komunikace o sexu s partnerem, DISF – sexuální nespokojenost, AVF – vyhýbání se sexu, NSF – absence sexuální touhy, VAG – vaginismus, ANORG – anorgasmie, TS – celkové skóre.

Poznámky: * dvou-výběrový Mann-Whitney U-test.

3.5 Testování hypotéz

Před volbou adekvátního statistického testu jsme museli zjistit, zda výběrový soubor pochází z populace s normálním rozložením dat (Gaussovské) a zda toto rozložení sám má nebo se mu s vysokou pravděpodobností přibližuje.

Jak již bylo výše psáno, na základě operacionalizace pojmů, byly stanoveny následující **statistické hypotézy**:

1. Hypotéza

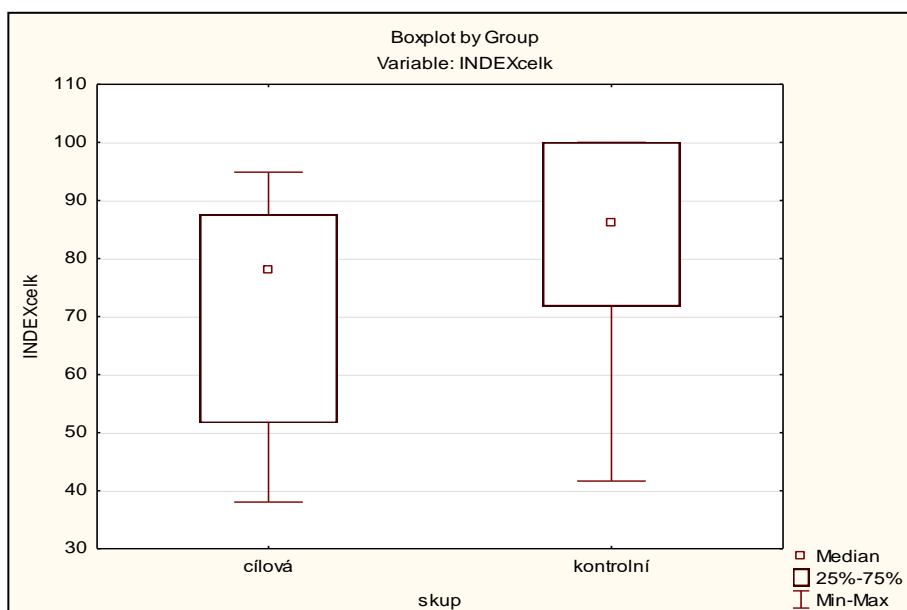
H₁₀: V celkovém indexu kvality života naměřeném dotazníkem SF-36 neexistuje statisticky významný rozdíl mezi skupinou žen s genitálními bradavicemi a kontrolní skupinou zdravých žen.

H_{1A}: Skupina žen s genitálními bradavicemi bude mít signifikantně nižší celkový index kvality života naměřené dotazníkem SF-36 než kontrolní skupina zdravých žen.

Celkový index kvality života

Ani v jedné z obou skupin veličina nevykazuje Gaussovo normální rozdělení ($p < 0,001$), výrazná zešikmenost hodnot je patrná ze sloupcových grafů, které jsou uvedeny v přílohách.

Pro porovnání obou skupin proto bylo nutno použít neparametrický test, konkr. dvou-výběrový Wilcoxonův test ($p = 0,0001$). Byl tedy prokázán statisticky významný rozdíl v rozdělení celkového indexu mezi oběma skupinami. Graficky lze tento rozdíl ilustrovat nejlépe s využitím krabicového grafu (graf 6), v němž jsou znázorněny kvantilové charakteristiky obou skupin (mediány a kvartily). Ty jsou pro graf zvoleny právě kvůli zešikmení dat, neboť je zde riziko, že průměry jsou zkreslenými odhady parametrů polohy (i proto zde bylo nutno realizovat neparametrický Wilcoxonův test místo známějšího dvou-výběrového t-testu).



Graf 6 Celkový index kvality života – porovnání cílové a kontrolní skupiny

V kontrolní skupině jsou patrné výrazně vyšší hodnoty celkového indexu, než u cílové skupiny.

Na základě tohoto vyhodnocení můžeme **zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní hypotézy.**

2. Hypotéza

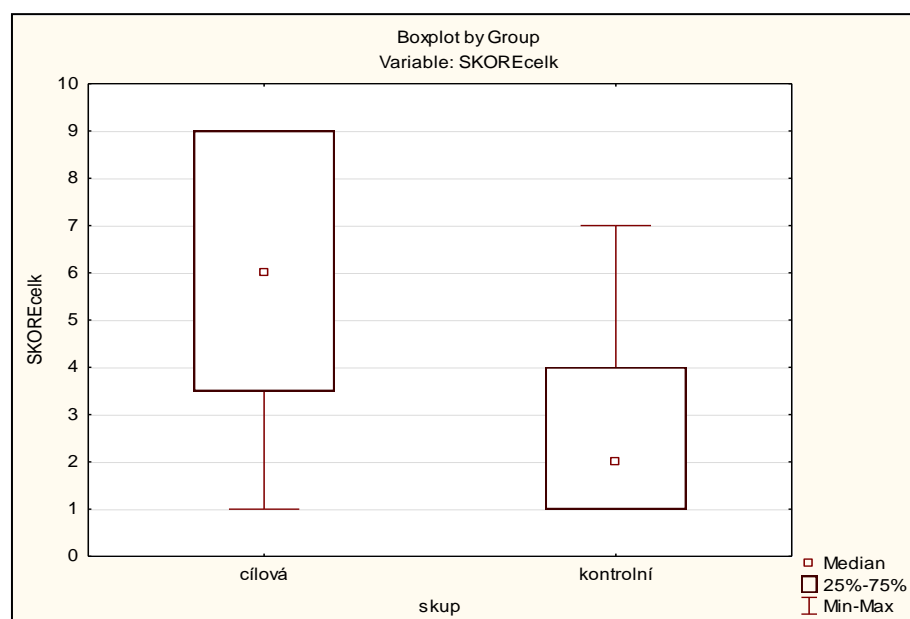
H₂₀: Ve skóre sexuální spokojenosti naměřeném dotazníkem GRISS neexistuje statisticky významný rozdíl mezi skupinou žen s genitálními bradavicemi a kontrolní skupinou zdravých žen.

H_{2A}: Skupina žen s genitálními bradavicemi bude mít signifikantně vyšší skóre sexuální spokojenosti naměřené dotazníkem GRISS než kontrolní skupina zdravých žen.

Celkové skóre sexuální spokojenosti

Ani v jedné z obou skupin opět veličina nevykazuje Gaussovo normální rozdělení ($p < 0,001$), výrazná zešikmenost hodnot je patrná ze sloupcových grafů, které jsou uvedeny v přílohách.

I zde tedy byly obě skupiny porovnány s využitím neparametrického dvou-výběrového Wilcoxonova testu ($p < 0,0001$). I pro celkové skóre byl tedy prokázán statisticky významný rozdíl mezi oběma skupinami, rozdíl lze ilustrovat opět pomocí box-plotu (graf 7).



Graf 7 Celkové skóre sexuální spokojenosti – porovnání cílové a kontrolní skupiny

V kontrolní skupině jsou patrné výrazně nižší hodnoty celkového skóre, než u cílové skupiny.

Na základě tohoto vyhodnocení můžeme opět **zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní hypotézy**.

3.6 Korelace mezi dotazníky a sledovanými faktory

U cílové i kontrolní skupiny byl využit Spearmanův korelační koeficient pro vyhodnocení korelace mezi faktory s kvantitativní, kvalitativní nebo nominální hodnotou a výsledným hodnocením v jednotlivých dimenzích / subškálách a indexech / skóre dotazníků. Jednotlivé korelační koeficienty jsou znázorněny v tabulkách 8 až 12 (korelační koeficienty s hvězdičkou vyšly statisticky významné na 5% hladině). Položky jsou buďto vzájemně pozitivně korelovány (tj. vyšší hodnoty dané položky znamenají i vyšší hodnoty u jiné položky) nebo negativně korelovány (tj. vyšší hodnoty dané položky znamenají nižší hodnoty u jiné položky).

Tabulka 8 znázorňuje korelační koeficienty mezi dotazníkem SF-36 (jednotlivé dimenze a indexy) a sociodemografickými faktory u cílové i kontrolní skupiny. U všech položek dotazníku SF-36 byla zjištěna významná negativní korelace s faktorem věk, a to v případě cílové i kontrolní skupiny. Znamená to tedy, že čím vyšší věk žena má, tím dosahuje nižšího počtu bodů u dané položky dotazníku. U kontrolní skupiny se dále projevila významná pozitivní korelace mezi faktorem vzdělání a některými položkami dotazníku SF-36. V tomto případě to znamená, že čím vyšší vzdělání žena má, tím dosahuje vyššího počtu bodů u dané položky. U faktorů zaměstnání, počet partnerů a stálý partner nebyla zjištěna významná korelace.

Tabulka 9 prezentuje korelační koeficienty mezi dotazníkem GRISS (jednotlivé subškály a celkové skóre) a sociodemografickými faktory u cílové i kontrolní skupiny. U cílové i kontrolní skupiny byla zjištěna významná pozitivní korelace mezi celkovým skóre a některými subškálami a faktorem věk. Zde tedy platí, že čím vyššího věku žena dosahuje, tím vyšší skóre získává. Opět se zde pouze u kontrolní skupiny projevila významná negativní korelace mezi faktorem vzdělání a některými položkami dotazníku GRISS. To značí, že čím vyšší vzdělání žena má, tím dosahuje nižšího skóre u dané položky.

Tabulka 8 Korelace mezi dotazníkem SF-36 a sociodemografickými faktory

| | CÍLOVÁ SKUPINA | | | | | KONTROLNÍ SKUPINA | | | | |
|-----|----------------|----------|---------|---------|---------|-------------------|----------|---------|---------|---------|
| | Věk | Vzdělání | Zaměst. | Počet P | Stálý P | Věk | Vzdělání | Zaměst. | Počet P | Stálý P |
| PF | -0,548* | 0,010 | 0,017 | 0,128 | 0,023 | -0,423* | 0,334* | 0,165 | 0,009 | -0,034 |
| RP | -0,474* | 0,087 | -0,012 | 0,085 | 0,106 | -0,435* | 0,237 | 0,066 | 0,014 | -0,079 |
| BP | -0,646* | -0,119 | 0,131 | 0,193 | -0,064 | -0,564* | 0,194 | 0,043 | -0,007 | 0,098 |
| GH | -0,643* | -0,010 | 0,058 | 0,118 | 0,019 | -0,488* | 0,238 | 0,093 | -0,046 | 0,080 |
| PCS | -0,578* | -0,057 | 0,055 | 0,131 | 0,053 | -0,476* | 0,249 | 0,092 | -0,076 | -0,073 |
| VT | -0,708* | 0,042 | 0,078 | 0,235 | -0,078 | -0,501* | 0,155 | 0,016 | -0,025 | 0,115 |
| SF | -0,645* | 0,002 | 0,006 | 0,153 | -0,056 | -0,511* | 0,262* | 0,061 | -0,150 | 0,091 |
| RE | -0,693* | 0,069 | -0,011 | 0,217 | -0,057 | -0,517* | 0,229 | 0,096 | -0,015 | 0,081 |
| MH | -0,647* | -0,107 | -0,034 | 0,151 | -0,044 | -0,592* | 0,253* | 0,046 | -0,062 | 0,052 |
| MCS | -0,673* | 0,055 | -0,032 | 0,189 | -0,059 | -0,530 | 0,224 | 0,055 | -0,063 | 0,085 |
| TI | -0,726* | 0,006 | 0,031 | 0,190 | -0,021 | -0,568* | 0,256* | 0,075 | -0,035 | 0,058 |

Legenda: P – partner, PF – fyzická aktivita, RP – omezení fyzické aktivity, BP – tělesná bolest, GH – celkové vnímání zdraví, PCS – index celkového fyzického zdraví, MCS – index celkového psychického zdraví, SF – společenská aktivita, MH – celkové psychické zdraví, R – omezení způsobené emočními problémy, VT – vitalita, TI – celkový index.

Tabulka 9 Korelace mezi dotazníkem GRISS a sociodemografickými faktory

| | CÍLOVÁ SKUPINA | | | | | KONTROLNÍ SKUPINA | | | | |
|-------|----------------|----------|---------|---------|---------|-------------------|----------|---------|---------|---------|
| | Věk | Vzdělání | Zaměst. | Počet P | Stálý P | Věk | Vzdělání | Zaměst. | Počet P | Stálý P |
| INF | 0,250 | -0,035 | 0,104 | -0,153 | 0,200 | 0,395* | -0,239 | -0,183 | -0,026 | 0,026 |
| NCO | 0,240 | -0,145 | 0,076 | -0,205 | 0,315* | 0,346* | -0,223 | -0,183 | 0,026 | < 0,001 |
| DISF | 0,279* | -0,008 | 0,026 | -0,061 | 0,099 | 0,352* | -0,231 | -0,102 | -0,098 | 0,068 |
| AVF | 0,194 | -0,154 | 0,072 | -0,091 | 0,173 | 0,331* | -0,181 | -0,185 | -0,066 | 0,070 |
| NSF | 0,201 | -0,098 | 0,099 | -0,063 | 0,150 | 0,230 | -0,343* | -0,222 | -0,169 | 0,088 |
| VAG | 0,256* | -0,137 | 0,211 | -0,089 | 0,120 | 0,291* | -0,476* | -0,140 | -0,027 | -0,057 |
| ANORG | 0,276* | -0,133 | -0,035 | -0,085 | 0,130 | 0,396* | -0,319* | -0,091 | -0,040 | 0,061 |
| TS | 0,276* | -0,116 | 0,111 | -0,131 | 0,190 | 0,408* | -0,296* | -0,169 | -0,106 | 0,090 |

Legenda: P – partner, INF – frekvence sexuálních styků, NCO – komunikace o sexu s partnerem, DISF – sexuální nespokojenost, AVF – vyhýbání se sexu, NSF – absence sexuální touhy, VAG – vaginismus, ANORG – anorgasmie, TS – celkové skóre.

V tabulce 10 jsou uvedené korelační koeficienty mezi dotazníkem SF-36 (jednotlivé dimenze a indexy) a klinickými faktory u cílové skupiny žen. Co se týká faktorů doby onemocnění a rozsahu lézí byla zde zjištěna významná negativní korelace se všemi položkami dotazníku SF-36. To znamená, že čím déle žena onemocnění má a čím je rozsah lézí větší, tím dosahuje nižšího počtu bodů u dané položky dotazníku. Také u faktoru lokalizace, konkrétně lokalizace na stydkých pyscích a v konečníku / anální oblasti, byla zjištěna významná negativní korelace se všemi položkami dotazníku SF-36. Znamená to tedy, že pokud se lokalizace vyskytla na daném místě, snížil se počet bodů u dané položky dotazníku. V některých případech byla zjištěna tato významná negativní korelace u lokalizace na hrázi. Mezi některými položkami dotazníku byla zjištěna významná pozitivní korelace s lokalizací v poševním vchodu. Což značí zvýšení počtu bodů u dané položky, pokud se vyskytla tato lokalizace.

Tabulka 11 znázorňuje korelační koeficienty mezi dotazníkem GRISS (jednotlivé subškály a celkové skóre) a klinickými faktory u cílové skupiny. Ani v jednom případě nebyla zjištěna významná korelace mezi uvažovanými faktory a jednotlivými položkami dotazníku. V tomto případě to znamená, že mezi klinickými faktory a položkami dotazníku není statisticky významný vztah.

Tabulka 10 Korelace mezi dotazníkem SF-36 a klinickými faktory

| | CÍLOVÁ SKUPINA | | | | | | | |
|-----|----------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| | LokA | LokB | LokC | LokD | LokE | Rozsah | Doba | Recidiva |
| PF | 0,149 | 0,097 | -0,395* | -0,084 | -0,279* | -0,545* | -0,379* | -0,061 |
| RP | 0,040 | -0,091 | -0,426* | -0,054 | -0,371* | -0,653* | -0,439* | 0,001 |
| BP | 0,143 | 0,081 | -0,382* | -0,109 | -0,282* | -0,458* | -0,374* | 0,044 |
| GH | 0,345* | 0,273* | -0,440* | -0,267* | -0,326* | -0,474* | -0,426* | -0,120 |
| PCS | 0,170 | 0,136 | -0,411* | -0,129 | -0,315* | -0,533* | -0,405* | -0,057 |
| VT | 0,323* | 0,246 | -0,506* | -0,286* | -0,320* | -0,540* | -0,532* | -0,275* |
| SF | 0,300* | 0,204 | -0,419* | -0,264* | -0,342* | -0,460* | -0,543* | -0,252 |
| RE | 0,258* | 0,151 | -0,508* | -0,217 | -0,378* | -0,638* | -0,523* | -0,179 |
| MH | 0,247 | 0,167 | -0,440* | -0,235 | -0,370* | -0,550* | -0,588* | -0,203 |
| MCS | 0,282* | 0,192 | -0,469* | -0,250 | -0,353* | -0,547* | -0,543* | -0,228 |
| TI | 0,251 | 0,146 | -0,516* | -0,213 | -0,394* | -0,642* | -0,554* | -0,144 |

Legenda: LokA – lokalizace v poševním vchodu, LokB – lokalizace na děložním čípku, LokC – lokalizace na stydkých pyscích, LokD – lokalizace na hrázi, LokE – lokalizace v konečniku / anální oblasti, PF – fyzická aktivita, RP – omezení fyzické aktivity, BP – tělesná bolest, GH – celkové vnímání zdraví, PCS – index celkového fyzického zdraví, MCS – index celkového psychického zdraví, SF – společenská aktivita, MH – celkové psychické zdraví, R – omezení způsobené emočními problémy, VT – vitalita, TI – celkový index.

Tabulka 11 Korelace mezi dotazníkem GRISS a klinickými faktory

| | CÍLOVÁ SKUPINA | | | | | | | |
|-------|----------------|--------|-------|--------|--------|--------|-------|----------|
| | LokA | LokB | LokC | LokD | LokE | Rozsah | Doba | Recidiva |
| INF | -0,094 | -0,023 | 0,227 | -0,016 | -0,069 | -0,016 | 0,092 | 0,102 |
| NCO | -0,101 | -0,004 | 0,219 | 0,057 | -0,010 | 0,069 | 0,186 | 0,110 |
| DISF | 0,018 | 0,057 | 0,066 | 0,061 | 0,060 | 0,141 | 0,099 | 0,109 |
| AVF | -0,094 | -0,043 | 0,176 | -0,013 | -0,049 | -0,013 | 0,110 | 0,132 |
| NSF | -0,087 | -0,019 | 0,164 | 0,012 | 0,002 | 0,023 | 0,138 | 0,079 |
| VAG | -0,026 | 0,113 | 0,118 | -0,040 | -0,001 | 0,099 | 0,230 | 0,136 |
| ANORG | -0,200 | -0,101 | 0,230 | 0,120 | -0,075 | 0,069 | 0,099 | 0,148 |
| TS | -0,120 | -0,027 | 0,207 | 0,040 | -0,038 | 0,057 | 0,167 | 0,111 |

Legenda: : LokA – lokalizace v poševním vchodu, LokB – lokalizace na děložním čípku, LokC – lokalizace na stydkých pyscích, LokD – lokalizace na hrázi, LokE – lokalizace v konečniku / anální oblasti, INF – frekvence sexuálních styků, NCO – komunikace o sexu s partnerem, DISF – sexuální nespokojenost, AVF – vyhýbání se sexu, NSF – absence sexuální touhy, VAG – vaginismus, ANORG – anorgasmie, TS – celkové skóre.

V tabulce 12 jsou uvedené korelační koeficienty mezi dotazníkem CECA10 (jednotlivé dimenze a celkové skóre) a sociodemografickými a klinickými faktory u cílové skupiny žen. I v tomto případě byl faktor věk významně negativně korelován se všemi položkami dotazníku CECA10. Opět to tedy znamená, že čím vyššího věku žena dosahuje, tím nižší skóre získává. Mezi uvažovanými faktory a sexuální dimenzí nebyla zjištěna žádná další významná korelace. Významné negativní korelace byly odhaleny mezi faktory doba onemocnění, rozsah lézí, lokalizace na stydkých pyscích, hrázi a konečníku / anální oblasti a emocionální dimenzí a celkovém skóre dotazníku. Což i zde značí, že čím déle žena onemocnění má a čím větší má rozsah lézí, tím nižšího skóre dosahuje. A u lokalizací to taktéž znamená, že s výskytem v dané lokalizaci se snižují CECA6 i CECA10.

3.7 Významné faktory mající vliv na kvalitu života – logistická regresní analýza

Faktory negativně ovlivňující kvalitu života byly identifikovány mnohonásobnou logistickou regresní analýzou, metodou stepwise - backward (kroková zpětná) a jsou uvedeny v tabulce 13.

Původně bylo pro tuto metodu vytvořeno 9 modelů: SF-36 PCS (celkový index fyzického zdraví), SF-36 MCS (celkový index psychického zdraví), SF-36 TI (celkový index dotazníku), GRISS TS (celkové skóre dotazníku) pro cílovou i pro kontrolní skupinu a CECA10 pro cílovou skupinu. V modelu pro CECA10 nebyl jako v jediném identifikován žádný významný faktor. Proto jsme se zaměřili na jednotlivé dimenze dotazníku CECA10 a byly vytvořeny ještě další dva modely pro CECA4 a CECA6. Celkově se tedy pracovalo s 11 modely.

Věk byl identifikován jako faktor, který negativně ovlivňuje PCS dotazníku SF-36, MCS dotazníku SF-36, celkový index dotazníku SF-36, celkové skóre dotazníku GRISS a emocionální dimenzi dotazníku CECA10 u cílové skupiny žen a PCS dotazníku SF-36, MCS dotazníku SF-36, celkový index dotazníku SF-36, celkové skóre dotazníku GRISS u kontrolní skupiny žen. Pro tento faktor platí, že čím vyšší věk, tím nižší jednotlivé indexy dotazníku SF-36 a CECA6 a vyšší celkové skóre GRISS. Vyšší věk tedy snižuje kvalitu života a způsobuje větší nespokojenost se sexuálním životem.

Dalším identifikovaným faktorem byl rozsah lézí. Ten negativně ovlivňoval u cílové skupiny MCS dotazníku SF-36, celkový index dotazníku SF-36 a emocionální dimenzi dotazníku CECA10. I pro tento faktor platí, že čím větší rozsah lézí, tím nižší jednotlivé indexy dotazníku SF-36 a CECA6. Větší rozsah kondylomat snižuje kvalitu života.

Posledním identifikovaným faktorem bylo zaměstnání. To má vliv na celkové skóre dotazníku GRISS u kontrolní skupiny žen a na CECA6 u cílové skupiny žen. Pokud byla tedy žena nezaměstnaná, došlo u ní ke zvyšování celkového skóre dotazníku GRISS a ke snižování skóre CECA6. Zaměstnanost tedy pozitivně ovlivňuje sexuální spokojenost u kontrolní skupiny žen a emocionální oblast života u cílové skupiny žen.

U položek CECA10 a CECA4 nebyly metodou logistické regresní analýzy identifikovány žádné statisticky významné faktory. Tato metoda nám nabídla pouze dva faktory, které se ke stanovené hladině významnosti pouze přibližovaly. Jedná se o faktory věk a počet partnerů. Pokud bychom si stanovili 10% hladinu významnosti, vyšel by nám jako statisticky významný faktor věk u CECA4. V dalších dvou případech by to musela být až 15% hladina významnosti (tabulka 13).

Tabulka 12 Korelace mezi dotazníkem CECA10 a sociodemografickými a klinickými faktory

| | CÍLOVÁ SKUPINA | | | | | | | | | | | | |
|--------|----------------|----------|---------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|---------|---------|---------|----------|
| | Věk | Vzdělání | Zaměst. | Počet P | Stálý P | LokA | LokB | LokC | LokD | LokE | Rozsah | Doba | Recidiva |
| CECA4 | -0,295* | 0,119 | -0,132 | 0,091 | -0,184 | 0,086 | 0,036 | -0,147 | -0,026 | 0,023 | -0,022 | -0,049 | -0,107 |
| CECA6 | -0,701* | -0,028 | 0,050 | 0,144 | -0,007 | 0,277* | 0,173 | -0,488* | -0,215 | -0,351* | -0,582* | -0,511* | -0,180 |
| CECA10 | -0,666* | 0,033 | -0,022 | 0,151 | -0,089 | 0,249 | 0,148 | -0,438* | -0,175 | -0,256* | -0,453* | -0,411* | -0,185 |

Legenda: P – partner, LokA – lokalizace v poševním vchodu, LokB – lokalizace na děložním čípku, LokC – lokalizace na stydkých pyscích, LokD – lokalizace na hrázi, LokE – lokalizace v konečníku / anální oblasti.

Tabulka 13 Faktory ovlivňující jednotlivé indexy / skóre / dimenze – logistická regresní analýza, metoda stepwise - backward (kroková zpětná)

| Index / skóre / dimenze | CÍLOVÁ SKUPINA | | | | KONTROLNÍ SKUPINA | | | |
|-------------------------|----------------|--------|--------------|-----------|-------------------|-------|--------------|-----------|
| | Faktor | OR | 95% CI | Hodnota p | Faktor | OR | 95% CI | Hodnota p |
| SF-36 PCS | Věk | 0,751 | 0,624-0,903 | 0,021 | Věk | 0,703 | 0,591-0,839 | 0,019 |
| SF-36 MCS | Věk | 0,817 | 0,705-0,928 | 0,009 | Věk | 0,813 | 0,741-0,919 | 0,012 |
| | Rozsah | 0,912 | 0,864-0,957 | 0,010 | -- | -- | -- | -- |
| SF-36 TI | Věk | 0,821 | 0,690-0,977 | 0,026 | Věk | 0,578 | 0,386-0,895 | 0,013 |
| | Rozsah | 0,934 | 0,893-0,977 | 0,003 | -- | -- | -- | -- |
| GRISS TS | Věk | 0,917 | 0,854-0,986 | 0,019 | Věk | 0,803 | 0,709-0,910 | 0,001 |
| | -- | -- | -- | -- | Zaměstnání | 9,460 | 1,344-66,569 | 0,024 |
| CECA10 | Věk | 0,820 | 0,643-1,046 | 0,111 | -- | -- | -- | -- |
| | Počet P | 0,378 | 0,099-1,439 | 0,154 | -- | -- | -- | -- |
| CECA4 | Věk | 0,945 | 0,883-1,011 | 0,099 | -- | -- | -- | -- |
| CECA6 | Věk | 0,830 | 0,728-0,945 | 0,005 | -- | -- | -- | -- |
| | Rozsah | 0,946 | 0,907-0,987 | 0,011 | -- | -- | -- | -- |
| | Zaměstnání | 11,407 | 1,619-80,385 | 0,015 | -- | -- | -- | -- |

Legenda: P – partner, PCS – index celkového fyzického zdraví, MCS – index celkového psychického zdraví, TI – celkový index, TS – celkové skóre, OR – odds ratio, CI – interval spolehlivosti.

4 DISKUZE

V rámci disertační práce jsme vytvořili českou verzi dotazníku CECA10 a ověřovali jsme její validitu a reliabilitu na vybrané populaci českých žen s genitálními bradavicemi. Naším výzkumným šetřením jsme dále zjišťovali kvalitu života této vybrané populace žen. Výsledky jsme komparovali s kontrolní skupinou žen (bez kondylomat). Kvalitu života jsme hodnotili pomocí generického dotazníku SF-36. Dále jsme se zaměřili na spokojenost se sexuálním životem, kterou jsme zjišťovali dotazníkem GRISS. Dotazníkem CECA10 jsme zjišťovali kvalitu sexuálního a emočního života. V naší práci jsme se také zaměřili na faktory, které mohou do jisté míry ovlivňovat kvalitu života. Logistickou regresní analýzou jsme identifikovali významné faktory, mající vliv na kvalitu života našich respondentek.

Tuto kapitolu jsme rozdělili do několika částí (dle oblasti zkoumání): 1. validita a reliabilita dotazníku CECA10, 2. dopad genitálních bradavic na celkovou kvalitu života, 3. psychosociální dopad genitálních bradavic, 4. dopad genitálních bradavic na sexuální život, 5. faktory, které mají vliv na kvalitu života, 6. limity výzkumného šetření.

Validita a reliabilita dotazníku CECA10

Reliabilitu jako vnitřní konzistenci české verze dotazníku CECA10 jsme zjišťovali pomocí Cornbachova alfa. Pomocí Pearsonova korelačního koeficientu jsme posuzovali kritériální (konkr. souběžnou) validitu. Validitu jsme dále ověřovali pomocí faktorové a shlukové analýzy.

Reliabilita

O velmi výborné vnitřní konzistenci české verze dotazníku CECA10 svědčí vysoká Cronbachova alfa, která činí 0,97 pro CECA10, 0,98 pro CECA6 a 0,96 pro CECA4. Autoři dotazníku CECA10 uvádějí u originální verze hodnoty Cronbachova alfa 0,86 pro CECA10, 0,84 pro CECA6 a 0,86 pro CECA4 (Badia a kol., 2005). Reliabilitu španělské verze dotazníku zjišťovali také jiní autoři o pár let později. Ve své studii uvádějí velmi dobrou vnitřní konzistenci s hodnotami Cronbachova alfa 0,91 pro celkové skóre, 0,86 pro emocionální dimenzi a 0,91 pro sexuální dimenzi. V rámci zjišťování reliability prováděli ještě test-retest, kdy korelační koeficient vyšel 0,82 pro emocionální dimenzi a 0,76 pro sexuální dimenzi. Autoři neuvádějí, za jaké časové období byl test-retest proveden (Vilata a kol., 2008). K dispozici jsou také výsledky

testování reliability čínské verze CECA10. I v této studii se potvrdila dobrá vnitřní konzistence dotazníku, kdy hodnoty Cronbachova alfa byly pro CECA10 0,88 a 0,84 a 0,83 pro emocionální a sexuální dimenzi. Korelační koeficient pro test-retest reliabilitu činil 0,98. V čínské studii bylo opakování testu provedeno po 15 dnech (Guo a kol., 2018). I my jsme se při plánování výzkumu rozhodovali, zda ověřit reliabilitu dotazníku pomocí test-retestu. U tohoto testu je doporučen nejméně tříměsíční rozestup mezi dotazníky, aby nedošlo k tzv. efektu zácviky, ale zároveň je zde riziko, že během takto dlouhé doby může dojít k výrazným psychickým změnám. Jelikož autoři dotazníku doporučují, že by se měl týkat posledních 7 dnů před vyplněním, rozhodli jsme se vzhledem k výše zmíněným nevýhodám test-retest nakonec nevyužít. Je tedy otázkou jakou vypovídající hodnotu mají korelační koeficienty test-retestu v ostatních zahraničních studiích.

Validita

Faktorová analýza ukázala zcela jasnou strukturu dotazníku CECA10. Stejně jako u čínské verze dotazníku byly identifikovány 2 faktory, které odpovídají 2 dimenzím. V našem případě faktor 1 zahrnoval položky 1-6 (emocionální dimenze) a faktor 2 položky 7-10 (sexuální dimenze). U čínské verze dotazníku to bylo velice obdobné. Faktor 1 zahrnoval položky 1-5 a faktor 2 zahrnoval položky 6-10. Autoři se zde zaměřili na položku č. 6, která jim dle jejich analýzy spadala do sexuální dimenze. Domnívají se, že položka č. 6 může odrážet představu čínských pacientů, že kondylomata ovlivňují především sexuální život. I přes to, že nabízejí možnost v budoucích výzkumech revidovat položku č. 6, tvrdí, že vnitřní konstrukce čínské verze CECA10 je ekvivalentní původní verzi dotazníku (Guo a kol., 2018). V našem případě jsme se zaměřili na položku č. 8, která byla faktorovou i shlukovou analýzou sice správně zařazena do sexuální dimenze, ale oproti ostatním položkám z této skupiny byla nejbližší skupině druhé (emocionální dimenzi). Pokud se ale podíváme na položku č. 8, je tento výsledek obou analýz celkem logický. Tvzení v položce č. 8 totiž jako jediné v sexuální dimenzi obsahuje emoci, konkrétně strach z pohlavního aktu. Konstatujeme tedy, že revize položky č. 8 není v dalších výzkumech nutná.

U české verze CECA10 jsme posuzovali kriteriální (konkr. souběžnou) validitu pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Emocionální dimenze byla korelována s nástrojem SF-36, konkrétně s jeho částí indexem celkového psychického zdraví. Korelační koeficient dosáhl hodnoty 0,95, což značí mimořádně vysokou míru

korelovanosti. Velmi podobného výsledku jsme dosáhli korelací sexuální dimenze s celkovým skóre dotazníku GRISS. Korelační koeficient vyšel v záporné hodnotě, jelikož shoda je zde ve smyslu nepřímé úměry – rostoucím hodnotám jednoho ukazatele odpovídají klesající hodnoty druhého. Hodnota koeficientu je -0,93. Korelaci jednotlivých skóre dimenzí CECA10 se dvěma odlišnými měřicími nástroji jsme prováděli zřejmě jediní. V jiných zahraničních studiích korelovali vždy celkové skóre CECA10 s jiným měřicím nástrojem. Guo a kol. (2018) si zvolili pro korelaci čínské verze CECA10 měřicí nástroj DLQI, který je určen pro pacienty s dermatózou. Vybrali si ho vzhledem k tomu, že je v Číně jediným specializovaným nástrojem používaným k měření kvality života u pacientů s kožním onemocněním. Korelační koeficient mezi čínskou verzí CECA10 a DLQI dosáhl hodnoty -0,50. Také Vilata a kol. (2008) koreloval celkové skóre španělské verze CECA10 s dotazníkem DLQI. Korelační koeficient byl v jejich případě -0,67. V porovnání s těmito dvěma studiemi je v našem případě kriteriální validita na překvapivě vysoké úrovni. Dle Guo a kol. (2018) je dokonce velmi vzácné, pokud se hodnota korelačního koeficientu pohybuje v rozmezí 0,60-0,70. V naší studii jsme ale dosáhli ještě vyšších hodnot. Důvodem může být poměrně malý vzorek respondentek (60), oproti čínské studii (211 respondentů) a španělské studii (247 respondentů). Do naší studie byly zařazeny pouze ženy na rozdíl od ostatních studií, kde byli mezi respondenty také muži. Tyto dvě zahraniční studie a i několik dalších zahraničních studií, korelovaly kvalitu života žen a mužů s genitálními bradavicemi. Výsledky dokazují, že oproti mužům mají ženy výrazně horší celkovou kvalitu života. Horších výsledků dosahovaly ženy i v emocionální a sexuální dimenzi. Tudíž i homogenním složením respondentů (jen ženy) se v našem případě dá vysvětlit vysoká míra korelovanosti.

Dotazník CECA10 byl použit ještě v dalších zahraničních studiích. Bohužel v nich autoři neověřovali jeho reliabilitu ani validitu. Současně ale použili vždy ještě minimálně jeden jiný měřicí nástroj k hodnocení kvality života a dle dosažených výsledků je zřejmé, že pokud respondenti dosáhli nízkého skóre v dotazníku CECA10, tak i dalším měřicím nástrojem byla zjištěna nižší kvalita života (Buenconsejo a kol., 2019; Domenech-Viñolas a kol., 2019; Dominiak-Felden a kol., 2013; Mladenović Segedi a Bjelica, 2019; Tan a kol., 2014; Vriend a kol., 2014; Woodhall a kol., 2008).

Vyvinuli jsme českou verzi dotazníku CECA10 s velmi dobrou reliabilitou a validitou. Vývoj české verze CECA10 usnadní hodnocení kvality života u pacientů

s genitálními bradavicemi, což umožní objektivní srovnání českých dat s výsledky zahraničních studií. Česká verze CECA10 je desetipoložkový nástroj, kde jsou položky, stejně jako v původní verzi, seskupeny do dvou domén – emocionální a sexuální.

Dopad genitálních bradavic na celkovou kvalitu života

V našem výzkumném šetření jsme generickým dotazníkem SF-36 hodnotili kvalitu života žen s genitálními bradavicemi a výsledky jsme komparovali s kontrolní skupinou žen. Byly prokázány signifikantní rozdíly v Celkovém indexu dotazníku ($p = 0,0001$) a téměř u všech dimenzí ($p < 0,05$). Největší rozdíl byl patrný u dimenze Vitalita ($p < 0,000001$). Druhou nejvíce ovlivněnou dimenzí bylo Celkové vnímání zdraví ($p < 0,00001$) a třetí nejvíce ovlivněná dimenze byla Celkové psychické zdraví ($p < 0,0001$). V turecké studii autorů Erdem a Özarmağan (2016) cílová skupina respondentů prokazovala komparaci s kontrolní skupinou statisticky významné rozdíly u totožných dimenzí ($p = 0,005$ pro dimenze Celkové psychické zdraví a Celkové vnímání zdraví a $p = 0,027$ pro dimenzi Vitalita). Také Nahidi a kol. (2018) uvádějí tři shodné dimenze, u kterých byl nejvíce patrný signifikantní rozdíl: Celkové psychické zdraví ($p < 0,01$), Celkové vnímání zdraví ($p = 0,01$) a Vitalita ($p = 0,02$). Velmi podobných výsledků dosáhla ještě singapurská studie. Tan a kol. (2014) uvádí, že ve srovnání s populační normou měla cílová skupina žen největší rozdíly v těchto dimenzích: Celkové psychické zdraví ($p = 0,003$), Celkové vnímání zdraví ($p = 0,022$) a Omezení způsobené emočními problémy ($p = 0,042$). Autoři kanadské studie využili pouze část dotazníku SF- 36, konkrétně dimenzi Celkové psychické zdraví. Data získaná od respondentů s genitálními bradavicemi komparovali s populační normou a zjistili zde signifikantní rozdíl ($p < 0,05$), (Drolet a kol., 2011).

Naše respondentky se naprosto odlišují sociokulturními a náboženskými specifiky od respondentů výše uvedených studií. I přes tato různorodá specifika je patrné, že naše výsledky dosahují velké shody s těmito studiemi a dotazníkem SF-36 se ve všech případech identifikovaly shodné dimenze s největšími rozdíly. Na druhou stranu musíme konstatovat, že jsou zde určité aspekty podobnosti jednotlivých studií, které mohly zapříčinit velkou míru shody. Průměrný věk všech respondentů, včetně našich respondentek, se pohyboval od 30 do 40 let, všechny studie zkoumaly vybrané vzorky respondentů, které nedosáhly ani v jednom případě přes 100 respondentů v jednotlivých skupinách a sběr dat těchto studií probíhal v letech jdoucích brzy po sobě.

V našem výzkumu se u jediné dimenze Fyzická aktivita neprokázal statisticky významný rozdíl, ale p hodnota se přibližovala ke stanovené hladině významnosti 0,05 ($p = 0,065$). Je zajímavé, že v singapurské studii ženy s genitálními bradavicemi dokonce prokazovaly u této dimenze lepší skóre oproti populační normě ($p = 0,013$), (Tan a kol., 2014). Stejně tomu bylo i v íránské studii. V té respondenti z cílové skupiny rovněž prokazovali významně lepší skóre této dimenze oproti kontrolní skupině ($p = 0,01$), (Nahidi a kol., 2018). Dle Nahidi a kol. (2018) je pravděpodobné, že tito pacienti se snaží překonat svůj stav zvýšením denní aktivity. Kromě toho mohou absolvovat více lékařských prohlídek a tím pádem jsou podrobeni větší péči o svůj zdravotní stav, protože se necítí dostatečně zdraví. Může to být také kvůli skutečnosti, že SF-36 je generický dotazník a nemůže přesně poukázat na rozdíly mezi pacienty a zdravými kontrolami. K variantě, že generický dotazník SF-36 nedokázal přesně zdokumentovat rozdíly mezi pacienty a kontrolami se přiklání i Tan a kol. (2014). Podobného názoru jsou také autoři řecké studie Koupidis a kol. (2011). Ti využili dotazník SF-36 již v roce 2008. Jako jediní ve svých závěrech uvádí, že mezi pacienty z cílové skupiny a respondenty z kontrolní skupiny neprokázali signifikantní rozdíl ani v jedné dimenzi a ani v Celkovém indexu dotazníku. Částečně se s tímto závěrem shodují Nahidi a kol. (2018), kteří sice prokázali významné rozdíly v některých dimenzích, ale celkově dotazníkem SF-36 v kvalitě života neprokázali statisticky významný rozdíl mezi pacienty a kontrolní skupinou ($p = 0,12$). Koupidis a kol. (2011) uvádí, že měli využít spíše nějaký specifický měřicí nástroj. Odlišnost výsledků řecké studie mohla být způsobena několika faktory. Těmi mohly být věk respondentů, kdy respondenti řecké studie byli o něco mladší (průměrný věk 26 let) než respondenti ostatních studií a dále období, ve kterém probíhal sběr dat. V porovnání s ostatními studiemi jsou získaná data přeci jen o pár let starší.

Ve dvou studiích byla využita revidovaná verze dotazníku SF-36, a to dotazník SF-6D. Marra a kol. (2009) komparovali celkové skóre s populační normou a zjistili signifikantní snížení kvality života respondentů s genitálními bradavicemi ($p = 0,0001$). Nejvíce byly ovlivněny dimenze Psychické zdraví a Sociální fungování. Drolet a kol. (2011) pouze tvrdí, že celkové skóre dotazníku SF-6D bylo snižené.

Skoro ve všech studiích, ve kterých byl použit dotazník SF-36 nebo jeho zkrácená verze SF-6D, byl prokázán signifikantní rozdíl v dimenzi Vitalita, Celkové psychické zdraví a Celkové vnímání zdraví. Naším výzkumným šetřením jsme prokázali

významné rozdíly u Celkového indexu a u všech dimenzí dotazníku, vyjma dimenze Fyzická aktivita. Ostatní studie prokázaly rozdíly především v dimenzích, které spadají do psychické složky dotazníku.

V ostatních dohledaných studiích autoři použili jiné generické nástroje k hodnocení HRQoL. Jelikož ale tyto generické nástroje nejsou optimalizovány pro hodnocení sexuální, psychologické a emocionální oblasti kvality života pacientů s genitálními bradavicemi, tak se mnoho autorů uchýlilo k použití ještě dalších měřících nástrojů. Většinou se jednalo o specifické nástroje, které tyto oblasti hodnotí. Jiným důvodem pro užití dalších měřících nástrojů, může být kritika generických nástrojů některými autory. Gurková (2011) uvádí, že tyto generické nástroje byly ve skutečnosti vytvořeny k hodnocení zdravotního stavu jedince, nikoliv k hodnocení jeho kvality života. I přes to jsou tyto dotazníky v zahraničních i tuzemských studiích stále využívány a autory označovány jako nástroje hodnotící kvalitu života.

Velice často využívaným nástrojem byl dotazník EQ-5D (European Quality of Life Questionnaire) spolu s EQ-5D VAS (visual analogue scale). Mnoho autorů se uchýlilo ke komparaci celkového indexu dotazníku mezi cílovou skupinou a populační normou. Někteří se shodují v tom, že touto komparací nebyl shledán významný rozdíl (Vriend a kol., 2014; Woodhall a kol., 2008). S tím se ztotožňují také Dominiak-Felden a kol. (2013), kteří ale objevili významný rozdíl u škály EQ-5D VAS. V té dosahovali respondenti s genitálními bradavicemi nižší skóre než má obecná populace. Marra a kol. (2009) své výsledky také komparovali s populační normou a dospěli k závěru, že respondenti s genitálními bradavicemi měli sníženou kvalitu života ($p = 0,0005$). Autoři Mladenović Segedi a Bjelica (2019) pomocí dotazníku EQ-5D zjistili, že 81,4 % žen pociťovalo úzkost/deprese a 53,4 % žen pociťovalo bolest a nepohodlí. Získané výsledky nekomparovali s kontrolní skupinou ani s populační normou. Významné rozdíly v celkovém indexu EQ-5D jsou patrné v případě, kdy byl do studie zahrnut větší počet respondentů (Buenconsejo a kol., 2019; Drolet a kol., 2011; Shi a kol., 2012). Ve studiích, kterými nebyl prokázán významný rozdíl mezi kvalitou života pacientů a populační normou, se počet respondentů pohyboval od 81 do 104. Zatím co ve studiích prokazující rozdíly to bylo od 272 do 1358 respondentů. Dotazník EQ-5D hodnotí pouze 5 domén a z výsledků všech studií je patrné, že pro zjištění významného rozdílu je, oproti dotazníku SF-36, kterým se prokázala signifikace již u menších vzorků, potřeba většího počtu respondentů. Je tedy zřejmé, že dotazník EQ-5D není nejvhodnějším

výzkumným nástrojem v této problematice, což uvádějí ve svých závěrech i Woodhall a kol. (2008). Autoři tvrdí, že pro jejich komparaci nebyl zvolený výzkumný nástroj úplně ideální a přiklánějí se k názoru, že s podrobnějším dotazníkem by nejspíše došli k jiným závěrům. Za možnou alternativu považují právě dotazník SF-36, který pokrývá širší škálu domén. Také autoři Marra a kol. (2009) se zmiňují o benefitu v podobě využití dotazníku SF-6D, jelikož dotazník EQ-5D nezahrnuje podrobnější posouzení psychické oblasti. Každopádně se ale závěry studií, které užily generický dotazník EQ-5D shodují v tom, že nejvíce je genitálními bradavicemi ovlivněna doména úzkost/deprese. Je zde tedy patrný negativní vliv genitálních bradavic na psychiku nemocných, což v podstatě koresponduje jak s našimi výsledky, tak i s výsledky studií využívajících dotazník SF-36, jelikož nejvíce byly ovlivněny psychické dimenze dotazníku SF-36.

V několika studiích byl využit dotazník DLQI (Dermatology Life Quality Index), kterým lze taktéž zhodnotit kvalitu života, ale je určen pouze respondentům s nějakým kožním onemocněním. Tento dotazník využili ve své studii Erdem a Özarmağan (2016). Dotazník vyplňovali pouze respondenti s genitálními bradavicemi (80). Celkové skóre bylo u respondentů zvýšené (čím vyšší, tím nižší kvalita života). Dotazník DLQI využily také autorky El-Esawy a Ahmed (2017). Uvádějí, že genitální bradavice velmi značně ovlivňují kvalitu života polovině dotazovaných egyptských žen. Dále byl tento dotazník využit ještě v jedné egyptské studii. Salah (2018) uvádí, že genitální bradavice velmi značně ovlivňují život 72 % respondentů. Dotazník DLQI byl použit v již zmíněné studii autorů Mladenović Segedi a Bjelica (2019). Autoři se k výsledkům zmiňují velmi stručně (uvádějí pouze průměrné celkové skóre). Z uvedeného grafu je ale patrné, že jednotlivé oblasti dotazníku nebyly nemocí vůbec ovlivněné nebo jen mírně. Autoři zároveň popisují korelaci mezi skóre dotazníku DLQI a skóre dotazníku CECA10 (čím vyšší skóre respondenti získali dotazníkem DLQI, tím nižší skóre měli u dotazníku CECA10 i u jeho dimenzí CECA4 a CECA6).

Dle výsledků těchto studií je patrné, že ač není dotazník DLQI vyloženě specifickým dotazníkem určeným respondentům s genitálními bradavicemi, ale respondentům s dermatózou, lze jej v případě hodnocení kvality života pacientů s genitálními bradavicemi využít i při této diagnóze.

Psychosociální dopad genitálních bradavic

Jak jsme již psali výše, pomocí dotazníku SF-36 jsme zjistili signifikantní rozdíly u všech dimenzí spadající do psychické složky dotazníku. Největší rozdíl byl patrný u dimenze Vitalita ($p < 0,000001$). K velmi podobným závěrům také dospěly již výše zmíněné studie, které využily dotazník SF-36 nebo jeho zkrácenou verzi SF-6D. Signifikantní rozdíly byly zjištěny především u psychických dimenzí (Drolet a kol., 2011; Erdem a Özarmağan, 2016; Marra a kol., 2009; Nahidi a kol., 2018; Tan a kol., 2014).

Vyhodnocením dotazníku CECA10, konkrétně částí CECA6, která je zaměřena na emoční život, jsme dospěli k názoru, že genitální bradavice mají negativní vliv na emoční život našich respondentek. Průměrné skóre CECA6 vyšlo 18,20 ($x_{0,05}$: 19,50, IQR: 13,25). Nejnižšího průměru (2,90) dosáhlo tvrzení „Cítím se více nejistá“ (čím nižší průměr, tím více respondentky s daným tvrzením souhlasí a naopak). Velice podobného průměru (2,97) dosáhlo ještě tvrzení „Vědomí, že mám tuto nemoc, mě ovlivňuje v každodenním životě“. Nejvyšší průměr (3,15) byl shledán u tvrzení „Obávám se, že léze (bradavice) nezmizí“. S tímto tvrzením tedy respondentky souhlasily nejméně.

Několik autorů, kteří využili dotazník CECA10, uvádějí pouze průměrné hodnoty jednotlivých tvrzení. Všichni se v závěrech shodují na tom, že genitální bradavice negativně ovlivňují emoční život respondentů (Eriksson a kol., 2013; Guo a kol., 2018; Woodhall a kol., 2008). Co se týká vyhodnocení průměrných hodnot jednotlivých tvrzení, nejvíce se shodujeme s Erikssonem a kol. (2013), konkrétně na dvou tvrzeních s největší shodou. Naopak Woodhall a kol. (2008) jedno z těchto tvrzení označují nejmenší shodou a Guo a kol. (2018), tak hodnotí to druhé. Naše tvrzení s nejmenší mírou shody označují Guo a kol. (2018) za tvrzení s vysokou mírou shody. A jejich tvrzení s nejmenší mírou shody u nás dosáhlo nejvyšší míry shody. Tato nesrovnalost může být způsobena také nevyváženým počtem respondentů, kdy Eriksson a kol. (2013) zkoumali skoro 500 pacientů, Guo a kol. (2018) přes 200 pacientů, Woodhall a kol. (2008) pouze necelou stovku pacientů a my jen 60 pacientek. Paradoxně se ale nejvíce shodujeme s finskou studií, ve které byl zahrnut největší počet respondentů. Při komparaci s čínskou studií mohlo sehrát svou roli právě již zmiňované odlišné sociokulturní prostředí a náboženství, které se projeví při užití specifického dotazníku. Starší data anglické studie mohla také zapříčinit odlišnost našich výsledků.

Vzhledem k tomu, že v těchto studiích nebyl dotazník CECA10 vyhodnocen tak, jak by se dle autorů dotazníku mělo, je hodnocení pouze podle aritmetického průměru jednotlivých tvrzení nedostačující a komparace je poněkud složitá a nepřehledná. To se také odrazilo na prezentaci výsledků. Bylo by významnější, pokud bychom mohli komparovat celková skóre emoční dimenze. Pro lepší přehlednost vkládáme tabulku 14 s přehledem tvrzení s nejvyšší a nejnižší mírou shody. Když se podíváme na jednotlivé průměry uvedených tvrzení, musíme ovšem konstatovat, že jsou si hodnoty velice podobné.

Buenconsejo a kol. (2019) ve svých metodách uvádějí, že skóre CECA10 se může pohybovat v rozmezí od 0 do 100. Tzn., že skórování dotazníku nejspíše přetransformovali dle skórování některých generických dotazníků ke zjišťování kvality života. Jejich průměrné výsledky jednotlivých skóru ale tomuto skórování neodpovídají (ženy: 4,10 pro CECA10, 10,64 pro CECA4 a 6,63 pro CECA6). Bohužel průměrné skóre CECA10 neodpovídá ani originálnímu skórování. Minimální hodnota je 10 a autoři opakovaně uvádějí průměrnou hodnotu 4,10 u žen a podobné hodnoty u mužů i různých věkových skupin. Ani v jednom případě uvedené celkové skóre nepřesahuje hranici 10 bodů. Můžeme tedy pouze spekulovat o tom, jak k daným výsledkům autoři dospěli. Ke skóru jednotlivých tvrzení se autoři nevyjadřují. V závěru studie tvrdí, že genitální bradavice ovlivňují psychosociální indexy, jako je spokojenost pacienta.

Pokud bychom porovnali celkové skóre emoční dimenze (CECA6) s dalšími studii, které vyhodnocovaly průměrné skóre této dimenze, dojdeme k závěru, že jsou naše výsledky celkem podobné. Naše respondentky dosáhly skóre 18,20 z maximálních 30. Respondentky srbské studie autorů Mladenović Segedi a Bjelica (2019) dosáhly skóre 15,63 a respondentky autorů Tan a kol. (2014) dosáhly skóre 15,9. Respondentky mexické studie autorů Domenech-Viñolas a kol. (2019) získaly 42,2 z maximálních 100 (přetransformované skórování). Všechny průměrné skóre se pohybují kolem střední hodnoty možných dosažených bodů. Zde vidíme, že pokud se vyhodnocují celková skóre dotazníku CECA10 či jeho dimenzí, nehrají sociokulturní a náboženské rozdíly až tak významnou roli. Pouze respondentky filipínské studie autorů Buenconsejo a kol. (2019) dosáhly skóre 6,63 (minimální originální skóre je 6). Vzhledem k neobjasněné hodnotě skóre CECA10, se naskytá otázka, jakým způsobem tedy autoři hodnotili všechny ostatní položky a jaká je jejich validita.

Dotazník CECA10 také využili i nizozemští autoři Vriend a kol. (2014). Při vyhodnocování se zaměřili spíše na faktory, které mají na skóre emoční dimenze největší vliv. V závěrech ale tvrdí, že genitální bradavice mají negativní dopad na emoční život respondentů. V roce 2008 ve Španělsku byla zveřejněna studie, která zkoumala validizaci a klinické užití dotazníku CECA10. Vzhledem k tomu, že Vilata a kol. (2008) zkoumali jiné parametry dotazníku, tak se podrobněji nevyjádřili ke konkrétním výsledkům daného dotazníku. V závěru práce pouze shrnují, že genitální bradavice mají negativní vliv na emoční život pacientů.

Také autoři Dominiak-Felden a kol. (2013) využili dotazník CECA10. Ani oni neuvádějí konkrétní výsledky. Tvrdí, že komparovali skóre emoční dimenze mezi dvěma skupinami pacientů (s genitálními bradavicemi vs. skupina pacientů s v současné době vyléčenými lézemi). Skupina s genitálními bradavicemi měla výrazně sníženou kvalitu emočního života. Zde spatřujeme poměrně velkou chybu ve vyhodnocování výsledků tohoto dotazníku. Autoři komparovali skóre, nejen emoční dimenze, mezi skupinou respondentů s genitálními bradavicemi a skupinou respondentů s vyléčenými bradavicemi. Dotazník je ale určen těm respondentům, kteří mají v současné době genitální bradavice. Pokud chtěli autoři správně komparovat tyto dvě skupiny, měli si pro komparaci zvolit jiný specifický měřící nástroj, např. dotazník HIP.

I přes různé nedostatky ve vyhodnocování dotazníku CECA10 se studie, které jej použily, shodují s našimi závěry. Pacienti s genitálními bradavicemi mají sníženou kvalitu emocionálního života a vykazují strach a úzkost vůči nemoci.

Tabulka 14 CECA10 přehled tvrzení s nejvyšší a nejnižší mírou shody

| Autoři | Nejvyšší míra shody | Nejnižší míra shody |
|-----------------------|---|-----------------------|
| | Tvrzení (\bar{x}) | Tvrzení (\bar{x}) |
| Rosezínová, 2020 | 5 (2,90), 6 (2,97); 10 (2,63), 9 (2,67) | 1 (3,15); 8 (2,85) |
| Woodhall a kol., 2008 | 2 (2,10), 3 (2,30); 8 (2,30) | 6 (3,40) |
| Eriksson a kol., 2013 | 6 (2,09), 5 (2,40); 9 (2,01), 10 (2,23) | 3 (3,68); 8 (2,63) |
| Guo a kol., 2018 | 2 (2,11), 1 (2,23); 8 (2,05), 10 (2,21) | 5 (2,75); 7 (2,87) |

Legenda: \bar{x} – aritmetický průměr, 1 – Obávám se, že léze (bradavice) nezmizí, 2 – Velice mne zajímá, zda se z infekce zotavím, 3 – Obávám se, zda se bradavice nezhorší nebo nenastanou nějaké komplikace, 5 – Cítím se více nejistá, 6 – Vědomí, že mám tuto nemoc, mě ovlivňuje v každodenním životě, 7 – Má sexuální aktivita se snížila, 8 – Cítila jsem strach během pohlavního aktu, 9 – Vyhýbám se pohlavnímu styku, 10 – Kvalita anebo frekvence mého pohlavního styku se snížila.

Poznámka: Zeleně podbarvená čísla jsou tvrzení, ve kterých se shodujeme s ostatními. Červeně podbarvená jsou ta, se kterými se neshodujeme.

V několika studiích byl využit dotazník HIP (HPV Impact Profile). Ten zkoumá psychosociální zátěž onemocnění související s HPV infekcí. Hodnotí se sedm specifických psychosociálních domén. Již zmiňovanou studií autorů Drolet a kol. (2011) bylo zjištěno, že nejvíce ovlivněnou doménou je Obrázek o sobě samém. Dále byly velice ovlivněny domény Sexuální dopad, Obava o partnera/možný přenos. Dotazníky HIP využili také autoři Dominiak-Felden a kol. (2013). Porovnávali celkové skóre dotazníku mezi ženami s genitálními bradavicemi a ženami s VIN2/3 (vaginální intraepiteliální neoplázie) a s ženami s normální cervikální cytologií. Ve všech komparacích byl zjištěn signifikantní rozdíl mezi hodnotami skóru. Ženy s bradavicemi dosahovaly vyšší celkového skóre než ženy z ostatních skupin (čím vyšší skóre, tím větší zátěž onemocnění). Nejvíce ovlivněné domény byly naprosto shodné jako ve studii Droleta a kol. (Obavy o partnera/ možný přenos, Sexuální dopad a Obrázek o sobě samém). I zde se komparací odhalily nejvyšší skóre u žen s genitálními bradavicemi. Qi a kol. (2014) komparovali celkové skóre dotazníku HIP s populační normou a zjistili významný rozdíl, který dokazuje vysokou psychickou zátěž pro pacienty. Domény, které byly nejvíce ovlivněné, byly opět téměř shodné jako v předešlých studiích (Obrázek o sobě samém a Sexuální dopad). Ve studii autorů Buenconsejo a kol. (2019) nebyly komparací skupiny žen s HPV onemocněním s kontrolní skupinou zjištěny statisticky významné rozdíly. Autoři ale porovnávali ještě data ve skupině žen s HPV infekcí. Došli k závěru, že genitální bradavice mají větší dopad na psychiku ženy než jiné HPV onemocnění. Nejvýznamnější rozdíly byly identifikovány v následujících doménách: Starosti a obavy, Emoční dopad, Obava o partnera/možný přenos a Interakce s lékařem. Domenech-Viñolas a kol. (2019) se ve své studii zabývali převážně incidencí a ekonomickým dopadem genitálních bradavic. Jejich výsledky jsou velice stručné. Uvádějí průměrné skóre dotazníku HIP (39,9) – pro ženy i muže. Ve svých závěrech tvrdí, že genitální bradavice mají negativní psychosociální dopad a tím snižují kvalitu života.

Všechny studie, které využily dotazník HIP, se ve výsledcích v podstatě shodují. Je evidentní, že domény Obrázek o sobě samém a Obava o partnera/možný přenos, jsou ve všech studiích označeny jako jedny z nejvíce ovlivněných. Genitální bradavice tedy mají negativní dopad na to, co si o sobě pacienti myslí a jak se sami vnímají. Způsobují jim starosti o partnera, protože se obávají možného přenosu. I přes to, že dotazník HIP

není určen jen respondentům s genitálními bradavicemi, ale všem, kteří jsou HPV pozitivní, výsledky dokládají, že ho lze i tak využít při genitálních bradavicích.

Jak již bylo psáno výše, výsledky všech studií, které využily dotazník EQ-5D se shodovaly v tom, že respondenti s genitálními bradavicemi měli negativně ovlivněnou doménu deprese/úzkost (Dominiak-Felden a kol., 2013; Drolet a kol., 2011; Marra a kol., 2009; Mladenović Segedi a Bjelica, 2019; Shi a kol., 2012; Woodhall a kol., 2008). Závěry tedy jasně svědčí o negativním dopadu genitálních bradavic na psychiku nemocných.

Další dotazník, který hodnotí oblast psychiky, je dotazník SCL-90-R (Symptom Checklist-90-R), který využili ve výzkumu Nahidi a kol (2018). Tento dotazník vyhodnocuje psychologické příznaky. Hodnotí se 9 subškál. Komparací s kontrolní skupinou respondentů se ukázalo, že skóre úzkosti a skóre deprese byly významně vyšší u pacientů s genitálními bradavicemi. Celkové skóre bylo mírně signifikantní v porovnání s kontrolní skupinou (Nahidi a kol., 2018).

Již zmínění autoři Marra a kol. (2009) využili ve své studii ještě dotazník SF-6D. Celkové skóre dotazníku komparovali s populační normou a byla tak zjištěna snížená kvalita života u pacientů s bradavicemi. Především byly ovlivněny domény Sociální fungování a Psychické zdraví.

Na psychosociální dopad genitálních bradavic se zaměřili také autoři Jeynes a kol. (2009). Jejich studie byla zaměřena na pocit hanby a míru sebevědomí. Výsledky komparovali s kontrolními skupinami. Všichni respondenti vyplňovali dotazník ISS (The internalized shame scale). Respondenti s genitálními bradavicemi navíc vyplňovali ještě IES-R (The impact of events scale-revised), GSE (The general self-efficacy scale) a dotazník CECA22 (původní nezkrácená verze dotazníku CECA10). Autoři mezi skupinami respondentů komparovali výsledky dotazníku ISS a celkové skóre pocitu hanby bylo nejvyšší u skupiny s genitálními bradavicemi (čím vyšší skóre, tím větší pocit hanby). U dalších dotazníků bylo zjištěno špatné skóre pouze u podskupiny rušivé myšlenky, které jsou zahrnuty v dotazníku IES-R.

Piñeros a kol. (2013) zjišťovali dopad genitálních bradavic na sebeúctu a sexuální život respondentů a dále zkoumali jejich informovanost o HPV infekci a její prevenci. Výzkumným nástrojem byl nestandardizovaný dotazník, který se skládal z jednoduchých otázek typu: „Ovlivnily genitální bradavice vaše sebevědomí?“ Dále

byly do dotazníku zahrnuty více nespecifikované analogové škály. Ve svých závěrech autoři tvrdí, že genitální bradavice mají negativní dopad na sebeúctu a sebevědomí pacientů. Také uvádějí, že respondenti mají nedostatečné informace v problematice HPV infekce.

Je evidentní, že je jedno, v jakých zemích byly studie realizovány, kdy probíhaly, kolik respondentů do nich bylo zařazeno, jaké měli sociodemografické charakteristiky a jaké měřicí nástroje byly využity. Všechny výsledky se shodují. Naše i zahraniční uvedené studie, dokazují psychosociální dopad genitálních bradavic na život pacientů. Pacienti s genitálními bradavicemi trpí úzkostí až depresí, pocítují obavy a strach, mají narušené sebevědomí a do jisté míry je narušené také jejich sociální fungování.

Dopad genitálních bradavic na sexuální život

Při vyhodnocování dotazníku CECA10 jsme se dále zaměřili na jeho sexuální dimenzi (CECA4). Průměrná hodnota skóre CECA4 je 10,88. V této dimenzi se nachází všechny nejnižší průměrné hodnoty jednotlivých tvrzení. Tzn., že s těmito tvrzeními respondentky nejvíce souhlasily. Průměrné hodnoty jednotlivých tvrzení jsou si velmi podobné. Nejnižších hodnot dosáhla tvrzení „Kvalita anebo frekvence mého pohlavního styku se snížila“ (2,63) a „Vyhýbám se pohlavnímu styku“ (2,67). Nejvyšší hodnoty (2,85) a tedy nejnižší míry shody dosáhlo tvrzení „Cítila jsem strach během pohlavního aktu“.

Je zajímavé, že se v této oblasti opět naše výsledky takřka shodují s autory Eriksson a kol. (2013). Uvádíme stejná tvrzení s nejnižšími i nejvyššími hodnotami. Naopak u tvrzení, u kterého jsme my a Eriksson a kol. (2013) dosáhli nejmenší míry shody, tak Woodhall a kol. (2008) a Guo a kol. (2018) dosáhli nejvyšší míry shody. Pokud se ale podíváme na jednotlivé hodnoty u všech uvedených tvrzení, jsou si velice podobné. Srovnání jednotlivých tvrzení uvádíme taktéž v tabulce 14.

Když se podíváme na průměrné hodnoty CECA4, zjistíme, že naše respondentky dosáhly takřka identického skóre jako respondentky studie autorů Mladenović Segedi a Bjelica (2019). Naše respondentky získaly 10,88 z maximálních 20 a jejich respondentky 10,81. Velmi podobné hodnoty dosáhly také respondentky ve studii autorů Tan a kol. (2014). Autoři uvádějí průměrné skóre pro CECA4 11,4. Respondentky autorů Domenech-Viñolas a kol. (2019) získaly skóre pro CECA4 44,1 z maximálních

100. Opět se všechny výsledky pohybují okolo střední hodnoty maximálního možného skóre. Buenconsejo a kol. (2019) uvádí celkové průměrné skóre pro CECA4 10,64. Pokud bychom měli jistotu, že vyhodnocení proběhlo dle originální skórovací stupnice, dalo by se tvrdit, že jejich výsledek je skoro totožný s naším. Tuto jistotu, jsme bohužel z jejich studie nezískali.

Pomocí dotazníku GRISS jsme dospěli k závěru, že ženy s genitálními bradavicemi prokazovaly sexuální nespokojenost oproti zdravým ženám ($p < 0,000001$). Nejvyšší průměrné skóre dosáhly ženy s genitálními bradavicemi u subškály Absence sexuální touhy (6,07). Nejvýznamnější statistický rozdíl mezi skupinami byl u subškály Sexuální nespokojenost ($p = 1 \times 10^{-15}$).

Dotazník GRISS žádné jiné dohledané studie nevyužily. Autoři si jako měřicí nástroje v této problematice zvolili jiné dotazníky. Všechny závěry jsou ale shodné.

Autorky El-Esawy a Ahmed (2017) využily dotazník FSFI (Female Sexual Function Index). U 98 % účastníků byla sníženým skóre FSFI odhalena sexuální dysfunkce ve všech aspektech ženské sexuální funkce. Nejvíce ovlivněné domény byly: touha, vzrušení, orgasmus, bolest, uspokojení a lubrikace.

Campaner a kol. (2013) použili pro svou brazilskou studii dotazník SQ-F (Sexual Quotient-Female Version questionnaire). Porovnávali sexuální kvocient mezi skupinou pacientek s genitálními bradavicemi a skupinou pacientek s CIN 2/3 (cervikální intraepiteliální neoplázie). Obě skupiny měly statisticky podobnou klasifikaci sexuálního kvocientu. Pacientky s kondylomaty ale častěji odpovídaly kladně na specifické otázky vztahující se ke změně sexuálního života (snížení frekvence styků, snížení orgasmu apod.). Závěrem studie tedy bylo, že genitální bradavice mají větší dopad na sexuální chování než CIN 2/3.

Dominiak-Felden a kol. (2013) využili ve své studii dotazník CSFQ (Sexual Functioning Assessment). Závěr jejich studie je, že respondentky s genitálními bradavicemi uváděly podobné problémy v sexuální oblasti jako respondentky s VIN2/3. Tyto problémy se týkaly oblastí: potěšení, touha/frekvence, touha/zájem a vzrušení.

Také již zmiňovaný dotazník HIP hodnotí jednu doménu, která spadá do této problematiky, a to doménu Sexuální dopad. Qi a kol. (2014) uvádějí doménu Sexuální dopad jako jednu ze dvou nejvíce ovlivněných genitálními bradavicemi. Úplně

k totožnému závěru došli Drolet a kol. (2011). I v jejich výzkumu byla doména Sexuální dopad jedna ze dvou nejvíce ovlivněných domén.

V porovnání s ostatními částmi diskuse, je tato část sice kratší, to ale neznamená, že problematika sexuálního života pacientů s genitálními bradavicemi není důležitá. Naopak. Výše zmíněné studie opět i přes to, že probíhaly v různých zemích a v různém časovém období a bylo užito více druhů specifických nástrojů měření, jasně dokázaly, že genitální bradavice mají negativní dopad na sexuální chování pacientů.

Faktory, které mají vliv na kvalitu života

V našem výzkumu jsme se zaměřili na několik proměnných v podobě klinických a sociodemografických dat, u kterých jsme se domnívali, že také mají do určité míry vliv na kvalitu života. Jednalo se o tyto proměnné: věk, vzdělání, zaměstnání, stálý sexuální partner, počet sexuálních partnerů za posledních 6 měsíců, rozsah lézí, délka onemocnění, recidiva a lokalizace kondylomat.

Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu jsme zjišťovali vzájemný vztah mezi zkoumanými faktory a jednotlivými položkami užitých dotazníků. K posouzení vlivu uvažovaných faktorů na celkové indexy / skóre dotazníku byla využita logistická regresní analýza, metoda stepwise - backward (kroková zpětná). Významná korelace byla zjištěna mezi některými položkami dotazníků a faktory věk, vzdělání, lokalizace, rozsah lézí a doba onemocnění. Logistickou regresí byly ale určeny pouze tři statisticky významné faktory, které mají vliv na kvalitu života a sexuální spokojenost. Jsou jimi věk, zaměstnání a rozsah lézí.

Věk

Z našich výsledků je jednoznačné, že vyšší věk respondentek negativně ovlivňoval kvalitu života žen s genitálními bradavicemi i bez nich. U cílové skupiny žen byl zjištěn signifikantní rozdíl u indexu celkového fyzického zdraví dotazníku SF-36 (OR: 0,751, $p = 0,021$), indexu celkového psychického zdraví dotazníku SF-36 (OR: 0,817, $p = 0,009$), celkového indexu dotazníku SF-36 (OR: 0,821, $p = 0,026$), celkového skóre dotazníku GRISS (OR: 0,917, $p = 0,019$) a u CECA6 (OR: 0,830, $p = 0,005$). U kontrolní skupiny žen byl tento rozdíl zjištěn u indexu celkového fyzického zdraví dotazníku SF-36 (OR: 0,703, $p = 0,019$), indexu celkového psychického zdraví

dotazníku SF-36 (OR: 0,813, $p = 0,012$), celkového indexu dotazníku SF-36 (OR: 0,578, $p = 0,013$) a celkového skóre dotazníku GRISS (OR: 0,803, $p = 0,001$). Výsledky dokazují, že čím je žena starší, tím u ní klesá šance na pozitivní hodnocení kvality života či sexuální spokojenosti. Např. pokud je hodnota OR u celkového indexu dotazníku SF-36 u cílové skupiny žen 0,821, znamená to, že šance na kladné hodnocení kvality života u ní za jeden rok klesne o 18 %. Věk je jeden z nejčastějších faktorů, které snižují kvalitu života. A ačkoliv jsou naše respondentky poměrně mladé (do 45 let), můžeme tvrdit, že i v našem případě je věk jeden z nejdůležitějších faktorů, který měl vliv na kvalitu života žen.

Taktéž korelací mezi věkem a jednotlivými dimenzemi / subškálami a indexy / skóre byl zjištěn statisticky významný vztah. Tento vztah byl ve většině případů v nepřímé úměře, což znamená, že čím vyšší věk, tím nižší počet dosažených bodů v dané oblasti. Pouze v korelaci s dotazníkem GRISS byl logicky tento vztah v přímé úměře. Tedy čím vyšší věk, tím také vyšší hodnota subškál a celkového skóre. Korelací byl zjištěn statisticky významný vztah opravdu se všemi korelovanými položkami jak u cílové tak u kontrolní skupiny. Jak je ale patrné z výsledků logistické regresní analýzy, statisticky významný vliv má věk pouze na některé sledované položky.

Také někteří autoři zahraničních studií zkoumali vliv věku na kvalitu života. Autoři Tan a kol. (2014) nezkoumali vliv věku na celkové skóre dotazníku SF-36, ale na jeho jednotlivé dimenze. Zjistili, že ženy mladší 30 let, vykazují statisticky významně snížené skóre u dimenze Omezení způsobené emočními problémy. Vriend a kol. (2014) a El-Esawy a Ahmed (2017) také zkoumali věk respondentek a jeho vliv na kvalitu života. Dospěli k totožným závěrům. Starší ženy toto onemocnění snášejí hůře a mají tak sníženou kvalitu života oproti mladším respondentkám.

Zaměstnání

Další sociodemografický faktor, který měl vliv na kvalitu života našich respondentek, bylo zaměstnání. Dle logistické regrese měl tento faktor vliv na celkové skóre dotazníku GRISS u kontrolní skupiny žen (OR: 9,460, $p = 0,024$) a na emocionální dimenzi dotazníku CECA10 (OR: 11,407, $p = 0,015$) u cílové skupiny žen. Znamená to tedy, že u zaměstnané ženy je větší pravděpodobnost, že danou oblast bude hodnotit kladně. Např. u zaměstnané ženy je zhruba 11,5 krát větší šance na kladné hodnocení

oblasti CECA6. Zaměstnanost tedy pozitivně ovlivňuje sexuální spokojenost u kontrolní skupiny žen a emocionální oblast života u cílové skupiny žen.

Pomocí korelace se neprokázal signifikantní vztah mezi faktorem zaměstnání a zkoumanými položkami. U kontrolní skupiny byla ve vztahu mezi zaměstnáním a všemi položkami dotazníku GRISS zjištěna nepřímá úměra, což naznačuje právě to, že pokud je žena nezaměstnaná zvyšuje se u ní skóre všech položek v GRISSu.

Rozsah lézí

Dalším identifikovaným faktorem byl rozsah lézí. Ten negativně ovlivňoval u cílové skupiny MCS dotazníku SF-36 (OR: 0,912, $p = 0,010$), celkový index dotazníku SF-36 (OR: 0,934, $p = 0,003$) a emocionální dimenzi dotazníku CECA10 (OR: 0,946, $p = 0,011$). Pokud opět uvedeme příklad, tak to znamená, že pokud se léze zvětší o jednu jednotku, tak šance na kladné hodnocení celkového indexu dotazníku SF-36 klesá zhruba o 7 %. I pro tento faktor platí, že čím větší rozsah lézí, tím nižší jednotlivé indexy dotazníku SF-36 a nižší skóre CECA6. Větší rozsah kondylomat tedy snižuje kvalitu života.

Taktéž mezi faktorem rozsah lézí a všemi položkami SF-36 a položkou CECA6 byl korelací zjištěn signifikantní vztah ve smyslu nepřímé úměry. Tedy, že čím větší rozsah, tím menší dosažení bodů v dané položce.

K podobným závěrům dospěli i jiné studie. Shi a kol. (2012) se ve svém výzkumu zaměřili mimo jiné na vliv počtu genitálních bradavic na kvalitu života. Stejně jako naše respondentky, i ty jejich úměrně vykazovaly nižší kvalitu života s vyšším počtem bradavic. Ke stejnému závěru došli i Vilata a kol. (2008). I u jejich respondentů byla prokázána snížená kvalita života v souvislosti s vyšším počtem a rozsahem genitálních bradavic. El-Esawy a Ahmed (2017) také dospěli k závěru, že počet / rozsah kondylomat má vliv na kvalitu života, ve smyslu čím více kondylomat, tím nižší kvalita života. Vriend a kol. (2014) také označují vyšší počet bradavic jako faktor, který u žen negativně ovlivňuje sexuální pohodu.

Jak bylo psáno výše u ostatních zkoumaných faktorů nebyl prokázán statisticky významný vliv na kvalitu života a sexuální spokojenost, ale mezi některými byla zjištěna významná korelace.

Jednalo se např. o faktor doba onemocnění, kdy byla zjištěna významná negativní korelace se všemi položkami dotazníku SF-36. Je tedy patrné, že čím déle žena onemocnění měla, tím dosahovala nižšího počtu bodů u dané položky dotazníku. El-Esawy a Ahmed (2017) ve svých závěrech uvádí, že čím déle se pacientky léčí, tím mají nižší kvalitu života. Drolet a kol. (2011) komparovali kvalitu života u pacientů, u kterých po 6 měsících stále genitální bradavice přetrvávaly a u pacientů, kteří měli po 6 měsících kondylomata zhojená. Zatím co, skupina se zhojenými kondylomaty vykazovala výrazné zlepšení v kvalitě života, tak skupina s přetrvávajícími kondylomaty vykazovala téměř totožné výsledky jako před 6 měsíci (tedy stále snížená kvalita života).

Další faktor, u kterého byl zjištěn signifikantní vztah s některými položkami dotazníků byla lokalizace kondylomat. Konkrétně u lokalizace na stydkých pyscích a v konečniku / anální oblasti, byla zjištěna významná negativní korelace se všemi položkami dotazníku SF-36. To znamená, že pokud se lokalizace vyskytla na daném místě, snížil se počet bodů u dané položky dotazníku. V některých případech byla zjištěna tato významná negativní korelace u lokalizace na hrázi. Na lokalizaci kondylomat a jejím vlivu na kvalitu života se zaměřili také Piñeros a kol. (2013). Tvrdí, že umístění kondylomat na zevním genitálu je jeden z faktorů, které negativně ovlivňují sexuální život žen. To se v našem případě neprokázalo a neprokázali jsme ani signifikantní vztah mezi lokalizací a jakoukoliv položkou dotazníku GRISS a CECA4. Salah (2018) se ve svém výzkumu zaměřil na komparaci kvality života mezi skupinami respondentů s genitálními bradavicemi a s extragenitálními bradavicemi (nohy, ruce, obličej). Dospěl k závěru, že výrazně nižší kvalitu života prokazovali pacienti s extragenitálními bradavicemi. Dodává ale, že naštěstí tyto bradavice nejsou spojeny s rizikem rakoviny děložního čípku, oproti genitálním bradavicím. Některé zahraniční studie dospěly k jiným závěrům. Nahidi a kol. (2018) neprokázali významnou korelaci mezi umístěním bradavic (genitální vs. anogenitální) a kvalitou života. Erdem a Özarmağan (2016) ve svém výzkumném šetření dokonce neshledali významnou korelaci mezi žádnou klinickou charakteristikou a kvalitou života.

U některých zkoumaných faktorů nebyla prokázána signifikantní korelace s jednotlivými položkami dotazníků ani statisticky významný vliv na jednotlivé indexy / skóre dotazníků. Jedná se o faktory vzdělání, stálý sexuální partner, počet sexuálních

partnerů za posledních 6 měsíců a recidiva. I těmito faktory se také zabývaly některé zahraniční studie.

Piñeros a kol. (2013) ve svém výzkumu zkoumali vliv vzdělání na kvalitu života. Zjistili, že lidé s vyšším vzděláním hůře snášejí přítomnost genitálních bradavic, tudíž mají sníženou kvalitu života oproti účastníkům s nižším vzděláním. Se stejnými výsledky přišli i Qi a kol. (2014). I oni tvrdí, že respondenti s genitálními bradavicemi s vyšším vzděláním měli sníženou kvalitu života oproti těm s nižším vzděláním. El-Esawy a Ahmed (2017) dospěli k totožným závěrům jako my – úroveň vzdělání nemá vliv na kvalitu života respondentů s genitálními bradavicemi. Ve srovnání se studiemi, které potvrdily vliv vzdělání, jsme měli o dost menší počet respondentek (60) a El-Esawy a Ahmed (2017) měli 50 respondentek, přičemž Qi a kol. (2014) měli přes 500 respondentů a Piñeros a kol. (2013) přes 300 respondentů. I to může být důvod, proč se ve svých závěrech odlišujeme. Je ale zajímavé, že u kontrolní skupiny žen se potvrdil významný vztah (ve smyslu nepřímé úměry) mezi vzděláním a sexuální spokojeností i přes takto malý počet respondentek.

Dle našich výsledků je patrné, že to, zda ženy mají stálého sexuálního partnera, nemá vliv na kvalitu života žen s genitálními bradavicemi ani na kvalitu života žen bez bradavic. Tan a kol. (2014) také zkoumali vliv tohoto faktoru a dospěli ke zjištění, že rozdíl v kvalitě života respondentek se stálým partnerem a bez něj je velmi malý, s výjimkou dimenze Vitalita.

Ženy, u kterých se genitální bradavice vyskytly opakovaně, nevykazovaly snížené skóre dotazníku GRISS, snížený celkový index dotazníku SF-36 ani snížené celkové skóre dotazníku CECA10. Tan a kol. (2014) ve své studii dospěli k podobným závěrům. Mezi ženami s recidivujícími bradavicemi a mezi ženami s první epizodou byly malé rozdíly ve všech dimenzích dotazníku SF-36. Za to Vriend a kol. (2014) označují recidivující onemocnění jako jeden z faktorů, který u žen negativně ovlivňuje sexuální pohodu.

I přes to, že jsme se při analýze významných faktorů zaměřili na vliv na celkové skóre / indexy dotazníků, oproti jiným autorům, kteří se zaměřili např. jen na celkové skóre jednoho dotazníku či jednotlivé domény / dimenze použitých dotazníků, tak se s nimi v převážné většině shodujeme.

Z výše uvedeného je jasné, že věk je nejvýznamnější sociodemografický faktor, který má vliv na kvalitu života žen i na jejich sexuální spokojenost.

U klinických faktorů se potvrdil negativní vliv pouze u rozsahu lézí. Větší rozsah negativně ovlivňuje kvalitu života nebo sexuální a emocionální oblast.

Musíme zde zmínit jednu zásadní proměnnou, kterou jsme při našem rešeršním šetření objevili. Jedná se o pohlaví. Autoři skoro všech studií, ve kterých byli účastníci muži a ženy, komparovali výsledky mezi těmito dvěma skupinami. Naprostá většina se shoduje v tom, že u žen je negativní dopad genitálních bradavic na kvalitu života mnohem významnější než u mužů (Drolet a kol., 2011; Erdem a Özarmağan, 2016; Guo a kol., 2018; Nahidi a kol., 2018; Piñeros a kol., 2013; Qi a kol., 2014; Shi a kol., 2012; Tan a kol., 2014; Vriend a kol., 2014; Woodhall a kol., 2008). Pouze Marra a kol. (2009) a Buenconsejo a kol. (2019) nezjistili mezi muži a ženami významný rozdíl a tvrdí, že jejich respondenti jsou kondylomaty ovlivnění stejně negativně. V některých studiích se můžeme také setkat s komparací mezi muži a ženami v oblasti sexuálního a emočního života. Z výsledků těchto studií je patrný větší negativní dopad genitálních bradavic na sexuální život mužů a emoční život žen (Dominiak-Felden a kol. 2013; Eriksson a kol. 2013; Guo a kol. 2018; Nahidi a kol. 2018; Tan a kol., 2014; Vilata a kol. 2008; Vriend a kol. 2014; Woodhall a kol. 2008). Potvrzuje se tedy známý fakt, že sexualita nehraje v životě ženy až tak významnou roli jako je tomu u mužů. Samozřejmě ale i sexuální život žen je touto nemocí negativně ovlivněn. Pouze studie autorů Domenech-Viñolas a kol. (2019) uvádí, že pomocí dotazníku HIP byla u mužů zjištěna mírně větší psychosociální zátěž genitálních bradavic než u žen.

Bohužel v našem výzkumném šetření figurují pouze ženy, tudíž takovou komparaci nemůžeme provést. Je to určitě jeden z limitů našeho výzkumu a bylo by zajímavé získat data i od českých mužů s genitálními bradavicemi.

Z našich výsledků nám dále vyvstává otázka, zda je dotazník GRISS vhodným měřicím nástrojem k hodnocení sexuální spokojenosti u žen s genitálními bradavicemi. Ač byla tímto dotazníkem prokázána významně nižší sexuální spokojenost u žen s genitálními bradavicemi oproti ženám bez nich, tak při analýze faktorů byl u cílové skupiny identifikován pouze věk, který má vliv na sexuální spokojenost. Naproti tomu u zdravých žen z kontrolní skupiny se prokázal významný vliv u faktorů věk a zaměstnání. U cílové skupiny nebyla shledána ani žádná významná korelace mezi

jednotlivými položkami dotazníku GRISS a uvažovanými faktory. Určitě se přikláníme k variantě, že už jen pouhá přítomnost genitálních bradavic významně snižuje sexuální spokojenost žen a uvažované klinické faktory jsou v jejich vnímání problému téměř bezvýznamné. Rozhodně by ale bylo vhodné provést další podrobnější analýzu sexuální oblasti s využitím více měřících nástrojů zaměřených na tuto oblast.

Limity výzkumu a doporučení pro další výzkumy

Jsme si vědomi několika limitů naší práce. 1. Výzkumné šetření probíhalo pouze na vybraných gynekologických ambulancích. 2. Velikost sledovaného vzorku respondentek je poměrně malá, ale na druhou stranu byla adekvátní k dosažení významných závěrů. 3. Naše studovaná populace je tvořena pouze ženami. 4. Užití nestandardizovaného dotazníku GRISS.

Vzhledem k těmto limitům nemůžeme výsledky zobecnit na celou českou populaci. Je tedy na místě, aby byla uskutečněna další studie, která zahrne větší vzorek respondentů a tento vzorek bude tvořen jak ženami, tak i muži. Optimální by bylo, kdyby respondenti pocházeli z různých míst napříč Českou republikou, nejen z vybraného regionu. Pokud by chtěli výzkumníci podrobněji hodnotit sexuální život respondentů, bylo by vhodné využít některý ze standardizovaných dotazníků, který je na tuto oblast zaměřen.

Pro odbornou veřejnost by bylo určitě zajímavé a užitečné vytvořit českou verzi dotazníku HIP a ověřit její validitu a reliabilitu. Mohla by se tak hodnotit kvalita života respondentů, nejen s genitálními bradavicemi, ale i s jinými HPV infekcemi, kterých se v české populaci vyskytuje podstatně více.

ZÁVĚR

V našem výzkumném šetření jsme zjišťovali kvalitu života žen s genitálními bradavicemi a komparovali jsme ji s kontrolní skupinou žen. K našim účelům bylo použito několik dotazníků (SF-36, GRISS, CECA10). Určili jsme si 3 cíle, které jsme výzkumným šetřením splnili a dvě hypotézy, které jsme ověřovali.

Prvním cílem našeho výzkumu bylo vytvořit českou verzi dotazníku CECA10 a vyhodnotit její validitu a reliabilitu u vybrané populace českých žen. Ke zjištění korelačního koeficientu souběžné validity české verze dotazníku CECA10 byla data hodnotící sexuální dimenzi porovnána s daty získanými dotazníkem GRISS (CECA4 vs. celkové skóre). Data, která hodnotí emocionální dimenzi, byla porovnána s daty z dotazníku SF-36, konkr. s jeho částí – indexem celkového psychického zdraví (CECA6 vs. MCS). Byla zjištěna velmi dobrá shoda mezi hodnocením pomocí celkového skóre GRISS a pomocí CECA4 ($r = -0,930$) a také mezi hodnocením pomocí MCS a pomocí CECA6 ($r = 0,950$). Pro ověření validity byla dále provedena faktorová analýza všech 10 proměnných (položek). Konstruován byl model se dvěma faktory. Struktura dotazníku přesně odpovídá dvěma uvažovaným doménám. Reliabilitu, jako vnitřní konzistenci položek, jsme zjišťovali pomocí Cronbachova alfa. Hodnoty Cronbachova alfa jsou 0,98 a 0,96 pro faktor CECA6 a CECA4. Byla potvrzena reliabilita jakožto vnitřní konzistence obou složek CECA10.

Vytvořili jsme českou verzi specifického dotazníku CECA10 pro hodnocení kvality života u pacientů s genitálními bradavicemi a podařilo se nám ověřit její reliabilitu a validitu u vybrané populace českých žen. První cíl práce byl tedy splněn.

Druhým cílem práce bylo pomocí dotazníku SF-36 komparovat kvalitu života mezi cílovou skupinou žen a kontrolní skupinou zdravých žen. K tomuto cíli se pojí první alternativní hypotéza: Skupina žen s genitálními bradavicemi bude mít signifikantně nižší celkový index kvality života naměřené dotazníkem SF-36 než kontrolní skupina zdravých žen. Výsledky, ke kterým jsme dospěli, podpořily tuto hypotézu. Ženy s genitálními bradavicemi mají nižší kvalitu života než ženy bez bradavic (p hodnota pro celkový index dotazníku SF-36 je 0,0001). Na základě těchto výsledků můžeme zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní hypotézy a konstatovat, že druhý cíl jsme také splnili.

Zároveň jsme vyhodnocením dotazníku SF-36 odhalili signifikantní rozdíly mezi zkoumanými skupinami žen, a to téměř ve všech dimenzích a indexech ($p < 0,001$). Pouze u dimenze Fyzická aktivita byla p hodnota vyšší, ale těsně se přibližovala k 5% hladině významnosti.

Třetím cílem bylo pomocí dotazníku GRISS komparovat sexuální spokojenost mezi cílovou skupinou žen a kontrolní skupinou zdravých žen. I k tomuto cíli se pojí alternativní hypotéza, a to, že skupina žen s genitálními bradavicemi bude mít signifikantně vyšší skóre sexuální spokojenosti naměřené dotazníkem GRISS než kontrolní skupina zdravých žen. Opět můžeme tvrdit, že naše výsledky tuto hypotézu podpořily. Ženy s genitálními bradavicemi jsou více nespokojené se svým sexuálním životem oproti ženám bez genitálních bradavic (p hodnota celkového skóre dotazníku GRISS je $< 0,0000001$). I v tomto případě můžeme zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní hypotézy. Také třetí cíl práce jsme splnili.

Taktéž v tomto případě jsme vyhodnocením dotazníku GRISS odhalili signifikantní rozdíly mezi zkoumanými skupinami žen, a to u všech subškál a celkového skóre.

Proto jsme komparací výsledků dotazníků SF-36 a GRISS mezi oběma zkoumanými skupinami došli k jednoznačnému závěru, a to, že genitální bradavice mají negativní dopad na kvalitu života. Zkoumaný vzorek žen s genitálními bradavicemi vykazoval pomocí SF-36 sníženou kvalitu života, nejvíce byla zhoršena oblast Vitality. Ženy s genitálními bradavicemi také vykazovaly výrazně horší výsledky v kvalitě sexuálního života oproti kontrolní skupině (dotazník GRISS). Největší statisticky významný rozdíl byl zjištěn v subškále Celkové sexuální nespokojenosti. Snížení kvality sexuálního života potvrdilo také nízké skóre CECA4.

Naším výzkumným šetřením jsme dále identifikovali nejvýznamnější faktory, které měly vliv na kvalitu života vybrané populace žen. Tyto faktory jsou: věk, zaměstnání a rozsah lézí. Věk se projevil jako faktor, který měl vliv na všechny zkoumané položky dotazníků jak v cílové, tak i v kontrolní skupině žen. Obecně se dá říci, že čím žena dosahuje vyššího věku, tím u ní klesá šance na pozitivní hodnocení kvality života či jeho sexuální stránky. Vyšší věk tedy negativně ovlivňoval celkovou kvalitu života, sexuální i emocionální oblast života zkoumaných žen. Faktor zaměstnání se projevil jako signifikantní pouze v případě emocionální oblasti dotazníku CECA10

u cílové skupiny žen a v případě sexuální nespokojenosti u kontrolní skupiny žen. Opět můžeme tvrdit, že pokud je žena nezaměstnaná, klesá se u ní šance na pozitivní hodnocení daných oblastí. Tedy zaměstnanost pozitivně ovlivňuje emocionální život žen z cílové skupiny a sexuální život žen z kontrolní skupiny. U cílové skupiny žen byl identifikován jako významný faktor rozsah lézí. Ovlivňoval u nich celkový index psychického zdraví dotazníku SF-36, celkový index dotazníku SF-36 a opět emocionální oblast (CECA6). Lze tedy tvrdit, že čím větší rozsah lézí žena má, tím u ní opět klesá šance na pozitivní hodnocení těchto položek. Takže platí, že větší rozsah lézí negativně ovlivňuje kvalitu emocionálního života žen s genitálními bradavicemi.

V české klinické praxi doposud neexistuje studie, která by zjišťovala úroveň kvality života u pacientů s genitálními bradavicemi a která by se zabývala tvorbou specifického měřicího nástroje, který by šel aplikovat na pacienty s genitálními bradavicemi. Kvalita života těchto pacientů by se dala samozřejmě hodnotit i generickými měřicími nástroji, my jsme se ale rozhodli vytvořit českou verzi dotazníku CECA10, který je zaměřen výhradně na pacienty s genitálními bradavicemi. Česká verze CECA10 tak budoucím výzkumům umožní mezinárodní srovnávání s dalšími studii. Jak už ale bylo výše napsáno, bylo by vhodné českou verzi dotazníku CECA10 validizovat na reprezentativnějším vzorku respondentů. Pro získání objektivních výsledků by měli být mezi respondenty nejenom ženy, ale i muži.

Lze říci, že dotazník CECA10 je vhodným nástrojem pro hodnocení kvality života žen s genitálními bradavicemi. Je velmi dobře srozumitelný a snadno a rychle se vyplňuje. Výsledky se vyhodnocují jednoduše a snadno se i interpretují.

Výsledky tohoto výzkumu dokazují, že genitální bradavice nemají vliv pouze na celkovou kvalitu života a sexuální spokojenost, ale mají škodlivý dopad také na emocionální a psychickou oblast (nízké skóre CECA6, signifikantní rozdíly především v psychické složce dotazníku SF-36).

Petráš a Adámková (2015) ve svém článku uvádějí, že kvůli chronické povaze tohoto onemocnění, vyvíjí kondylomata velký psychologický tlak na pacienty, což u nich způsobuje snížení kvality života a změny v jejich sexuálním a emočním životě. Je nezbytné, aby se lékaři, ale i ostatní zdravotníci podíleli především na prevenci tohoto onemocnění, zejména na edukaci v oblasti bezpečného sexuálního chování a v oblasti vakcinace. Dále je velmi důležité nezaměřovat se pouze na léčbu bradavic, ale zároveň

také sledovat, jaké dopady má dané onemocnění na klientův život a změny v něm. Léčba by tedy měla být komplexní. Pacientkám by měl být při jejich léčbě k dispozici také psycholog, popř. i sexuolog.

Jak už jsme psali výše, v České republice doposud neexistuje studie, která by zjišťovala úroveň kvality života u pacientů s genitálními bradavicemi. V našem případě se tedy jedná o orientační výzkum, který by měl získat vhled do daného problému a zorientovat se v dané oblasti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BADIA, X, COLOMBO, JA, LARA, N, LLORENS, MA, OLMOS, L, SAINZ, M, et al. 2005. Combination of qualitative and quantitative methods for developing a new Health Related Quality of Life measure for patients with anogenital warts. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 2005 [cit. 2019-04-20]; 3(1): 24-30. Dostupné z: <http://www.hqlo.com/content/3/1/24>

BENCKO, V, HNILICOVÁ, H, KLEIN, O. 2005. Quality of Life, Sustainable Future and Medical Education. *Central Europe Journal of Public Health*; 13(3): 112-116.

BERGSMA, J, ENGEL, GL. 1988. Quality of Life: does measurement help? *Health Policy*; 10(3): 267-279.

BRADLEY, C. 2006. Feedback on the FDA's February 2006 draft guidance on Patient Reported Outcome (PRO) measures from a developer of PRO measures. *Quality of Life Research*; 4(78): 7-8.

BUENCONSEJO, L, KOTHARI-TALWAR, S, YEE, K, KULKARNI, A, LARA, N, ROSET, M, et al. 2019. Estimating the burden of illness related to genital warts in the Philippines: a nationally representative cross-sectional study. *Infectious Agents and Cancer* [online]. 2019 [cit. 2020-01-15]; 14(1): 26. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/336320248_Estimating_the_burden_of_illness_related_to_genital_warts_in_the_Philippines_a_nationally_representative_cross-sectional_study

CABRNOCHOVÁ, H. 2018. Význam očkování, vývoj očkovacího kalendáře a novinky v roce 2018. Přednáška. Publikováno na semináři PSP ČR Mýty a fakta o očkování 22. 10. 2018.

CAMPANER, AB, JUNIOR, NV, GIRALDO, PC, PASSOS, MRL. 2013. Adverse Psychosexual Impact Related to the Treatment of Genital Warts and Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Sex Transm Dis* [online]. 2013 [cit. 2019-04-20]; (1): ns. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/258391082_Adverse_Psychosexual_Impact_Related_to_the_Treatment_of_Genital_Warts_and_Cervical_Intraepithelial_Neoplasia

CIBULA, D, PETRUŽELKA, L. 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-2665-6.

Center for Disease Control and Prevention. 2000. *Measuring Health Days*. Atlanta: CDC.

DISMAN, M. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, ISBN 80-246-0139-7.

DOMENECH-VIÑOLAS, M, LEÓN-MALDONADO, L, RAMÍREZ-PALACIOS, P, FLORES, YN, GRANADOS-GARCÍA, V, BROWN, B, et al. 2019. Incidence, psychosocial burden, and economic impact of genital warts in Mexico. *Salud Publica Mex* [online]. 2019 [cit. 2020-01-15]; 60(6): 624-632. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30699267>

DOMINIAC-FELDEN, G, COHET, C, ATRUX-TALLAU, S, GILET, H, TRISTRAM, A, FIANDER, A. 2013. Impact of human papillomavirus-related genital diseases on quality of life and psychosocial wellbeing: results of an observational, health-related quality of life study in the UK. *BMC Public Health* [online]. 2013 [cit. 2019-04-20]; 13(1): 1065. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/258443027_Impact_of_human_papillomavirus-related_genital_diseases_on_quality_of_life_and_psychosocial_wellbeing_Results_of_an_observational_health-related_quality_of_life_study_in_the_UK

DROLET, M, BRISSON, M, MAUNSELL, E, FRANCO, EL, COUtlÉE, F, FERENCZY, A, et al. 2011. The impact of anogenital warts on health-related quality of life: a 6-month prospective study. *Sex Transm Dis* [online]. 2011 [cit. 2019-04-20]; 38(10): 949-956. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/51658405_The_Impact_of_Anogenital_Warts_on_Health-Related_Quality_of_Life_A_6-Month_Prospective_Study

EL-ESAWY, FM, AHMED, HM. 2017. Effect of Genital Warts on Female Sexual Function and Quality of Life: An Egyptian Study. *Hum Androl* [online]. 2017 [cit. 2020-01-15]; 7(2): 58-64. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/322996624_Effect_of_Genital_Warts_on_Female_Sexual_Function_and_Quality_of_Life_An_Egyptian_Study

ERDEM Y, ÖZARMAĞAN G. 2016. Evaluation of the quality of life in patients with genital warts. *Arch Turkish Derm Venerol* [online]. 2016 [cit. 2019-04-20]; 50(1): 21-24. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/300375042_Evaluation_of_the_quality_of_life_in_patients_with_genital_warts

ERIKSSON, T, TORVINEN, S, WOODHALL, SC, LEHTINEN, M, APTER, D, HARJULA, K, et al. 2013. Impact of HPV16/18 vaccination on quality of life: a pilot study. *Eur J Contracept Reprod Health Care* [online]. 2013 [cit. 2019-04-20]; 18(5): 364-371. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13625187.2013.801953?journalCode=iejc20>

FAIT, T, DVOŘÁK, V, SKŘIVÁNEK, A, ROKYTA, Z, PILKA, R. 2012. Epidemiologie genitálních bradavic mezi ženami v České republice. *Česká gynekologie* [online]. 2012 [cit. 2016-06-02]; 77(4): 360-363. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/en/journals/czech-gynaecology/2012-4-1/epidemiologie-genitalnich-bradavic-mezi-zenami-v-ceske-republice-38915>

FLANAGAN, JC. 1978. A research approach to improving our quality of life. *American Psychology*; 33: 138-147.

FERJENČÍK, J. 2010. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-815-9.

FREITAG, P. 1998. *Papillomavirové infekce v gynekologii*. Praha: Triton, ISBN 80-85875-93-4.

GUO, X, WU, X, GUO, A, ZHAO, Y. 2018. Reliability and validity of the Chinese CECA10 questionnaire for Chinese patients with condyloma acuminata. *Med* [online]. 2018 [cit. 2019-04-20]; 97(9): e9917. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/323489320_Reliability_and_validity_of_the_Chinese_CECA10_questionnaire_for_Chinese_patients_with_condyloma_acuminata

HAASE, JE, BRADEN, JB. Conceptualization and Measurement Quality of Life and Related Concepts: Guidelines for Clarity. In: KING, CR, HINDS, PS. 2003. Quality of Life. From Nursing and Patient Perspective. Theory. Practice. Research. 2nd printing. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, p. 65-92.

HAMŠÍKOVÁ, E. 2006. Imunologie papillomaviru. *Moderní gynekologie a porodnictví*; 15(4): 595-599.

HAMŠÍKOVÁ, E. 2007. Papilomaviry a jejich role v patogenezi karcinomu děložního hrdla. *Remedia*; 17(5): ns.

HNILICOVÁ, H. 2003. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. *Zdravotnické noviny* [online]. 2003 [cit. 2016-05-20]; 5: 27-30. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/kvalita-zivota-a-jeji-vyznam-pro-medicinu-a-zdravotnictvi-151408>

HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: PAYNE, J, a kol. 2005. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, s. 205-2016. ISBN 80-7254-657-0.

HOLÁSEK, M. 2014. Dvoudávkové očkovací schéma bivalentní vakcíny proti HPV. *Očkování a cestovní medicína*. 05(2): 7-9.

HPVinfo. Genitální bradavice = condylomata acuminata. [online], [cit. 2016-05-15]; Dostupné z: <http://hpvinfo.cz/bradavice-genitalni-kondylomata>

JEYNES, C, CHUNG, MC, CHALLENGOR, R. 2009. 'Shame on you' - the psychosocial impact of genital warts. *Int J STD AIDS* [online]. 2009 [cit. 2019-04-20]; 20(8): 557-560. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1258/ijsa.2008.008412>

KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, ISBN 80-7178-632-2.

KEŠICKÝ, D, KEŠICKÁ, M, NOVOTNÝ, V. 2010. Analýza sexuálnej poruchy u pacientov s depresiou použitím Arizona sexual experience scale (ASEX) a Golombokova-Rustova dotazníka sexuálnej spokojnosti (GRISS). *Česká a slovenská Psychiatrie* [online]. 2010 [cit. 2017-05-20]; 106(2): 76-80. Dostupné z:

<http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=25KOHOUTEK>, R. 2009. Prevence, psychoterapie a duševní hygiena. *Psychologie v teorii a praxi* [online]. 2009 [cit. 2016-05-15]; Dostupné z <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0912/prevence-psychoterapie-a-dusevni>

KOTKOVÁ, P. 2012. *Sexuální funkce žen s Parkinsonovou nemocí*. Praha: Univerzita Karlova [online]. 2012 [cit. 2017-05-20]; Disertační práce. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/115164/>

KOUPIDIS, AS, NICOLAIDOU, E, HADJIVASSILIOU, M, BELLOS, S, SKAPINAKIS, P, STEFANAKI, CH. 2011. Health related quality of life in patients with anogenital warts. *Health Qual Life Outcomes* [online]. 2011 [cit. 2020-01-15]; 9: 67-71. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/51575806_Health_related_quality_of_life_in_patients_with_anogenital_warts

KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, ISBN 80-247-0179-0.

KUBÁTOVÁ, H. 2010. *Sociologie životního způsobu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-2456-0.

LACO, J. 2012. *Lidské papilomaviry a jejich úloha v etiopatogenezi dlaždicobuněčného karcinomu dutiny ústní a orofaryngu*. 1. vyd. Praha: Galén, ISBN 978-807-2628-742.

MASLOW, AH. 1970. *Motivation and Personality*. 2. vyd. New York: Harper and Row Publishers, ISBN neuvedeno.

MARRA, C, OGILVIE, G, GASTONGUAY, L, COLLEY, L, TAYLOR, D, MARRA, F. 2009. Patients With Genital Warts Have a Decreased Quality of Life. *Sexually Transmitted Infection* [online]. 2009 [cit. 2016-04-20]; 36(4): 258-266. Dostupné z: <http://sti.bmj.com/content/85/2/111.full.pdf+html?sid=e899b51c-83f5-4a24-b3cf-834374c0b391>

MAREŠ, J. Problémy s pojetím pojmu kvalita života a s jeho definováním. In: MAREŠ, J, a kol. 2006. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. vyd. Brno: MSD, s. 11-28. ISBN 80-86633-65-9.

MAŠATA, J, JEDLIČKOVÁ, A. 2006. *Infekce v gynekologii*. Praha: Maxford, ISBN 80-7345-107-7.

MILOTINSKÝ, S. 2014. *Dotazník sexuální spokojenosti GRISS*. Brno: Masarykova univerzita [online]. 2014 [cit. 2017-05-20]; Seminární práce. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1423/podzim2014/PSY402/51480429/GRISS_-_milotinsky.pdf

MISHRA, GD, BROWN, WJ, DOBSON, AJ. 2003. Physical and Mental Health: Changes During Menopause Transition. *Quality of Life*; 12: 405-412.

MLADENOVIĆ SEGEDI, L, BJELICA, A. 2019. The quality of life of women with genital warts. *Med pregl* [online]. 2019 [cit. 2020-01-15]; 72(3-4): 61-65. Dostupné z: <http://www.doiserbia.nb.rs/Article.aspx?id=0025-81051904061M#.XmgiHkpCfIU>

MORTENSEN, GL, LARSEN, HK. 2010. The quality of life of patients with genital warts: a qualitative study. *BMC Public Health* [online]. 2010 [cit. 2019-04-20]; 10: 113-120. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/41806585_The_quality_of_life_of_patients_with_genital_warts_A_qualitative_study

NAHIDI, M, NAHIDI, Y, SAGHEBI, A, KARDAN, G, JARAHI, L, AMINZADEH, B, et al. 2018. Evaluation of Psychopathology and Quality of Life in Patients with Anogenital Wart Compared to Control Group. *IJMS* [online]. 2018 [cit. 2019-04-20]; 43(1): 65-69. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/322464973_Evaluation_of_Psychopathology_and_Quality_of_Life_in_Patients_with_Anogenital_Wart_Compared_to_Control_Group

Národní referenční laboratoř pro papillomaviry. [online]. Poslední změna: 3.11.2009 16:28 [cit. 2016-05-20]; Dostupné z: <http://papillomavirus.cz/historie.html>

ONDRYÁŠOVÁ, H, KOUDELÁKOVÁ, V, HAJDŮCH, M. 2013. Karcinom cervixu – možnosti detekce lidského papilomaviru. *Česká gynekologie* [online]. 2013 [cit. 2017-05-20]; 78(3): 289–294. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/en/journals/czech-gynaecology/2013-3/karcinom-cervixu-moznosti-detekce-lidskeho-papilomaviru-40981>

- PETRÁŠ, M, ADÁMKOVÁ, V. 2015. Rates and predictors of genital warts burden in the Czech population. *Int J Infect Dis* [online]. 2015 [cit. 2019-04-20]; 35: 29-33. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/274966087_Rates_and_predictors_of_genital_warts_burden_in_the_Czech_population
- PILKA, R, DVOŘÁK, V, FAIT, T. 2011. Genitální bradavice a HPV vakcinace. *Česká gynekologie* [online]. 2011 [cit. 2017-04-17]; 76(6): 468-470. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2011-6/genitalni-bradavice-a-hpv-vakcinace-36968>
- PIÑEROS M, HERNÁNDEZ-SUÁREZ G, ORJUELA L, VARGASS JC, PÉREZ G. HPV knowledge and impact of genital warts on self esteem and sexual life in Colombian patients. *BMC Public Health* [online]. 2013 [cit. 2016-04-20]; 13(1): 272-276. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/272>
- PLUTA, M, UNZEITIG, V. 2010. HPV asociované gynekologické léze v dospělém věku. *Remedia*; 20(4): 243-247.
- QI, SZ, WANG, SM, SHI, JF, WANG, QQ, CHEN, XS, SUN, LJ, et al. 2014. Human papillomavirus-related psychosocial impact of patients with genital warts in China: a hospital-based cross-sectional study. *BMC Publ Health* [online]. 2014 [cit. 2019-04-20]; 14: 739. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/264126698_Human_papillomavirus-related_psychosocial_impact_of_patients_with_genital_warts_in_China_A_hospital-based_cross-sectional_study
- ROB, F, KRUŽICOVÁ, Z, VAŇOUSOVÁ, D, HERCOGOVÁ J. 2014. Condylomata accuminata (genitální bradavice). *Česká gynekologie* [online]. 2014 [cit. 2017-04-17]; 79(5): 399-406. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2014-5-1/condylomata-acuminata-genitalni-bradavice-50527>
- ROZTOČIL, A, BARTOŠ, P, ČEPICKÝ, P, HLAVÁČKOVÁ, L, KEPÁK, J, PESCHOUT, R, a kol. 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-2832-2.

SALAH, E. 2018. Impact of multiple extragenital warts on quality of life in imine-competent Egyptian adults: a komparative boss-sectional study. *Clin Cosmet Investig Dermatol* [online]. 2018 [cit. 2020-01-15]; 11: 289-295. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6001836/>

SHI, JF, KANG, DJ, QI, SZ, WU, HY, LIU, YCH, SUN, LJ, et al. 2012. Impact of genital warts on health related quality of life in men and women in mainland China: a multicenter ospital-basedcross-sectional study. *BMC Public Health* [online]. 2012 [cit. 2016-04-20]; 12(1): 153-158. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/153>

SLOVÁČEK, L, a kol. 2004. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *VZL*; 73(1): 6-9.

SLOVÁČEK, L, a kol. 2005. Kvalita života onkologicky nemocných: koncepční model, možnosti měření. *VZL*; 74(4-5): 180-182.

ŠÁMALOVÁ, L. 2013. Nové trendy v léčbě kondylomat. *Medical Tribune, tribuna lékařů a zdravotníků* [online]. 2013 [cit. 2016-05-15]; Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/31439-nove-trendy-v-lecbe-kondylomat>

ŠŤASTNÁ, L. 2008. Dotazník SF 36. *Klinika adiktologie* [online]. 2008 [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/1366/Dotaznik-SF-36>

TACHEZY, R. 2006. Epidemiologie genitální papillomavirové infekce ve světě a ČR. *Moderní gynekologie a porodnictví*; 15(4): 589-594.

TAN, LS, CHIO, MTW, SEN, P, LIM, YK, NG, J, et al. 2014. Assessment of psychosocial impact of genital warts among patients in singapore. *Sexual Health* [online]. 2014 [cit. 2020-03-20]; 11(4): 313-318. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1759338185?accountid=16287>

TURYNA, R, SLÁMA, J. 2010. *Kolposkopie děložního hrdla*. Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-679-3.

University Toronto. *The quality of life model*. [online] [cit. 2017-06-20]. Dostupné z: <http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>>

URBÁNEK, T. 2002. *Základy psychometriky*. Brno: Masarykova univerzita, ISBN 80-210-2797-5.

VAĎUROVÁ, H, MÜHLPACHR, P. 2005. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, ISBN 80-210-3754-7.

VAŇÁSKOVÁ, E. 2005. Testování v neurorehabilitaci. *Neurologie pro praxi* [online]. 2005 [cit. 2018-12-09]; 29(6): 311-314. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/neu/2005/06/06.pdf>

VEENHOVEN, R. 2000. The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies*; 1(1): 1-39.

VÉVODOVÁ, Š, VÉVODA, J. Metodologie kvantitativního výzkumu. In: VÉVODOVÁ, Š, IVANOVÁ, K, a kol. 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého, s. 47–86. ISBN 978-80-244-4770-4.

VILATA, JJ, VARELA, JA, OLMOS, L, COLOMBO, JA, LLORENS, MA, SAINZ, M, et al. 2008. Validation and Clinical Use of the CECA, a Disease-specific Quality of Life Questionnaire for Patients with Anogenital Condylomata Acuminata. *Acta Dermato-Venereologica* [online]. 2008 [cit. 2016-04-20]; 88(3): 257–262. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=10&sid=ee8f636a-8d7a-4445-befe-cd6fbbcaad93%40sessionmgr4004&hid=4113&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZH MtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=32758864>

VONKA, V. 2006. Etiologie karcinomu děložního čípku – cesta k jejímu objasnění. *Moderní gynekologie a porodnictví*; 15(4): ns.

VRIEND, HJ, NIEUWKERK, PT, VAN DER SANDE, MA. 2014. Impact of genital warts on emotional and sexual well-being differs by gender. *International Journal of STD & AIDS* [online]. 2014 [cit. 2016-04-20]; 25(13): 949–955. Dostupné z: <http://std.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/0956462414526706>

WARE, JE. 1995. The Status of Health Assessment 1994. *An Rev Pub Health.*; 16: 327-354.

WHEELER, C. M. 2013. The natural history of cervical human papillomavirus infections and cervical cancer. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*; 40(2): ns.

WOODHALL, S, RAMSEY, T, CAI, C, CROUCH, S, JIT, M, BIRKS, Y, et al. 2008. Estimation of the impact of genital warts on healthrelated quality of life. *Sexually Transmitted Infection* [online]. 2008 [cit. 2016-04-20]; 84(3): 161-166. Dostupné z: <http://sti.bmj.com/content/84/3/161.full.pdf+html>

ZÁHUMENSKÝ, J, JILICH, D, VAŇOUSOVÁ, D. 2005. *Základy moderní venerologie: učebnice pro mezioborové postgraduální vzdělávání*. Praha: Maxdorf, ISBN 978-80-7345-429-6.

ZVÁRA, K. 2002. Měření reliability aneb Bacha na Cronbacha. *Informační bulletin České statistické společnosti* [online]. 2002 [cit. 2018-04-20]; 13(2): 13-20. z: <http://www.statspol.cz/bulletiny/ib-02-2.pdf>.

SEZNAM PŘÍLOH

1. Dotazníková baterie pro cílovou skupinu
2. Dotazníková baterie pro kontrolní skupinu
3. Souhlas etické komise s výzkumným šetřením
4. Grafy znázorňující sílu testu odhadu
5. Grafy znázorňující rozložení dat pro celkový index kvality života u obou zkoumaných skupin
6. Grafy znázorňující rozložení dat pro celkový index kvality života u obou zkoumaných skupin

Příloha č. 1 Dotazníková baterie pro cílovou skupinu

Vážená slečno / paní,

pracuji jako odborný asistent na Fakultě zdravotnických studií Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem. Zároveň jsem studentkou třetího ročníku doktorského studia oboru Ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Jako téma své disertační práce jsem si zvolila Kvalitu života žen s condyloma accuminata. Ve své práci bych ráda porovнала kvalitu života žen s condyloma accuminata a kvalitu života zdravých žen (bez tohoto onemocnění). Proto se obracím právě na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je dobrovolný, anonymní a výsledky výzkumného šetření budou sloužit pouze k vědeckým účelům (prezentace výsledků v odborných časopisech a na odborných konferencích).

Děkuji za Váš čas a přeji příjemný den.

Mgr. Hamanová Alena

Vámi zvolené odpovědi zakroužkujte.

Tento dotazník vyplňuji dobrovolně a dávám tím souhlas s anonymní účastí ve výzkumném šetření.

ANO

NE

SF-36

V této části dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi mohou určit, jak se cítíte a jak dobře se Vám daří zvládat obvyklé činnosti. Odpovězte na každou otázku tak, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jista, jak odpovědět, odpovězte, jak nejlépe umíte. Avšak nepřemýšlejte nad dotazy příliš dlouho, jelikož bezprostřední odpověď bývá obvykle nejužitečnější. Vždy zakroužkujte **jen jednu odpověď**.

1. Řekla byste, že Vaše zdraví je celkově:

| | | | | |
|------------|----------------|----------|----------------|-----------|
| 1) Výborné | 2) Velmi dobré | 3) Dobré | 4) Dostačující | 5) Špatné |
|------------|----------------|----------|----------------|-----------|

2. Jak byste ohodnotila své zdraví DNES ve srovnání se stavem PŘED PŮL ROKEM?

| |
|--|
| 1) MNOHEM LEPŠÍ než před půl rokem. |
| 2) Poněkud LEPŠÍ než před půl rokem. |
| 3) Přibližně STEJNÉ jako před půl rokem. |
| 4) Poněkud HORŠÍ než před půl rokem. |
| 5) MNOHEM HORŠÍ než před půl rokem. |

3. Následující otázky se týkají činnosti, které vykonáváte během svého typického dne. Omezují Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

| | | | |
|--|-----------------------|------------------------|------------------------|
| a) Usilovná činnost jako běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů? | 1. Ano, omezuje hodně | 2. Ano, omezuje trochu | 3. Ne, neomezuje vůbec |
| b) Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, volná jízda na kole? | 1. Ano, omezuje hodně | 2. Ano, omezuje trochu | 3. Ne, neomezuje vůbec |
| c) Zvedání nebo nošení běžného nákupu? | 1. Ano, omezuje hodně | 2. Ano, omezuje trochu | 3. Ne, neomezuje vůbec |
| d) Vyjít po schodech několik pater ? | 1. Ano, omezuje hodně | 2. Ano, omezuje trochu | 3. Ne, neomezuje vůbec |
| e) Vyjít po schodech jedno patro? | 1. Ano, omezuje hodně | 2. Ano, omezuje trochu | 3. Ne, neomezuje vůbec |
| f) Předklon, shýbání, poklek? | 1. Ano, omezuje hodně | 2. Ano, omezuje trochu | 3. Ne, neomezuje vůbec |
| g) Chůze více než jeden a půl kilometru ? | 1. Ano, omezuje hodně | 2. Ano, omezuje trochu | 3. Ne, neomezuje vůbec |
| h) Chůze po ulici několik set metrů ? | 1. Ano, omezuje hodně | 2. Ano, omezuje trochu | 3. Ne, neomezuje vůbec |
| i) Chůze po ulici sto metrů ? | 1. Ano, omezuje hodně | 2. Ano, omezuje trochu | 3. Ne, neomezuje vůbec |
| j) Samostatné koupání nebo oblékání bez pomoci další osoby? | 1. Ano, omezuje hodně | 2. Ano, omezuje trochu | 3. Ne, neomezuje vůbec |

4. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci nebo běžné denní činnosti v posledních **4 týdnech** kvůli **tělesným zdravotním potížím**?

| | | |
|---|--------|-------|
| a) Zkrátil se čas , který jste věnovala práci nebo činnosti? | 1. ano | 2. ne |
| b) Udělal jste méně , než jste chtěla? | 1. ano | 2. ne |
| c) Byla jste omezena v druhu práce nebo jiných činností? | 1. ano | 2. ne |
| d) Měla jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musela vynaložit zvláštní úsilí)? | 1. ano | 2. ne |

5. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci nebo běžné denní činnosti v posledních **4 týdnech** kvůli **emocionálním potížím** (např. pocit deprese nebo úzkosti)?

| | | |
|--|--------|-------|
| a) Zkrátil se čas , který jste věnovala práci nebo činnosti? | 1. ano | 2. ne |
| b) Udělal jste méně , než jste chtěla? | 1. ano | 2. ne |
| c) Byla jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorná než obvykle? | 1. ano | 2. ne |

6. Do jaké míry bránily Vaše **tělesné nebo emocionální potíže** Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních **4 týdnech**?

| | | | | |
|-------------|-----------|------------|-----------------|----------------|
| 1) Vůbec ne | 2) Trochu | 3) Středně | 4) Poměrně dost | 5) Velmi silně |
|-------------|-----------|------------|-----------------|----------------|

7. Jak velké **bolesti** jste měla v **posledních 4 týdnech**?

| | | | | | |
|----------|----------------|----------|------------|----------|----------------|
| 1) Žádné | 2) Velmi mírné | 3) Mírné | 4) Střední | 5) Silné | 6) Velmi silné |
|----------|----------------|----------|------------|----------|----------------|

8. Do jaké míry Vám **bolesti** bránily v práci (v zaměstnání i doma) v **posledních 4 týdnech**?

| | | | | |
|-------------|-----------|------------|-----------------|----------------|
| 1) Vůbec ne | 2) Trochu | 3) Středně | 4) Poměrně dost | 5) Velmi silně |
|-------------|-----------|------------|-----------------|----------------|

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v předchozích týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítila.

Jak často v předchozích **4 týdnech**.....

| | | | | | | |
|---|-------------|--------------------|------------------|-------------|---------------|-------------|
| a) Jste se cítila plna elánu | 1. Pořád | 2. Většinu času | 3. Dost často | 4. Občas | 5. Málokdy | 6. Nikdy |
| b) Jste byla velmi nervózní | 1. Pořád | 2. Většinu času | 3. Dost často | 4. Občas | 5. Málokdy | 6. Nikdy |
| c) Jste měla takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit | 1. Pořád | 2. Většinu času | 3. Dost často | 4. Občas | 5. Málokdy | 6. Nikdy |
| d) Jste pociťovala klid a pohodu | 1. Pořád | 2. Většinu času | 3. Dost často | 4. Občas | 5. Málokdy | 6. Nikdy |
| e) Jste měla hodně energie | 1. Pořád | 2. Většinu času | 3. Dost často | 4. Občas | 5. Málokdy | 6. Nikdy |
| f) jste pociťovala pesimismus a smutek | 1. Pořád | 2. Většinu času | 3. Dost často | 4. Občas | 5. Málokdy | 6. Nikdy |
| g) Jste se cítila vyčerpaná | 1. Pořád | 2. Většinu času | 3. Dost často | 4. Občas | 5. Málokdy | 6. Nikdy |
| h) Jste byla šťastná | 1. Pořád | 2. Většinu času | 3. Dost často | 4. Občas | 5. Málokdy | 6. Nikdy |
| i) Jste se cítila unavena | 1. Pořád | 2. Většinu času | 3. Dost často | 4. Občas | 5. Málokdy | 6. Nikdy |

10. Uveďte, jak často v předchozích 4 týdnech bránily Vaše tělesné nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (např. návštěvy přátel, příbuzných atp.)?

| | | | | |
|----------|-----------------|----------|------------|----------|
| 1) Pořád | 2) Většinu času | 3) Občas | 4) Málokdy | 5) Nikdy |
|----------|-----------------|----------|------------|----------|

11. Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení.

| | | | | | |
|---|------------------|-----------------|-----------------------|----------------|-----------------|
| a) Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé. | 1. Určitě ano | 2. Spíše ano | 3. Nejsem si jista | 4. Spíše ne | 5. Určitě ne |
| b) Jsem stejně zdravá jako kdokoliv jiný. | 1. Určitě ano | 2. Spíše ano | 3. Nejsem si jista | 4. Spíše ne | 5. Určitě ne |
| c) Očekávám, že se mé zdraví zhorší. | 1. Určitě ano | 2. Spíše ano | 3. Nejsem si jista | 4. Spíše ne | 5. Určitě ne |
| d) Mé zdraví je perfektní. | 1. Určitě ano | 2. Spíše ano | 3. Nejsem si jista | 4. Spíše ne | 5. Určitě ne |

GRISS

V této části dotazníku jsou otázky týkající se sexuální spokojenosti. Každou z otázek si pozorně přečtěte a rozhodněte, která z odpovědí nejlépe vystihuje Vaši současnou situaci, a podle toho zakroužkujte příslušné písmeno. Odpovězte, prosím, na všechny otázky. Jestli si nejste jistá, která z odpovědí nejvíce vystihuje Vaši současnou situaci, zakroužkujte tu možnost, která se jí nejvíce přibližuje. Odpovídejte, prosím, bez toho, abyste před vyplněním dotazníku probírala jednotlivé otázky se svým partnerem. Je velmi důležité, abyste na každou otázku odpověděla upřímně a přesně, tedy tak, jak pociťujete svou současnou situaci.

Následující otázky jsou velmi osobní a intimní, proto si velmi vážím Vaší spolupráce. Znovu Vás také ujišťuji o anonymitě výzkumného šetření.

Po každé otázce následuje 5 odpovědí (zakroužkujte vždy jednu odpověď):

N – NIKDY, Z – ZŘÍDKAKDY, P – PŘÍLEŽITOSTNĚ, O – OBYČEJNĚ, V – VŽDY

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Máte pocit, že Vás sex nezajímá? | N | Z | P | O | V |
| 2. Ptáte se svého partnera, co se Vám na vašem společném sexuálním vztahu líbí a co nelíbí? | N | Z | P | O | V |
| 3. Stává se, že nemáte pohlavní styk i celý týden? | N | Z | P | O | V |
| 4. Lehce se pohlavně vzrušíte? | N | Z | P | O | V |
| 5. Považujete čas, který s partnerem věnujete předešle, za dostatečný? | N | Z | P | O | V |
| 6. Myslíte si, že Vaše vagina je natolik zúžená, takže penis Vašeho partnera nemůže do ní vniknout? | N | Z | P | O | V |
| 7. Pokoušíte se vyhnout sexu s Vaším partnerem? | N | Z | P | O | V |
| 8. Jste schopna prožít orgasmus se svým partnerem? | N | Z | P | O | V |
| 9. Ráda laskáte a hladíte tělo Vaše partnera? | N | Z | P | O | V |
| 10. Považujete sexuální vztah se svým partnerem za uspokojující? | N | Z | P | O | V |
| 11. Můžete vsunout prst do své vagíny bez nepříjemných pocitů? | N | Z | P | O | V |
| 12. Nerada hladíte a laskáte penis svého partnera? | N | Z | P | O | V |
| 13. Máte pocit napětí a strachu, když se chce Váš partner pomilovat? | N | Z | P | O | V |
| 14. Myslíte si, že je nemožné, abyste dosáhla orgasmu? | N | Z | P | O | V |
| 15. Máte pohlavní styk vícekrát než dvakrát za týden? | N | Z | P | O | V |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 16. Máte problém říct svému partnerovi, co se Vám na Vašem sexuálním vztahu líbí a co ne? | N | Z | P | O | V |
| 17. Může penis Vašeho partnera vniknout do Vaší vagíny bez toho, abyste měla nepříjemný pocit? | N | Z | P | O | V |
| 18. Máte pocit, že v sexuálním vztahu s vaším partnerem je dostatek lásky a náklonnosti? | N | Z | P | O | V |
| 19. Líbí se Vám, když partner laská a hladí Vaše genitálie? | N | Z | P | O | V |
| 20. Odmítáte se milovat se svým partnerem? | N | Z | P | O | V |
| 21. Můžete dosáhnout orgasmu, když partner během přede hry stimuluje Váš klitoris? | N | Z | P | O | V |
| 22. Považujete délku trvání pohlavního aktu s Vaším partnerem za dostatečnou? | N | Z | P | O | V |
| 23. Máte pocit hnusu z toho, co děláte po čas milování? | N | Z | P | O | V |
| 24. Myslíte si, že Vaše vagina je poměrně úzká, takže do ní penis Vašeho partnera nemůže vniknout dostatečně hluboko? | N | Z | P | O | V |
| 25. Nelíbí se Vám, když Vás partner hladí a laská? | N | Z | P | O | V |
| 26. Zvlhne Vám vagina při milování? | N | Z | P | O | V |
| 27. Ráda se milujete se svým partnerem? | N | Z | P | O | V |
| 28. Nedosáhnete při milování orgasmu? | N | Z | P | O | V |

CECA10

U každého z níže uvedeného prohlášení zakroužkujte tu odpověď, která nejpřesněji vystihuje Váš stav / situaci.

1. Obávám se, že léze (bradavice) nezmizí.

1) vždy 2) skoro vždy 3) občas 4) zřídka 5) nikdy

2. Velice mne zajímá, zda se z infekce zotavím.

1) vždy 2) skoro vždy 3) občas 4) zřídka 5) nikdy

3. Obávám se, zda se bradavice nezhorší nebo nenastanou nějaké komplikace.

1) vždy 2) skoro vždy 3) občas 4) zřídka 5) nikdy

4. Cítím se rozrušená (úzkost, deprese, smutek, neklid).

1) vždy 2) skoro vždy 3) občas 4) zřídka 5) nikdy

5. Cítím se více nejistá.

1) vždy 2) skoro vždy 3) občas 4) zřídka 5) nikdy

6. Vědomí, že mám tuto nemoc, mě ovlivňuje v každodenním životě.

1) vždy 2) skoro vždy 3) občas 4) zřídka 5) nikdy

7. Má sexuální aktivita se snížila.

1) vždy 2) skoro vždy 3) občas 4) zřídka 5) nikdy

8. Cítla jsem strach během pohlavního aktu.

| | | | | |
|---------|---------------|----------|-----------|----------|
| 1) vždy | 2) skoro vždy | 3) občas | 4) zřídka | 5) nikdy |
|---------|---------------|----------|-----------|----------|

9. Vyhýbám se pohlavnímu styku.

| | | | | |
|---------|---------------|----------|-----------|----------|
| 1) vždy | 2) skoro vždy | 3) občas | 4) zřídka | 5) nikdy |
|---------|---------------|----------|-----------|----------|

10. Kvalita anebo frekvence mého pohlavního styku se snížila.

| | | | | |
|---------|---------------|----------|-----------|----------|
| 1) vždy | 2) skoro vždy | 3) občas | 4) zřídka | 5) nikdy |
|---------|---------------|----------|-----------|----------|

Demografické otázky

1. Kolik Vám je let?

.....

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

| | |
|-----------------------------------|------------------------|
| a) Základní (neukončené) | b) Základní (ukončené) |
| c) Střední bez maturity (vyučena) | d) Střední s maturitou |
| e) Vyšší odborné | f) Vysokoškolské |

3. Jste:

| | |
|-------------------------|---------------|
| a) Studentka | b) Zaměstnaná |
| c) Nezaměstnaná | d) OSVČ |
| e) Invalidní důchodkyně | |

4. Léčíte se s nějakým onemocněním?

- a) Ne
- b) Ano. S jakým?.....

5. Máte stálého sexuálního partnera?

- a) Ano
- b) Ne

6. Máte v současné době trvající heterosexuální vztah?

- a) Ano
- b) Ne

7. Jaká je Vaše sexuální orientace?

- a) Heterosexuál
- b) Homosexuál
- c) Bisexuál

8. Kolik sexuálních partnerů jste měla za posledních 6 měsíců?

.....

Klinické údaje (pokud nevíte přesnou odpověď, poradte se s lékařem / porodní asistentkou / zdravotní sestrou).

1. Jaké je umístění léze (bradaviček)? (možno více odpovědí)

- a) Poševní vchod
- b) Děložní čípek
- c) Stydké pysky
- d) Hráz
- e) Konečník / anální oblast

2. Jaký je rozsah léze (bradaviček)? Uveďte v mm².

.....

3. Jak dlouho máte toto onemocnění?

.....

4. Jedná se o recidivující (opakované) onemocnění?

- a) Ano
- b) Ne

Odpovídají pouze ženy, které v předchozí otázce uvedly odpověď ANO.

Jakou léčbu jste podstoupila při dřívějším výskytu onemocnění?

.....

Ještě jednou Vám děkuji za zodpovězení těchto velmi intimních otázek.

Vyplněný dotazník vložte do přiložené obálky, kterou zalepte. Poté odevzdejte obálku lékaři / porodní asistentce / zdravotní sestře. Zalepené obálky s vyplněnými dotazníky si v pravidelných intervalech vyzvedávám. Tím je zajištěna Vaše anonymita.

Příloha č. 2 Dotazníková baterie pro kontrolní skupinu

Vážená slečno / paní,

pracuji jako odborný asistent na Fakultě zdravotnických studií Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem. Zároveň jsem studentkou třetího ročníku doktorského studia oboru Ošetrovatelství na Fakultě zdravotních věd Univerzity Palackého v Olomouci. Jako téma své disertační práce jsem si zvolila Kvalitu života žen s condyloma accuminata. Ve své práci bych ráda porovнала kvalitu života žen s condyloma accuminata a kvalitu života zdravých žen (bez tohoto onemocnění). Proto se obracím právě na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je dobrovolný, anonymní a výsledky výzkumného šetření budou sloužit pouze k vědeckým účelům (prezentace výsledků v odborných časopisech a na odborných konferencích).

Děkuji za Váš čas a přeji příjemný den.

Mgr. Hamanová Alena

Vámi zvolené odpovědi zakroužkujte.

Tento dotazník vyplňuji dobrovolně a dávám tím souhlas s anonymní účastí ve výzkumném šetření.

ANO

NE

SF-36

V této části dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi mohou určit, jak se cítíte a jak dobře se Vám daří zvládat obvyklé činnosti. Odpovězte na každou otázku tak, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jista, jak odpovědět, odpovězte, jak nejlépe umíte. Avšak nepřemýšlejte nad dotazy příliš dlouho, jelikož bezprostřední odpověď bývá obvykle nejužitečnější. Vždy zakroužkujte **jen jednu odpověď**.

1. Řekla byste, že Vaše zdraví je celkově:

| | | | | |
|------------|----------------|----------|----------------|-----------|
| 1) Výborné | 2) Velmi dobré | 3) Dobré | 4) Dostačující | 5) Špatné |
|------------|----------------|----------|----------------|-----------|

2. Jak byste ohodnotila své zdraví DNES ve srovnání se stavem PŘED PŮL ROKEM?

| |
|--|
| 1) MNOHEM LEPŠÍ než před půl rokem. |
| 2) Poněkud LEPŠÍ než před půl rokem. |
| 3) Přibližně STEJNÉ jako před půl rokem. |
| 4) Poněkud HORŠÍ než před půl rokem. |
| 5) MNOHEM HORŠÍ než před půl rokem. |

3. Následující otázky se týkají činnosti, které vykonáváte během svého typického dne. Omezují Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

| | | | |
|--|-----------------------|------------------------|------------------------|
| a) Usilovná činnost jako běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů? | 1. Ano, omezuje hodně | 2. Ano, omezuje trochu | 3. Ne, neomezuje vůbec |
| b) Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, volná jízda na kole? | 1. Ano, omezuje hodně | 2. Ano, omezuje trochu | 3. Ne, neomezuje vůbec |
| c) Zvedání nebo nošení běžného nákupu? | 1. Ano, omezuje hodně | 2. Ano, omezuje trochu | 3. Ne, neomezuje vůbec |
| d) Vyjít po schodech několik pater ? | 1. Ano, omezuje hodně | 2. Ano, omezuje trochu | 3. Ne, neomezuje vůbec |
| e) Vyjít po schodech jedno patro? | 1. Ano, omezuje hodně | 2. Ano, omezuje trochu | 3. Ne, neomezuje vůbec |
| f) Předklon, shýbání, poklek? | 1. Ano, omezuje hodně | 2. Ano, omezuje trochu | 3. Ne, neomezuje vůbec |
| g) Chůze více než jeden a půl kilometru ? | 1. Ano, omezuje hodně | 2. Ano, omezuje trochu | 3. Ne, neomezuje vůbec |
| h) Chůze po ulici několik set metrů ? | 1. Ano, omezuje hodně | 2. Ano, omezuje trochu | 3. Ne, neomezuje vůbec |
| i) Chůze po ulici sto metrů ? | 1. Ano, omezuje hodně | 2. Ano, omezuje trochu | 3. Ne, neomezuje vůbec |
| j) Samostatné koupání nebo oblékání bez pomoci další osoby? | 1. Ano, omezuje hodně | 2. Ano, omezuje trochu | 3. Ne, neomezuje vůbec |

4. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci nebo běžné denní činnosti v posledních **4 týdnech** kvůli **tělesným zdravotním potížím**?

| | | |
|---|--------|-------|
| a) Zkrátil se čas , který jste věnovala práci nebo činnosti? | 1. ano | 2. ne |
| b) Udělal jste méně , než jste chtěla? | 1. ano | 2. ne |
| c) Byla jste omezena v druhu práce nebo jiných činností? | 1. ano | 2. ne |
| d) Měla jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musela vynaložit zvláštní úsilí)? | 1. ano | 2. ne |

5. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci nebo běžné denní činnosti v posledních **4 týdnech** kvůli **emocionálním potížím** (např. pocit deprese nebo úzkosti)?

| | | |
|--|--------|-------|
| a) Zkrátil se čas , který jste věnovala práci nebo činnosti? | 1. ano | 2. ne |
| b) Udělal jste méně , než jste chtěla? | 1. ano | 2. ne |
| c) Byla jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorná než obvykle? | 1. ano | 2. ne |

6. Do jaké míry bránily Vaše **tělesné nebo emocionální potíže** Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních **4 týdnech**?

| | | | | |
|-------------------|-----------|------------|-----------------|----------------|
| 1) Vůbec ne silně | 2) Trochu | 3) Středně | 4) Poměrně dost | 5) Velmi silně |
|-------------------|-----------|------------|-----------------|----------------|

7. Jak velké bolesti jste měla v posledních 4 týdnech?

| | | | | | |
|----------|----------------|----------|------------|----------|----------------|
| 1) Žádné | 2) Velmi mírné | 3) Mírné | 4) Střední | 5) Silné | 6) Velmi silné |
|----------|----------------|----------|------------|----------|----------------|

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

| | | | | |
|-------------|-----------|------------|-----------------|----------------|
| 1) Vůbec ne | 2) Trochu | 3) Středně | 4) Poměrně dost | 5) Velmi silně |
|-------------|-----------|------------|-----------------|----------------|

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v předchozích týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítila.

Jak často v předchozích 4 týdnech.....

| | | | | | | |
|---|-------------|--------------------|------------------|-------------|---------------|-------------|
| a) Jste se cítila plna elánu | 1. Pořád | 2. Většinu času | 3. Dost často | 4. Občas | 5. Málokdy | 6. Nikdy |
| b) Jste byla velmi nervózní | 1. Pořád | 2. Většinu času | 3. Dost často | 4. Občas | 5. Málokdy | 6. Nikdy |
| c) Jste měla takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit | 1. Pořád | 2. Většinu času | 3. Dost často | 4. Občas | 5. Málokdy | 6. Nikdy |
| d) Jste pociťovala klid a pohodu | 1. Pořád | 2. Většinu času | 3. Dost často | 4. Občas | 5. Málokdy | 6. Nikdy |
| e) Jste měla hodně energie | 1. Pořád | 2. Většinu času | 3. Dost často | 4. Občas | 5. Málokdy | 6. Nikdy |
| f) jste pociťovala pesimismus a smutek | 1. Pořád | 2. Většinu času | 3. Dost často | 4. Občas | 5. Málokdy | 6. Nikdy |
| g) Jste se cítila vyčerpána | 1. Pořád | 2. Většinu času | 3. Dost často | 4. Občas | 5. Málokdy | 6. Nikdy |
| h) Jste byla šťastná | 1. Pořád | 2. Většinu času | 3. Dost často | 4. Občas | 5. Málokdy | 6. Nikdy |
| i) Jste se cítila unavena | 1. Pořád | 2. Většinu času | 3. Dost často | 4. Občas | 5. Málokdy | 6. Nikdy |

10. Uveďte, jak často v předchozích 4 týdnech bránily Vaše tělesné nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (např. návštěvy přátel, příbuzných atp.)?

| | | | | |
|----------|-----------------|----------|------------|----------|
| 1) Pořád | 2) Většinu času | 3) Občas | 4) Málokdy | 5) Nikdy |
|----------|-----------------|----------|------------|----------|

11. Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení.

| | | | | | |
|---|------------------|-----------------|-----------------------|----------------|-----------------|
| a) Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé. | 1. Určitě ano | 2. Spíše ano | 3. Nejsem si jista | 4. Spíše ne | 5. Určitě ne |
| b) Jsem stejně zdravá jako kdokoliv jiný. | 1. Určitě ano | 2. Spíše ano | 3. Nejsem si jista | 4. Spíše ne | 5. Určitě ne |
| c) Očekávám, že se mé zdraví zhorší. | 1. Určitě ano | 2. Spíše ano | 3. Nejsem si jista | 4. Spíše ne | 5. Určitě ne |
| d) Mé zdraví je perfektní. | 1. Určitě ano | 2. Spíše ano | 3. Nejsem si jista | 4. Spíše ne | 5. Určitě ne |

GRISS

V této části dotazníku jsou otázky týkající se sexuální spokojenosti. Každou z otázek si pozorně přečtete a rozhodnete, která z odpovědí nejlépe vystihuje Vaši současnou situaci, a podle toho zakroužkujete příslušné písmeno. Odpovězte, prosím, na všechny otázky. Jestli si nejste jistá, která z odpovědí nejvíce vystihuje Vaši současnou situaci, zakroužkujte tu možnost, která se jí nejvíce přibližuje. Odpovídejte, prosím, bez toho, abyste před vyplněním dotazníku probírala jednotlivé otázky se svým partnerem. Je velmi důležité, abyste na každou otázku odpověděla upřímně a přesně, tedy tak, jak pociťujete svou současnou situaci.

Následující otázky jsou velmi osobní a intimní, proto si velmi vážím Vaší spolupráce. Znovu Vás také ujišťuji o anonymitě výzkumného šetření.

Po každé otázce následuje 5 odpovědí (zakroužkujte vždy jednu odpověď):

N – NIKDY, Z – ZŘÍDKAKDY, P – PŘÍLEŽITOSTNĚ, O – OBYČEJNĚ, V – VŽDY

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Máte pocit, že Vás sex nezajímá? | N | Z | P | O | V |
| 2. Ptáte se svého partnera, co se Vám na vašem společném sexuálním vztahu líbí a co nelíbí? | N | Z | P | O | V |
| 3. Stává se, že nemáte pohlavní styk i celý týden? | N | Z | P | O | V |
| 4. Lehce se pohlavně vzrušíte? | N | Z | P | O | V |
| 5. Považujete čas, který s partnerem věnujete předešle, za dostatečný? | N | Z | P | O | V |
| 6. Myslíte si, že Vaše vagina je natolik zúžená, takže penis Vašeho partnera nemůže do ní vniknout? | N | Z | P | O | V |
| 7. Pokoušíte se vyhnout sexu s Vaším partnerem? | N | Z | P | O | V |
| 8. Jste schopna prožít orgasmus se svým partnerem? | N | Z | P | O | V |
| 9. Ráda laskáte a hladíte tělo Vašeho partnera? | N | Z | P | O | V |
| 10. Považujete sexuální vztah se svým partnerem za uspokojivý? | N | Z | P | O | V |
| 11. Můžete vsunout prst do své vagíny bez nepříjemných pocitů? | N | Z | P | O | V |
| 12. Nerada hladíte a laskáte penis svého partnera? | N | Z | P | O | V |
| 13. Máte pocit napětí a strachu, když se chce Váš partner pomilovat? | N | Z | P | O | V |
| 14. Myslíte si, že je nemožné, abyste dosáhla orgasmu? | N | Z | P | O | V |
| 15. Máte pohlavní styk vícekrát než dvakrát za týden? | N | Z | P | O | V |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 16. Máte problém říct svému partnerovi, co se Vám na Vašem sexuálním vztahu líbí a co ne? | N | Z | P | O | V |
| 17. Může penis Vašeho partnera vniknout do Vaší vagíny bez toho, abyste měla nepříjemný pocit? | N | Z | P | O | V |
| 18. Máte pocit, že v sexuálním vztahu s vaším partnerem je dostatek lásky a náklonnosti? | N | Z | P | O | V |
| 19. Líbí se Vám, když partner laská a hladí Vaše genitálie? | N | Z | P | O | V |
| 20. Odmítáte se milovat se svým partnerem? | N | Z | P | O | V |
| 21. Můžete dosáhnout orgasmu, když partner během přede hry stimuluje Váš klitoris? | N | Z | P | O | V |
| 22. Považujete délku trvání pohlavního aktu s Vaším partnerem za dostatečnou? | N | Z | P | O | V |
| 23. Máte pocit hnusu z toho, co děláte po čas milování? | N | Z | P | O | V |
| 24. Myslíte si, že Vaše vagína je poměrně úzká, takže do ní penis Vašeho partnera nemůže vniknout dostatečně hluboko? | N | Z | P | O | V |
| 25. Nelíbí se Vám, když Vás partner hladí a laská? | N | Z | P | O | V |
| 26. Zvlhne Vám vagína při milování? | N | Z | P | O | V |
| 27. Ráda se milujete se svým partnerem? | N | Z | P | O | V |
| 28. Nedosáhnete při milování orgasmu? | N | Z | P | O | V |

Demografické otázky

1. Kolik Vám je let?

.....

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

| | |
|-----------------------------------|------------------------|
| a) Základní (neukončené) | b) Základní (ukončené) |
| c) Střední bez maturity (vyučena) | d) Střední s maturitou |
| e) Vyšší odborné | f) Vysokoškolské |

3. Jste:

| | |
|-------------------------|---------------|
| a) Studentka | b) Zaměstnaná |
| c) Nezaměstnaná | d) OSVČ |
| e) Invalidní důchodkyně | |

4. Léčíte se s nějakým onemocněním?

- c) Ne
- d) Ano. S jakým?.....

5. Máte stálého sexuálního partnera?

- c) Ano
- d) Ne

6. Máte v současné době trvající heterosexuální vztah?

- c) Ano
- d) Ne

7. Jaká je Vaše sexuální orientace?

- d) Heterosexuál
- e) Homosexuál
- f) Bisexuál

8. Kolik sexuálních partnerů jste měla za posledních 6 měsíců?

.....

Ještě jednou Vám děkuji za zodpovězení těchto velmi intimních otázek.

Vyplněný dotazník vložte do přiložené obálky, kterou zalepte. Poté odevzdejte obálku lékaři / porodní asistentce / zdravotní sestře. Zalepené obálky s vyplněnými dotazníky si v pravidelných intervalech vyzvedávám. Tím je zajištěna Vaše anonymita.

Příloha č. 3 Souhlas etické komise s výzkumným šetřením

Etická komise Krajské zdravotní a.s., Masarykovy nemocnice a.z.
 Sociální péče 3316/12A, 401 13 Ústí nad Labem
 Předseda: MUDr. Jiří Král, tel.: 477 112 009, e-mail: jiri.král@amaul.cz

STANOVISKO ETICKÉ KOMISE K VÝZKUMNÉMU PROJEKTU Opinion of the Ethics Committee on the Research Project

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

| Jméno a příjmení First name and surname | Muž/ Žena Male/ Female | Odbornost Specialism | Zaměstnanec zřizovatele EK* | | Funkce v EK Role in EC | Přítomen Attendance | | Hlasoval Voted | |
|--|---------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | | | Ano Yes | Ne No | | Ano Yes | Ne No | Ano Yes | Ne No |
| MUDr. Jiří Král | M/M | physician | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Předseda/Chairman | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MUDr. Zdenka Staňková | Ž/F | physician | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Člen/ Member | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| MUDr. Tomáš Jerie | M/M | physician | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Člen/ Member | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MUDr. Karel Edelmann | M/M | physician | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Člen/ Member | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| MUDr. František Pátek | M/M | physician | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Člen/ Member | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MUDr. Jana Laubová | Ž/F | physician | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Člen/ Member | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MUDr. Inge Bolomská | Ž/F | physician | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Člen/ Member | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PharmDr. Radek Sladkovský | M/M | pharmacist | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Člen/ Member | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ing. Josef Holoušek | M/M | toxicologist | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Člen/ Member | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Mgr. Eva Rohanová | Ž/F | nurse - teacher | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Člen/ Member | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ingrid Kautská | Ž/F | laic | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Člen/ Member | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Věra Šolcová | Ž/F | laic | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Člen/ Member | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MUDr. Petr Janec | M/M | physician | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Člen/ Member | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje podle jednacího řádu v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy/The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with Good Clinical Practice and valid legal regulations:

Ano/Yes Ne/No Komentář/Comments:

Číslo jednací/Reference number: **242/17**

Komise projednala a schválila výzkumné šetření v rámci disertační práce. Název projektu: **Kvalita života žen s condyloma acuminata.**

Řešitel: Mgr. Alena Hamanová

Pracoviště: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií

Doktorské studium: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd

Adresa: Studentská 876/98, 418 01 Bilina.

Vyjádření EK/ Ethics Committee's opinion:

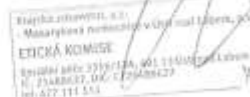
EK vydává / EC issues

- Souhlasné stanovisko/Favourable opinion
 Nesouhlasné stanovisko/Unfavourable opinion
 Vzato na vědomí / Taken into account

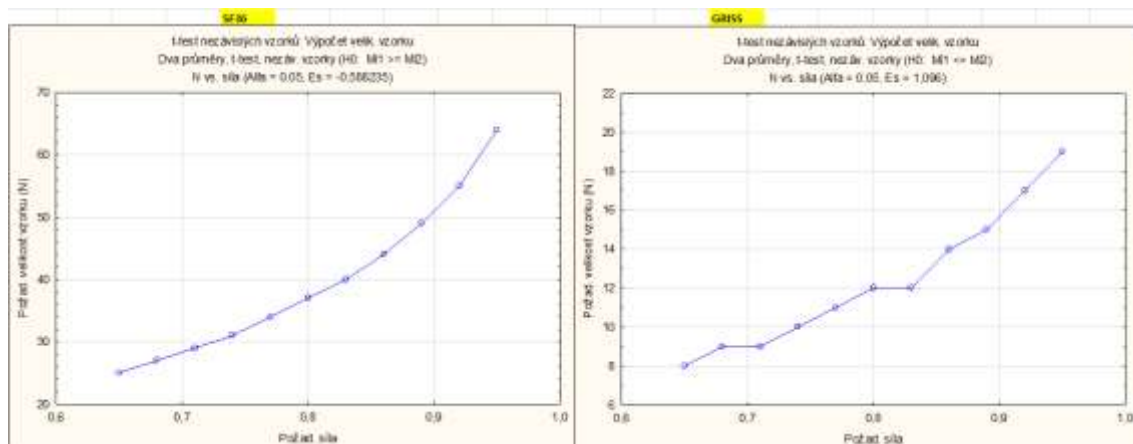
Datum/Date:
23. 11. 2016

Předseda EK/Chairman of the EC:
MUDr. Jiří Král

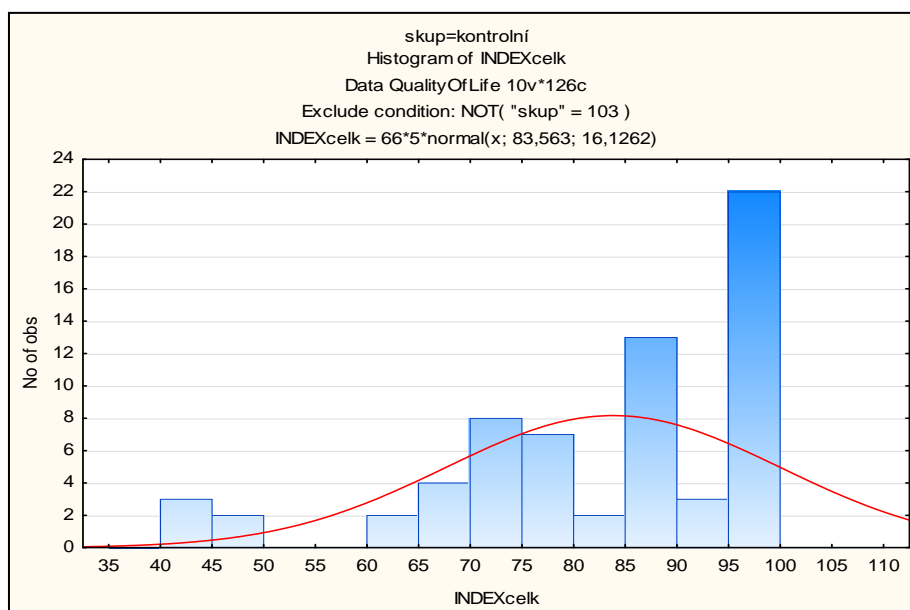
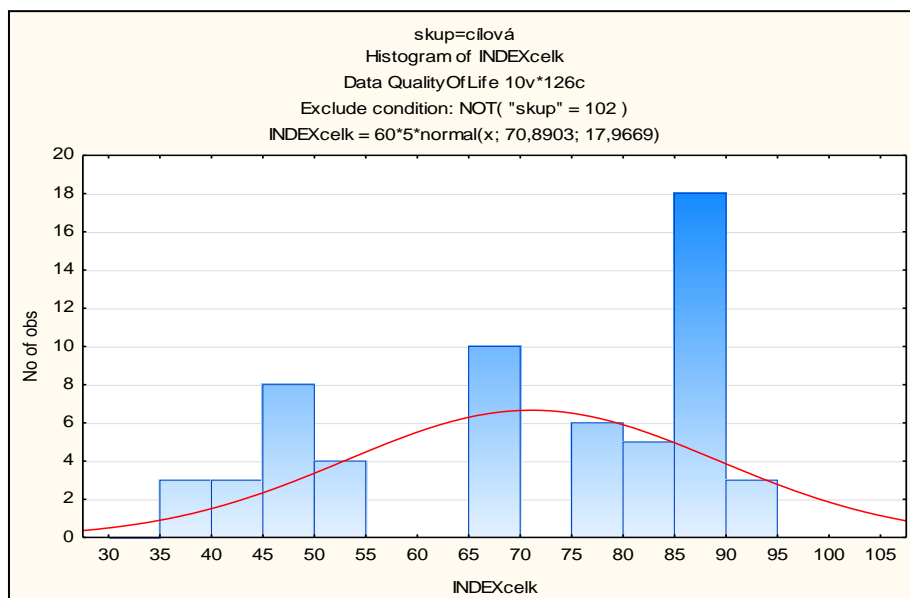
Podpis předsedy EK/ Signature of Chairman of the EC:



Příloha č. 4 Grafy znázorňující sílu testu odhadu



Příloha č. 5 Grafy znázorňující rozložení dat pro celkový index kvality života u obou zkoumaných skupin



Příloha č. 6 Grafy znázorňující rozložení dat pro celkové skóre sexuální spokojenosti u obou zkoumaných skupin

