

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
ÚSTAV PORODNÍ ASISTENCE

Bc. Michaela Čechová

Sexuální dysfunkce u žen s endometriózou

Diplomová práce

Vedoucí práce: děkan prof. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.

Olomouc 2020

Prohlašuji, že jsem uvedenou diplomovou prací vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 14. května 2020

Podpis autora

Poděkování

Děkuji panu děkanovi prof. MUDr. Martinu Procházkovi, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při zpracování diplomové práce. Dále děkuji panu prim. MUDr. Radku Chvátalovi za odborné konzultace a poskytnuté obrazové materiály.

Anotace

Typ závěrečné práce: Diplomová

Téma práce: Endometrióza

Název práce: Sexuální dysfunkce u žen s endometriózou

Název práce v AJ: Sexual dysfunction in women with endometriosis

Datum zadání: 23.01.2019

Datum odevzdání: 14.06.2020

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Bc. Michaela Čechová

Vedoucí práce: děkan prof. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Cíl: Cílem diplomové práce je zjistit výskyt sexuálních dysfunkcí u žen s diagnostikovanou endometriózou a identifikovat tak problémy v oblasti sexuálních aktivit. Dalším cílem je zjistit, zda díky léčbě endometriózy dojde u žen ke snížení výskytu sexuálních dysfunkcí a tím ke zlepšení sexuálního života.

Metodika: Pro výzkumné šetření v rámci diplomové práce byl použit kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval celkem 31 otázek. V úvodu dotazníku bylo 12 otázek vlastní konstrukce, které o respondentce zjišťovaly základní údaje. Pro zjištění sexuálních dysfunkcí byl zvolen standardizovaný dotazník FSFI (Index ženské sexuální funkce), který obsahoval 19 otázek. Do výzkumného šetření bylo zařazeno celkem 100 žen, které byly hospitalizovány na gynekologickém oddělení v Nemocnici Znojmo a byla jim laparoskopicky diagnostikovaná endometrióza. Dotazník ženy vyplňovaly dvakrát, a to nejprve při laparoskopickém diagnostikování endometriózy a následně za 3 měsíce po zahájení léčby.

Výsledky: Výzkumným šetřením došlo ke zjištění, že respondentky, jímž byla diagnostikovaná endometrióza, měly problémy v oblasti sexuálních aktivit. Před léčbou

endometriózy bylo zaznamenáno celkové skóre FSFI 23,353, což znamená, že se u sledovaného souboru žen před léčbou vyskytovaly sexuální dysfunkce. Pro vyhodnocení hypotéz byl použit dvouvýběrový párový t-test. Bylo zjištěno, že u žen před léčbou a po léčbě existuje signifikantní rozdíl v 5 ze 6 kategorií skóre FSFI. Ke zvýšení FSFI skóre – tedy ke zlepšení, došlo po léčbě v kategoriích touha, lubrikace, orgasmus, uspokojení a bolest. Kategorie vzrušení zůstala po léčbě téměř beze změny. Po tříměsíční léčbě endometriózy bylo zaznamenáno skóre FSFI 24,845, z čehož je zřejmé, že se u žen stále vyskytovaly sexuální dysfunkce, ale ve srovnání s hodnotami FSFI před léčbou došlo k mírnému zlepšení FSFI skóre.

Závěr: Získaná data ukazují, že se u zkoumaného vzorku respondentek před léčbou endometriózy vyskytovaly sexuální dysfunkce. Následně bylo zjištěno, že díky léčbě endometriózy došlo u zkoumaného vzorku respondentek k mírnému snížení výskytu sexuálních dysfunkcí a tím i k mírnému zlepšení sexuálního života.

Abstrakt v AJ:

Aim: The main aim of this thesis is to determine the incidence of sexual dysfunctions in women diagnosed with endometriosis and to identify sexual activity problems. Another aim is to determine whether the treatment of endometriosis in women will reduce the incidence of sexual dysfunctions and thus improve the quality of sexual life.

Methodology: This thesis employed quantitative research using questionnaires. The questionnaire contained a total of 31 questions. At the beginning of the questionnaire, there were 12 self-constructed questions, which ascertained basic data about the respondent. To determine sexual dysfunctions, a standardized FSFI (Female Sexual Function Index) questionnaire was chosen, which contained 19 questions. A total of 100 women who were hospitalized in the gynecology department at the Znojmo Hospital and had laparoscopically diagnosed endometriosis were included in the research survey. The women completed the questionnaire twice, first at the laparoscopic diagnosis of endometriosis and then 3 months after the start of the treatment.

Results: The research found that the respondents diagnosed with endometriosis had problems related to sexual activities. Prior to endometriosis treatment, a total FSFI score of 23,353 was recorded, indicating that sexual dysfunctions occurred in the observed group of women prior to treatment. A two-sample paired t-test was used to evaluate hypotheses. It was

found that in women before and after treatment, there is a significant difference in 5 of the 6 categories of the FSFI score. The FSFI score increased after treatment in the categories of desire, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain. The arousal category remained almost unchanged after treatment. After three months of endometriosis treatment, an FSFI score of 24,845 was recorded, indicating that sexual dysfunction was still present in women, but there was a slight improvement in the FSFI score compared to pre-treatment FSFI values.

Conclusion: Obtained data show that sexual dysfunction occurred in the examined sample of respondents before the treatment of endometriosis. Subsequently, it was ascertained that as a result of endometriosis treatment, there was a slight reduction in the incidence of sexual dysfunctions in the examined sample of respondents and thus a slight improvement in sexual life.

Klíčová slova v ČJ: endometrióza, pánevní bolest, dysmenorea, dyspareunie, diagnostika, léčba, sexuální dysfunkce

Klíčová slova v AJ: endometriosis, pelvic pain, dysmenorrhea, dyspareunia, diagnostic, treatment, sexual dysfunction

Rozsah práce: 113 / 16

Obsah

Úvod.....	9
1. Rešeršní činnost	12
2. Teoretická východiska.....	14
2.1 Endometrióza	14
2.2 Etiologie vzniku endometriózy	14
2.2.1 Samsonova teorie – retrográdní menstruace	15
2.2.2 Meyerova metaplastická teorie.....	15
2.2.3 Imunologická teorie.....	16
2.2.4 Teorie kmenových buněk.....	16
2.2.5 Epidemiologie a rizikové faktory endometriózy	16
2.3 Klasifikace endometriózy	17
2.4 Diferenciální diagnostika.....	18
2.5 Klinická diagnostika.....	19
2.6 Mechanismy bolesti endometriózy.....	19
2.7 Měření bolesti.....	20
2.8 Typy a lokalizace ložisek endometriózy.....	20
2.9 Anatomická lokalizace ložisek endometriózy.....	21
2.10 Vyšetření u žen s chronickou pánevní bolestí.....	21
2.10.1 Laboratorní testy.....	22
2.10.2 Zobrazovací vyšetření.....	22
2.10.3 Ultrazvuk.....	22
2.10.4 Magnetická rezonance.....	23
2.10.5 Ionizující záření	23
2.10.6 Provokativní testování.....	24
2.10.7 Laparoskopie	24
2.11 Obecné zásady léčby	25
2.12 Léčba endometriózy	25
2.12.1 Gonadotropin uvolňující hormonální léky (GnRH)	25
2.12.2 Visanne.....	26
2.12.3 Perorální antikoncepce.....	26
2.12.4 Progesteron a progestin.....	27
2.12.5 Antikoncepční injekce.....	27
2.12.6 Danazol	28
2.12.7 Léky proti bolesti.....	28
2.12.8 Chirurgická léčba.....	28
2.12.8.1 Laparoskopické odstranění ložisek	29

2.12.8.2	Laparotomie.....	29
2.12.8.3	Přerušeni pánevních nervů	29
3.	Sexuální dysfunkce	30
3.1	Nejčastější problémy související se sexuální dysfunkcí.....	31
3.1.1	Inhibice sexuální touhy	31
3.1.2	Neschopnost vzrušení	31
3.1.3	Anorgasmie	31
3.1.4	Dyspareunie.....	31
3.1.5	Vaginismus.....	32
3.2	Vyšetření žen s endometriózou a dyspareunií.....	32
4.	Metodika výzkumu.....	33
4.1	Výzkumné cíle.....	33
4.2	Výzkumné otázky a hypotézy	34
4.3	Charakteristika vzorku respondentů	34
4.4	Metoda sběru dat a realizace výzkumu.....	35
4.5	Metoda zpracování dat.....	35
5.	Výsledky výzkumu.....	36
5.1	Statistické vyhodnocení dotazníků.....	36
5.2	Vyhodnocení skóre FSFI	71
5.3	Vyhodnocení hypotéz	74
6.	Diskuze	80
7.	Závěr.....	84
8.	Referenční seznam	86
	Seznam zkratk.....	92
	Seznam tabulek.....	93
	Seznam grafů	95
	Seznam příloh.....	97

Úvod

Endometrióza je definována jako přítomnost endometriální tkáně mimo dutinu děložní. K diagnostice je využívána především chirurgická vizualizace, v ideálním případě pomocí laparoskopie. Léčba spočívá v chirurgickém odstranění lézí a následné hormonální léčbě, u které se často mohou vyskytovat nežádoucí účinky. Jako symptomy endometriózy jsou popisovány chronická pánevní bolest, dysmenorea, dyspareunie, dysurie, dyschezie, únava a neplodnost. Tyto příznaky ovlivňují fyzickou, duševní, sexuální a sociální pohodu, stejně tak produktivitu žen. Odhaduje se, že endometrióza postihuje 10 % žen v reprodukčním věku, což by vzhledem k populaci znamenalo přibližně 190 milionů žen po celém světě. Skutečná prevalence endometriózy je však nejistá, protože konečná diagnóza vyžaduje chirurgickou vizualizaci. Odhady se značně liší mezi vzorky populace a diagnostickými přístupy. Prevalence se pohybuje od 2 do 11 % u asymptomatických žen, 5 až 50 % u neplodných žen a 5 až 21 % u žen hospitalizovaných pro pánevní bolest. U symptomatických dospívajících žen se prevalence endometriózy pohybuje od 49 % u žen s chronickou pánevní bolestí, až po 75 % žen s bolestí, která nereaguje na léčbu (Zondervan et al, 2020, s. 1244).

Endometrióza se může vyskytovat ve formách povrchových peritoneálních lézí různé barvy, přes cysty ve vaječnicích, až po uzliny s hloubkou průniku přesahující 5 mm, jenž jsou doprovázeny zjizvením a adhezemi. Stadia endometriózy klasifikována jako I – IV však nekorelují s příznaky, léčebnou odpovědí nebo prognózou. Ženy se stadiem I, které je definováno jako omezený počet lézí a adhezí, mohou mít silnou bolest, být neplodné a ženy s endometriózou stupně IV, která je definována jako větší počet lézí a endometriomů s rozsáhlými adhezemi, mohou být zcela asymptomatické (Zondervan et al, 2020, s. 1244).

Příznaky tohoto onemocnění mohou mít negativní dopad na tělesnou, duševní a sociální pohodu. U žen s endometriózou se často vyskytuje dyspareunie, která je řazena mezi sexuální dysfunkce. Sexuální dysfunkce jsou pak definovány jako potíže, které zažívá jednotlivec nebo pár v jakékoliv fázi sexuální aktivity, včetně fyzického potěšení, touhy, vzrušení nebo orgasmu. Existují různé příčiny sexuální dysfunkce, ale endometrióza je jedním z nejdůležitějších a nejméně pochopených faktorů, pokud jde o sexualitu. Endometrióza, zejména hluboké infiltrující léze, může bránit v kvalitě sexuálního života. Kromě dyspareunie mohou být tyto pacientky depresivní nebo frustrované kvůli bolesti, což vede k poruchám vzrušení a touhy (Mishra et al, 2016, s. 250).

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. První částí jsou teoretická východiska a druhá část je věnována výzkumu. Teoretická východiska vysvětlují, co je to endometrióza a několik teorií jejího vzniku. Dále je popsána epidemiologie, rizikové faktory endometriózy, klasifikace a diagnostika. Pozornost je věnována i mechanismům bolesti endometriózy včetně měření bolesti. Následuje anatomická lokalizace ložisek endometriózy, vyšetření u žen s chronickou pánevní bolestí a samotná léčba endometriózy. V další části jsou přiblíženy sexuální dysfunkce.

Výzkumnou část tvoří kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Dotazník je zcela anonymní. První část tvoří otázky vlastní konstrukce pro zjištění základních informací a následně je využit standardizovaný dotazník FSFI.

Hlavním výzkumným cílem diplomové práce je zjistit výskyt sexuálních dysfunkcí u žen s diagnostikovanou endometriózou a identifikovat tak problémy v oblasti sexuálních aktivit. Dalším cílem je zjistit, zda díky léčbě endometriózy dojde u žen ke snížení výskytu sexuálních dysfunkcí a tím ke zlepšení sexuálního života.

Vstupní literatura

KUČERA E., 2008. *Endometrióza: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf. 176 s. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-144-8.

KUDELA M., 2008. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 273 s. ISBN 978-80-2441-975-6.

PILKA R. et PROCHÁZKA M., 2012. *Gynekologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 218 s. ISBN 978-80-244-3019-5.

ROB L., MARTAN A. et CITTERBART K., 2008. *Gynekologie*. 2., dopl. a přepracované vydání. Praha: Galén. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.

ROZTOČIL A. et al., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

1. Rešeršní činnost

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

Klíčová slova v ČJ: endometrióza, pánevní bolest, dysmenorea, dyspareunie, diagnostika, léčba, sexuální dysfunkce

Klíčová slova v AJ: endometriosis, pelvic pain, dysmenorrhea, dyspareunia, diagnostic, treatment, sexual dysfunction

Jazyk: český, slovenský, anglický, německý

Období: 2000–2020




DATABÁZE:

EBSCO, Medvik, PubMed, Medvik, česká a zahraniční periodika



NALEZENO:

158 článků



VYŘAZOVACÍ KRITÉRIA:

duplicitní články, kvalifikační práce, články neodpovídající tématu




SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:

EBSCO – 6 článků

Medvik – 15 článků

PubMed – 21 článků



SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ:

Human Reproduction – 4 články

Human Reproduction Update – 1 článek

Journal of American Association of Gynecologic Laparoscopists – 1 článek

Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism – 1 článek

Journal of Human Reproductive Sciences – 1 článek

Journal of Minimally Invasive Gynecology – 1 článek

Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology – 1 článek

Journal of Urology – 1 článek

Lancet – 1 článek

Nature Reviews Endocrinology – 1 článek

New England Journal of Medicine – 1 článek

Obstetrical and Gynecological Survey – 1 článek

Obstetrics and Gynecology – 6 článků

Sexual Medicine – 1 článek

The Journal of Pain – 1 článek

The New England Journal of Medicine – 1 článek

Ultrasound in Obstetrics and Gynecology – 1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 64 dohledaných zdrojů

2. Teoretická východiska

2.1 Endometrióza

Endometrióza představuje estrogen-dependentní onemocnění charakterizované jako přítomnost tkáně podobné endometriu mimo dutinu děložní, která vyvolává chronickou zánětlivou reakci v místě implantace. Tento stav se vyskytuje převážně u žen v reprodukčním věku všech etických a sociálních skupin. Příznaky související s endometriózou mohou mít dopad na celkovou fyzickou, duševní a sociální pohodu (Kennedy et al, 2005, s. 2699). Bolest představuje hlavní klinický problém tohoto onemocnění, projevuje se především jako chronická pánevní bolest, bolestivá menstruace (dysmenorea), bolest při pohlavním styku (dyspareunie) a bolestivá defekace (Ferro et al, 2005, s. 573).

Vztah mezi lézemi a příznaky bolesti v souvislosti s endometriózou nemusí mít vždy výpovědní hodnotu. Existuje široké spektrum závažnosti symptomů a stadií endometriózy, které při laparoskopické diagnostice špatně koreluje s rozsahem a závažností bolesti. Některé pacientky s minimálním rozsahem ložisek udávají slabou bolest, zatímco jiné ženy s těžkým rozsahem onemocnění ve stadiu III – IV jsou zcela asymptomatické (Kennedy et al, 2005, s. 2700).

Až 20 % žen s endometriózou současně uvádí stavy chronické bolesti, včetně syndromu dráždivého tračníku, syndromu bolestivého močového měchýře a výskyt migrény. Definitivní diagnóza je u žen s pánevní bolestí často opožděna, a to v řádu několika let (Kennedy et al, 2005, s. 2700). Diagnostikování endometriózy může ovlivnit zvládání bolesti, a proto by měla být zvažována u pacientek s těmito příznaky. U žen s podezřením na endometriózu jsou první možností nesteroidní protizánětlivá léčiva (NSAID) nebo kontinuální hormonální léčba, jako je kontinuální užívání perorální antikoncepce. U pacientek nereagujících na tuto léčbu je prospěšná diagnostická operativní laparoskopie, ideálně s biopsií alespoň jedné léze k potvrzení diagnózy endometriózy (Kennedy et al, 2005, s. 2701).

2.2 Etiologie vzniku endometriózy

Existuje několik teorií o tom, co přesně je příčinou endometriózy, avšak žádná z těchto teorií nebyla nikdy zcela prokázána, ani plně nevysvětluje všechny mechanismy spojené s vývojem nemoci. Příčina endometriózy tedy zůstává dosud neznámá. Většina vědců zabývajících se problematikou endometriózy potvrzuje, že endometriózu zhoršuje estrogen.

Následně je tedy léčba endometriózy cílena na snížení produkce estrogenu v ženském těle, aby ženu zbavila příznaků. V současné době však neexistuje žádná léčba, která by onemocnění zcela odstranila. Několik teorií bylo přijato, avšak skutečnost je taková, že endometrióza vzniká kombinací faktorů, které způsobí, že se u ženy onemocnění rozvine (Endometriosis.org, 2011).

2.2.1 Samsonova teorie – retrográdní menstruace

V roce 1927 navrhl Samson jako teorii vzniku endometriózy retrográdní menstruaci, kdy se během menstruace dostane endometriální tkáň přes vejcovody do peritoneální dutiny a následně je implantována do peritoneální tkáně nebo pánevních orgánů (Davila, 2018; Anh et al, 2015). Následující studie ukázaly, že retrográdní menstruace je zcela běžná fyziologická událost a nemůže tak adekvátně vysvětlit extrauterinní implantaci endometriální tkáně (Davila, 2018). Ačkoli je endometrióza diagnostikována pouze u 1–10 % žen, bylo zjištěno, že se u 76–90 % zdravých žen vyskytuje retrográdní menstruace, což je možné vidět v případě, kdy se provádí laparoskopie v menstruačním nebo perimenstruačním období (Anh et al, 2015). Diagnostickou laparoskopií během perimenstruačního období bylo prokázáno, že až 90 % žen s průchodnými vejcovody má krev v peritoneální dutině. Nicméně podmínky, které zvyšují retrográdní menstruaci, jako jsou vývojové vady ve výtokovém traktu, zvyšují riziko endometriózy. Tuto teorii podporují různé experimenty na zvířatech a klinická pozorování (Davila, 2018). Zatímco zvýšené menstruační krvácení může predisponovat k rozvoji endometriózy, je pravděpodobné, že ženy s tímto onemocněním trpí zásadními rozdíly v genetických, imunologických a biochemických faktorech, které přispívají k rozvoji endometriózy (Anh et al, 2015, s. 2).

2.2.2 Meyerova metaplastická teorie

Další teorií je metaplastická teorie z roku 1919, která je založena na coelomické metaplazii, kdy dochází ke změně z jednoho typu tkáně na jiný typ. Teorie předpokládá, že endometrióza vzniká z metaplazie buněk lemujících viscerální a abdominální pobřišnici po různých hormonálních, environmentálních nebo infekčních podnětech. Základ této teorie spočívá v embryologických studiích, odhalujících, že břišní, pánevní a hrudní peritoneum, Müllerovské kanály a zárodečný epitel vaječníku jsou odvozeny z coelomického epitelu (Anh et al, 2015, s. 2). Buněčný materiál, který obsahuje peritoneum a endometrium tedy sdílí společný embryonální původ – tj. coelomický epitel. Existuje tedy šance, že může dojít k transformaci peritonea na endoteliální buněčné typy. Tato teorie může poskytnout vysvětlení

případů endometriózy, které jsou nedostatečně vysvětleny teorií retrográdní menstruace, stejně tak, jako případy endometriózy v ektopických místech, jako jsou například plíce (Anh et al, 2015, s. 2).

2.2.3 Imunologická teorie

Imunologická teorie se zakládá na přítomnosti poruch imunity u žen s endometriózou. Ukázalo se, že důležitou roli hraje změněná imunitní odpověď na retrográdně vycestovanou endometriální tkáň. Ženy s touto poruchou vykazují zvýšenou humorální odpověď a aktivaci makrofágů, zatímco vykazují sníženou imunitu zprostředkovanou buňkami se sníženou reaktivitou T-buněk a přirozených „zabíječských“ buněk. U žen s endometriózou byly také nalezeny humorální protilátky proti endometriální tkáni (Davila, 2018).

2.2.4 Teorie kmenových buněk

Jde o nejmladší teorii, které je v poslední době věnována velká pozornost. Několik linií experimentálních důkazů ukázalo účast endometriálních buněk a kmenových buněk odvozených z kostní dřeně na patogenezi endometriózy. Předpokládá se, že endometriální buňky z bazální vrstvy endometria se mohou pohybovat prostřednictvím retrográdní menstruace, lymfatického nebo vaskulárního šíření do peritoneální dutiny a mohou se tak vyvíjet endometriální léze. Zvýšená proliferativní kapacita kmenových buněk a jejich schopnost diferencovat se na více buněk může těmto buňkám poskytnout výhodu při stanovení a progresi léze. K patogenezi endometriózy může také přispět hematogenní šíření kmenových buněk odvozených z kostní dřeně. Teorie kmenových buněk nabízí vysvětlení výjimek, které jiné teorie nemohou nabídnout a ukazuje velký potenciál jako teorie popisující patogenezi endometriózy (Anh et al, 2015, s. 2).

2.2.5 Epidemiologie a rizikové faktory endometriózy

Celosvětově přibližně 10 % žen v reprodukčním věku trpí endometriózou. Prevalence se liší podle sledované populace. Stanovení prevalence endometriózy v běžné populaci je náročné, protože některé ženy jsou zcela asymptomatické a mohou mít různé a nespecifické projevy. Definitivní diagnóza obvykle vyžaduje chirurgický zákrok (Schenken, 2019). Ve čtyřech studiích, převážně asymptomatických žen, které podstoupily tubární ligaci, se prevalence endometriózy pohybovala od 1 do 7 % (Sangi-Haghpeykar, 1995, s. 983; Strathy et al., 1982, s. 667; Kirshon, 1988, s. 829; Mahmood and Templeton, 1991, s. 544). V kontrolní

případové studii u více než 5500 žen z národní databáze se prevalence endometriózy pohybovala od 1,2 do 1,5 %, v závislosti na kritériích zařazení (Ballard et al, 2008, s. 1982). V retrospektivní kohortové studii u více než 9500 žen, které podstoupily laparoskopickou nebo abdominální hysterektomii, pro benigní indikace, byla diagnostikována endometrióza u 15 % žen (Mowers et al, 2016, s. 1045). V případě hodnocení endometriózy z chirurgické indikace, byla endometrióza přítomna u 57 % žen s endometriózou jako předoperační indikací, u 21 % žen s předoperační bolestí pánve a u 8 % žen bez předpokládané endometriózy nebo pánevní bolesti. Prevalence endometriózy v symptomatické referenční populaci se zdá být mnohem vyšší. Endometrióza byla hlášena až u 40 % dospívajících žen s anomáliemi pohlavních cest (Dovey and Sanfilippo, 2010, s. 420) a až u 70 % žen a dospívajících s pánevní bolestí (Laufer et al., 1997, s. 199). Mezi faktory spojené se zvýšeným rizikem endometriózy patří nuliparita, prodloužená expozice endogennímu estrogeneru – např. časná menarche (před 11. až 13. rokem života), nebo pozdní menopauza. Dále pak kratší menstruační cykly (definované jako ≤ 27 dnů), těžké menstruační krvácení, obstrukce menstruačního výtoky (např. Müllerovy anomálie) a nižší index tělesné hmotnosti (Guice, 2010, s. 2389).

K faktorům spojeným se sníženým rizikem endometriózy patří multiparita, prodloužené intervaly laktace a pozdní menarche (po věku 14 let). K rizikovým faktorům je řazena také rasa, kdy u kavkazských a asijských žen byla ve srovnání s černošskými a hispánskými ženami hlášena vyšší incidence endometriózy (Missmer et al, 2004, s. 784). Pokud jde o riziko endometriomů, uvedla jedna retrospektivní studie, že mezi ženami s peritoneální endometriózou byl ovariální endometriom méně častý u těch žen, které užívaly perorální antikoncepční pilulky, ve srovnání se ženami, které žádnou antikoncepci neměly – 18 oproti 49 % (Kavoussi et al., 2017, s. 220).

2.3 Klasifikace endometriózy

Endometrióza může být klasifikována podle její lokalizace jako endometrióza genitální, která se může vyskytovat buď ve stěně děložní jako adenomyóza (endometriosis genitalis interna) nebo na dalších pohlavních orgánech, jako jsou vejcovody, vaječníky, Douglasův prostor, děložní hrdlo, sakrouterinní vazy a vulva (endometritis genitalis externa). Dále pak jako endometrióza extragenitální, kdy jsou ložiska přítomna v dutině břišní, na stěvě, omentu a močovém měchýři. Endometrióza se může vyskytovat i ve vzdálených orgánech, jako jsou plíce, mozek, štítná žláza a v dalších oblastech, jako jsou pooperační jizvy nebo pupek (Roztočil, 2011, s. 129). Endometriózu můžeme také klasifikovat podle příznaků, jejichž paleta

je velmi pestrá. Hovoříme tedy o symptomatické endometrióze. Průběh endometriózy může být v některých případech zcela bezpříznakový, asymptomatický. Jako jediný příznak asymptomatické endometriózy je popisována neplodnost (Roztočil, 2011, s. 129). Dle závažnosti na základě laparoskopického nálezu je rozsah endometriózy členěn do čtyř stádií. Dochází k bodovému hodnocení stupně postižení peritonea, vaječnicků a vejcovodů, u nichž je rozlišována velikost a barva ložisek endometriózy a rozsah adhezí. Stadium I představuje minimální postižení, stadium II lehké, stadium III střední a stadium IV postižení těžké (Roztočil, 2011, s. 129). Stadium I je charakterizováno jako minimální ložiska endometriózy na vaječnicích, malé léze a mělká endometriální ložiska. Ve stadiu II je přítomno více ložisek, jsou hlouběji v tkáni a může se objevovat zjizvená tkáň. Stadium III se vyznačuje větším množstvím hlubokých ložisek. Mohou se objevit malé cysty na jednom nebo obou vaječnicích a větší množství adhezí. Stadium IV je označováno jako nejrozšířenější. Vyskytuje se mnoho hlubokých ložisek a silné adheze. Na jednom nebo obou vaječnicích mohou být velké cysty. Hluboká infiltrující endometrióza je popisována pomocí klasifikace Enzian, která se zaměřuje morfologický popis lézí včetně jejich velikosti (Robinson, 2018).

2.4 Diferenciální diagnostika

Mezi stavy reprodukčního systému, které mohou způsobovat chronickou pánevní bolest, patří nejen endometrióza, ale také adenomyóza, pánevní adheze, pánevní zánětlivé onemocnění, vrozené anomálie reprodukčního traktu a ovariální nebo tubulární masy. Pánevní bolest nemusí být nutně způsobena gynekologickými příčinami. Může jít o poruchy v gastrointestinálním, močovém, neurologickém nebo muskuloskeletárním systému a může být také projevem psychologických nebo psychiatrických poruch. Běžné negynekologické příčiny bolesti v oblasti pánve mohou zahrnovat syndrom dráždivého tračníku, intersticiální cystitidu, fibromyalgii a muskuloskeletární poruchy a dysfunkce pánevního dna. Může být obtížné odlišit endometriózu od těchto stavů, protože symptomy mohou být podobné a vyskytující se v cyklickém nebo konstantním vzorci. Před agresivní terapií a také u žen, které nereagují na konvenční terapii, by mělo být provedeno důkladné vyhodnocení, aby došlo k vyloučení jiné příčiny pánevní bolesti (The Practice Committee..., 2014, s. 927).

2.5 Klinická diagnostika

Diagnostice endometriózy může pomoci kompletní anamnéza, včetně vyšetření v zrcadlech a bimanuálního vyšetření. Jde o onemocnění závislé na estrogeneru, které se vyskytuje u žen se silnou menstruací. Proto by vždy u žen s cyklickou bolestí spojenou s menstruací mělo být vysloveno podezření na endometriózu. Mnoho patientek s endometriózou nepocítuje chronickou pánevní bolest, ale mohou popisovat bolest v jiných fázích menstruačního cyklu, např. při ovulaci. Patientky mohou mít dyspareunii, bolesti střev nebo močového měchýře a často chronickou únavu. Endometrióza může být spojena se symptomy, projevujícími se jako obtíže střevní a močové, zahrnující zácpu, průjem, cyklické urgencyie či frekventní mikce. Tyto příznaky mohou pomoci při vedení klinických a zobrazovacích vyšetření. Gastrointestinální obtíže a dyschezie bývají spojovány s lézemi DIE ve střevě, dyspareunie se zvyšuje s lézemi DIE v uterosakrálních vazech a těžká dysmenorea je spojována s adhezemi slepého střeva (Fauconnier et al, 2005, s. 602).

Nicméně gastrointestinální a genitourinární onemocnění by měla být vždy zvážena před připsáním těchto symptomů endometrióze. Při vyšetření patientek s endometriózou se často nezjistí žádné abnormality a pro stanovení diagnózy je velmi užitečné vyšetření v zrcadlech. Citlivost nebo nodularita uterosakrálních vazů nebo Dougasova prostoru však může být patrná při bimanuálním vyšetření. Zvětšená cystická adnexální hmota může naznačovat endometriom. Fixovaná, retrovertovaná děloha nebo „frozen pelvis“ lze posoudit pomocí vyšetření nebo ultrazvuku, což může naznačovat potřebu přípravy střev před operací. Zatímco někteří navrhují, že uterosakrální nodularita je během menstruace lépe hmatná, žádné studie neprokázaly toto pozorování jako přesvědčivé. Ve skutečnosti byla negativní hodnota pánevního vyšetření prokázána v jedné studii s 91 patientkami, z nichž 47 % patientek s chirurgicky prokázanou endometriózou a chronickou pánevní bolestí mělo normální bimanuální vyšetření. Ačkoli vyšetření mělo špatnou citlivost, specifitu nebo prediktivní hodnotu v diagnostice endometriózy, mohou nálezy při vyšetření naznačovat přínos zobrazovacích metod před operací (Nezhat et al, 1994, s. 127).

2.6 Mechanismy bolesti endometriózy

Endometrióza se v ženské pánvi může objevit v různých formách, včetně jasných váčků, lézí barvy červeného plamene, tmavě pigmentovaných lézí s hemosiderinem a bílých jizev, z nichž každá může přispívat k bolesti různými mechanismy. Ačkoli obecně neexistuje žádný prokázaný vztah mezi rozsahem nemoci a příznaky, umístění a typ nemoci může ovlivnit bolest

v oblasti pánve. I přesto, že je endometrióza považována za progresivní onemocnění, může zůstat statická a v některých případech dokonce i bez léčby. Nejčastěji navrhované mechanismy pro produkci bolesti při endometrióze jsou produkce látek, jako jsou růstové faktory a cytosiny, aktivovanými makrofágy a dalšími buňkami spojenými s fungujícími endometriálními ložisky. Přímé a nepřímé účinky aktivního krvácení z endometriotických ložisek a podráždění nervů pánevního dna nebo přímá invaze těchto nervů infiltrací endometriotických ložisek, zejména v Douglasově prostoru. Je pravděpodobné, že u každého jednotlivce může fungovat více než jeden nebo všechny tyto mechanismy.

Hypotéza nervového podráždění nebo invaze získala v uplynulém desetiletí velkou podporu. Jemné uzlíky v oblasti Douglasova prostoru a v oblastech uterosakrálních vazů mají citlivost přibližně 85 % a specifitu 50 % pro diagnózu infiltrační endometriózy. Ženy s takovými nálezy při vyšetření pánve mohou mít hlubokou dyspareunii a závažnější dysmenoreu. Ženy s infiltrací uterosakrálních vazů anebo ložisek přímo sousedících s rektální stěnou, nebo ji napadajících, mohou trpět dyschezií. Intenzita bolesti spojená s infiltračním onemocněním koreluje s hloubkou penetrace léze. Nejzávažnější bolest je pozorována, když se choroba rozšíří ≥ 5 mm pod peritoneální plochu. Byl pozorován jak perineurální zánět, tak přímá infiltrace nervů endometriózou. Tyto druhy perineurálních změn však byly pozorovány u žen s centrálním onemocněním pánve, tj. kolem uterosakrálních vazů a Douglasova prostoru a nikoli u žen s laterální nebo ovariální endometriózou (The Practice Committee..., 2014, s. 927 – 928).

2.7 Měření bolesti

Posouzení bolesti u jednotlivce může být obtížné. Většina klinických studií bolesti používá standardizované metody, jako je vizuální analogová škála (hodnotící bolest od „žádné“ po „nejhorší“), dotazník „McGrill Pain“ nebo unikátní jednoduchá kategorická stupnice. Měřítka kvality života, jako je „SF-36“ se také používají k posouzení dopadu bolesti a reakce na léčbu. (The Practice Committee..., 2014, s. 928).

2.8 Typy a lokalizace ložisek endometriózy

Jako základní typy endometriózy jsou popisovány peritoneální léze a hluboká infiltrační endometrióza (DIE). Zatímco všechny typy lézí jsou spojovány s chronickou bolestí pánve, umístění a rozsah lézí nemusí souviset s umístěním a závažností prožívané bolesti. Povrchové

léze jsou obvykle umístěny na pánevních orgánech nebo pobřišnici. Endometriomy obsahují hustou, hnědou, čokoládě podobnou tekutinu a jde o pseudocysty vytvořené invazí endometriózy v ovariální kůře. Adheze jsou obvykle spojovány s endometriem a připojují se k blízkým pánevním strukturám. Hluboká infiltrační endometrióza (DIE) je nodulární směs fibromuskulární tkáně a adenomyózy (Nisolle et al, 1997, s. 590). Tyto léze se vyskytují především v uterosakrálních vazech nebo Douglasově prostoru, ale mohou být přítomny i v rektovaginálním septu. U pacientek s DIE se během menstruace může objevit hluboká dyspareunie a různé příznaky postižení střev, od průjmu po dyschezii, v závislosti na umístění hlubokých lézí. K diagnostice endometriózy může pomoci magnetická rezonance (MRI), cystoskopie (v případě endometriózy močového měchýře), sigmoideoskopie nebo kolposkopie (pro transmurální léze střev) a ultrazvukem naváděná aspirační jehla (pro endometriózu v rektosigmoidu, rektovaginálním septu nebo v břišních jizvách). Ložiska endometriózy na neobvyklých místech mohou vykazovat atypické příznaky, včetně cyklické hematochezie, hematurie nebo dokonce hemoptýzy (Fauconnier et al, 2005, s. 602).

2.9 Anatomická lokalizace ložisek endometriózy

Obecně nejčastějšími místy lokalizace ložisek endometriózy v sestupném pořadí frekvence jsou vaječníky, Douglasův prostor, zadní široké vazy, děložní vazy, děloha, vejcovody, tlusté střevo a slepé střevo (Gustofson et al, 2006, s. 298; Jenkins et al, 1986, s. 335).

V prospektivní observační studii u 1101 pacientek s laparoskopicky potvrzenou endometriózou bylo hlášeno, že nejčastějšími místy výskytu ložisek endometriózy byly vaječníky (67 %), uterosakrální vazy (46 %), ovariální jamka (32 %), Douglasův prostor (30 %) a močový měchýř (21 %). U 14 % pacientek byla diagnostikována hluboká infiltruující endometrióza (Audebert et al, 2018, s. 36).

2.10 Vyšetření u žen s chronickou pánevní bolestí

Neexistují žádná standardizovaná laboratorní ani zobrazovací vyšetření, která podstupují ženy s chronickou pánevní bolestí. Výběr testování a zobrazovacích metod se řídí informacemi získanými z fyzikálních vyšetření. Většina žen však podstoupí analýzu moči, aby došlo k vyloučení infekce močových cest a mikrobiologické testy na pohlavně přenosné infekce, pokud jde o ženy sexuálně aktivní (Nisenblat et al, 2016, s. 6).

2.10.1 Laboratorní testy

Neexistuje specifický laboratorní test, který by endometriózu prokázal. V rámci diagnostiky je často využíván marker CA-125, který se ve zvýšené koncentraci vyskytuje u ovariálních karcinomů. U endometriózy je však jeho senzitivita i specifita velmi nízká. Samotná chronická pánevní bolest nezpůsobuje laboratorní abnormality. Laboratorní hodnocení se provádí za účelem vyloučení dalších příčin symptomů pacientky. Například ženám s pánevní bolestí je často proveden těhotenský test (je-li to relevantní), rozbor moči a testy na kapavku, chlamydie a trichomonas. Ženy s rozbořem moči připomínajícím infekci poté podstoupí kultivaci moči. Ženy s nedávnou cestovní anamnézou a gastrointestinálními příznaky se podrobují testování na střevní infekci (Nisenblat et al, 2016, s. 6).

2.10.2 Zobrazovací vyšetření

Zobrazovací metody mohou být užitečné pro identifikaci strukturálních příčin chronické pánevní bolesti, jako jsou například leiomyomy dělohy nebo ovariální cysty. Lékaři obvykle začínají pánevním ultrazvukem, protože poskytuje podrobné informace o pánvi a jde o poměrně levnou a široce dostupnou metodu v diagnostice. V případě shledání nejasného nálezu ultrazvuku požadují lékaři obvykle magnetickou rezonanci pro zobrazení abnormalit měkkých tkání a CT vyšetření pro hodnocení kostních struktur, střev nebo ureterů (Nisenblat et al, 2016, s. 6).

2.10.3 Ultrazvuk

Pánevní ultrazvuk se obvykle provádí u žen se zvětšenou děložní a adnexální hmotou a jinými strukturálními abnormalitami při fyzikálním vyšetření nebo příznacích těžkého či nepravidelného krvácení. Leiomyomy nebo ovariální cysty mohou způsobovat bolest. Složitá adnexální hmota může být výsledkem endometriózy, ačkoli normální ultrazvuk nevyklučuje endometriózu peritoneálního povrchu (Nisenblat et al, 2016, s. 6). Adenomyóza může způsobit bolest při abnormálním krvácení z dělohy a tato diagnóza může být navržena ultrazvukem, avšak nemůže poskytnout diagnózu definitivní. Ženy s anamnézou zánětlivých onemocnění pánve a chirurgických zákroků jsou vystaveny riziku intraabdominálních adhezí a pooperačních změn, které mohou být náhodně objeveny, ale nemusí vyžadovat chirurgický zákrok. Cysty na peritoneu nebo jiných strukturách jsou po operacích v pánevní dutině relativně běžné, ale obvykle nejsou spojovány s bolestí. Hluboká infiltrační endometrióza (DIE) může být identifikována rutinním transvaginálním ultrazvukem. U žen s DIE mohou adheze fixovat zadní

stěnu dělohy k přední stěně rekta, a proto není přítomno posouvání konečníku proti zadní stěně dělohy. Tento „negativní posuvný znak“ je při hodnocení pomocí dynamického ultrazvuku citlivý na přítomnost DIE 85 % a specifitu 96 % (Hudelist et al, 2011). Přesnost ultrazvuku pro diagnostiku DIE je také pravděpodobně závislá na zkušenostech operátora. Výběr mezi zobrazením magnetickou rezonancí a transvaginálním ultrazvukem by měl být proveden na základě zkušeností radiologa (Nisenblat et al, 2016, s 7.).

2.10.4 Magnetická rezonance

Magnetická rezonance je považována za užitečnou u žen s podezřením na hlubokou infiltraci endometriózy v anamnéze (např. dyschezie nebo dyspareunie) nebo fyzikálním vyšetřením (např. rektovaginální uzliny). Zlatým standardem v diagnostice však zůstává ultrazukové vyšetření. V Cochraneově revizi šesti studií s 266 účastníky měla magnetická rezonance vynikající senzitivitu 94 % a specifitu 77 % pro diagnostiku DIE, čímž se přiblížila kritériím pro náhradní diagnostický test, namísto chirurgické biopsie (Nisenblat et al, 2016, s. 6). Stejně jako u sonografie nevyklučují nálezy magnetické rezonance peritoneální endometriózu a nálezy naznačující endometriózu, přestože jsou vysoce konzistentní s nemocí, nejsou definitivní. (Nisenblat et al, 2016, s. 6; Tirlapur et al, 2015, s. 445). Někteří odborníci považují data z magnetické rezonance za užitečná u žen s podezřením na adenomyózu (např. zvětšená, zastřená děloha při vyšetření). Avšak pouze na základě zobrazovacích metod nemůže být stanovena diagnóza (Nisenblat et al, 2016, s. 6).

2.10.5 Ionizující záření

Ionizující záření by se mělo u žen s chronickou pánevní bolestí používat opatrně, pokud není přítomen jasný akutní proces. Vyšetření pomocí CT se používají zřídka, pokud neexistují známky akutní enteritidy nebo kolitidy. Venografie pánve je velmi kontroverzní, protože diagnóza žilní kongesce pánve, pro kterou se používá, nebyla náležitě stanovena (Beard et al, 1984, s. 946). Pánevní venografii je doporučováno používat pouze v centrech se zkušenostmi s prováděním tohoto zobrazování pro syndrom pánevní kongesce a schopností výsledky prospektivně sledovat (Tu et al, 2010, s. 332).

2.10.6 Provokativní testování

Účelem provokativních testů je stimulace zúčastněných orgánů s cílem identifikovat zdroj bolesti ženy. Tyto testy zahrnují provokaci chloridem draselným a urodynamické testy u žen s bolestí močového měchýře a anální manometrii u žen se syndromem dráždivého tračníku. Zatímco tyto testy mají roli ve výzkumných protokolech pro charakterizaci viscerální přecitlivělosti jako rizikového faktoru pro rozvoj chronické bolesti, někteří autoři se domnívají, že dostupná data nepodporují jejich použití v klinickém prostředí (Hanno et al, 2009, s. 431; Whitehead et al, 1998, s. 1263).

2.10.7 Laparoskopie

Laparoskopie může být použita pro diagnostiku i léčbu u žen s některými příčinami chronické pánevní bolesti, jako jsou endometrióza a adheze, ale je také spojena s chirurgickými riziky, např. krvácením, infekcí a poškozením viscerálních orgánů. Hlavní otázkou pro lékaře, kteří se starají o ženy s chronickou pánevní bolestí, je rozhodování o tom, kdy zvolit operativní postup. Rutinní provádění laparoskopie u všech žen s chronickou pánevní bolestí není nutné, může však vést ke zpoždění v diagnostice a nasazení vhodné léčby. Protože neexistují dostatečné údaje, které by vedly k optimálnímu načasování laparoskopie v této populaci, je rozhodnutí ponecháváno na pacientce a jejím pečovatelském týmu. Pro ženy, které nemají nálezy, jenž by vysoce naznačovaly chirurgicky léčitelný proces, jako je hluboká infiltrační endometrióza, velký leiomyom nebo velké endometriomy, nabízejí autoři studií obvykle počáteční léčbu po dobu dvou až tří měsíců lékařskou, fyzikální nebo kognitivní behaviorální terapií. Laparoskopie je pak nabídnuta ženám, kterým terapie nepřináší prospěch. Přesné načasování, kdy má být laparoskopie nabídnuta, je však rozhodnutím o spolupráci s pacientkou a neexistují žádné důsledně přijímané pokyny (Iacovides et al, 2013, s. 1066; Jarell et al, 2016, s. 201). Jako terapie je ve většině případů nabízena lékařská péče, sestávající z hormonální suprese a nesteroidních protizánětlivých léků (NSAID), ženám s diagnostikovanou nebo předpokládanou endometriózou, které nechtějí těhotenství a nemají podezření na endometriomy (The Practice Committee..., 2014, s. 928; Dunselman, 2014, s. 400).

U žen, jejichž příznaky se nezlepšují po třech až čtyřech měsících hormonální suprese nebo u nichž není lékařský management vhodný, je provedena laparoskopie pro diagnostiku a excizi endometriálních lézí, jsou-li identifikovány. Zejména u žen, které vykazují příznaky endometriózy, tj. u žen s dysmenoreou, dyspareunií či neplodností, se provádí laparoskopie, aby se zabránilo zpoždění v diagnostice onemocnění, které u některých žen vyžaduje dlouhodobý

management léčby (Sinai et al, 2008, s. 538; Hickey et al, 2014, s. 1752; Vercellini et al, 2014, s. 261). Je však důležité si uvědomit, že endometrióza nemusí být vždy příčinou chronické pánevní bolesti a lze ji také nalézt u žen bez pánevní bolesti. Proto je důležité endometriózu léčit, pokud je identifikována u symptomatických žen a pečlivě identifikovat a léčit všechny další možné zdroje bolesti u žen, bez ohledu na přítomnost endometriózy (Ness et al, 2002, s. 929).

2.11 Obecné zásady léčby

Rozhodnutí o léčbě jsou individualizovaná a berou v úvahu klinické příznaky (např. bolest, neplodnost, závažnost příznaků a rozsah onemocnění, dále pak reprodukční touhu, věk pacientky, vedlejší účinky léků a míru chirurgických komplikací). Dle Americké společnosti pro reprodukční medicínu by endometrióza měla být vnímána jako chronické onemocnění, které vyžaduje celoživotní řízení s cílem maximalizovat využití lékařské léčby a zabránit opakovaným chirurgickým zákrokům (The Practice Committee..., 2014, s. 927).

2.12 Léčba endometriózy

Vzhledem k tomu, že hormony způsobují endometriózu a jednotlivá ložiska prochází cyklem, který je podobný menstruačnímu cyklu, mohou být hormony také účinné při léčbě endometriózy. Různé hormony mohou navíc změnit vnímání bolesti. Hormonální terapie se používá k léčbě bolesti související s endometriózou. Hormony existují ve formě pilulky, injekce či nosního spreje. Hormonální léčba zastavuje produkci hormonů vaječníkem, včetně estrogenu, což obvykle zabrání ovulaci. Díky tomu může dojít ke zpomalení růstu a lokální aktivity endometria i endometriálních lézí. Léčba také zabraňuje růstu nových lézí a tvorbě adhezí, avšak nezpůsobí, že stávající adheze zmizí. V rámci zdravotní péče může být ženám navržena jedna z následujících způsobů hormonálních léčebných metod k léčbě bolesti při endometrióze (American College of..., 2010, s. 227; American College of..., 2019).

2.12.1 Gonadotropin uvolňující hormonální léky (GnRH)

Zastavují produkci některých hormonů, aby se zabránilo ovulaci, menstruaci a růstu ložisek endometriózy. Tato léčba uvádí tělo do „menopauzálního“ stavu. Léky GnRH zastavují uvolňování hormonů s cílem, předejít růstu endometriózy (Struthers, 2009, s. 550). Pilulka

s nízkými dávkami by neměla být užívána déle než 24 měsíců a vysokodávková pilulka by neměla být užívána déle než 6 měsíců, protože může způsobovat úbytek kostní hmoty. Mezi nejčastější nežádoucí účinky léku patří bolest hlavy, nevolnost, potíže se spánkem, úzkost, deprese a bolesti kloubů (U.S. Food and..., 2018).

Některé léky GnRH existují ve formě nosního spreje, který je nutné užívat denně a dále pak ve formě injekce aplikované jednou měsíčně nebo každé 3 měsíce. Je doporučeno zůstat na léčbě GnRH pouze asi 6 měsíců najednou, s několika měsíci mezi léčbou, pokud se opakují. Riziko srdečních komplikací a úbytku kostní hmoty se může zvýšit za předpokladu, že jsou tyto preparáty užívány déle (American College of..., 2010, s. 227). Po ukončení léčby GnRH tělo vychází z menopauzálního stavu, žena začíná menstruat a může dojít k těhotenství. Stejně jako u všech hormonálních přípravků se příznaky endometriózy vracejí poté, co ženy přestanou léčbu GnRH užívat. Tyto léky mají také vedlejší účinky, jako jsou návaly horka, únava, problémy se spánkem, deprese, ztuhlost kloubů a svalů, ztráta kostní hmoty a vaginální suchost (The Practice Committee..., 2014, s. 931).

2.12.2 Visanne

Je používán k léčbě bolestivých příznaků endometriálních lézí. Visanne obsahuje hormon progesteronu, dienogest. Užívání tohoto přípravku každý den vede ke zmenšení endometriální tkáně a zmírňuje související obtíže, jako je pánevní bolest a bolestivá menstruace. Při jeho užívání se mohou vyskytovat mnohé nežádoucí účinky, jako je např. bolest hlavy nebo migréna, návaly horka, změny nálad včetně deprese, problémy se spánkem, ztráta zájmu o sex, akné, vypadávání vlasů, nevolnost, bolesti břicha, zvýšení hmotnosti, slabost, bolesti zad a děložní/vaginální krvácení včetně špinění (Bayer, 2019).

2.12.3 Perorální antikoncepce

Antikoncepční pilulky pomáhají, aby bylo menstruační krvácení kratší a pravidelnější. Ženy užívající hormonální antikoncepci také pociťují úlevu od bolesti (The Practice Committee..., 2014, s. 930). Obecně platí, že antikoncepce obsahuje dva hormony: estrogen a progestin, hormon podobný progesteronu. Ženy, které nemohou užívat estrogen kvůli kardiovaskulárním onemocněním nebo vysokému riziku krevních sraženin, mohou užívat pilulky pouze s obsahem progestinu ke zmírnění menstruačního krvácení. Typicky žena užívá pilulky po dobu 21 dnů a poté po dobu 7 dnů placebo, aby došlo k napodobení přirozeného menstruačního cyklu. Některé ženy užívají antikoncepční pilulky nepřetržitě bez užití placeba

a díky tomu u ženy nedochází k menstruačnímu krvácení. Užívání antikoncepce kontinuálně může zastavit menstruaci úplně, což může snížit nebo odstranit bolest. K dostání jsou také antikoncepční pilulky, které obsahují pouze pár placebo tablet každé 3 měsíce, což také pomáhá snížit nebo odstranit bolest. Úleva od bolesti obvykle trvá pouze při užívání pilulek, zatímco dochází k potlačení endometriózy. Po ukončení léčby se mohou příznaky endometriózy vrátit a vrací se i schopnost otěhotnět. V této léčbě mohou ženy pokračovat neurčitou dobu. U některých žen se bolest neobjeví ani několik let po ukončení léčby. U této hormonální léčby se mohou projevit mírné nežádoucí účinky, jako je přibývání na váze, nadýmání a krvácení mezi cykly, zvláště když ženy poprvé začínají antikoncepci užívat kontinuálně (Yeung et al, 2009, s. 273).

2.12.4 Progesteron a progestin

Formou pilulek, injekcí nebo prostřednictvím nitroděložního tělíska (IUD). Kombinace těchto dvou hormonů zmírňuje menstruaci nebo ji zastavuje úplně a tím také zabraňuje těhotenství. Užívání těchto pilulek (např. Norethisteronu) denně způsobí, že dojde ke zmírnění menstruačního cyklu a k inhibici růstu děložní sliznice. Jakmile žena přestane hormony užívat, příznaky se mohou opět projevit a je možné těhotenství. IUD obsahující progestin (např. Mirena), může být účinné pro snižování bolesti v souvislosti s endometriózou. Mirena snižuje velikost lézí a zmírňuje menstruační cyklus (1/3 žen již po roce užívání nedostane menstruaci) (Yeung et al, 2009, s. 273).

2.12.5 Antikoncepční injekce

Injekce každé 3 měsíce obvykle zastavuje menstruační cyklus, nicméně některé ženy mohou mít nepravidelné menstruační krvácení v prvním roce užívání. Během těchto období krvácení může docházet k bolesti (U.S. Food and..., 2002). Po jednom roce užívání injekce přibližně polovina žen uvádí, že nemá menstruaci. Navíc i několik měsíců po aplikaci této injekce se nemusí menstruace dostavit. I v případě, že žena nemenstruuje, může být schopna otěhotnět a v případě, že těhotenství není žádoucí, by měla podnikat kroky k zabránění těhotenství. Ženy užívající tyto hormony mohou přibírat na váze, pociťovat stavy deprese nebo se u nich může projevit nepravidelné krvácení (American College of..., 2010, s. 227).

2.12.6 Danazol

Danazol, také nazývaný Danocrine, zastavuje uvolňování hormonů, které se podílejí na menstruačním cyklu. Při užívání tohoto léku mají ženy menstruaci jen příležitostně nebo vůbec. K častým nežádoucím účinkům patří mastná pleť, pupínky nebo akné, přibývání na váze, svalové křeče, únava a bolavá prsa. Další nežádoucí účinky patřící k této léčbě jsou bolesti hlavy, závratě, slabost a návaly horka. Nežádoucí účinky jsou v případě této léčby mnohem závažnější než její výhody (American College of..., 2010, s. 227). Danazol může také poškodit vyvíjející se plod, proto je důležité zabránit otěhotnění během užívání tohoto léku. Metody hormonální antikoncepce nejsou ženám užívajícím Danazol doporučovány. Místo toho jsou poskytovateli zdravotní péče doporučovány metody bariérové antikoncepce, jako jsou kondomy nebo pesar (The Practice Committee..., 2014, s. 930).

2.12.7 Léky proti bolesti

Léky mohou dobře fungovat v případě, že jsou bolest nebo jiné příznaky mírného charakteru. Mezi nejčastější typy léků proti bolesti patří nesteroidní protizánětlivé léky, nazývané také NSAID. Důkazy o účinnosti těchto léků pro zmírnění bolesti spojené s endometriózou jsou omezené (American College of..., 2010, s. 226; Stratton et al, 2011, s. 331).

2.12.8 Chirurgická léčba

Výzkum ukazuje, že některé chirurgické zákroky mohou poskytnout významnou, i když v některých případech krátkodobou, úlevu od bolesti související s endometriózou (American College of..., 2010). Poskytovatelé zdravotní péče mohou doporučit chirurgický zákrok k léčbě silné bolesti vyvolávané endometriózou. Během operace může chirurg najít ložiska endometriózy a určit jejich velikost a stupeň postižení. Před operací je důležité s pacientkou probrat, co je během operace plánováno, protože některé postupy nelze zvrátit a mohou ovlivnit plodnost ženy. Proto by ženy měly se svým lékařem prodiskutovat všechny dostupné možnosti léčby před konečným rozhodnutím o léčbě. Může být navržen jeden z následujících chirurgických zákroků pro zmírnění bolesti způsobované endometriózou (American College of..., 2010, s. 226; American College of..., 2019, Stratton et al, 2011, s. 331).

2.12.8.1 Laparoskopické odstranění ložisek

Jedná se o minimálně invazivní chirurgii, kdy je do dutiny břišní vstupováno pomocí malých řezů. Při výkonu je používán laparoskop, ke kterému je připojena kamera, jenž umožňuje gynekologovi zobrazit břišní a pánevní orgány na elektronické obrazovce. Pro samotný výkon je pak nutné použít další chirurgické nástroje pro odstranění ložisek endometriózy, a to přes další malé řezy v břiše (American College of..., 2019). Proces odstraňování lézí je nazýván excize. Destrukce lézí intenzivním teplem a utěsnění krevní cévy bez stehů je dále nazývána jako kauterizace nebo odpařování. V některých případech jsou odstraňovány i jizevnaté tkáně, které mohou také souviset s bolestí při onemocnění endometriózou. Cílem je léčit endometriózu bez poškození okolních tkání. Po operaci žena většinou pocítuje úlevu od bolesti v krátkodobém horizontu, ale bolest se často vrací. Chirurgickým řešením může být poskytnuta úleva od bolesti u žen s hlubokými lézemi, které se podaří zcela odstranit (American College of..., 2010, s. 226).

2.12.8.2 Laparotomie

Jedná se o velký chirurgický výkon, kdy může chirurg odstranit ložiska endometriózy. Avšak někdy jsou ložiska endometriózy tak malá na to, aby při laparotomii byla vidět. Díky tomuto přístupu může chirurg provést také hysterektomii a v případě těžkého poškození vaječníků endometriózou jsou odstraňovány spolu s vejcovody a dělohou. V případě, že poškození není tak těžké, je doporučováno ponechat vaječníky vzhledem k jejich hormonální produkci. Laparotomie je doporučována jako poslední možnost v léčbě endometriózy. S provedením hysterektomie nebo salpingo-ooforektomie není zaručeno, že se léze nevrátí a bolest zcela zmizí. Stále bohužel existuje šance, že se příznaky endometriózy a léze u některých žen mohou vrátit (American College of..., 2010, s. 226).

2.12.8.3 Přerušování pánevních nervů

Pokud se bolest objevuje ve středu břicha, je lékaři doporučováno přerušování nervů v pánvi, aby došlo ke snížení bolesti. Přerušování nervů lze provést během laparoskopie nebo laparotomie (American College of..., 2010, s. 228. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) hlásí několik klinických studií, které ukázaly, že tyto postupy jsou neúčinné pro zmírnění bolesti v souvislosti s endometriózou (American College of..., 2010, s. 228; The Practice Committee, 2014, s. 929; Yeung et al, 2009, s. 270). Pro přerušování nervů v oblasti pánve se používají dva postupy: presakrální neurektomie, která přerušuje nervy

spojené s dělohou a laparoskopická ablace děložního nervu (LUNA), která přerušuje nervy ve vazech zajišťujících dělohu. V některých případech se hormonální terapie používá před nebo po operaci ke snížení bolesti, nebo jako pokračování v léčbě. Současné důkazy podporují použití IUD obsahující progestin (Mirena) ke snížení bolesti po operaci (Yeung et al, 2009, s. 273).

3. Sexuální dysfunkce

Jde o stav, kdy se jedinec nemůže podle svých představ podílet na svém sexuálním životě, ať už jde o jakoukoli příčinu (Fiala, 2015). Sexuální dysfunkce se týká problému během jakékoli fáze sexuálního styku, která zabraňuje tomu, aby jednotlivec nebo pár zažil sexuální uspokojení. Sexuální styk má 4 fáze: sexuální vzrušení, fáze plateau, vyvrcholení (orgasmus) a fázi uvolnění. Výzkumy naznačují, že sexuální dysfunkce je běžná a vyskytuje se u 43 % žen. Jedná se o téma, o kterém mnoho lidí váhá a v rozpacích o něm diskutuje. Naštěstí je většina případů sexuálních dysfunkcí léčitelná, takže je důležité hovořit o svých obavách s partnerem a následně s lékařem (Dansinger, 2019).

Sexuální dysfunkce mohou být důsledkem fyzického nebo psychického problému. Fyzický a zdravotní stav mohou způsobit problémy se sexuální funkcí, což zahrnuje například cukrovku, neurologická onemocnění, hormonální nerovnováhu, menopauzu, dále pak chronická onemocnění, onemocnění ledvin a selhání jater. Kromě toho mohou sexuální funkci a touhu ovlivnit účinky některých léků, včetně antidepresiv. K psychickým příčinám patří pracovní stres a úzkost, obavy o sexuální výkonnost, manželské nebo vztahové problémy, deprese, pocity viny nebo působení sexuálního traumatu (Dansinger, 2019). Existují různé příčiny sexuálních dysfunkcí, ale endometrióza je jedním z nejdůležitějších a nejméně pochopených faktorů, pokud jde o sexualitu. Endometrióza, zejména hluboké infiltruující léze, mohou bránit kvalitě sexuálního života. Kromě dyspareunie mohou být pacientky frustrované kvůli bolesti, což vede k poruchám vzrušení a touhy (Mishra et al, 2016, s. 250).

Endometrióza může způsobovat bolest při pohlavním styku, zejména v případě, kdy se ložiska nacházejí v blízkosti pochvy. Bolest může být mírná nebo silná, přičemž ženami je popisována především jako bodavá a může se zhoršovat s hloubkou penetrace při pohlavním styku. Někdy bolest zůstává i po pohlavním styku, a to v řádu několika hodin až dní. Očekávání bolesti může u ženy vyvolávat napětí. Pocity nedostatečnosti a obavy o partnery jsou u žen s endometriózou běžné. Mohou se cítit provinile, být depresivní, protože nemohou prožívat sexuální život tak, jak prožívaly. Endometrióza může vést k řadě problémů ve vztahu z důvodu,

že se některé ženy vyhýbají pohlavnímu styku kvůli bolesti a jejich partneři se mohou cítit odmítnutí. Některé páry se z důvodu potlačení intimity ve vztahu mohou rozcházet a ženy se obávají, že jejich vztah může kvůli endometrióze skončit (ISSM Communication Committee, 2018).

3.1 Nejčastější problémy související se sexuální dysfunkcí

3.1.1 Inhibice sexuální touhy

Zahrnuje nedostatek sexuální touhy nebo zájem o sex. Existuje mnoho faktorů, které mohou přispět k nedostatku touhy, jako jsou hormonální změny, zdravotní stav a léčba (např. rakovina a chemoterapie), dále pak deprese, těhotenství, stres a únava. Znuděnost z pravidelné sexuální rutiny může přispět k nedostatku nadšení pro sex, stejně jako faktory životního stylu, jako je kariéra a péče o děti (Dansinger, 2019).

3.1.2 Neschopnost vzrušení

Neschopnost se fyzicky vzrušit během sexuální aktivity často zahrnuje nedostatečné zvlhčení vagíny. Tato neschopnost může také souviset s úzkostí nebo nedostatečnou stimulací (Dansinger, 2019).

3.1.3 Anorgasmie

Jedná se o absenci sexuálního vyvrcholení (orgasmu), což může být způsobeno sexuální inhibicí ženy, nezkušeností, nedostatkem znalostí a psychologickými faktory, jako je vina, úzkost nebo v minulosti prožité sexuální trauma či zneužívání. Mezi další faktory přispívající k anorgasmii patří nedostatečná stimulace, některé léky a chronická onemocnění (Dansinger, 2019).

3.1.4 Dyspareunie

Jako dyspareunie je označováno bolestivé vnímání pohlavního styku, při němž jsou frikčními koitálními pohyby penisu v pochvě vyvolány nepříjemné pocity (dyspareunie) až bolest (algopareunie). Jde o stav opakující se nebo trvalý. Bolest při pohlavním styku může být způsobena řadou problémů, včetně endometriózy, ovariálních cyst, vaginitidy, nedostatečné lubrikace, přítomnosti jizev po chirurgickém zákroku nebo pohlavně přenosnými onemocněními. (Roztočil, 2011, s. 130; Dansinger, 2019). Dyspareunie je nejčastěji

klasifikována jako povrchová nebo hluboká. Povrchová dyspareunie se týká bolesti při počátečním vstupu do pochvy vnímaná ve vulvální oblasti nebo vaginálním introitu, zatímco hluboká dyspareunie je bolest spojená s hlubokou penetrací vnímanou ve vaginálním kanálu nebo pánevní oblasti (Shum et al, 2018, s. 224–225).

3.1.5 Vaginismus

Jedná se o reflexní spasmus svalů obklopujících vaginální vchod, který je vyvolán při reálném nebo imaginárním pokusu zavést objekt do pochvy. Může se jednat o stav relativní, kdy je ženu možné gynekologicky vyšetřit, ale není schopna pohlavního styku, nebo stav absolutní, kdy si žena není schopna do pochvy zavést menstruační tampon ani svůj prst. Může se objevit u žen, které se obávají, že penetrace bude bolestivá a v některých případech může také pramenit ze sexuální fobie nebo z předchozí traumatické nebo bolestivé zkušenosti. Ženy s vaginismem jsou přesvědčeny, že by při pohlavním styku mohlo dojít k poranění jejich rodidel (Dansinger, 2019; Roztočil, 2011, s. 124).

3.2 Vyšetření žen s endometriózou a dyspareunií

Ke zvolení správného léčebného postupu je nutné rozlišení, zda se jedná o hlubokou nebo povrchovou dyspareunii. Pro pacientky s endometriózou je v anamnéze uplatňován rutinní přístup, jako například chronická pánevní bolest, dysmenorea, dysurie a dyschezie a dále posouzení sexuálních funkcí, jako je touha, vzrušení, orgasmus a partnerský vztah. Je nutné se dotazovat i na přidružená onemocnění, jako jsou deprese, syndrom bolestivého močového měchýře, intersticiální cystitida a syndrom dráždivého tračníku. Součástí vyšetření bývají i kvalifikované dotazníky, například „Female Sexual Function Index“ (FSFI), „Female Sexual Distress Scale“ (FSDS), dotazník „ASFAQ“, tzv. zkrácená verze Dotazníku sexuálních funkcí. K dalším dotazníkům, které mohou být použity, řadíme například: „The Brief Index of Sexual Functioning for Women“, „The Brief Sexual Symptom Checklist for Women“, „Decreased Sexual Desire Screener“ nebo „Sexual Health Outcomes in Women Questionnaire“ (SHOW-Q). K upřesnění informací využívají lékaři Dotazníky zakreslení bolesti s obrázkem ženského těla, kde je ženou označeno místo vnímané bolesti. Intenzita bolesti je určována dle vizuální analogové stupnice (VAS). Intenzita bolesti se určuje podle vizuální analogové stupnice (VAS) (Tomeš, 2019, s. 11).

4. Metodika výzkumu

Výzkumná část diplomové práce byla zaměřena na zjištění výskytu sexuálních dysfunkcí u žen s endometriózou a také na zjištění, zda díky léčbě endometriózy dojde ke snížení výskytu sexuálních dysfunkcí. Jedná se o kvantitativní výzkum metodou dotazníkového šetření. Pro tuto práci byl použit standardizovaný dotazník FSFI (Index ženské sexuální funkce), pro jehož použití byl získán souhlas. Dotazník je v souladu se stanovenými cíli práce. Úvod dotazníku tvoří seznámení s jeho účelem a instrukce k jeho vyplnění. Dotazník byl složen z 31 otázek, z nichž 28 bylo uzavřených a 3 polouzavřených. Prvních 12 otázek zjišťovalo o respondentce základní údaje, jako je věk, nejvyšší dosažené vzdělání, zda má či nemá děti a jestli kouří či pije alkohol. V dalších otázkách bylo zjišťováno, jaké má respondentka BMI, v kolika letech dostala první menstruaci a kdy zahájila sexuální život.

Dále bylo zkoumáno, jaké z příznaků se u respondentky objevily a v kolika letech a dále pak jaký typ endometriózy byl respondentce diagnostikován a jaká byla zvolena léčba po laparoskopickém odstranění ložisek. Dalších 19 otázek bylo tvořeno dotazníkem FSFI (Index ženské sexuální funkce), který u respondentek zjišťoval výskyt sexuálních dysfunkcí za poslední 4 týdny v oblastech, jako je touha, vzrušení, lubrikace, orgasmus, uspokojení a bolest. Celkem bylo vyhodnoceno 100 dotazníků žen před léčbou a 100 dotazníků po léčbě. Hodnocení odpovědí je od 0, tedy žádná sexuální aktivita, nebo 1 (nikdy, velmi nízká) až 5 (vždy, velmi vysoká). Skóre FSFI je vypočítáno pro každou doménu a celkové skóre je získáno sečtením všech položek. Každá doména má skóre na stupnici od 0 do 5, kde vyšší číslo naznačuje lepší fungování v jednotlivé doméně. Hodnota skóre nižší než **26,55** je dle odborné literatury považována za sexuální dysfunkci. Získané údaje jsou zcela anonymní a byly použity jen pro účely výzkumu v rámci diplomové práce.

4.1 Výzkumné cíle

Cílem výzkumného šetření diplomové práce bylo zjistit výskyt sexuálních dysfunkcí za poslední 4 týdny u žen s diagnostikovanou endometriózou a identifikovat tak problémy v oblasti sexuálních aktivit, zejména v oblastech jako je touha, vzrušení, lubrikace, orgasmus, uspokojení a bolest. Dalším cílem bylo zjistit, zda díky léčbě endometriózy dojde u žen ke snížení výskytu sexuálních dysfunkcí a tím ke zlepšení sexuálního života.

Cíl 1: Zjistit výskyt sexuálních dysfunkcí u žen s diagnostikovanou endometriózou a identifikovat tak problémy v oblasti sexuálních aktivit.

Cíl 2: Zjistit, zda díky léčbě endometriózy dojde u žen ke snížení výskytu sexuálních dysfunkcí a tím ke zlepšení sexuálního života.

4.2 Výzkumné otázky a hypotézy

1. Existuje signifikantní rozdíl ve vnímání sexuální touhy u žen před léčbou a po léčbě endometriózy?

H1₀: Vnímání sexuální touhy je u žen před léčbou a po léčbě shodné.

2. Existuje signifikantní rozdíl v sexuální vzrušivosti během sexuální aktivity nebo pohlavního styku u žen před léčbou a po léčbě endometriózy?

H2₀: Sexuální vzrušivost během sexuální aktivity nebo pohlavního styku je u žen před léčbou a po léčbě shodná.

3. Existuje signifikantní rozdíl v dosažení a udržení lubrikace během sexuální aktivity nebo pohlavního styku u žen před léčbou a po léčbě endometriózy?

H3₀: Dosažení a udržení lubrikace během sexuální aktivity nebo pohlavního styku je u žen před léčbou a po léčbě shodné.

4. Existuje signifikantní rozdíl v dosahování orgasmu během sexuální aktivity nebo pohlavního styku u žen před léčbou a po léčbě endometriózy?

H4₀: Dosahování orgasmu během sexuální aktivity nebo pohlavního styku je u žen před léčbou a po léčbě endometriózy shodné.

5. Existuje signifikantní rozdíl ve vnímání uspokojení v sexuální oblasti u žen před léčbou a po léčbě endometriózy?

H5₀: Vnímání uspokojení v sexuální oblasti je u žen před léčbou a po léčbě endometriózy shodné.

6. Existuje signifikantní rozdíl ve vnímání bolesti při pohlavním styku u žen před léčbou a po léčbě endometriózy?

H6₀: Vnímání bolesti při pohlavním styku je u žen před léčbou a po léčbě endometriózy shodné.

4.3 Charakteristika vzorku respondentů

Výzkumného šetření se od listopadu 2019 do března 2020 zúčastnilo celkem 100 žen. Vyplněním dotazníku respondentka vyjádřila souhlas s účastí ve výzkumném šetření. Výběr respondentek byl záměrný. Vzhledem k tomu, že je v diplomové práci zjišťován výskyt sexuálních dysfunkcí u žen s endometriózou, byl dotazník určen právě pro tuto skupinu osob.

Kritériem pro výběr respondentky tedy byla laparoskopicky diagnostikovaná endometrióza. Dalším kritériem byl věk respondentky minimálně 18 let. Výzkumný vzorek tvořily ženy, které byly hospitalizovány na gynekologickém oddělení Nemocnice Znojmo.

4.4 Metoda sběru dat a realizace výzkumu

Sběr dat probíhal od 1.11.2019 do 31.3.2020 na gynekologickém oddělení Nemocnice Znojmo. Dotazníky byly distribuovány osobně, respondentky byly instruovány a k jednotlivým otázkám dotazníku byly uvedeny instrukce pro vyplnění. Realizace výzkumného šetření byla uskutečněna po schválení výzkumné části diplomové práce Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Zdravotnické zařízení bylo požádáno o souhlas s výzkumným šetřením. Data k výzkumnému šetření byla získána pomocí standardizovaného dotazníku FSFI (Index ženské sexuální funkce), pro jehož použití byl získán souhlas. Dotazník bylo nutné vyplnit dvakrát, a to nejprve při laparoskopickém diagnostikování endometriózy a následně za 3 měsíce po zahájení léčby. Celkově bylo sesbíráno 203 dotazníků. Do výzkumného šetření byly zařazeny ženy, které byly hospitalizovány na gynekologickém oddělení v Nemocnici Znojmo a byla jim laparoskopicky diagnostikovaná endometrióza. Z výzkumného šetření byly následně vyřazeny dotazníky žen, které uvedly, že před léčbou nebo po léčbě neměly žádnou sexuální činnost. Jednalo se celkem o 3 dotazníky. Celkem bylo vyhodnoceno 100 dotazníků žen před léčbou a 100 dotazníků po léčbě.

4.5 Metoda zpracování dat

Získaná data byla zpracována a vyhodnocena v programu Microsoft Office Excel 2019. K vyhodnocení dat byla použita statistická metoda, která využívala výpočet absolutních a relativních četností. Získaná data byla zaznamenána do vytvořených tabulek a grafů. Následně byly formulovány a ověřeny statistické hypotézy. Hypotézy byly ověřeny pomocí dvouvýběrového párového t-testu na hladině významnosti 0,05. Výsledky byly znázorněny do tabulek a grafů. Data byla následně přepočítána na skóre FSFI dle klíče vyhodnocení dotazníku FSFI (viz *Tabulka 32: Škála vyhodnocení FSFI*).

5. Výsledky výzkumu

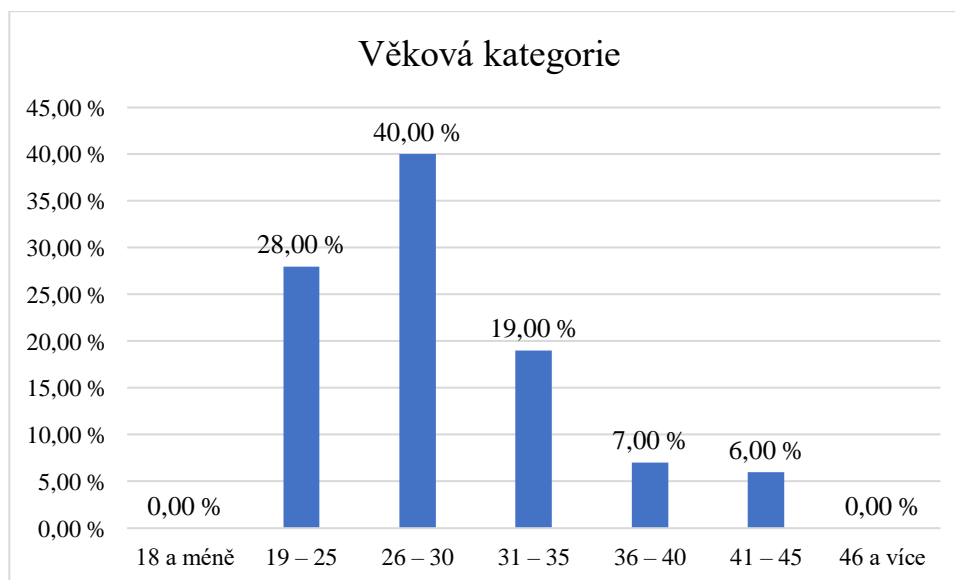
5.1 Statistické vyhodnocení dotazníků

Otázka 1: Kolik je Vám let?

Tabulka 1: Věková kategorie

Věková kategorie	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
18 a méně	0	0,00 %
19 – 25	28	28,00 %
26 – 30	40	40,00 %
31 – 35	19	19,00 %
36 – 40	7	7,00 %
41 – 45	6	6,00 %
46 a více	0	0,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %

Graf 1: Věková kategorie



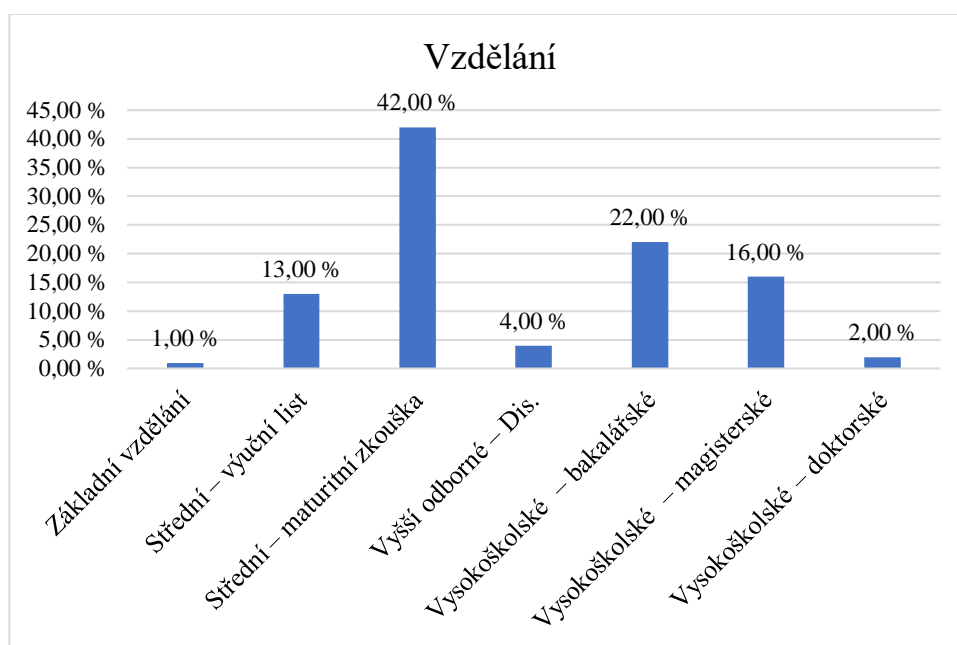
Do výzkumného šetření byly zařazeny ženy ve věku 19–45 let. Do první věkové skupiny byly zařazeny ženy ve věku 19–25 let, jež byla zastoupena 28 (28 %) ženami ze souboru, což byla druhá nejpočetnější skupina. Nejpočetnější skupinu tvořilo 40 (40 %) žen ve věku 26–30 let. Třetí nejpočetnější skupinou bylo 19 (19 %) žen ve věku 31–35 let. 7 (7 %) žen bylo zařazeno do věkové kategorie 36–40 let. Poslední skupinu tvořilo 6 (6 %), žen, které byly ve věku 41–45 let. Žádná respondentka nebyla ve věku 46 a více let a ve věku 18 a méně let.

Otázka 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 2: Vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
Základní vzdělání	1	1,00 %
Střední – výuční list	13	13,00 %
Střední – maturitní zkouška	42	42,00 %
Vyšší odborné – Dis.	4	4,00 %
Vysokoškolské – bakalářské	22	22,00 %
Vysokoškolské – magisterské	16	16,00 %
Vysokoškolské – doktorské	2	2,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %

Graf 2: Vzdělání



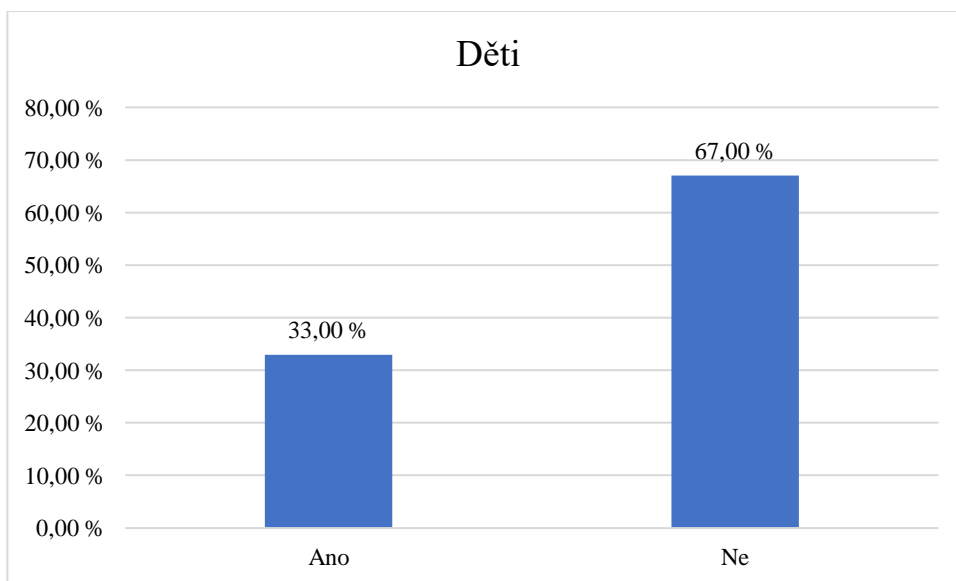
Výzkumného šetření se zúčastnilo 42 (42 %) respondentek se středoškolským vzděláním, 22 (22 %) s vysokoškolským bakalářským vzděláním a 16 (16 %) s vysokoškolským magisterským vzděláním. 13 (13 %) respondentek ukončilo vzdělání výučním listem, 4 (4 %) respondentky získaly titul Dis., 2 (2 %) respondentky měly vysokoškolské doktorské vzdělání a 1 (1 %) respondentka vzdělání základní.

Otázka 3: Máte děti?

Tabulka 3: Děti

Děti	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
Ano	33	33,00 %
Ne	67	67,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %

Graf 3: Děti



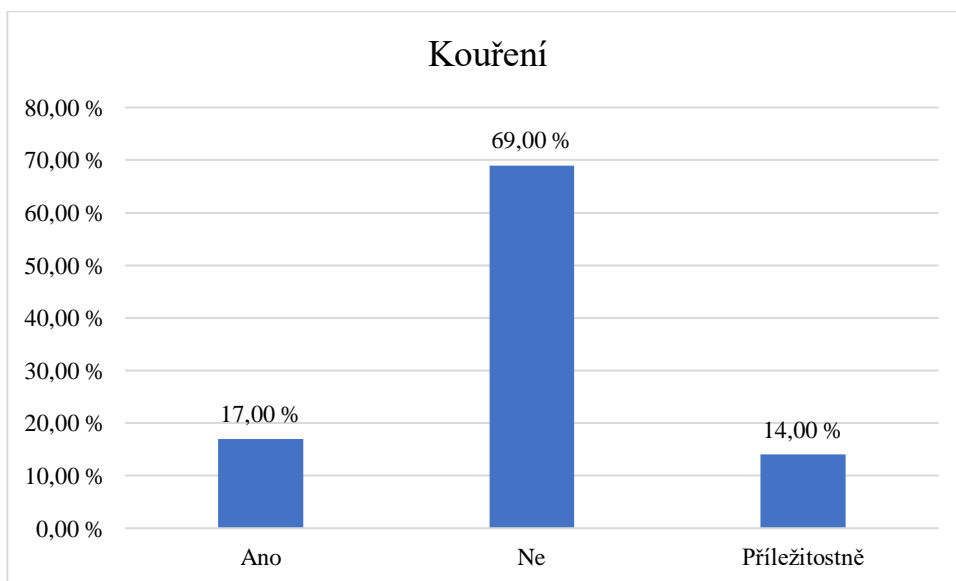
Z výzkumného souboru 100 (100 %) respondentek mělo děti 33 (33 %) a 67 (67 %) respondentek děti zatím nemělo.

Otázka 4: Kouříte?

Tabulka 4: Kouření

Kouření	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
Ano	17	17,00 %
Ne	69	69,00 %
Příležitostně	14	14,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %

Graf 4: Kouření



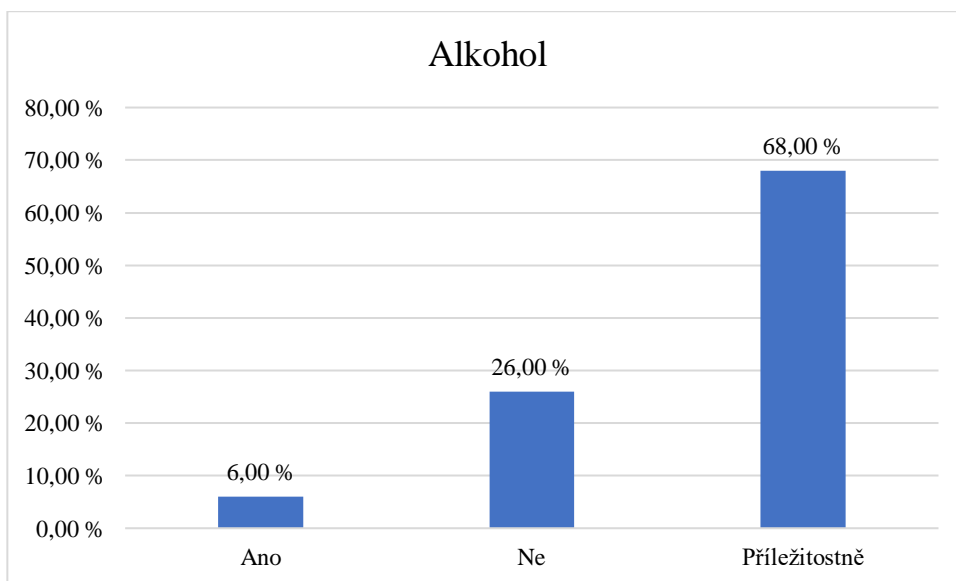
69 (69 %) respondentek uvedlo, že nekouří. 17 (17 %) respondentek uvedlo, že kouří a 14 (14 %) respondentek kouří příležitostně.

Otázka 5: Pijete alkohol?

Tabulka 5: Alkohol

Alkohol	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
Ano	6	6,00 %
Ne	26	26,00 %
Příležitostně	68	68,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %

Graf 5: Alkohol



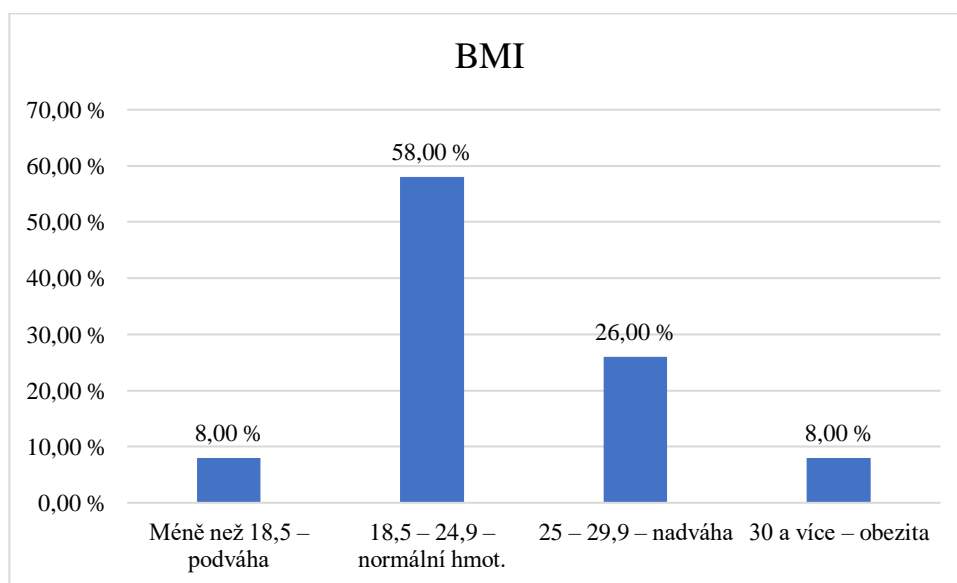
6 (6 %) dotazovaných respondentek uvedlo, že pije alkohol a 26 (26 %) respondentek nepije vůbec. 68 (68 %) dotazovaných respondentek pije alkohol příležitostně.

Otázka 6: Jaké je Vaše BMI?

Tabulka 6: BMI

BMI	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
Méně než 18,5 – podváha	8	8,00 %
18,5 – 24,9 – normální hmot.	58	58,00 %
25 – 29,9 – nadváha	26	26,00 %
30 a více – obezita	8	8,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %

Graf 6: BMI



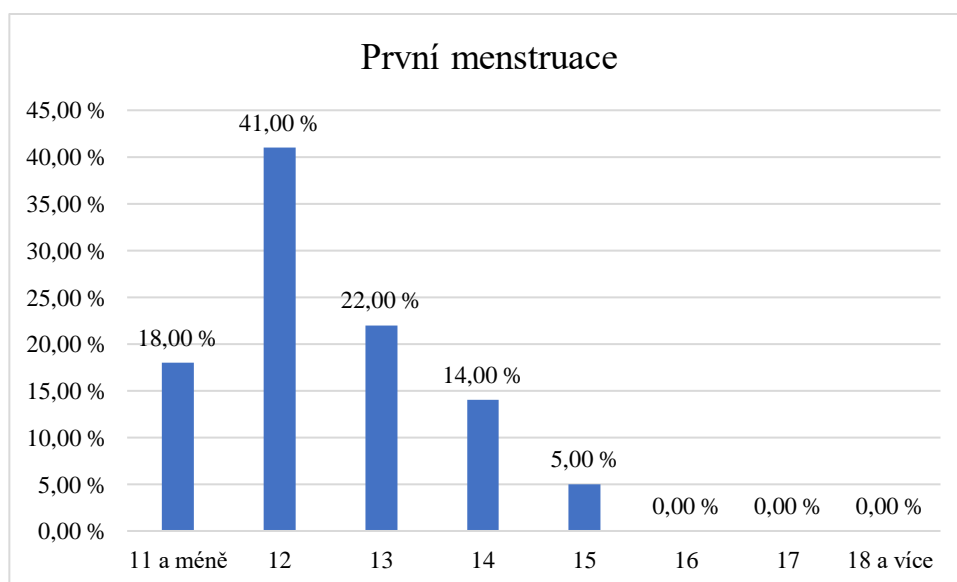
58 (58 %) respondentek má normální hmotnost, tj. BMI 18,5 – 24,9 a 26 (26 %) respondentek má nadváhu – BMI 25 – 29,9. 8 (8 %) respondentek má podváhu – BMI pod 18,5 a 8 (8 %) respondentek trpí obezitou, tedy BMI 30 a více.

Otázka 7: V kolika letech jste dostala první menstruaci?

Tabulka 7: První menstruace

První menstruace	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
11 a méně	18	18,00 %
12	41	41,00 %
13	22	22,00 %
14	14	14,00 %
15	5	5,00 %
16	0	0,00 %
17	0	0,00 %
18 a více	0	0,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %

Graf 7: První menstruace



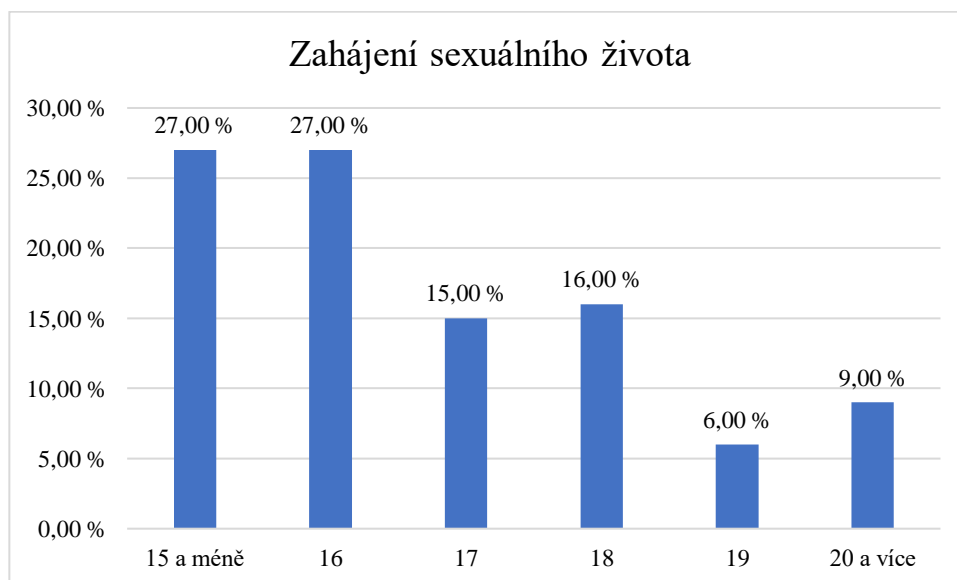
Z výsledků vyplývá, že v 11 letech a dříve dostalo první menstruaci 18 (18 %) žen. Nejvíce žen, tedy 41 (41 %), dostalo první menstruaci ve 12 letech. Ve 13 letech pak 22 (22 %). 14 (14 %) respondentek uvedlo první menstruaci ve 14 letech a 5 (5 %) respondentek v 15 letech. 16 a více let neuvděla žádná, 0 (0 %), respondentka jako věk, kdy začala menstruuovat.

Otázka 8: V kolika letech jste zahájila sexuální život?

Tabulka 8: Zahájení sexuálního života

Zahájení sexuálního života	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
15 a méně	27	27,00 %
16	27	27,00 %
17	15	15,00 %
18	16	16,00 %
19	6	6,00 %
20 a více	9	9,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %

Graf 8: Zahájení sexuálního života



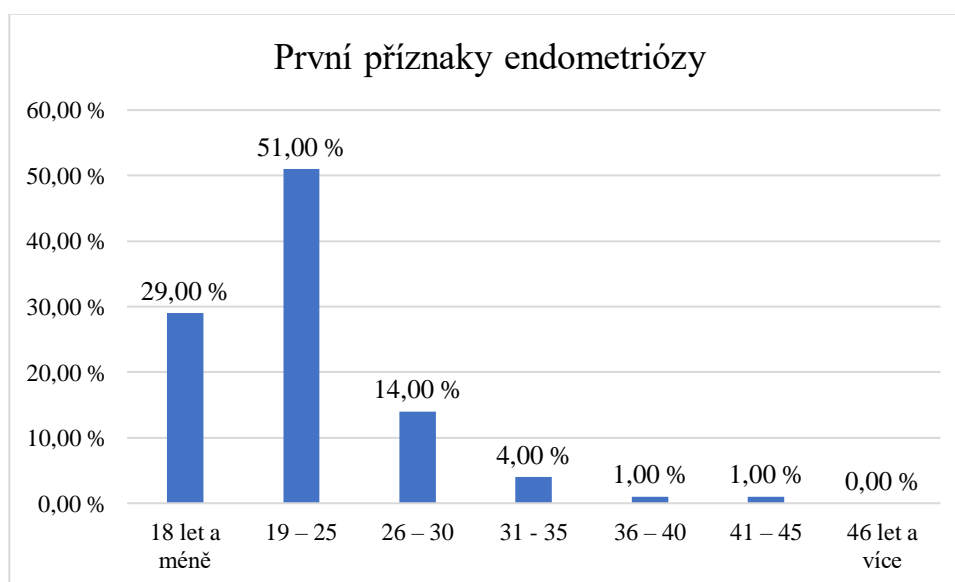
27 (27 %) žen uvádí, že zahájilo sexuální život v 15 letech a dříve, 27 (27 %) v 16 letech a v 17 letech 15 (15 %) žen. V 18 letech zahájilo sexuální život 16 (16 %) respondentek, v 19 letech 6 (6 %) a ve 20 letech a později 9 žen.

Otázka 9: V kolika letech se u Vás poprvé objevily příznaky endometriózy?

Tabulka 9: První příznaky endometriózy

První příznaky endometriózy	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
18 let a méně	29	29,00 %
19 – 25	51	51,00 %
26 – 30	14	14,00 %
31 - 35	4	4,00 %
36 – 40	1	1,00 %
41 – 45	1	1,00 %
46 let a více	0	0,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %

Graf 9: První příznaky endometriózy



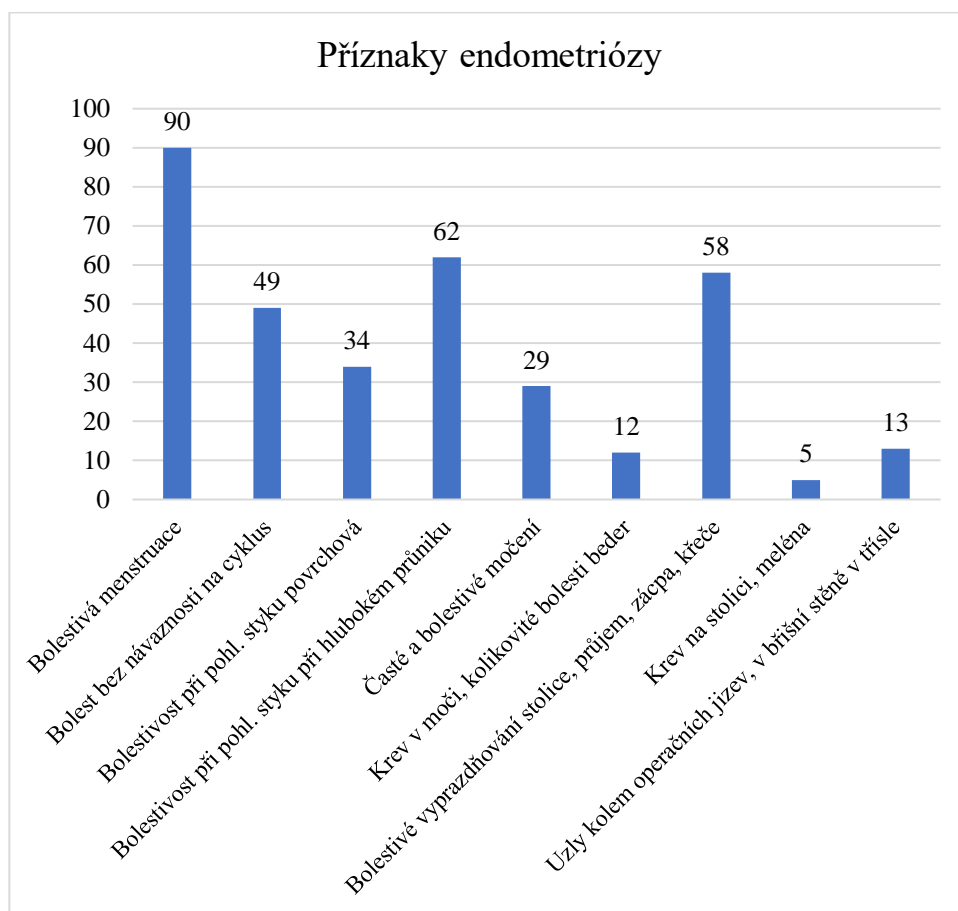
První příznaky endometriózy se u 29 (29 %) respondentek objevovaly již před 18. rokem. U 51 (51 %) respondentek se vyskytovaly v 19–25 letech, a u 14 (14 %) respondentek v 26–30 letech. 4 (4 %) respondentky uvedly první příznaky v 31–35 letech a pouze 1 (1 %) respondentka uvedla příznaky v 36–40 letech a 1 (1 %) v 41–45 letech. Žádná respondentka neuvedla 46 a více let.

Otázka 10: Které z příznaků endometriózy se u Vás objevily?

Tabulka 10: Příznaky endometriózy

Příznaky endometriózy	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
Bolestivá menstruace	90	25,57 %
Bolest bez návaznosti na cyklus	49	13,92 %
Bolestivost při pohl. styku povrchová	34	9,66 %
Bolestivost při pohl. styku při hlubokém průniku	62	17,61 %
Časté a bolestivé močení	29	8,24 %
Krev v moči, kolikovitě bolesti beder	12	3,41 %
Bolestivé vyprazdňování stolice, průjem, zácpa, křeče	58	16,48 %
Krev na stolici, meléna	5	1,42 %
Uzly kolem operačních jizev, v břišní stěně v tříse	13	3,69 %
Σ - Celkem	352	100,00 %

Graf 10: Příznaky endometriózy



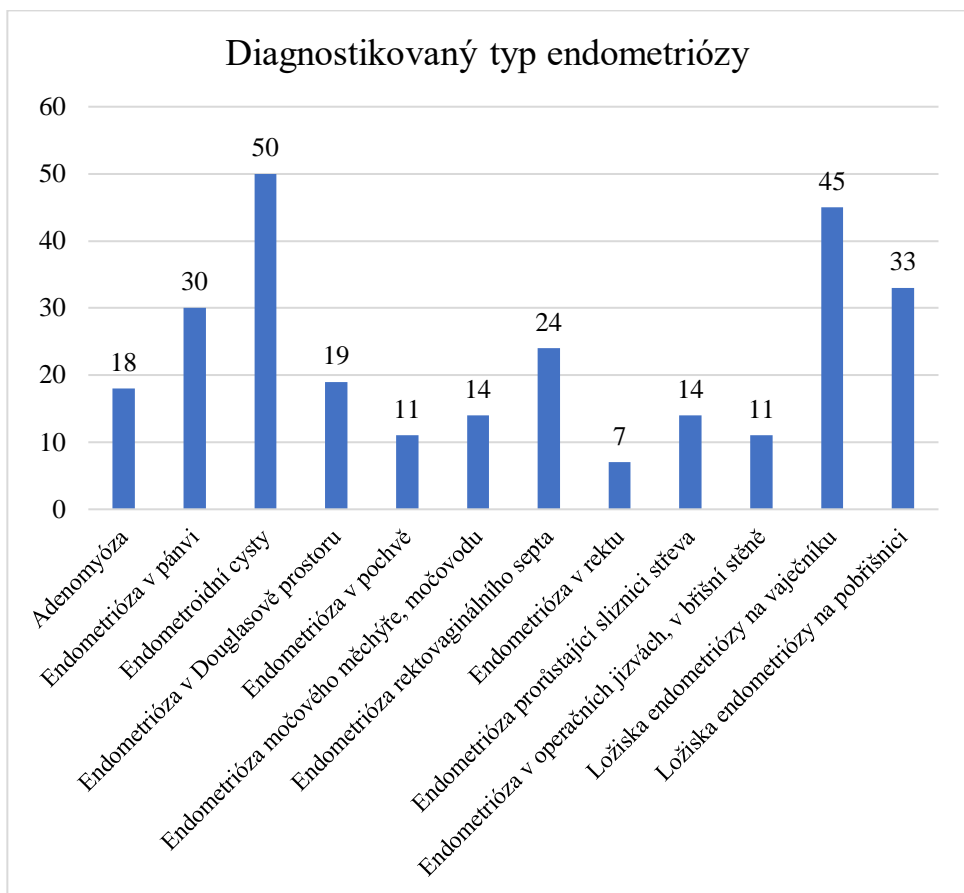
Celkový počet odpovědí byl 352 (100 %). Z analýzy dat vyplývá, že nejčastějším příznakem endometriózy je bolestivá menstruace, což uvedlo 90 (25,75 %) respondentek. 62 (17,61 %) respondentek dále udává bolestivost při pohlavním styku při hlubokém průniku a 58 (16,48 %) bolestivé vyprazdňování stolice, zácpu a křeče. 49 (13,92 % odpovědí) respondentek uvádí bolesti bez návaznosti na cyklus, 34 (9,66 %) respondentek povrchovou bolestivost při pohlavním styku a 29 (8,24 %) časté a bolestivé močení. 13 (3,69 %) respondentek uvedlo jako příznak endometriózy uzly kolem operačních jizev, v břišní stěně, v tříse a 5 (1,42 %) respondentek krev na stolici, melénu.

Otázka 11: Jaký typ endometriózy Vám byl diagnostikován?

Tabulka 11: Typ endometriózy

Typ endometriózy	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
Adenomyóza	18	6,52 %
Endometrióza v pánvi	30	10,87 %
Endometroidní cysty	50	18,12 %
Endometrióza v Douglasově prostoru	19	6,88 %
Endometrióza v pochvě	11	3,99 %
Endometrióza močového měchýře, močovodu	14	5,07 %
Endometrióza rektovaginálního septa	24	8,70 %
Endometrióza v rektu	7	2,54 %
Endometrióza prorůstající sliznici střeva	14	5,07 %
Endometrióza v operačních jizvách, v břišní stěně	11	3,99 %
Ložiska endometriózy na vaječníku	45	16,30 %
Ložiska endometriózy na pobřišnici	33	11,96 %
Σ - Celkem	276	100,00 %

Graf 11: Diagnostikovaný typ endometriózy



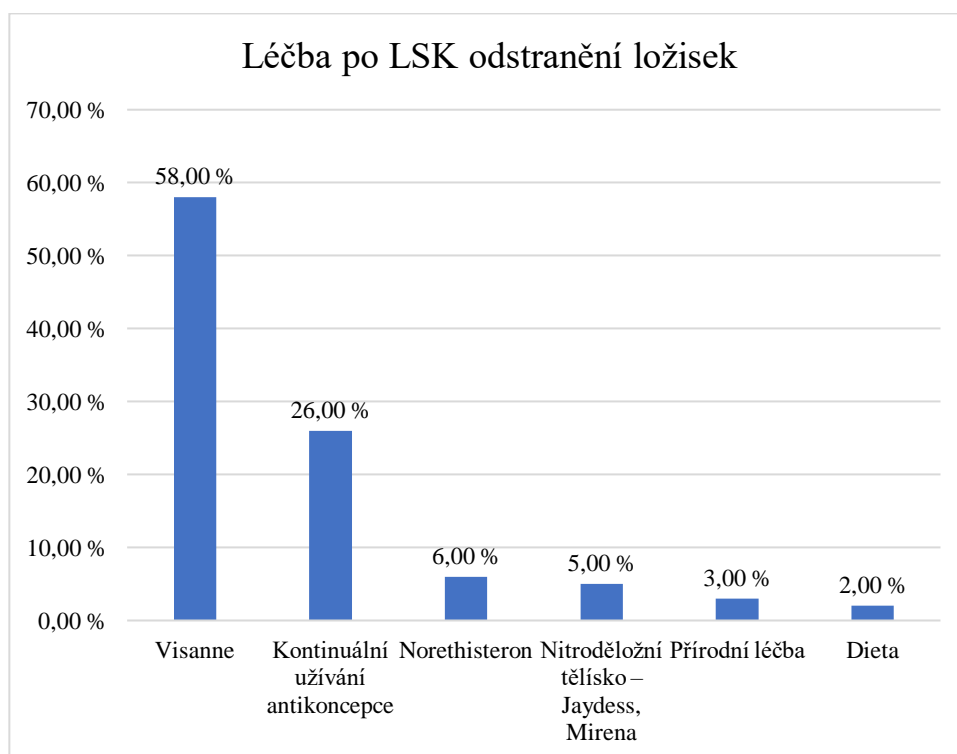
Celkový počet odpovědí byl 276 (100 %). Nejčastěji diagnostikovaným typem endometriózy byly endometroidní cysty, které uvedlo 50 (18,12 %) respondentek, 45 (16,30 %) uvedlo ložiska endometriózy na vaječnicích. 33 (33 %) respondentek mělo ložiska endometriózy na pobřišnici. 30 (10,87 %) respondentkám byla diagnostikována endometrióza v páni a 24 (8,70 %) endometrióza rektovaginálního septa. 19 (6,88 %) respondentkám byla diagnostikována endometrióza v Douglasově prostoru. 18 (6,52 %) respondentek mělo adenomyózu a 14 (5,07 %) ložiska endometriózy na močovém měchýři, případně močovodu. 11 respondentek (3,99 %) mělo ložiska endometriózy v operačních jizvách, v břišní stěně. 11 (3,99 %) respondentek uvedlo ložiska v pochvě. 7 (2,54 %) respondentek uvedlo endometriózu v rektu.

Otázka 12: Jakou léčbu jste podstoupila po laparoskopickém odstranění ložisek endometriózy?

Tabulka 12: Léčba po laparoskopickém odstranění ložisek endometriózy

Léčba po LSK	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i (%)
Hormonální léčba – Visanne	51	51,00 %
Hormonální léčba – kontinuální užívání antikoncepce	26	26,00 %
Hormonální léčba – Norethisteron	6	6,00 %
Nitroděložní tělísko – Jaydess, Mirena	5	5,00 %
Snaha o těhotenství	7	7,00 %
Přírodní léčba	3	3,00 %
Dieta	2	2,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %

Graf 12: Léčba po LSK odstranění ložisek



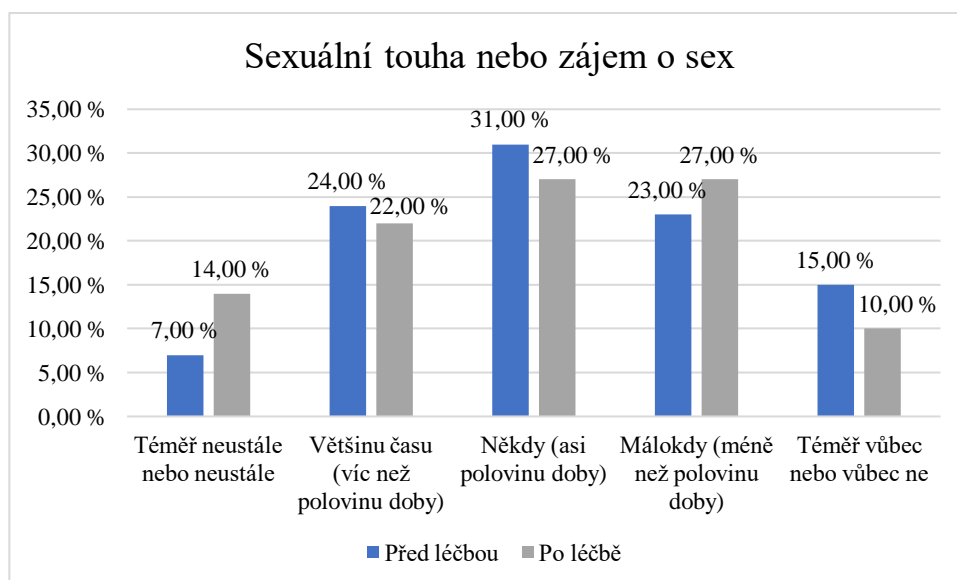
Z výsledků vyplývá, že u 58 (58 %) respondentek byla po laparoskopickém odstranění ložisek zvolena hormonální léčba pomocí přípravku Visanne. 26 (26 %) respondentek zvolilo hormonální léčbu ve formě kontinuálního užívání antikoncepce, 6 (6 %) hormonální léčbu pomocí Norethisteronu a 5 (5 %) zvolilo nitroděložní tělísko – Jaydess, Mirena. 3 (3 %) respondentky zvolily přírodní léčbu a 2 (2 %) dietu.

Otázka 13: Jak často jste během posledních 4 týdnů cítila sexuální touhu nebo zájem o sex?

Tabulka 13: Sexuální touha nebo zájem o sex během posledních 4 týdnů

Sexuální touha nebo zájem o sex	Absolutní četnost n_i - před léčbou	Relativní četnost f_i (%)	Absolutní četnost n_i - po léčbě	Relativní četnost f_i (%)
Téměř neustále nebo neustále	7	7,00 %	14	14,00 %
Většinu času (více než polovinu doby)	24	24,00 %	22	22,00 %
Někdy (asi polovinu doby)	31	31,00 %	27	27,00 %
Málokdy (méně než polovinu doby)	23	23,00 %	27	27,00 %
Téměř vůbec nebo vůbec ne	15	15,00 %	10	10,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %	100	100,00 %

Graf 13: Sexuální touha nebo zájem o sex během posledních 4 týdnů



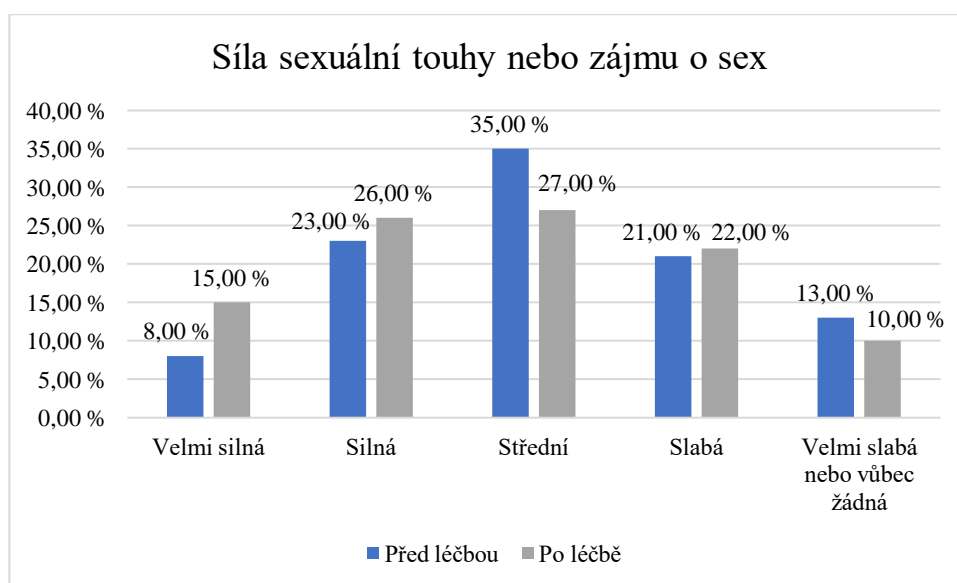
Téměř neustále nebo neustále pociťovalo sexuální touhu nebo zájem o sex před léčbou 7 (7 %) a po léčbě 14 (14 %) respondentek. Většinu času (více než polovinu doby) uvedlo před zahájením léčby 24 (24 %) a po ukončení 22 (22 %) respondentek. Někdy (asi polovinu doby) udávalo před léčbou 31 (31 %) a po léčbě 27 (27 %) respondentek. Málokdy (méně než polovinu doby) pociťovalo sexuální touhu nebo zájem o sex před léčbou 23 (23 %) a po léčbě 27 (27 %) respondentek. Téměř vůbec nebo vůbec ne před léčbou 15 (15 %) a po léčbě 10 (10 %) respondentek.

Otázka 14: Jak silná byla Vaše sexuální touha nebo zájem o sex během posledních 4 týdnů?

Tabulka 14: Síla sexuální touhy nebo zájmu o sex během posledních 4 týdnů

Síla sexuální touhy nebo zájmu o sex	Absolutní četnost n_i - před léčbou	Relativní četnost f_i (%)	Absolutní četnost n_i - po léčbě	Relativní četnost f_i (%)
Velmi silná	8	8,00 %	15	15,00 %
Silná	23	23,00 %	26	26,00 %
Střední	35	35,00 %	27	27,00 %
Slabá	21	21,00 %	22	22,00 %
Velmi slabá nebo vůbec žádná	13	13,00 %	10	10,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %	100	100,00 %

Graf 14: Síla sexuální touhy nebo zájmu o sex během posledních 4 týdnů



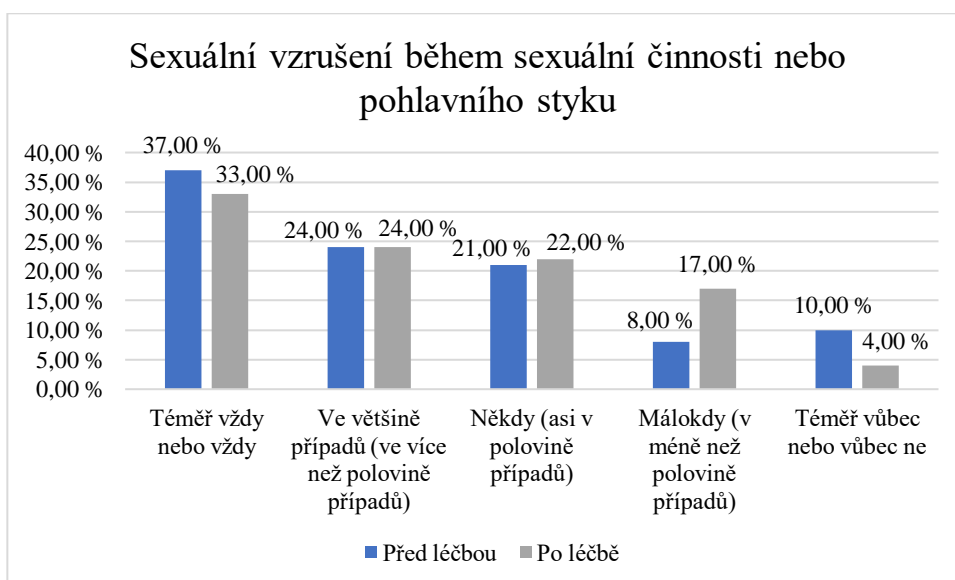
Velmi silnou sexuální touhu nebo zájem o sex udávalo před léčbou 8 (8 %) a po léčbě 15 (15 %) respondentek. Silnou sexuální touhu nebo zájem o sex pocítovalo 23 (23 %) a po léčbě 26 (26 %) respondentek. Střední sexuální touhu nebo zájem o sex před léčbou udávalo 35 (35 %) a po léčbě 27 (27 %) respondentek. Slabá sexuální touha nebo zájem o sex se projevil u 21 (21 %) a po léčbě u 22 (22 %) respondentek. Velmi slabou nebo vůbec žádnou touhu vnímalo před léčbou 13 (13 %) a po léčbě 10 (10 %) respondentek.

Otázka 15: Jak často jste se během posledních 4 týdnů cítila sexuálně vzrušená během sexuální činnosti nebo pohlavního styku?

Tabulka 15: Sexuální vzrušení během sexuální činnosti nebo pohlavního styku během posledních 4 týdnů

Sexuální vzrušení během sexuální činnosti nebo pohlavního styku	Absolutní četnost n_i - před léčbou	Relativní četnost f_i (%)	Absolutní četnost n_i - po léčbě	Relativní četnost f_i (%)
Nebyla žádná sexuální činnost	0	0,00 %	0	0,00 %
Téměř vždy nebo vždy	37	37,00 %	33	33,00 %
Ve většině případů (ve více než polovině případů)	24	24,00 %	24	24,00 %
Někdy (asi v polovině případů)	21	21,00 %	22	22,00 %
Málokdy (v méně než polovině případů)	8	8,00 %	17	17,00 %
Téměř vůbec nebo vůbec ne	10	10,00 %	4	4,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %	100	100,00 %

Graf 15: Sexuální vzrušení během sexuální činnosti nebo pohlavního styku během posledních 4 týdnů



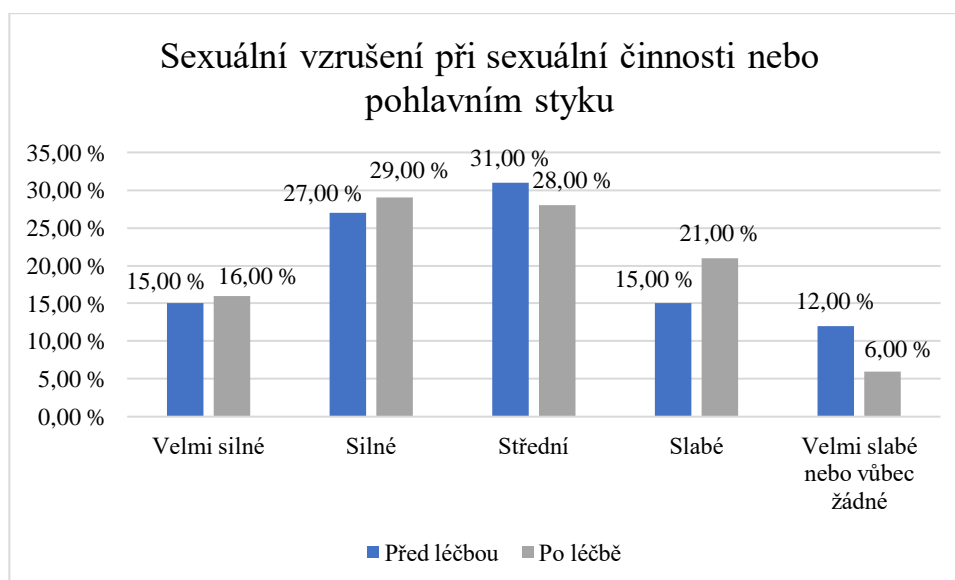
Z výsledků je patrné, že téměř vždy nebo vždy se cítilo sexuálně vzrušených během sexuální činnosti nebo pohlavním styku před léčbou 37 (37 %) a po léčbě 33 (33 %) respondentek. Ve většině případů (ve více než polovině případů) uvedlo před léčbou 24 (24 %) a po léčbě také 24 (24 %) respondentek. Někdy (asi v polovině v případů) pocíťovalo sexuální vzrušení během sexuálního styku nebo pohlavní činnosti 21 (21 %) respondentek před léčbou a 22 (22 %) po léčbě. Málokdy (v méně než polovině případů) uvedlo 8 (8 %) respondentek před léčbou a 17 (17 %) po léčbě. Téměř vůbec nebo vůbec nepocíťovalo sexuální vzrušení před léčbou 10 (10 %) respondentek a po léčbě 4 (4 %) respondentky.

Otázka 16: Jak silné bylo Vaše sexuální vzrušení při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů?

Tabulka 16: Síla sexuálního vzrušení při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů

Síla sexuální vzrušení při sexuální činnosti nebo pohlavním styku	Absolutní četnost n_i - před léčbou	Relativní četnost f_i (%)	Absolutní četnost n_i - po léčbě	Relativní četnost f_i (%)
Nebyla žádná sexuální činnost	0	0,00 %	0	0,00 %
Velmi silné	15	15,00 %	16	16,00 %
Silné	27	27,00 %	29	29,00 %
Střední	31	31,00 %	28	28,00 %
Slabé	15	15,00 %	21	21,00 %
Velmi slabé nebo vůbec žádné	12	12,00 %	6	6,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %	100	100,00 %

Graf 16: Síla sexuálního vzrušení při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů



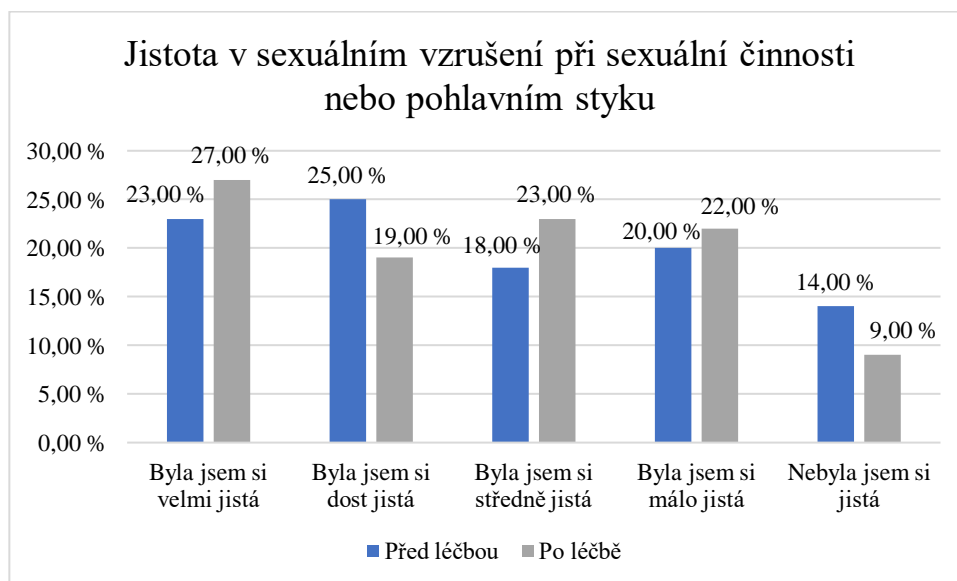
Sexuální vzrušení při sexuální činnosti nebo pohlavním styku bylo u 16 (16 %) respondentek před léčbou velmi silné a totéž po léčbě uvedlo 13 (13 %) respondentek. Silné sexuální vzrušení udávalo před léčbou 27 (27 %) a po léčbě 29 (29 %) respondentek. Střední sexuální vzrušení udávalo před léčbou 31 (31 %) a po léčbě 28 (28 %) respondentek. Slabé sexuální vzrušení pocíťovalo 15 (15 %) respondentek před léčbou a po léčbě 21 (21 %). Velmi slabé nebo vůbec žádné vzrušení uvedlo 12 (12 %) respondentek před léčbou a 6 (6 %) po léčbě.

Otázka 17: Jak moc jste si byla během posledních 4 týdnů jistá, že se sexuálně vzrušíte při sexuální činnosti nebo pohlavním styku?

Tabulka 17: Jistota v sexuálním vzrušení při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů

Jistota v sexuálním vzrušení při sexuální činnosti nebo pohlavním styku	Absolutní četnost n_i - před léčbou	Relativní četnost f_i (%)	Absolutní četnost n_i - po léčbě	Relativní četnost f_i (%)
Nebyla žádná sexuální činnost	0	0,00 %	0	0,00 %
Byla jsem si velmi jistá	23	23,00 %	27	27,00 %
Byla jsem si dost jistá	25	25,00 %	19	19,00 %
Byla jsem si středně jistá	18	18,00 %	23	23,00 %
Byla jsem si málo jistá	20	20,00 %	22	22,00 %
Nebyla jsem si jistá	14	14,00 %	9	9,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %	100	100,00 %

Graf 17: Jistota v sexuálním vzrušení při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů



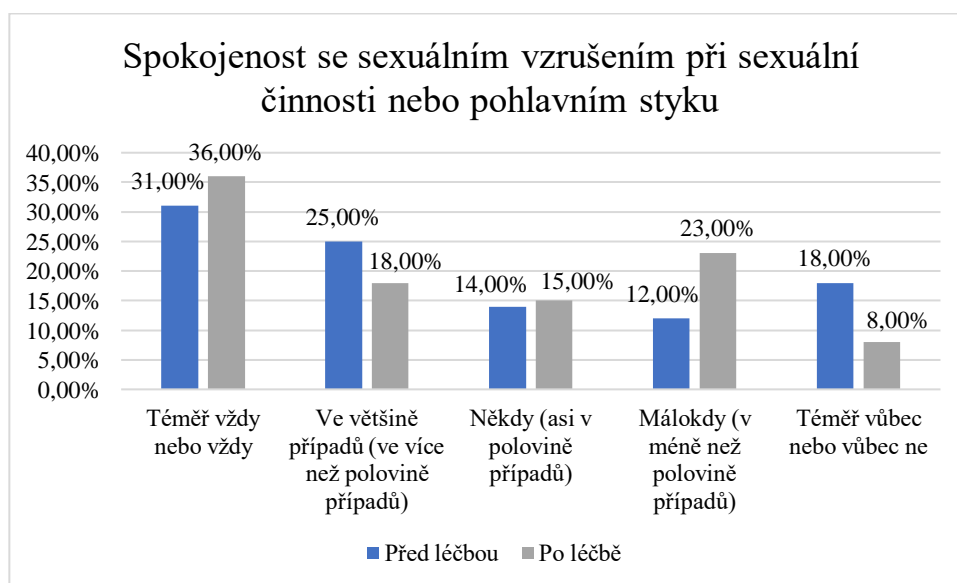
23 (23 %) respondentek si bylo před léčbou endometriózy velmi jistých, že se sexuálně vzruší při sexuální činnosti nebo pohlavním styku a po léčbě uvedlo totéž 27 (27 %) respondentek. Dost jistých si v sexuálním vzrušení bylo před léčbou 25 (25 %) respondentek a po léčbě 19 (19 %) respondentek. Střední jistotu pociťovalo 18 (18 %) respondentek před léčbou a 23 (23 %) po léčbě. 20 (20 %) respondentek si bylo málo jistých před léčbou a po léčbě 22 (22 %) respondentek. 14 (14 %) respondentek si před léčbou nebylo jistých ve svém sexuálním vzrušení a po léčbě 9 (9 %) respondentek.

Otázka 18: Jak často jste během posledních 4 týdnů byla spokojena se svým sexuálním vzrušením při sexuální činnosti nebo pohlavním styku?

Tabulka 18: Spokojenost se sexuálním vzrušením při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů

Spokojenost se sexuálním vzrušením při sexuální činnosti nebo pohlavním styku	Absolutní četnost n_i - před léčbou	Relativní četnost f_i (%)	Absolutní četnost n_i - po léčbě	Relativní četnost f_i (%)
Nebyla žádná sexuální činnost	0	0,00 %	0	0,00 %
Téměř vždy nebo vždy	31	31,00 %	36	36,00 %
Ve většině případů (ve více než polovině případů)	25	25,00 %	18	18,00 %
Někdy (asi v polovině případů)	14	14,00 %	15	15,00 %
Málokdy (v méně než polovině případů)	12	12,00 %	23	23,00 %
Téměř vůbec nebo vůbec ne	18	18,00 %	8	8,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %	100	100,00 %

Graf 18: Spokojenost se sexuálním vzrušením při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů



31 (31 %) respondentek před léčbou bylo téměř vždy nebo vždy spokojených se svým sexuálním vzrušením při sexuální činnosti nebo pohlavním styku a po léčbě uvedlo totéž 36 (36 %) respondentek. 25 (25 %) respondentek se před léčbou cítilo spokojených se sexuálním vzrušením ve většině případů (ve více než polovině případů) a po léčbě 18 (18 %). 14 (14 %) respondentek uvedlo, že bylo před léčbou někdy (asi v polovině případů) spokojených se sexuálním vzrušením a po léčbě 15 (15 %). Málokdy (v méně než polovině případů) bylo

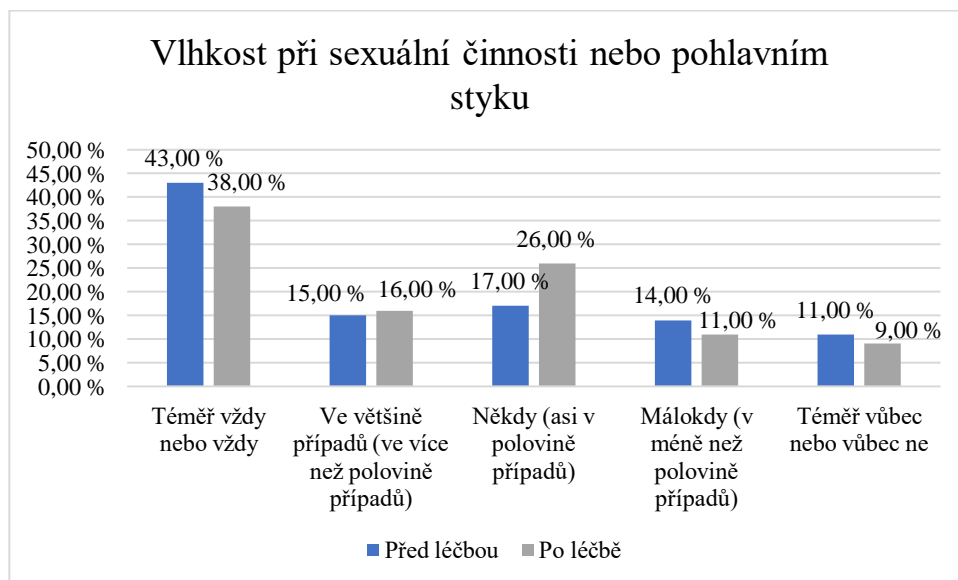
před léčbou 12 (12 %) respondentek spokojeno se svým sexuálním vzrušením a po léčbě 23 (23 %). Téměř vůbec nebo vůbec ne uvedlo 18 (18 %) respondentek a po léčbě 8 (8 %).

Otázka 19: Jak často jste během posledních 4 týdnů byla vlhká při sexuální činnosti nebo pohlavním styku?

Tabulka 19: Vlhkost při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů

Vlhkost při sexuální činnosti nebo pohlavním styku	Absolutní četnost n_i - před léčbou	Relativní četnost f_i (%)	Absolutní četnost n_i - po léčbě	Relativní četnost f_i (%)
Nebyla žádná sexuální činnost	0	0,00 %	0	0,00 %
Téměř vždy nebo vždy	43	43,00 %	38	38,00 %
Ve většině případů (ve více než polovině případů)	15	15,00 %	16	16,00 %
Někdy (asi v polovině případů)	17	17,00 %	26	26,00 %
Málokdy (v méně než polovině případů)	14	14,00 %	11	11,00 %
Téměř vůbec nebo vůbec ne	11	11,00 %	9	9,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %	100	100,00 %

Graf 19: Vlhkost při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů



Téměř vždy nebo vždy bylo vlhkých při sexuální činnosti nebo pohlavním styku před léčbou 43 (43 %) respondentek a po léčbě 38 (38 %). Ve většině případů (ve více než polovině případů) uvedlo před léčbou 15 (15 %) a po léčbě 16 (16 %) respondentek a někdy (asi v polovině případů) před léčbou 17 (17 %) a po léčbě 26 (26 %) respondentek. Málokdy (méně než v polovině případů) bylo vlhkých při sexuální činnosti nebo pohlavním styku před léčbou

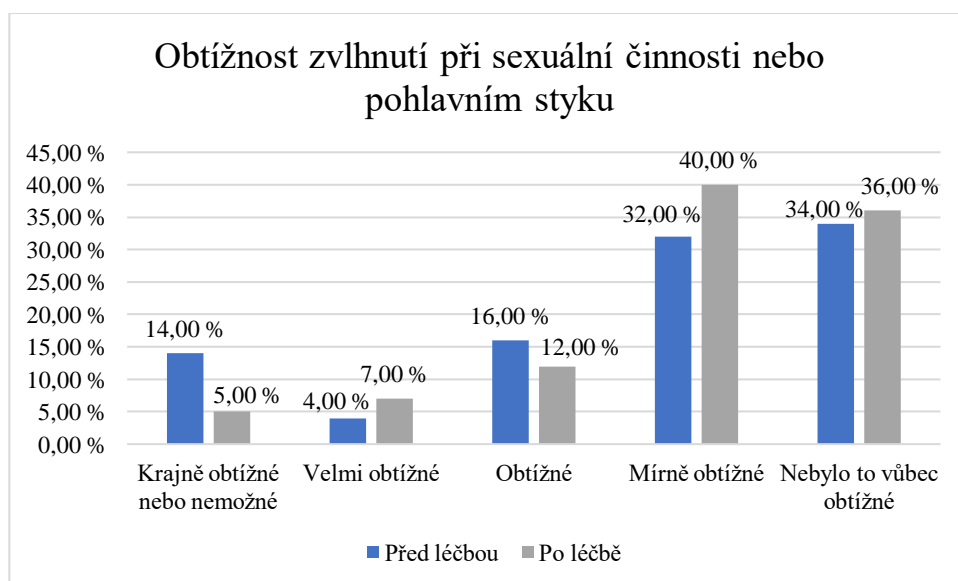
14 (14 %) a po léčbě 11 (11 %) respondentek a téměř vůbec nebo vůbec ne před léčbou 11 (11 %) a po léčbě 9 (9 %) respondentek.

Otázka 20: Jak obtížné pro Vás během posledních 4 týdnů bylo zvlhnout při sexuální činnosti nebo pohlavním styku?

Tabulka 20: Obtížnost zvlhnutí při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů

Obtížnost zvlhnutí při sexuální činnosti nebo pohlavním styku	Absolutní četnost n_i - před léčbou	Relativní četnost f_i (%)	Absolutní četnost n_i - po léčbě	Relativní četnost f_i (%)
Nebyla žádná sexuální činnost	0	0,00 %	0	0,00 %
Krajně obtížné nebo nemožné	14	14,00 %	5	5,00 %
Velmi obtížné	4	4,00 %	7	7,00 %
Obtížné	16	16,00 %	12	12,00 %
Mírně obtížné	32	32,00 %	40	40,00 %
Nebylo to vůbec obtížné	34	34,00 %	36	36,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %	100	100,00 %

Graf 20: Obtížnost zvlhnutí při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů



Pro 14 (14 %) respondentek bylo před léčbou krajně obtížné nebo nemožné zvlhnout při sexuální činnosti nebo pohlavním styku a po léčbě pro 5 (5 %) respondentek. Jako velmi obtížné udávaly zvlhnutí 4 (4%) respondentky před léčbou a po léčbě 7 (7 %) respondentek. Obtížné uvedlo 16 (16 %) respondentek před léčbou a 12 (12 %) po léčbě. Pro 32 (32 %) respondentek bylo zvlhnutí při sexuální činnosti mírně obtížné a po léčbě pro 40 (40 %) respondentek. Vůbec

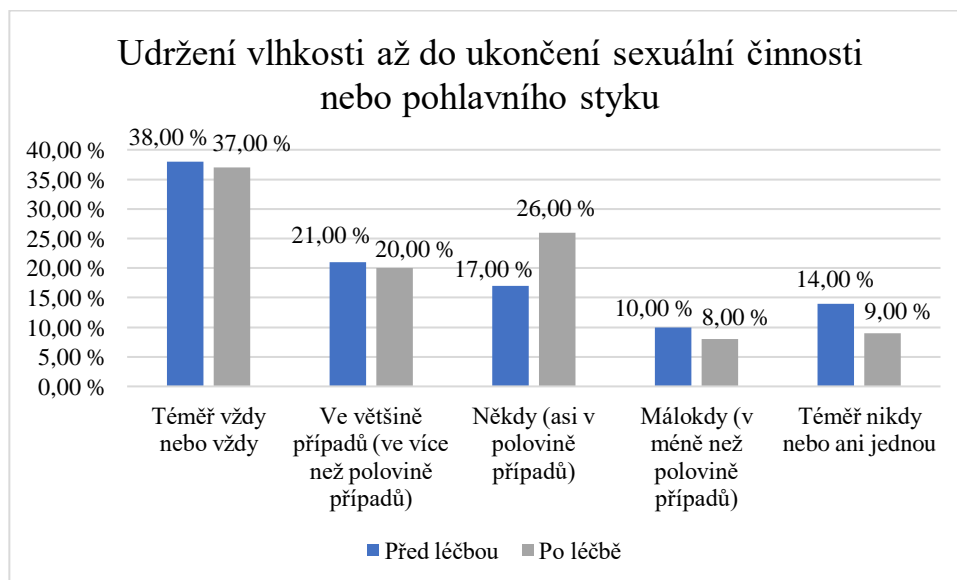
obtížné zvlhnout nebylo před léčbou pro 34 (34 %) respondentek a po léčbě pro 30 (30 %) respondentek.

Otázka 21: Jak často jste během posledních 4 týdnů udržela vlhkost, až do ukončení sexuální činnosti nebo pohlavního styku?

Tabulka 21: Udržení vlhkosti až do ukončení sexuální činnosti nebo pohlavního styku během posledních 4 týdnů

Udržení vlhkosti až do ukončení sexuální činnosti nebo pohlavního styku	Absolutní četnost n_i - před léčbou	Relativní četnost f_i (%)	Absolutní četnost n_i - po léčbě	Relativní četnost f_i (%)
Nebyla žádná sexuální činnost	0	0,00 %	0	0,00 %
Téměř vždy nebo vždy	38	38,00 %	37	37,00 %
Ve většině případů (ve více než polovině případů)	21	21,00 %	20	20,00 %
Někdy (asi v polovině případů)	17	17,00 %	26	26,00 %
Málokdy (v méně než polovině případů)	10	10,00 %	8	8,00 %
Téměř nikdy nebo ani jednou	14	14,00 %	9	9,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %	100	100,00 %

Graf 21: Udržení vlhkosti až do ukončení sexuální činnosti nebo pohlavního styku během posledních 4 týdnů



Téměř vždy nebo vždy udrželo vlhkost až do ukončení pohlavního styku 38 (38 %) respondentek před léčbou a po léčbě 37 (37 %). Ve většině případů (ve více než polovině případů) si udrželo vlhkost 21 (21 %) respondentek před léčbou a po léčbě 20 (20 %). Někdy (asi v polovině případů) uvedlo 17 (17 %) před léčbou a po léčbě 26 (26 %) respondentek.

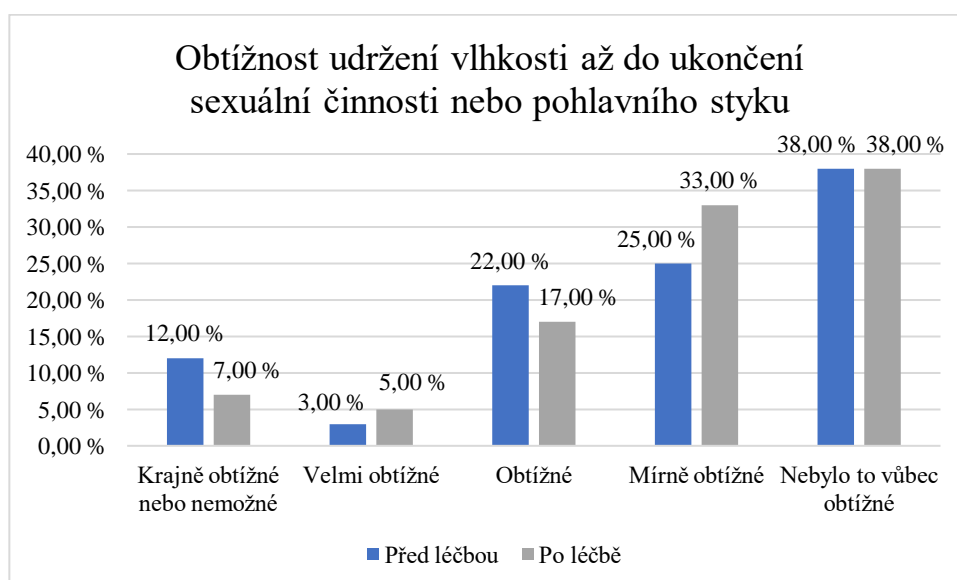
10 (10 %) respondentek uvedlo, že si udrželo vlhkost až do ukončení sexuální činnosti nebo pohlavního styku málokdy (v méně než polovině případů) a po léčbě uvedlo totéž 8 (8 %) respondentek. Téměř nikdy nebo ani jednou neudrželo vlhkost 14 (14 %) respondentek před léčbou a 9 (9 %) respondentek po léčbě.

Otázka 22: Jak obtížné pro Vás během posledních 4 týdnů bylo udržet si vlhkost až do ukončení sexuální činnosti nebo pohlavního styku?

Tabulka 22: Obtížnost udržení vlhkosti až do ukončení sexuální činnosti nebo pohlavního styku během posledních 4 týdnů

Obtížnost udržení vlhkosti až do ukončení sexuální činnosti nebo pohlavního styku	Absolutní četnost n_i - před léčbou	Relativní četnost f_i (%)	Absolutní četnost n_i - po léčbě	Relativní četnost f_i (%)
Nebyla žádná sexuální činnost	0	0,00 %	0	0,00 %
Krajně obtížné nebo nemožné	12	12,00 %	7	7,00 %
Velmi obtížné	3	3,00 %	5	5,00 %
Obtížné	22	22,00 %	17	17,00 %
Mírně obtížné	25	25,00 %	33	33,00 %
Nebylo to vůbec obtížné	38	38,00 %	38	38,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %	100	100,00 %

Graf 22: Obtížnost udržení vlhkosti až do ukončení sexuální činnosti nebo pohlavního styku během posledních 4 týdnů



Pro 12 (12 %) respondentek před léčbou bylo krajně obtížné nebo nemožné, udržet si vlhkost až do ukončení sexuální činnosti nebo pohlavního styku a po léčbě pro 7 (7 %) respondentek a velmi obtížné pro 3 (3 %) respondentky před léčbou a 5 (5 %) respondentek

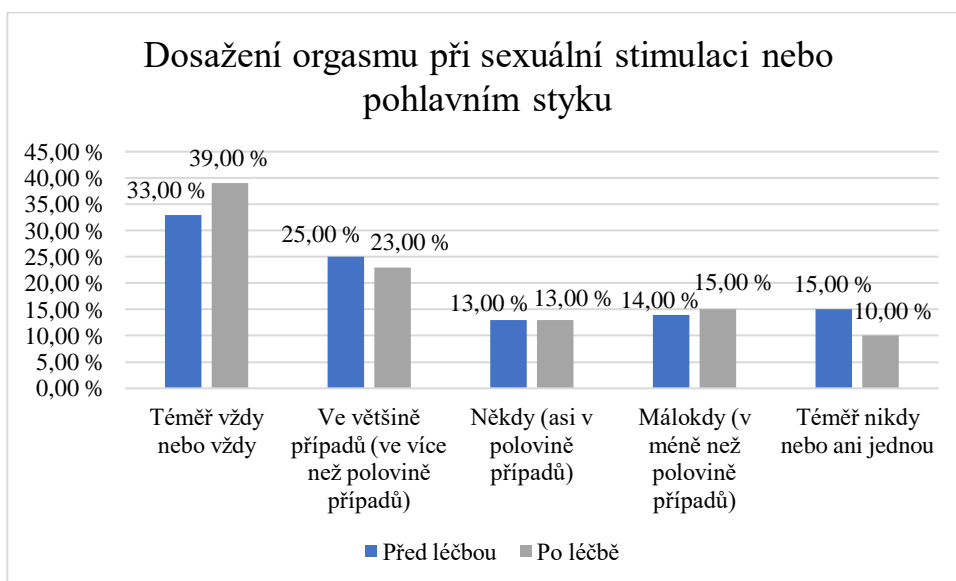
po léčbě. Jako obtížné udávalo udržení vlhkosti 22 (22 %) respondentek před léčbou a 17 (17 %) respondentek po léčbě a mírně obtížné udávalo 25 (25 %) respondentek před léčbou a 33 (33 %) po léčbě. Vůbec obtížné udržet vlhkost až do ukončení sexuální činnosti nebylo pro 38 (38 %) respondentek před léčbou a stejně tak pro 38 (38 %) respondentek po léčbě.

Otázka 23: Jak často jste během posledních 4 týdnů dosáhla orgasmu (vyvrcholení) při sexuální stimulaci nebo pohlavním styku?

Tabulka 23: Dosažení orgasmu (vyvrcholení) při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů

Dosažení orgasmu (vyvrcholení) při sexuální stimulaci nebo pohlavním styku	Absolutní četnost n_i - před léčbou	Relativní četnost f_i (%)	Absolutní četnost n_i - po léčbě	Relativní četnost f_i (%)
Nebyla žádná sexuální činnost	0	0,00 %	0	0,00 %
Téměř vždy nebo vždy	33	33,00 %	39	39,00 %
Ve většině případů (ve více než polovině případů)	25	25,00 %	23	23,00 %
Někdy (asi v polovině případů)	13	13,00 %	13	13,00 %
Málokdy (v méně než polovině případů)	14	14,00 %	15	15,00 %
Téměř nikdy nebo ani jednou	15	15,00 %	10	10,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %	100	100,00 %

Graf 23: Dosažení orgasmu (vyvrcholení) při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů



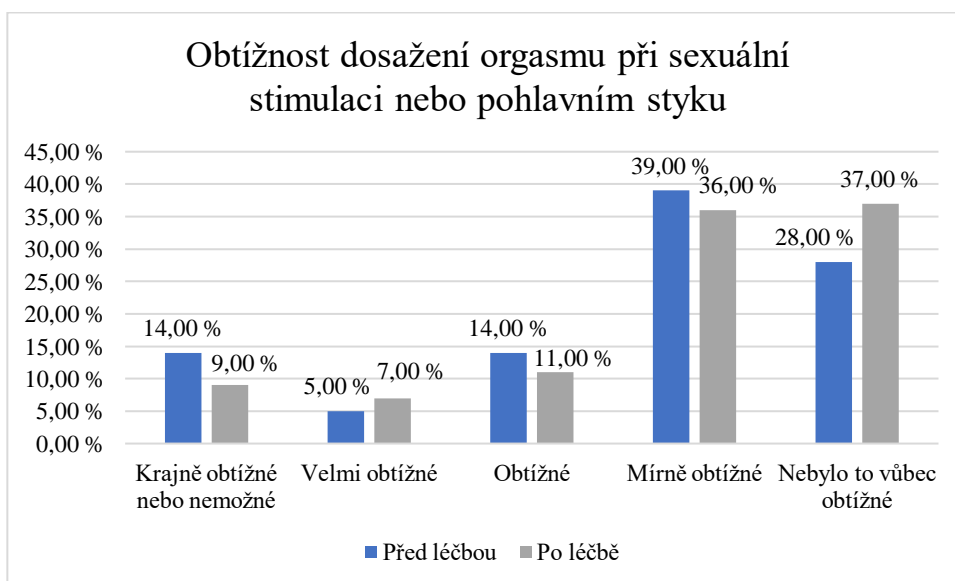
Téměř vždy nebo vždy dosáhlo při sexuální stimulaci nebo pohlavním styku orgasmu před léčbou 33 (33 %) respondentek a po léčbě 39 (39 %). Ve většině případů (ve více než polovině případů) dosáhlo orgasmu před léčbou 25 (25 %) respondentek a po léčbě 23 (23 %). Někdy (asi v polovině případů) uvedlo před léčbou 13 (13 %) respondentek a po léčbě taktéž 13 (13 %). Orgasmu při sexuální stimulaci nebo pohlavním styku dosáhlo málokdy (v méně než polovině případů) před léčbou 14 (14 %) a po léčbě 15 (15 %) respondentek. Téměř nikdy nebo ani jednou nedosáhlo orgasmu 15 (15 %) respondentek před léčbou a po léčbě 10 (10 %).

Otázka 24: Jak obtížné pro Vás během posledních 4 týdnů bylo dosáhnout orgasmu (vyvrcholení) při sexuální stimulaci nebo pohlavním styku?

Tabulka 24: Obtížnost dosažení orgasmu (vyvrcholení) při sexuální stimulaci nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů

Obtížnost dosažení orgasmu (vyvrcholení) při sexuální stimulaci nebo pohlavním styku	Absolutní četnost n_i - před léčbou	Relativní četnost f_i (%)	Absolutní četnost n_i - po léčbě	Relativní četnost f_i (%)
Nebyla žádná sexuální činnost	0	0,00 %	0	0,00 %
Krajně obtížné nebo nemožné	14	14,00 %	9	9,00 %
Velmi obtížné	5	5,00 %	7	7,00 %
Obtížné	14	14,00 %	11	11,00 %
Mírně obtížné	39	39,00 %	36	36,00 %
Nebylo to vůbec obtížné	28	28,00 %	37	37,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %	100	100,00 %

Graf 24: Obtížnost dosažení orgasmu (vyvrcholení) při sexuální stimulaci nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů



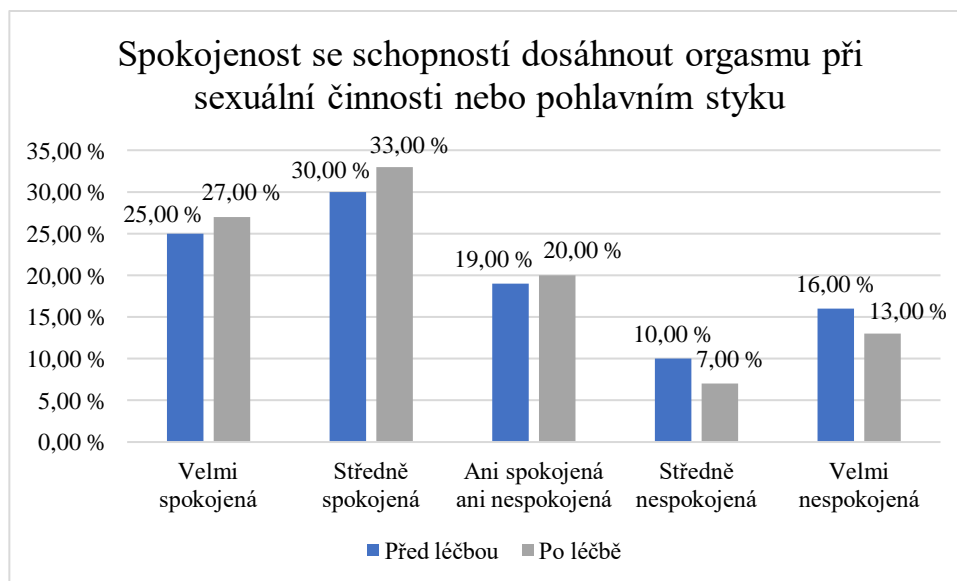
Pro 10 (10 %) respondentek bylo před léčbou krajně obtížné nebo nemožné dosáhnout orgasmu při sexuální stimulaci nebo pohlavní činnosti a totéž po léčbě pro 9 (9 %) respondentek. Jako velmi obtížné udávalo dosažení orgasmu před léčbou 9 (9 %) a po léčbě 7 (7 %) respondentek. Obtížné bylo dosažení orgasmu pro 14 (14 %) respondentek před léčbou a po léčbě pro 11 (11 %). Mírně obtížné dosažení orgasmu uvedlo 39 (39 %) respondentek před léčbou a po léčbě 42 (42 %). Pro 28 (28 %) respondentek nebylo dosažení orgasmu při sexuální činnosti vůbec obtížné a po léčbě pro 31 (31 %) respondentek.

Otázka 25: Jak jste byla během posledních 4 týdnů spokojená se svou schopností dosáhnout orgasmu (vyvrcholení) při sexuální činnosti nebo pohlavním styku?

Tabulka 25: Spokojenost se schopností dosáhnout orgasmu (vyvrcholení) při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů

Spokojenost se schopností dosáhnout orgasmu (vyvrcholení) při sexuální činnosti nebo pohlavním styku	Absolutní četnost n_i - před léčbou	Relativní četnost f_i (%)	Absolutní četnost n_i - po léčbě	Relativní četnost f_i (%)
Nebyla žádná sexuální činnost	0	0,00 %	0	0,00 %
Velmi spokojená	25	25,00 %	27	27,00 %
Středně spokojená	30	30,00 %	33	33,00 %
Ani spokojená ani nespokojená	19	19,00 %	20	20,00 %
Středně nespokojená	10	10,00 %	7	7,00 %
Velmi nespokojená	16	16,00 %	13	13,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %	100	100,00 %

Graf 25: Spokojenost se schopností dosáhnout orgasmu (vyvrcholení) při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů



25 (25 %) respondentek bylo před léčbou spokojených se svou schopností dosáhnout orgasmu při sexuální činnosti nebo pohlavním styku a totéž uvedlo po léčbě 27 (27 %) respondentek. Středně spokojených bylo před léčbou 30 (30 %) respondentek a po léčbě 33 (33 %). Ani spokojených, ani nespokojených respondentek bylo před léčbou 19 (19 %) a po léčbě 20 (20 %). 10 (10 %) respondentek bylo před léčbou středně nespokojených a po léčbě 7 (7 %).

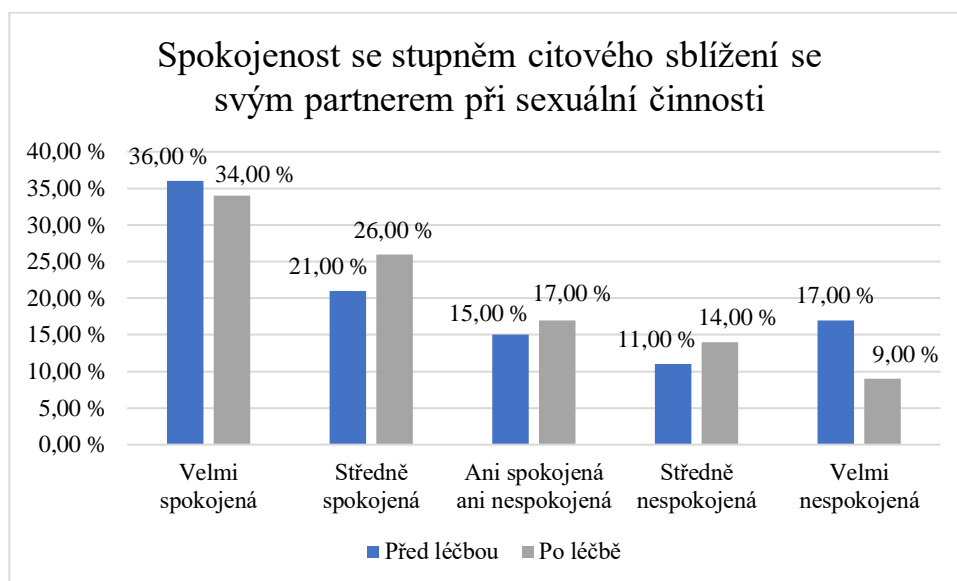
Velmi nespokojených se schopností dosáhnout orgasmu bylo 16 (16 %) respondentek před léčbou a po léčbě 13 (13 %).

Otázka 26: Jak jste byla během posledních 4 týdnů spokojená se stupněm citového sblížení se svým partnerem při sexuální činnosti?

Tabulka 26: Spokojenost se stupněm citového sblížení se svým partnerem při sexuální činnosti během posledních 4 týdnů

Spokojenost se stupněm citového sblížení se svým partnerem při sexuální činnosti	Absolutní četnost n_i - před léčbou	Relativní četnost f_i (%)	Absolutní četnost n_i - po léčbě	Relativní četnost f_i (%)
Nebyla žádná sexuální činnost	0	0,00 %	0	0,00 %
Velmi spokojená	36	36,00 %	34	34,00 %
Středně spokojená	21	21,00 %	26	26,00 %
Ani spokojená ani nespokojená	15	15,00 %	17	17,00 %
Středně nespokojená	11	11,00 %	14	14,00 %
Velmi nespokojená	17	17,00 %	9	9,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %	100	100,00 %

Graf 26: Spokojenost se stupněm citového sblížení se svým partnerem při sexuální činnosti během posledních 4 týdnů



Z výsledků je zřejmé, že 36 (36 %) respondentek bylo před léčbou velmi spokojených se stupněm citového sblížení se svým partnerem při sexuální činnosti a po léčbě totéž uvedlo 34 (34 %) respondentek. Před léčbou bylo středně spokojených 21 (21 %) respondentek a po léčbě 26 (26 %). 15 (15 %) respondentek před léčbou uvedlo, že nejsou ani spokojené ani nespokojené a po léčbě totéž uvedlo 17 (17 %) respondentek. Středně nespokojených respondentek bylo před léčbou 11 (11 %) a po léčbě 14 (14 %). Velmi nespokojených

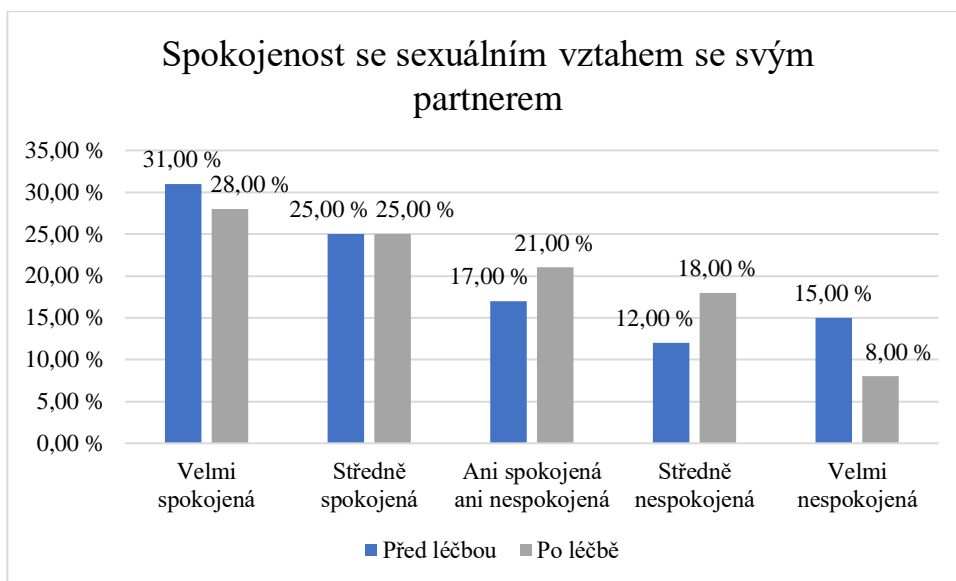
respondentek se stupněm citového sblížení se svým partnerem bylo před léčbou 17 (17 %) a po léčbě 9 (9 %).

Otázka 27: Jak jste byla během posledních 4 týdnů spokojená se sexuálním vztahem se svým partnerem?

Tabulka 27: Spokojenost se sexuálním vztahem se svým partnerem během posledních 4 týdnů

Spokojenost se sexuálním vztahem se svým partnerem	Absolutní četnost n_i - před léčbou	Relativní četnost f_i (%)	Absolutní četnost n_i - po léčbě	Relativní četnost f_i (%)
Nebyla žádná sexuální činnost	0	0,00 %	0	0,00 %
Velmi spokojená	31	31,00 %	28	28,00 %
Středně spokojená	25	25,00 %	25	25,00 %
Ani spokojená ani nespokojená	17	17,00 %	21	21,00 %
Středně nespokojená	12	12,00 %	18	18,00 %
Velmi nespokojená	15	15,00 %	8	8,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %	100	100,00 %

Graf 27: Spokojenost se sexuálním vztahem se svým partnerem během posledních 4 týdnů



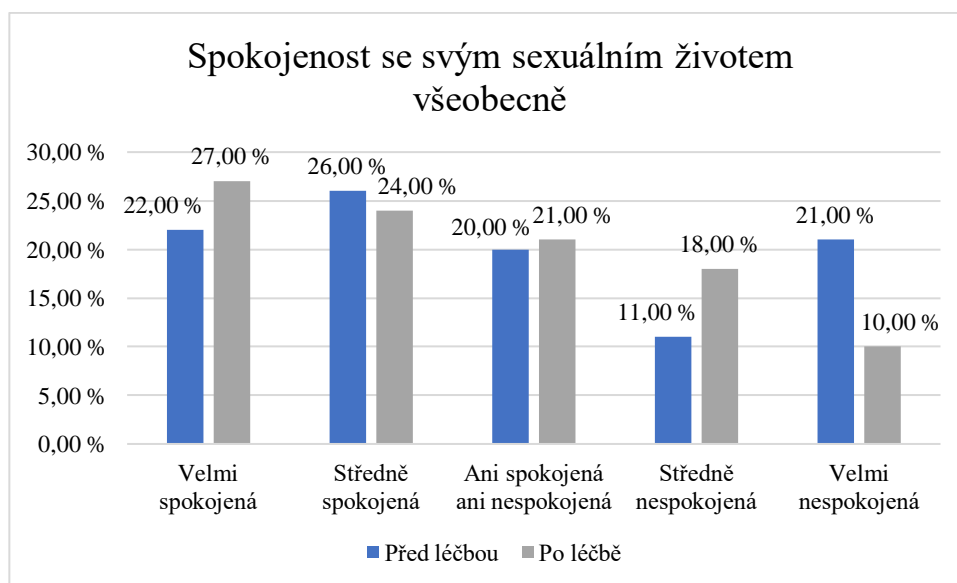
31 (31 %) respondentek bylo před léčbou velmi spokojených se sexuálním vztahem se svým partnerem a po léčbě 28 (28 %). Středně spokojených respondentek bylo před léčbou 25 (25 %) a po léčbě taktéž 25 (25 %). 17 (17 %) respondentek uvedlo, že před léčbou nebyly ani spokojené ani nespokojené a po léčbě totéž uvedlo 21 (21 %) respondentek. 12 (12 %) respondentek bylo před léčbou středně nespokojených se sexuálním vztahem se svým partnerem a po léčbě 18 (18 %). Velmi nespokojených respondentek bylo před léčbou 15 (15 %) a po léčbě 8 (8 %).

Otázka 28: Jak jste byla během posledních 4 týdnů spokojená se svým sexuálním životem všeobecně?

Tabulka 28: Spokojenost se svým sexuálním životem všeobecně

Spokojenost se svým sexuálním životem všeobecně	Absolutní četnost n_i - před léčbou	Relativní četnost f_i (%)	Absolutní četnost n_i - po léčbě	Relativní četnost f_i (%)
Nebyla žádná sexuální činnost	0	0,00 %	0	0,00 %
Velmi spokojená	22	22,00 %	27	27,00 %
Středně spokojená	26	26,00 %	24	24,00 %
Ani spokojená ani nespokojená	20	20,00 %	21	21,00 %
Středně nespokojená	11	11,00 %	18	18,00 %
Velmi nespokojená	21	21,00 %	10	10,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %	100	100,00 %

Graf 28: Spokojenost se svým sexuálním životem všeobecně



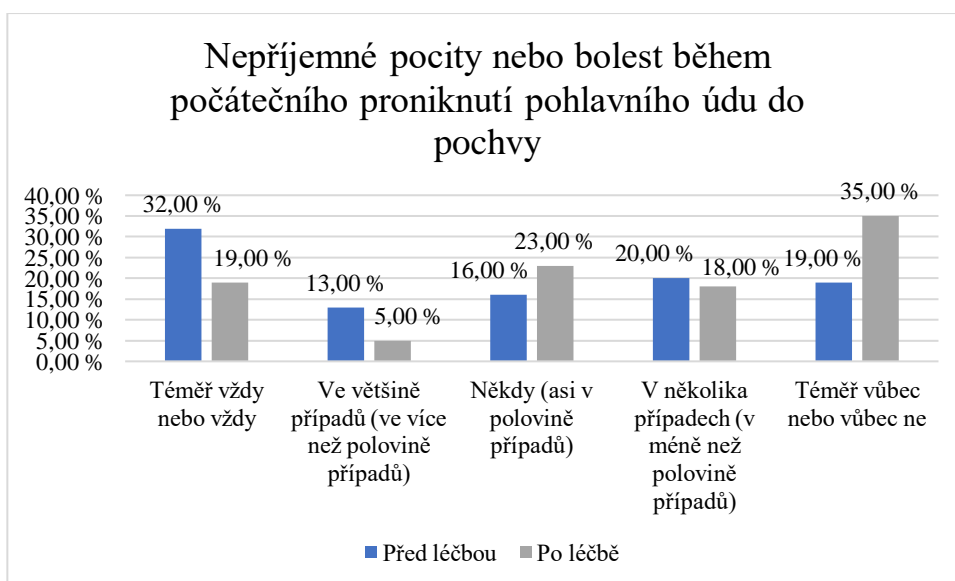
22 (22 %) respondentek před léčbou uvedlo, že bylo spokojených se svým sexuálním životem všeobecně a po léčbě totéž uvedlo 27 (27 %) respondentek. Středně spokojených bylo 26 (26 %) respondentek před léčbou a 24 (24 %) po léčbě. Ani spokojených ani nespokojených bylo před léčbou 20 (20 %) respondentek a po léčbě 21 (21 %). 11 (11 %) respondentek bylo před léčbou středně nespokojených se svým sexuálním životem všeobecně a po léčbě 18 (18 %). Velmi nespokojených respondentek se svým sexuálním životem bylo 21 (21 %) před léčbou a po léčbě 10 (10 %).

Otázka 29: Jak často jste během posledních 4 týdnů měla nepříjemné pocity nebo bolest během počátečního proniknutí pohlavního údu do pochvy?

Tabulka 29: Nepříjemné pocity nebo bolest během počátečního proniknutí pohlavního údu do pochvy během posledních 4 týdnů

Nepříjemné pocity nebo bolest během počátečního proniknutí pohlavního údu do pochvy	Absolutní četnost n_i - před léčbou	Relativní četnost f_i (%)	Absolutní četnost n_i - po léčbě	Relativní četnost f_i (%)
Neměla pokus o pohlavní styk	0	0,00 %	0	0,00 %
Téměř vždy nebo vždy	32	32,00 %	19	19,00 %
Ve většině případů (ve více než polovině případů)	13	13,00 %	5	5,00 %
Někdy (asi v polovině případů)	16	16,00 %	23	23,00 %
V několika případech (v méně než polovině případů)	20	20,00 %	18	18,00 %
Téměř vůbec nebo vůbec ne	19	19,00 %	35	35,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %	100	100,00 %

Graf 29: Nepříjemné pocity nebo bolest během počátečního proniknutí pohlavního údu do pochvy během posledních 4 týdnů



Téměř vždy nebo vždy mělo před léčbou 32 (32 %) respondentek nepříjemné pocity nebo bolest během počátečního proniknutí pohlavního údu do pochvy a po léčbě totéž uvedlo 19 (19 %) respondentek. Ve většině případů (ve více než polovině případů) uvádělo před léčbou 13 (13 %) a po léčbě 5 (5 %) respondentek. Někdy (asi v polovině případů) mělo před léčbou nepříjemné pocity nebo bolest během počátečního proniknutí pohlavního údu do pochvy 16 (16 %) a po léčbě 23 (23 %) respondentek. V několika případech (v méně než polovině

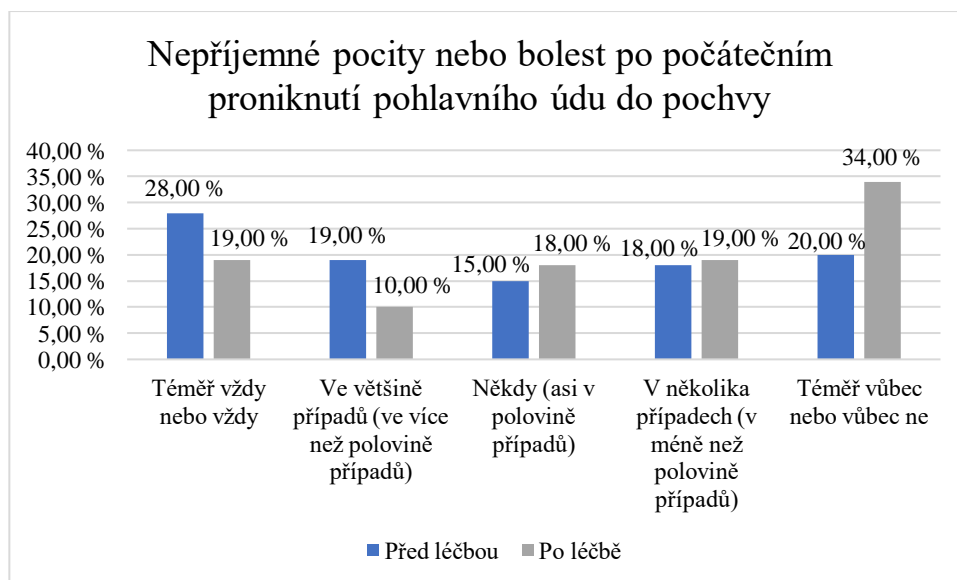
případů) uvedlo nepříjemné pocity nebo bolest před léčbou 20 (20 %) a po léčbě 18 (18 %) respondentek.

Otázka 30: Jak často jste během posledních 4 týdnů měla nepříjemné pocity nebo bolest po počátečním proniknutí pohlavního údu do pochvy?

Tabulka 30: Nepříjemné pocity nebo bolest po počátečním proniknutí pohlavního údu do pochvy během posledních 4 týdnů

Nepříjemné pocity nebo bolest po počátečním proniknutí pohlavního údu do pochvy	Absolutní četnost n_i - před léčbou	Relativní četnost f_i (%)	Absolutní četnost n_i - po léčbě	Relativní četnost f_i (%)
Neměla pokus o pohlavní styk	0	0,00 %	0	0,00 %
Téměř vždy nebo vždy	28	28,00 %	19	19,00 %
Ve většině případů (ve více než polovině případů)	19	19,00 %	10	10,00 %
Někdy (asi v polovině případů)	15	15,00 %	18	18,00 %
V několika případech (v méně než polovině případů)	18	18,00 %	19	19,00 %
Téměř vůbec nebo vůbec ne	20	20,00 %	34	34,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %	100	100,00 %

Graf 30: Nepříjemné pocity nebo bolest po počátečním proniknutí pohlavního údu do pochvy během posledních 4 týdnů



Nepříjemné pocity nebo bolest po počátečním proniknutí pohlavního údu do pochvy pociťovalo téměř vždy nebo vždy před léčbou 28 (28 %) a po léčbě 19 (19 %) respondentek. Ve většině případů (ve více než polovině případů) uvedlo před léčbou 19 (19 %) a po léčbě

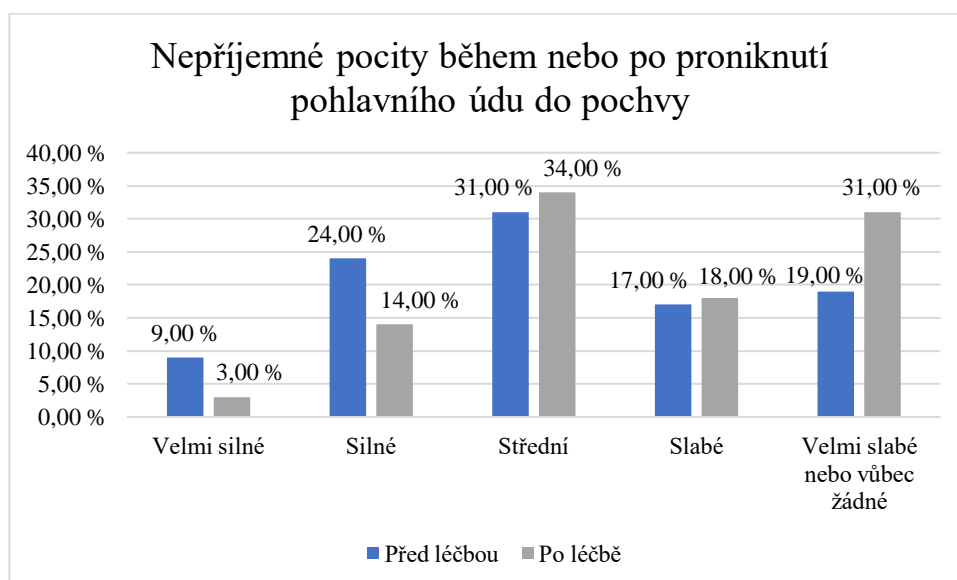
10 (10 %) respondentek. Někdy (asi v polovině případů) udávalo před léčbou 15 (15 %) a po léčbě 18 (18 %) respondentek. V několika případech (v méně než polovině případů) uvedlo před léčbou 18 (18 %) a po léčbě 19 (19 %) respondentek. Téměř vůbec nebo vůbec ne uvedlo před léčbou 20 (20 %) a po léčbě 34 (34 %) respondentek.

Otázka 31: Jak silné byly během posledních 4 týdnů Vaše nepříjemné pocity nebo bolesti během nebo po proniknutí pohlavního údu do pochvy?

Tabulka 31: Intenzita nepříjemných pocitů během nebo po proniknutí pohlavního údu do pochvy během posledních 4 týdnů

Intenzita nepříjemných pocitů během nebo po proniknutí pohlavního údu do pochvy	Absolutní četnost n_i - před léčbou	Relativní četnost f_i (%)	Absolutní četnost n_i - po léčbě	Relativní četnost f_i (%)
Nebyla žádná sexuální činnost	0	0,00 %	0	0,00 %
Velmi silné	9	9,00 %	3	3,00 %
Silné	24	24,00 %	14	14,00 %
Střední	31	31,00 %	34	34,00 %
Slabé	17	17,00 %	18	18,00 %
Velmi slabé nebo vůbec žádné	19	19,00 %	31	31,00 %
Σ - Celkem	100	100,00 %	100	100,00 %

Graf 31: Intenzita nepříjemných pocitů během nebo po proniknutí pohlavního údu do pochvy během posledních 4 týdnů



Z výsledků je patrné, že intenzitu nepříjemných pocitů během nebo po proniknutí pohlavního údu do pochvy vnímalo před léčbou 9 (9 %) respondentek jako velmi silnou

a po léčbě totéž uvedly 3 (3 %) respondentky. Jako silnou vnímalo intenzitu nepříjemných pocitů před léčbou 24 (24 %) a po léčbě 14 (14 %) respondentek. Střední intenzitu nepříjemných pocitů uvedlo 31 (31 %) respondentek před léčbou a po léčbě 34 (34 %) respondentek. 17 (17 %) označilo intenzitu nepříjemných pocitů před léčbou jako slabou a po léčbě totéž uvedlo 18 (18 %) respondentek. Velmi slabé nebo vůbec žádné nepříjemné pocity před léčbou nevnímalo před léčbou 19 (19 %) a po léčbě 31 (31 %) respondentek.

5.2 Vyhodnocení skóre FSFI

Tabulka 32: Škála vyhodnocení FSFI

Kategorie	Otázky	Průměrné skóre	1. faktor	Skóre minimum	Skóre maximum	Skóre
Touha	13,14	1–5	0,60	1,20	6,00	
Vzrušení	15,16,17,18	0–5	0,30	0	6,00	
Lubrikace	19,20,21,22	0–5	0,30	0	6,00	
Orgasmus	23,24,25	0–5	0,40	0	6,00	
Uspokojení	26,27,28	0 (or 1) –5	0,40	0,80	6,00	
Bolest	29,30,31	0–5	0,40	0	6,00	

Dotazník FSFI je zaměřen ke zjištění kvality sexuálních funkcí ženy v šesti hodnotitelných doménách: touha, vzrušení, lubrikace, orgasmus, spokojenost a bolest. Jednotlivé domény jsou hodnoceny pomocí klíče pro bodování domén, který je přiložen k dotazníku (viz Tabulka 32: Škála vyhodnocení FSFI) a poté jsou sečtením jednotlivých domén vyhodnoceny sexuální dysfunkce. Hodnota skóre FSFI nižší nebo rovná **26,55** znamená sexuální dysfunkci.

Tabulka 33: FSFI skóre před léčbou

Doména	Touha	Vzrušení	Lubrikace	Orgasmus	Uspokojení	Bolest
Počet otázek v doméně	2	4	4	3	3	3
Počet bodů v otázkách	285; 292	367; 318; 323; 339	365; 368; 359; 374	334; 362; 338	327; 320; 291	281; 283; 327
Medián	3; 3	4; 3; 3; 3	4; 4; 4; 4	3; 4; 3	3; 3; 3	3; 3; 3
Součet	6	13	16	10	9	9
Skóre domény	3,462	4,041	4,398	4,136	3,752	3,564
Celkové skóre FSFI	23,353					

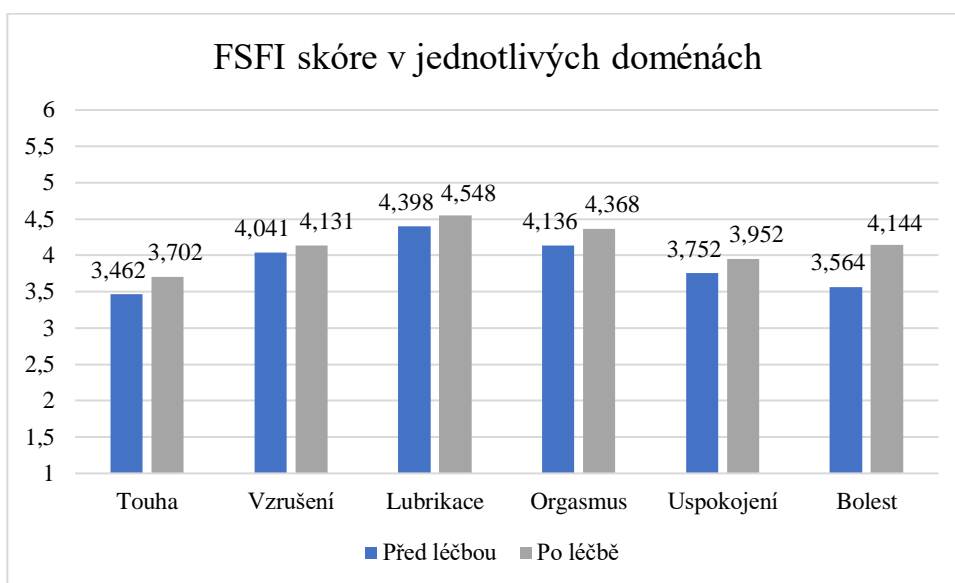
Skóre FSFI bylo před léčbou v kategorii touha 3,462, v kategorii vzrušení 4,041 a v kategorii lubrikace 4,398. V kategorii orgasmus bylo skóre FSFI před léčbou 4,136, v kategorii uspokojení 3,752 a v kategorii bolest bylo skóre 3,564.

Tabulka 34: FSFI skóre po léčbě

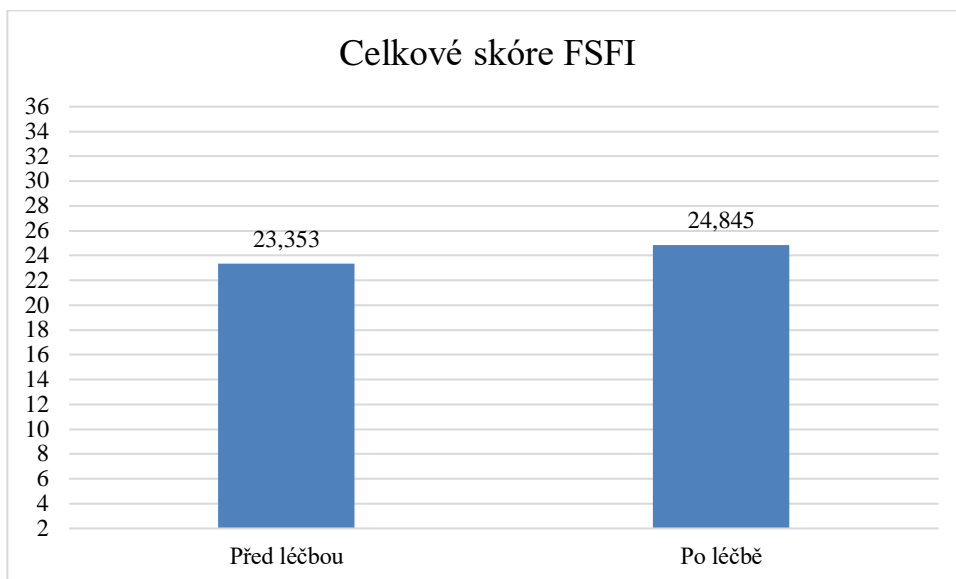
Doména	Touha	Vzrušení	Lubrikace	Orgasmus	Uspokojení	Bolest
Počet otázek v doméně	2	4	4	3	3	3
Počet bodů v otázkách	303; 314	365; 328; 333; 351	363; 395; 368; 390	353; 385; 354	350; 322; 316	345; 339; 352
Medián	3; 3	4; 3; 3; 4	4; 4; 4; 4	4; 4; 4	4; 3; 3	3; 3; 4
Součet	6	14	16	12	10	10
Skóre domény	3,702	4,131	4,548	4,368	3,952	4,144
Celkové skóre FSFI	24,845					

Skóre FSFI bylo po léčbě v kategorii touha 3,702, v kategorii vzrušení 4,131 a v kategorii lubrikace 4,548. V kategorii orgasmus bylo skóre FSFI po léčbě 4,368, v kategorii uspokojení 3,952 a v kategorii bolest bylo skóre 4,144.

Tabulka 35: FSFI skóre v jednotlivých doménách



Tabulka 36: Celkové skóre FSFI



Celkové skóre FSFI před léčbou endometriózy bylo 23,353. Jde o hodnotu nižší než **26,55**, což znamená, že se u sledovaného souboru žen před léčbou vyskytovaly sexuální dysfunkce. Došlo ke zjištění, že respondentky, jimž byla diagnostikovaná endometrióza, měly problémy v oblasti sexuálních aktivit a vyskytovaly se u nich sexuální dysfunkce.

Po tříměsíční léčbě endometriózy vzrostlo skóre FSFI na 24,845, z čehož je zřejmé, že se u žen stále vyskytovaly sexuální dysfunkce, ale ve srovnání s hodnotami FSFI před léčbou došlo k mírnému zlepšení FSFI skóre. Po léčbě endometriózy tedy došlo k mírnému snížení výskytu sexuálních dysfunkcí a tím i k mírnému zlepšení sexuálního života.

5.3 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č. 1

Existuje signifikantní rozdíl ve vnímání sexuální touhy u žen před léčbou a po léčbě endometriózy?

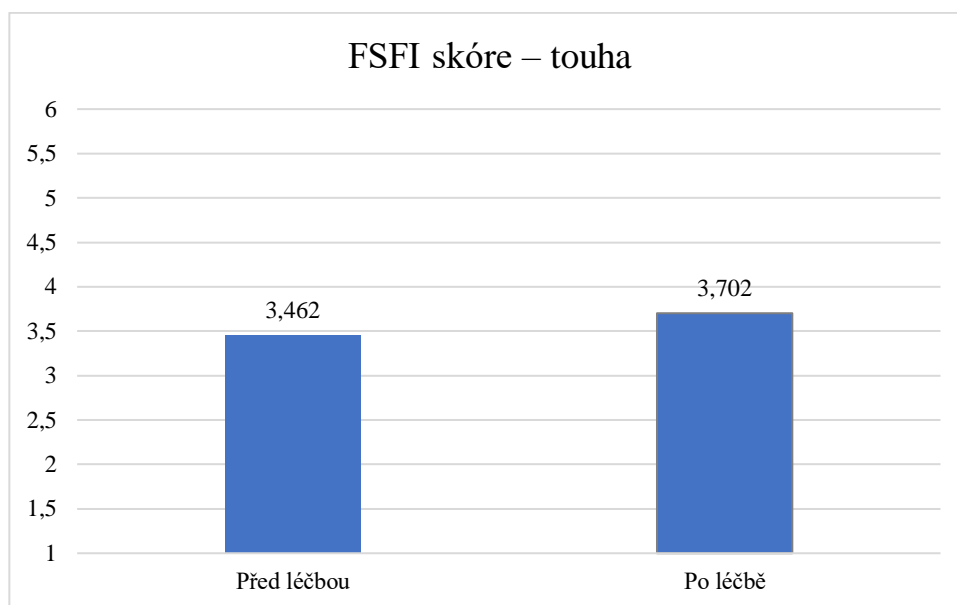
H₀: Vnímání sexuální touhy je u žen před léčbou a po léčbě shodné.

H₁: Vnímání sexuální touhy u žen před léčbou a po léčbě se liší.

	Počet odpovědí	Střední hodnota	Směrodatná odchylka	Skóre FSFI
Před léčbou	200	2,89	1,14	3,462
Po léčbě	200	3,09	1,21	3,702

Pro vyhodnocení byly využity otázky z dotazníkového šetření číslo 13 a 14. Pro porovnání vnímání sexuální touhy u žen před léčbou a po léčbě byl použit t-test. Skóre FSFI v kategorii touha bylo před léčbou 3,462 a po léčbě 3,702. Na základě vypočítaných hodnot ($t = -2,133$, $p = 0,017$) lze zamítnout nulovou hypotézu o shodě ve vnímání touhy u žen před léčbou a po léčbě endometriózy. Ve vnímání sexuální touhy u žen před léčbou a po léčbě endometriózy existuje signifikantní rozdíl.

Graf 32: FSFI skóre – touha



Z grafu je zřejmé, že po léčbě endometriózy došlo u žen k mírnému zlepšení ve vnímání sexuální touhy.

Hypotéza č. 2

Existuje signifikantní rozdíl v sexuální vzrušivosti během sexuální aktivity nebo pohlavního styku u žen před léčbou a po léčbě endometriózy?

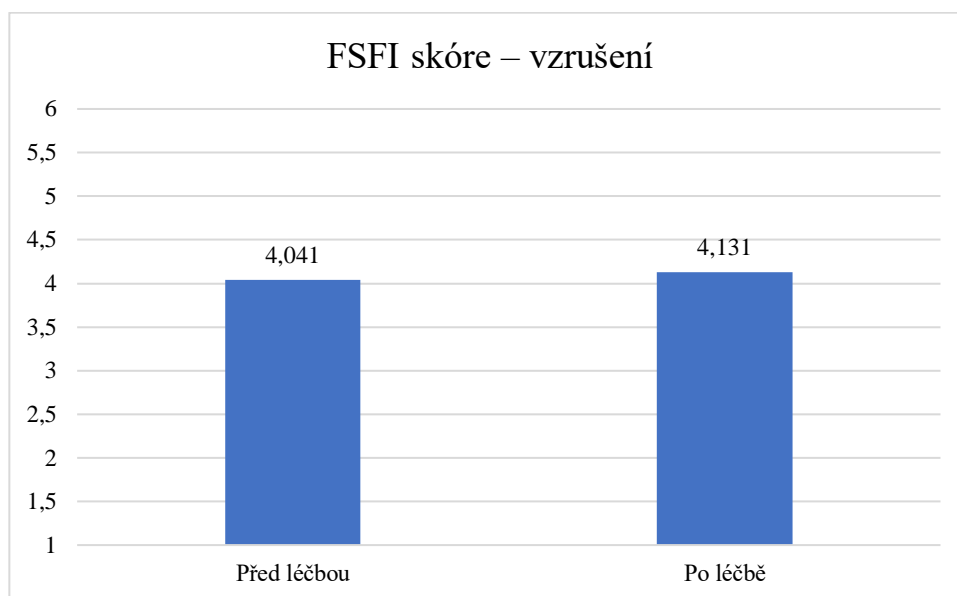
H₂₀: Sexuální vzrušivost během sexuální aktivity nebo pohlavního styku je u žen před léčbou a po léčbě endometriózy shodná.

H₂₁: Sexuální vzrušivost během sexuální aktivity nebo pohlavního styku se u žen před léčbou a po léčbě liší.

	Počet odpovědí	Střední hodnota	Směrodatná odchylka	Skóre FSFI
Před léčbou	400	3,37	1,36	4,041
Po léčbě	400	3,44	1,28	4,131

Pro vyhodnocení byly využity otázky z dotazníkového šetření číslo 15, 16, 17 a 18. Pro porovnání hodnot byl použit t-test. Skóre FSFI v kategorii vzrušení bylo před léčbou 4,041 a po léčbě 4,131. Na základě vypočítaných hodnot ($t = -0,970$, $p = 0,166$) nelze zamítnout nulovou hypotézu o shodě v sexuální vzrušivosti během sexuální aktivity nebo pohlavního styku u žen před léčbou a po léčbě endometriózy. V sexuální vzrušivosti u žen před léčbou a po léčbě endometriózy neexistuje signifikantní rozdíl.

Graf 33: FSFI skóre – vzrušení



Z grafu je zřejmé, že v sexuální vzrušivosti během sexuální aktivity nebo pohlavního styku před léčbou a po léčbě endometriózy nebyl zaznamenán téměř žádný rozdíl.

Hypotéza č. 3

Existuje signifikantní rozdíl v dosažení a udržení lubrikace během sexuální aktivity nebo pohlavního styku u žen před léčbou a po léčbě endometriózy?

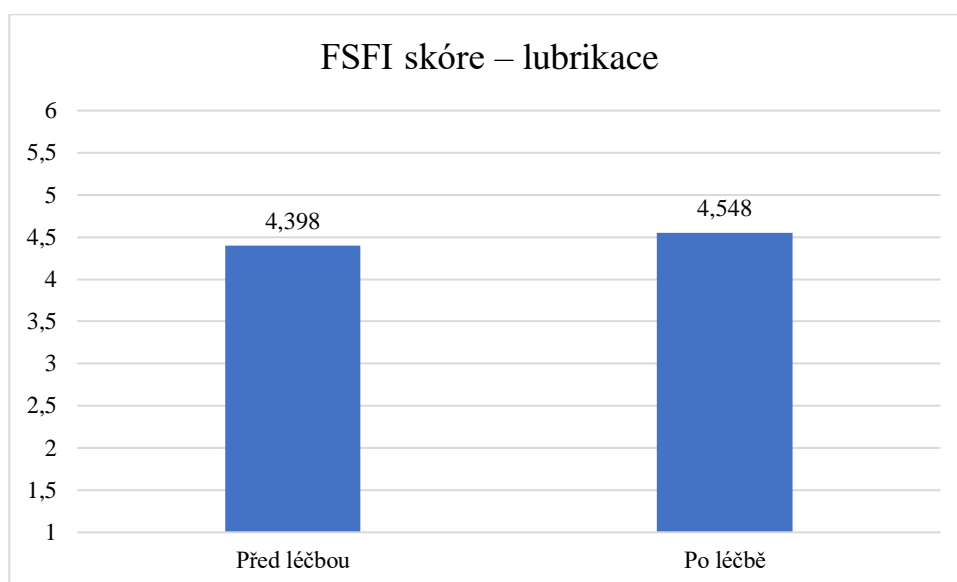
H3₀: Dosažení a udržení lubrikace během sexuální aktivity nebo pohlavního styku je u žen před léčbou a po léčbě endometriózy shodné.

H3₁: Dosažení a udržení lubrikace během sexuální aktivity nebo pohlavního styku se u žen před léčbou a po léčbě liší.

	Počet odpovědí	Střední hodnota	Směrodatná odchylka	Skóre FSFI
Před léčbou	400	3,67	1,38	4,398
Po léčbě	400	3,79	1,23	4,548

Pro vyhodnocení byly využity otázky z dotazníkového šetření číslo 19, 20, 21 a 22. Pro porovnání hodnot byl použit t-test. Skóre FSFI v kategorii lubrikace bylo před léčbou 4,389 a po léčbě 4,548. Na základě vypočítaných hodnot ($t = -1,918$, $p = 0,028$) lze zamítnout nulovou hypotézu o shodě v dosažení a udržení lubrikace během sexuální aktivity nebo pohlavního styku u žen před léčbou a po léčbě endometriózy. V dosažení a udržení lubrikace během sexuální aktivity nebo pohlavního styku u žen před léčbou a po léčbě endometriózy existuje signifikantní rozdíl.

Graf 34: FSFI skóre – lubrikace



Z grafu je zřejmé, že po léčbě endometriózy došlo u žen k mírnému zlepšení v dosažení a udržení lubrikace během sexuální aktivity nebo pohlavního styku.

Hypotéza č. 4

Existuje signifikantní rozdíl v dosahování orgasmu během sexuální aktivity nebo pohlavního styku u žen před léčbou a po léčbě endometriózy?

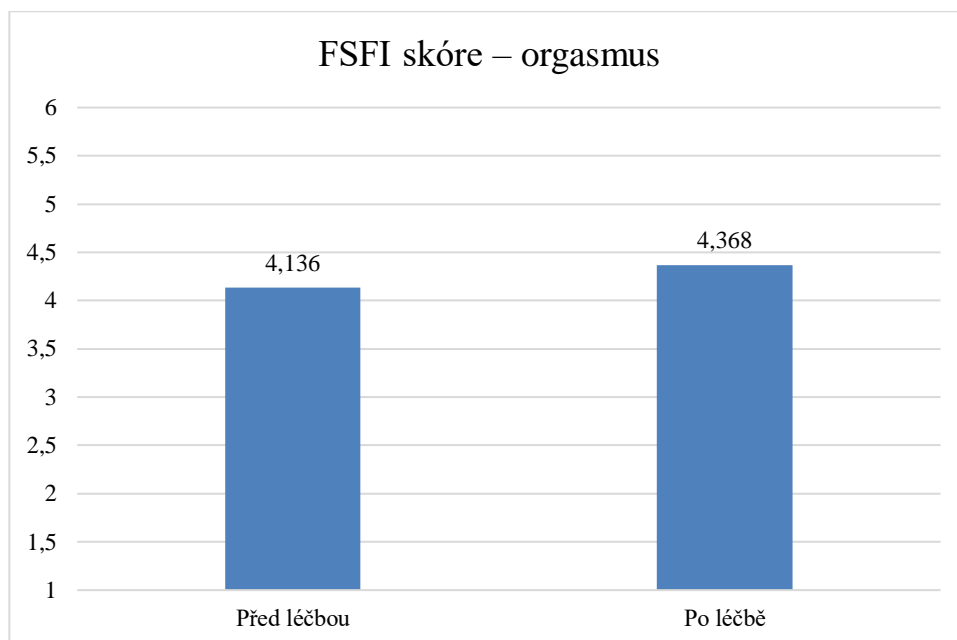
H₄₀: Dosahování orgasmu během sexuální aktivity nebo pohlavního styku je u žen před léčbou a po léčbě endometriózy shodné.

H₄₁: Dosahování orgasmu během sexuální aktivity nebo pohlavního styku se u žen před léčbou a po léčbě endometriózy liší.

	Počet odpovědí	Střední hodnota	Směrodatná odchylka	Skóre FSFI
Před léčbou	300	3,45	1,41	4,136
Po léčbě	300	3,64	1,36	4,368

Pro vyhodnocení byly využity otázky z dotazníkového šetření číslo 23, 24 a 25. Pro porovnání hodnot byl použit t-test. Skóre FSFI v kategorii orgasmus bylo před léčbou 4,136 a po léčbě 4,368. Na základě vypočítaných hodnot ($t = -1,918$, $p = 0,005$) lze zamítnout nulovou hypotézu o shodě v dosahování orgasmu během sexuální aktivity nebo pohlavního styku u žen před léčbou a po léčbě endometriózy. V dosahování orgasmu během sexuální aktivity nebo pohlavního styku u žen před léčbou a po léčbě endometriózy existuje signifikantní rozdíl.

Graf 35: FSFI skóre – orgasmus



Z grafu je zřejmé, že po léčbě endometriózy došlo u žen k mírnému zlepšení v dosahování orgasmu během sexuální aktivity nebo pohlavního styku.

Hypotéza č. 5

Existuje signifikantní rozdíl ve vnímání uspokojení v sexuální oblasti u žen před léčbou a po léčbě endometriózy?

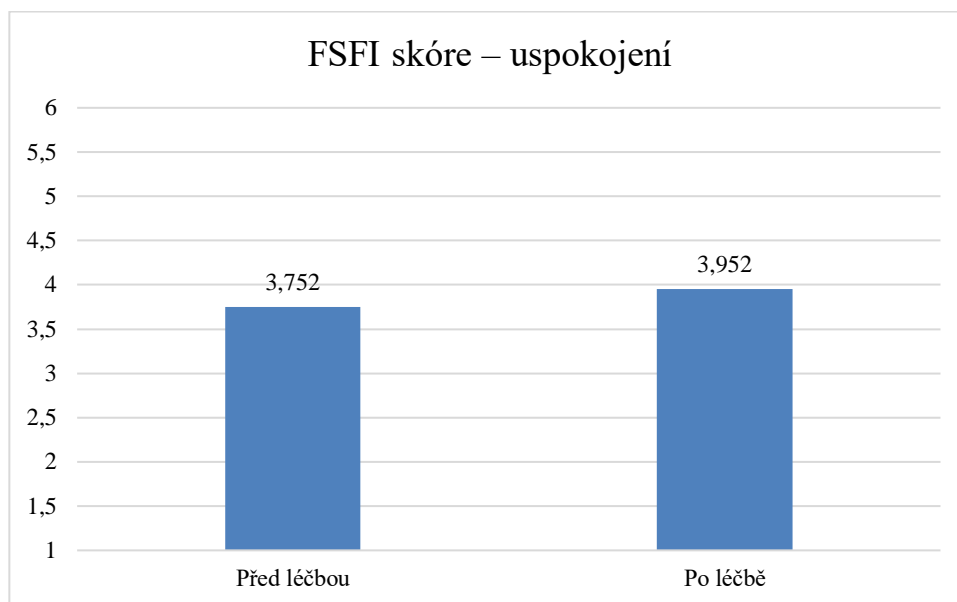
H₀: Vnímání uspokojení v sexuální oblasti je u žen před léčbou a po léčbě endometriózy shodné.

H₁: Vnímání uspokojení v sexuální oblasti se u žen před léčbou a po léčbě endometriózy liší.

	Počet odpovědí	Střední hodnota	Směrodatná odchylka	Skóre FSFI
Před léčbou	300	3,13	1,41	3,752
Po léčbě	300	3,29	1,31	3,952

Pro vyhodnocení byly využity otázky z dotazníkového šetření číslo 26, 27 a 28. Pro porovnání hodnot byl použit t-test. Skóre FSFI v kategorii uspokojení bylo před léčbou 3,752 a po léčbě 3,952. Na základě vypočítaných hodnot ($t = -2,145$, $p = 0,016$) lze zamítnout nulovou hypotézu o shodě ve vnímání uspokojení v sexuální oblasti u žen před léčbou a po léčbě endometriózy. Ve vnímání uspokojení v sexuální oblasti u žen před léčbou a po léčbě endometriózy existuje signifikantní rozdíl.

Graf 36: FSFI skóre – uspokojení



Z grafu je zřejmé, že po léčbě endometriózy došlo u žen k mírnému zlepšení ve vnímání uspokojení v sexuální oblasti.

Hypotéza č. 6

Existuje signifikantní rozdíl ve vnímání bolesti při pohlavním styku u žen před léčbou a po léčbě endometriózy?

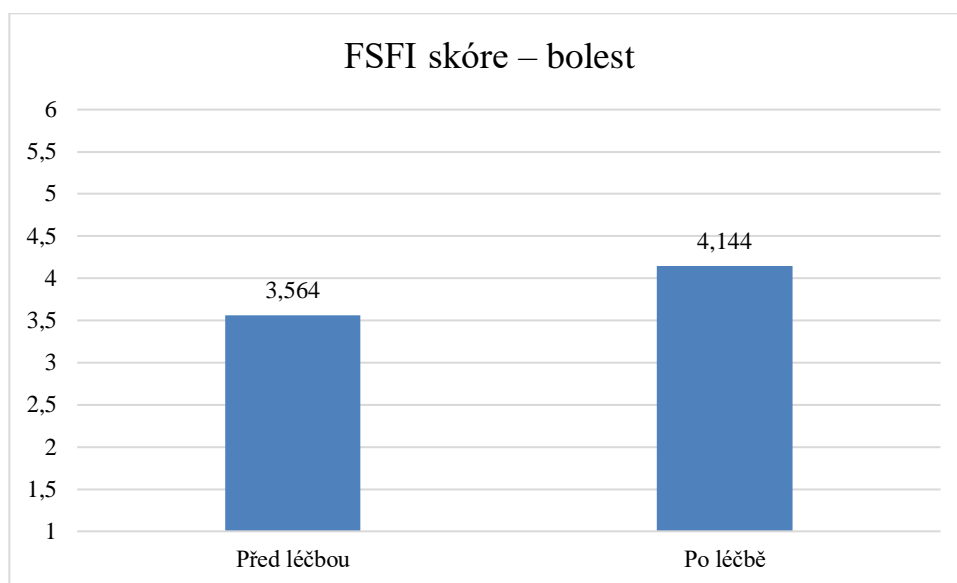
H₀: Vnímání bolesti při pohlavním styku je u žen před léčbou a po léčbě endometriózy shodné.

H₁: Vnímání bolesti při pohlavním styku se u žen před léčbou a po léčbě endometriózy liší.

	Počet odpovědí	Střední hodnota	Směrodatná odchylka	Skóre FSFI
Před léčbou	300	2,97	1,44	3,564
Po léčbě	300	3,45	1,4	4,144

Pro vyhodnocení uvedené hypotézy byly využity otázky z dotazníkového šetření číslo 29, 30 a 31. Pro porovnání hodnot byl použit t-test. Skóre FSFI v kategorii bolest bylo před léčbou 3,564 a po léčbě 4,144. Na základě vypočítaných hodnot ($t = -6,090$, $p = <0,001$) lze zamítnout nulovou hypotézu o shodné bolestivosti při pohlavním styku u žen před léčbou a po léčbě endometriózy. Ve vnímání bolesti při pohlavním styku u žen před léčbou a po léčbě endometriózy existuje signifikantní rozdíl.

Graf 37: FSFI skóre – bolest



Z grafu je patrné, že po léčbě endometriózy došlo u žen k výraznému zlepšení ve vnímání bolesti. Bolest tedy respondentky popisovaly jako výrazně nižší než před léčbou.

6. Diskuze

Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce bylo zjistit výskyt sexuálních dysfunkcí u žen s endometriózou a identifikovat tak problémy v oblasti sexuálních aktivit. Výskyt sexuálních dysfunkcí byl zjišťován v šesti oblastech, jako je touha, vzrušení, lubrikace, orgasmus, uspokojení a bolest. Podkladem pro výzkum byl standardizovaný dotazník FSFI (Index ženské sexuální funkce), který byl distribuován na Gynekologickém oddělení Nemocnice Znojmo. Dalším cílem bylo zjistit, zda díky léčbě endometriózy dojde u žen ke snížení výskytu sexuálních dysfunkcí a tím ke zlepšení sexuálního života. Výzkumné šetření bylo provedeno v období od 1. 11. 2019 do 31. 3. 2020. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 100 žen, kterým byla laparoskopicky diagnostikovaná endometrióza. V praktické části byly stanoveny výzkumné otázky, cíle a statistické hypotézy. Na základě provedeného výzkumu a zjištěných výsledků byly předem stanovené hypotézy potvrzeny nebo vyvráceny. Vzhledem k tomu, že problematika sexuálních dysfunkcí u žen s endometriózou je tématem velmi málo zkoumaným, byly pro porovnání výsledků výzkumu nalezeny pouze dvě studie, z čehož jedna studie byla česká a druhá zahraniční.

První hypotézou bylo zjišťováno, zda existuje signifikantní rozdíl ve vnímání sexuální touhy u žen před léčbou a po léčbě endometriózy. Hypotéza H_{10} nebyla potvrzena vzhledem k tomu, že ve vnímání touhy u žen před léčbou a po léčbě endometriózy existuje signifikantní rozdíl. V kategorii touha bylo před léčbou endometriózy zaznamenáno skóre FSFI 3,462 a po léčbě 3,702. Z výsledků je patrné, že po léčbě endometriózy došlo k mírnému zlepšení ve vnímání sexuální touhy. Caruso a kol. ve své prospektivní studii uvádějí, že před léčbou bylo u žen v kategorii touha zaznamenáno skóre FSFI 3,4 a po tříměsíční léčbě skóre 3,1, z čehož vyplývá, že došlo k mírnému zhoršení v této kategorii (Caruso et al, 2019, s. 2375). Srovnávané výsledky se liší. Chvátal a Fiala ve své studii uvádějí u žen před léčbou skóre FSFI 4,8 a po šestiměsíční léčbě skóre 5,1, což potvrzuje, že v kategorii touha došlo k mírnému zlepšení (Chvátal et Fiala, 2017, s. 144).

Druhá hypotéza zjišťovala, zda existuje signifikantní rozdíl v sexuální vzrušivosti během sexuální aktivity nebo pohlavního styku u žen před léčbou a po léčbě endometriózy. Hypotéza H_{20} byla potvrzena, jelikož u žen před léčbou a po léčbě endometriózy neexistuje signifikantní rozdíl v sexuální vzrušivosti během sexuální aktivity nebo pohlavního styku. V kategorii vzrušení bylo před léčbou endometriózy zaznamenáno skóre FSFI 4,041 a po léčbě 4,131. Z výsledků je patrné, že po léčbě endometriózy nebyl zaznamenán téměř žádný rozdíl v sexuální vzrušivosti během sexuální aktivity nebo pohlavního styku. Výsledek byl porovnán

s prospektivní studií, kde bylo před léčbou v kategorii vzrušení zaznamenáno skóre 4,1 a po tříměsíční léčbě bylo skóre také 4,1, tudíž v této kategorii nedošlo k žádné změně (Caruso et al, 2019, s. 2375). Ve studii autorů Chvátal a Fiala došlo po šestiměsíční léčbě v kategorii vzrušení k nepatrnému zlepšení. Před léčbou byla zaznamenána hodnota FSFI 4,5 a po léčbě 4,6 (Chvátal et Fiala, 2017, s. 144).

Třetí hypotéza se zabývala zjištěním, zda existuje signifikantní rozdíl v dosažení a udržení lubrikace během sexuální aktivity nebo pohlavního styku u žen před léčbou a po léčbě endometriózy. Hypotéza H_{30} nebyla potvrzena, jelikož u žen před léčbou a po léčbě existuje signifikantní rozdíl v dosažení a udržení lubrikace během sexuální aktivity nebo pohlavního styku. V kategorii lubrikace bylo před léčbou endometriózy zaznamenáno skóre FSFI 4,398 a po léčbě 4,548. Z výsledků je patrné, že po léčbě endometriózy došlo k mírnému zlepšení v dosažení a udržení lubrikace během sexuální aktivity nebo pohlavního styku. V prospektivní studii autora Caruso a kol. došlo v této kategorii k nepatrnému zlepšení. Před léčbou byla zaznamenána hodnota FSFI 4,1 a po tříměsíční léčbě 4,2 (Caruso et al, 2019, s. 2375). Chvátal a Fiala ve své studii uvádějí, že kategorie lubrikace je u žen před léčbou a po šestiměsíční léčbě beze změn. Skóre FSFI bylo v obou případech 3,9 (Chvátal et Fiala, 2017, s. 144).

Čtvrtá hypotéza zjišťovala, zda existuje signifikantní rozdíl v dosahování orgasmu během sexuální aktivity nebo pohlavního styku u žen před léčbou a po léčbě endometriózy. Hypotéza H_{40} nebyla potvrzena vzhledem k tomu, že u žen před léčbou a po léčbě endometriózy existuje signifikantní rozdíl v dosahování orgasmu během sexuální aktivity nebo pohlavního styku. V kategorii orgasmus bylo před léčbou endometriózy zaznamenáno skóre FSFI 4,136 a po léčbě 4,368. Z výsledků je zřejmé, že po léčbě endometriózy došlo k mírnému zlepšení v dosahování orgasmu během sexuální aktivity nebo pohlavního styku. Prospektivní studie autorů Caruso a kol. uvádí v kategorii orgasmus mírné zlepšení. V této kategorii bylo před léčbou zaznamenáno skóre FSFI 3,9 a po tříměsíční léčbě 4,1 (Caruso et al, 2019, s. 2375). Chvátal a Fiala uvádějí ve své studii v kategorii orgasmus výrazné zlepšení. Před léčbou bylo zaznamenáno skóre FSFI 1,8 a po šestiměsíční léčbě bylo skóre 2,5 (Chvátal et Fiala, 2017, s. 144).

Pátá hypotéza byla zaměřena na zjištění, zda existuje signifikantní rozdíl ve vnímání uspokojení v sexuální oblasti u žen před léčbou a po léčbě endometriózy. Hypotéza H_{50} nebyla potvrzena, protože u žen před léčbou a po léčbě endometriózy existuje signifikantní rozdíl ve vnímání uspokojení v sexuální oblasti. V kategorii uspokojení bylo před léčbou zaznamenáno skóre FSFI 3,752 a po léčbě 3,952. Z výsledků je zřejmé, že po léčbě

endometriózy došlo k mírnému zlepšení ve vnímání uspokojení v sexuální oblasti. Mírné zlepšení uvádí i prospektivní studie, kde bylo před léčbou zaznamenáno skóre FSFI 3,8 a po tříměsíční léčbě 4,1 (Caruso et al, 2019, s. 2375). Chvátal a Fiala uvádějí v této kategorii také mírné zlepšení. Před léčbou bylo zaznamenáno skóre FSFI 3,8 a po šestiměsíční léčbě 4,1 (Chvátal et Fiala, 2017, s. 144).

Šestou hypotézou bylo zjišťováno, zda existuje signifikantní rozdíl ve vnímání bolesti při pohlavním styku u žen před léčbou a po léčbě endometriózy. Hypotéza H₆₀ nebyla potvrzena, jelikož u žen před léčbou a po léčbě endometriózy existuje signifikantní rozdíl ve vnímání bolesti při pohlavním styku. V kategorii bolest bylo před léčbou zaznamenáno skóre FSFI 3,564 a po léčbě 4,144. Z výsledků je patrné, že došlo k významnému zlepšení ve vnímání bolesti. Respondentky popisovaly bolest po léčbě endometriózy jako výrazně nižší. Prospektivní studie autora Caruso a kol. uvádí v kategorii bolest výrazné zlepšení, kde bylo před léčbou u žen zaznamenáno skóre FSFI 3,1 a po léčbě skóre FSFI 4,7 (Caruso et al, 2019, s. 2375). Výrazné zlepšení v kategorii bolest uvádí i studie autorů Chvátal a Fiala, kdy bylo před léčbou zaznamenáno skóre FSFI 1,2 a po šestiměsíční léčbě bylo zaznamenáno skóre 1,9 (Chvátal et Fiala, 2017, s. 144).

Jednotlivé domény dotazníku FSFI (touha, vzrušení, lubrikace, orgasmus, spokojenost a bolest) byly vyhodnoceny pomocí klíče pro bodování domén, přiloženého k dotazníku a poté došlo k celkovému vyhodnocení sexuální dysfunkce. Hodnota skóre FSFI nižší nebo rovná **26,55** znamená sexuální dysfunkci. Celkové skóre FSFI před léčbou endometriózy bylo 23,353, což znamená, že se u sledovaného souboru žen před léčbou vyskytovaly sexuální dysfunkce. Díky výzkumnému šetření došlo ke zjištění, že respondentky, jímž byla diagnostikována endometrióza, měly problémy v oblasti sexuálních aktivit. Výskyt sexuálních dysfunkcí potvrzuje i prospektivní studie autora Caroso a kol., kde bylo celkové skóre FSFI před léčbou 22,3 (Caruso et al, 2019, s. 2375). Studie autorů Chvátal a Fiala uvádí před léčbou skóre FSFI 20 (Chvátal et Fiala, 2017, s. 144).

Po tříměsíční léčbě endometriózy bylo skóre FSFI 24,845, z čehož je zřejmé, že se u žen stále vyskytovaly sexuální dysfunkce, ale ve srovnání s hodnotami FSFI před léčbou došlo k mírnému zlepšení FSFI skóre. Po léčbě endometriózy tedy došlo k mírnému snížení výskytu sexuálních dysfunkcí a tím i k mírnému zlepšení sexuálního života. Mírné zlepšení uvádí i prospektivní studie autora Caruso a kol., kde bylo skóre FSFI po tříměsíční léčbě 23,9 (Caruso et al, 2019, s. 2375). Chvátal a Fiala ve své studii uvádějí po šestiměsíční léčbě skóre 22,1 (Chvátal et Fiala, 2017, s. 144).

Ze všech srovnávaných studií je patrné, že po léčbě endometriózy došlo k mírnému snížení výskytu sexuálních dysfunkcí a tím i k mírnému zlepšení sexuálního života.

7. Závěr

Diplomová práce se zabývá výskytem sexuálních dysfunkcí u žen s endometriózou. Práce byla rozdělena na dvě části. První část tvoří teoretická východiska a druhá část je věnována výzkumu. Teoretická východiska přibližují, co je to endometrióza a několik teorií jejího vzniku, jako je Samsonova teorie, Mayerova metaplastická teorie, imunologická teorie a teorie kmenových buněk, které je v poslední době věnována velká pozornost. Dále je popsána epidemiologie a rizikové faktory endometriózy, klasifikace endometriózy, její diferenciální diagnostika a klinická diagnostika. Pozornost je věnována i mechanismům bolesti endometriózy, měření bolesti a typům a lokalizaci ložisek endometriózy. Dalším bodem je vyšetření u žen s chronickou pánevní bolestí, jako jsou například laboratorní testy, zobrazovací vyšetření, ultrazvuk, magnetická rezonance, ionizující záření, provokativní testování a také laparoskopie, jenž se používá k definitivnímu potvrzení diagnózy. Následně je zmíněna léčba endometriózy a její metody, k nimž se řadí například hormonální terapie, jako Gonadotropin uvolňující hormonální léky (GnRH), Visanne, perorální antikoncepce, progesteron a progestin ve formě pilulek, antikoncepční injekce, Danazol a léky pro zmírnění bolesti. Pozornost je věnována i chirurgické léčbě, laparoskopickému odstranění ložisek, laparotomii a přerušení pánevních nervů. V další části jsou popsány sexuální dysfunkce, mezi něž je zařazena inhibice sexuální touhy, neschopnost vzrušení, anorgasmie, dyspareunie a vaginismus. Poslední kapitola je věnována vyšetření žen s endometriózou a dyspareunií.

Výzkumnou část tvoří kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Dotazník je zcela anonymní. První část dotazníku tvoří otázky vlastní konstrukce pro zjištění základních informací o respondentce a následně je využit standardizovaný dotazník FSFI. Dotazník byl distribuován na Gynekologickém oddělení Nemocnice Znojmo. Bylo vyhodnoceno celkem 100 dotazníků u žen před léčbou a 100 dotazníků po léčbě endometriózy.

Cíle diplomové práce byly splněny, jelikož došlo ke zjištění, že se u sledovaného vzorku žen s diagnostikovanou endometriózou vyskytují problémy v oblasti sexuálních aktivit a pomocí dotazníku FSFI byly zjištěny sexuální dysfunkce.

U žen po tříměsíční léčbě endometriózy došlo k mírnému snížení výskytu sexuálních dysfunkcí, čímž došlo také k mírnému zlepšení sexuálního života. Pro komplexní náhled na účinnost léčby endometriózy by bylo vhodné provést další výzkum, například po půl roce a po roce od zahájení léčby.

Endometrióza je chronické a velice nepříjemné onemocnění s nejasnými příčinami vzniku, které se týká zhruba každé 10. ženy v reprodukčním věku. Jedná se bolestivé

onemocnění, které může ženám bránit v normálním partnerském životě a chronická bolest může negativně ovlivňovat celkovou psychiku ženy. Vznik tohoto onemocnění není zcela objasněný. Onemocnění se u každé ženy projevuje odlišně, tudíž bývá velmi těžké endometriózu rozpoznat. Každá žena může udávat příznaky, jejichž intenzita se může lišit, a proto je nutné tyto obtíže včas řešit. Díky přesnější diagnostice je v současné době možno odhalit stále více nových případů. Avšak odhalit endometriózu je i přesto velmi složité vzhledem k tomu, že ložiska nejsou zřejmá na ultrazvuku a lékař je při běžné prohlídce nezjistí. Mnoho žen s endometriózou mluví o letech bolesti a dalších obtížích, na které lékaři často nebrali zřetel. Diagnostika tohoto onemocnění bývá často u žen s pánevní bolestí opožděna, a to v řádu několika let.

V české republice existuje několik specializovaných center pro léčbu endometriózy, a proto v případě, kdy žena popisuje některý z příznaků, jako je například dysmenorea, dyspareunie, dysurie, dyschezie a chronická pánevní bolest, by bylo vhodné zvážit vyšetření specialistou, který se léčbou tohoto onemocnění zabývá. Především je důležité, aby se ženy se svými obtížemi spojené s bolestí nebály svěřit svému gynekologovi. V poslední době je endometrióza tématem velice diskutovaným, ale i přesto se pro řadu žen jedná o téma doposud neznámé. A z toho důvodu je velmi důležité se této problematice věnovat a dostat tak toto onemocnění do podvědomí dívek a žen v reprodukčním věku.

8. Referenční seznam

Ahn SH., Monsanto PS., Miller C. et al., 2015. *Pathophysiology and Immune Dysfunction in Endometriosis*. BioMed Research International [online] 12, pp 2. [cit. 2019-12-10]. ISSN: 2314-6141. Dostupné z: <https://doi.org/10.1155/2015/795976>.

American College of Obstetricians and Gynecologists, 2010. *Management of endometriosis*. Obstetrics and Gynecology [online] 116(1), pp. 223–236. [cit 2019-12-28]. ISSN: 0029-7844. Dostupné z: doi: 10.1097/AOG.0b013e3181e8b073.

Audebert A, Petousis S, Margioulas-Siarkou C, et al., 2018. *Anatomic distribution of endometriosis: A reappraisal based on series of 1101 patients*. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology [online] 230, pp. 36. [cit 2019-12-11]. ISSN: 1872-7654. Dostupné z: DOI: 10.1016/j.ejogrb.2018.09.001.

Ballard KD, Seaman HE, de Vries CS, Wright JT., 2008. *Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study--Part 1*. BJOG - An International Journal of Obstetrics and Gynaecology [online] 115 (11), pp. 1382. [cit. 2019-12-10]. ISSN: 1745-7130. Dostupné z: DOI: 10.1111/j.1471-0528.2008.01878.x.

Bayer Australia Ltd, 2019. *Visanne*. NPS MedicineWise [online] [cit. 2020-02-12]. Dostupné z: <https://www.nps.org.au/medicine-finder/visanne-tablets#side-effects>.

Beard RW, Highman JH, Pearce S, Reginald PW., 1984. *Diagnosis of pelvic varicosities in women with chronic pelvic pain*. Lancet [online] 2, pp. 946 [cit 2020-01-13]. ISSN: 1474-547X. Dostupné z: DOI: 10.1016/s0140-6736(84)91165-6.

Caruso S., Iraci M., Cianci S. et al., 2019. *Effects of long-term treatment with Dienogest on the quality of life and sexual function of women affected by endometriosis-associated pelvic pain*. Journal of Pain Research [online]12, pp. 2375. [cit. 2020-03-19]. ISSN: 1178-7090. Dostupné z: DOI <https://doi.org/10.2147/JPR.S207599>.

Dansinger Michael, MD, 2019. *Female Sexual Dysfunction*. WebMD [online] [cit. 2019-12-10]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/women/guide/sexual-dysfunction-women#2>.

Davila G W., 2018. *Endometriosis*. Medscape [online] [cit. 2019-12-15]. Dostupné z: <https://emedicine.medscape.com/article/271899-overview#a3>.

Dovey S, Sanfilippo J., 2010. *Endometriosis and the adolescent*. Clinical Obstetrics and Gynecology [online] 53, pp. 420. [cit 2019-12-15]. ISSN: 1532-5520 Dostupné z: DOI: 10.1097/GRF.0b013e3181dbdc61.

Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, et al., 2014. *ESHRE guideline: management of women with endometriosis*. Human Reproduction [online] 29, pp. 400. [cit 2019-12-10]. ISSN 0268-1161. Dostupné z: DOI: 10.1093/humrep/det457.

Endometriosis.org., 2011. *Causes*. [online] [cit. 29-12-2019]. Dostupné z: <http://endometriosis.org/endometriosis/causes>.

Fauconnier A, Chapron C., 2005. *Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications*. Human Reproduction Update [online] 11, pp. 602 [cit 2019-12-10]. ISSN: 1355-4786. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmi029>.

Ferrero S, Esposito F, Abbamonte LH., 2005. *Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia*. Fertility and Sterility [online] 83, pp. 573. [cit. 2019-12-10]. ISSN : 1556-5653. Dostupné z: DOI: 10.1016/j.fertnstert.2004.07.973.

Fiala L., 2015. *Ženské sexuální dysfunkce*. Zdravotnictví a medicína [online] [cit. 2020-02-10]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/zenske-sexualni-dysfunkce-479942>.

Giudice LC., 2010. *Clinical practice. Endometriosis*. New England Journal of Medicine [online] 362, pp. 2389. [cit 2019-12-10]. ISSN: 1533-4406. Dostupné z: DOI: 10.1056/NEJMc1000274.

Gustofson RL, Kim N, Liu S, Stratton P., 2006. *Endometriosis and the appendix: a case series and comprehensive review of the literature*. Fertility and Sterility [online] 86, pp. 298.[cit 2019-12-11]. ISSN: 0015-0282. Dostupné z: DOI: 10.1016/j.fertnstert.2005.12.076.

Hanno P., 2009. *Potassium sensitivity test for painful bladder syndrome/interstitial cystitis: con*. Journal of Urology [online] 182 pp. 431 [cit 2019-12-10]. ISSN: 1527-3792. Dostupné z: DOI: 10.1016/j.juro.2009.05.070.

Hudelist G, English J, Thomas AE, et al., 2011. *Diagnostic accuracy of transvaginal ultrasound for non-invasive diagnosis of bowel endometriosis: systematic review and meta-analysis*. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology [online] 37 pp. 257 [cit 2019-11-17]. ISSN:1469-0705. Dostupné z: DOI: 10.1002/uog.8858.

Chvátal R. at Fiala L., 2017. *Ženské sexuální dysfunkce a endometrióza II*. Gynekolog [online] 4, pp 144. [cit 2020-03-19]. ISSN: 1210-1133.

Iacovides S, Baker FC, Avidon I, Bentley A., 2013. *Women with dysmenorrhea are hypersensitive to experimental deep muscle pain across the menstrual cycle*. The Journal of Pain [online] 14 pp. 1066. [cit 2019-12-28]. ISSN: 1526-5900 Dostupné z: DOI: 10.1016/j.jpain.2013.04.010.

ISSM Communication Committee, 2018. *What kinds of sexual problems are caused by endometriosis?* International Society for Sexual Medicine [online]. [cit. 2020-02-10]. Dostupné z: <https://www.issm.info/sexual-health-qa/what-kinds-of-sexual-problems-are-caused-by-endometriosis>.

Jarrell J, Arendt-Nielsen L., 2016. *Evolutionary considerations in the development of chronic pelvic pain*. American Journal of Obstetrics and Gynecology [online] 215 pp. 201 [cit 2019-12-10]. ISSN: 1097-6868. Dostupné z: DOI: 10.1016/j.ajog.2016.05.019.

- Jenkins S, Olive DL, Haney AF., 1986. *Endometriosis: pathogenetic implications of the anatomic distribution*. *Obstetrics and Gynecology* [online] 67, pp. 335. [cit 2019-12-11]. ISSN: 0029-7844 Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=3945444>.
- Kavoussi SK, Odenwald KC, As-Sanie S, Lebovic DI., 2017. *Incidence of ovarian endometrioma among women with peritoneal endometriosis with and without a history of hormonal contraceptive use*. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [online] 215, pp. 220. [cit 2019-12-10]. ISSN: 0301-2115. Dostupné z: DOI:10.1016/j.ejogrb.2017.06.028.
- Kennedy S, Berqvist A, Chapron C, et al., 2005. *ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis*. *Human Reproduction* [online] 2005; 20(10), pp. 2699– 2701. [cit. 2019-12-10]. ISSN: 0268-1161. Dostupné z: DOI: 10.1093/humrep/dei135.
- Kirshon B, Poindexter AN 3rd., 1988. *Contraception: a risk factor for endometriosis*. *Obstetrics and Gynecology* [online] 71, pp. 829. [cit 2019-12-10]. ISSN: 0029-7844. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=3368167>.
- Laufer MR, Goitein L, Bush M, et al., 1997. *Prevalence of endometriosis in adolescent girls with chronic pelvic pain not responding to conventional therapy*. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* [online] 10 pp. 199. [cit 2019-12-10]. ISSN: 1083-3188. Dostupné z: DOI: 10.1016/s1083-3188(97)70085-8.
- Mahmood TA, Templeton A., 1991. *Prevalence and genesis of endometriosis*. *Human Reproduction* [online] 6, pp. 544. [cit 2019-12-10]. ISSN: 1460-2350. Dostupné z: DOI: 10.1093/oxfordjournals.humrep.a137377.
- Mishra V, Nanda S, Gandhi K, Aggarwal R, Choudhary S, and Gondhali R, 2016. *Female sexual dysfunction in patients with endometriosis: Indian scenario*. *Journal of Human Reproductive Sciences* [online] 9(4) pp. 250. [cit 2019-12-10]. ISSN: 1998-4766. Dostupné z: DOI:10.4103/0974-1208.197687.
- Missmer SA, Hankinson SE, Spiegelman D, et al., 2004. *Incidence of laparoscopically confirmed endometriosis by demographic, anthropometric, and lifestyle factors*. *American Journal of Epidemiology* [online] 160, pp. 784. [cit 2019-12-10]. ISSN: 1476-6256. Dostupné z: DOI:10.1093/aje/kwh275.
- Mowers EL, Lim CS, Skinner B, et al., 2016. *Prevalence of Endometriosis During Abdominal or Laparoscopic Hysterectomy for Chronic Pelvic Pain*. *Obstetrics and Gynecology* [online] 127, pp. 1045. [cit 2019-12-10]. ISSN: 1745-7130. Dostupné z: DOI: 10.1097/AOG.0000000000001422.
- Ness RB, Soper DE, Holley RL, et al., 2002. *Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: results from the Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) Randomized Trial*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online] 186 pp. 929 [cit 2020-01-12]. ISSN: 1097-6868. Dostupné z: DOI: 10.1067/mob.2002.121625.

- Nezhat C, Santolaya J, Nezhat FR., 1994. *Comparison of transvaginal sonography and bimanual pelvic examination in patients with laparoscopically confirmed endometriosis*. Journal of American Association of Gynecologic Laparoscopists [online] 1(2) pp. 127 [cit 2020-01-13]. ISSN: 1074-380 Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S1074-3804\(05\)80775-3](https://doi.org/10.1016/S1074-3804(05)80775-3).
- Nisenblat V, Bossuyt PM, Farquhar C, et al., 2016. *Imaging modalities for the non-invasive diagnosis of endometriosis*. Cochrane Database of Systematic Reviews [online] 2 pp. 6-7 [cit 2019-12-10]. ISSN:1469-493X. Dostupné z: DOI: 10.1002/14651858.CD009591.pub2.
- Nisolle M, Donnez J., 1997. *Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities*. Fertility and Sterility [online] 68(4) pp. 590. [cit 2019-12-10]. ISSN: 0015-0282. Dostupné z: DOI: 10.1016/s0015-0282(97)00191-x.
- Robinson J., 2018. *Endometriosis Types and Stages*. WebMD [online] [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/women/endometriosis/endometriosis-types-stages>.
- ROZTOČIL A. et al., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 9788024728322.
- Sangi-Haghpeykar H, Poindexter AN 3rd., 1995. *Epidemiology of endometriosis among parous women*. Obstetrics and Gynecology. [online] 85 (6), pp. 983. [cit. 2019-12-10]. ISSN: 0029-7844. Dostupné z DOI:10.1016/0029-7844(95)00074-2.
- Shum LK, Bedaiwy MA, Allaire C, et al., 2018. *Deep Dyspareunia and Sexual Quality of Life in Women With Endometriosis*. Sexual Medicine [online] 6 pp. 224–233 [cit. 2019-12-18]. ISSN: 2050-1161. Dostupné z: DOI:10.1016/j.esxm.2018.04.006.
- Sinaii N, Plumb K, Cotton L, et al., 2008. *Differences in characteristics among 1,000 women with endometriosis based on extent of disease*. Fertility and Sterility [online] 89 pp. 538. [cit 2019-12-10]. ISSN: 0015-0282. Dostupné z: DOI: en10.1016/j.fertnstert.2007.03.069.
- Strathy JH, Molgaard CA, Coulam CB, Melton LJ 3rd., 1982. *Endometriosis and infertility: a laparoscopic study of endometriosis among fertile and infertile women*. Fertility and Sterility [online] 38, pp. 667. [cit. 2019-12-10]. ISSN: 0015-0282. Dostupné z: DOI:10.1016/s0015-0282(16)46691-4.
- Stratton, P., & Berkley, K. J. (2011). *Chronic pelvic pain and endometriosis: Translational evidence of the relationship and implications*. Human Reproduction Update [online] 17(3) pp. 327–346. [cit. 2019-12-11]. ISSN 1355-4786. Dostupné z: doi: 10.1093/humupd/dmq050.
- Struthers, RS., Nicholls, AJ., Grundy, J. et al, 2009. *Suppression of gonadotropins and estradiol in premenopausal women by oral administration of the nonpeptide gonadotropin-releasing hormone antagonist elagolix*. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism [online] 94(2) pp. 545–551 [cit. 2019-12-18]. ISSN: 1945-7197. Dostupné z: DOI:10.1210/jc.2008-1695.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019. *Endometriosis*. ACOG [online]. [cit. 2020-02-10]. Dostupné z: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Endometriosis>.

The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019. *Laparoscopy*. ACOG [online]. [cit. 2020-02-12]. Dostupné z: <https://www.acog.org/patient-resources/faqs/special-procedures/laparoscopy>.

The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2014. *Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion*. Fertility and Sterility [online] 101 (4) pp.927- 935. [cit 2019-12-17]. ISSN: 0015-0282. Dostupné z: DOI: 10.1016/j.fertnstert.2014.02.012.

Tirlapur SA, Daniels JP, Khan KS, MEDAL trial collaboration., 2015. *Chronic pelvic pain: how does noninvasive imaging compare with diagnostic laparoscopy?* Current Opinion in Obstetrics and Gynecology [online] 27 pp. 445. [cit 2019-12-10]. ISSN: 1040-872X. Dostupné z: DOI:10.1097/GCO.0000000000000222.

Tomeš P., 2019. *Endometrióza a dyspareunie*. Actual Gynecology and Obstetrics [online] 11, pp. 8-13 [cit. 2020-02-26]. ISSN: 1803-9588. Dostupné z: <https://www.actualgyn.com/clanek/2019/224>.

Tu FF, Hahn D, Steege JF., 2010. *Pelvic congestion syndrome-associated pelvic pain: a systematic review of diagnosis and management*. Obstetrical and Gynecological Survey [online] 65 pp. 332 [cit 2019-12-10]. ISSN: 1533-9866. Dostupné z: DOI: 10.1097/OGX.0b013e3181e0976f.

U.S. Food and Drug Administration., 2002. *Depo-Provera® Contraceptive Injection*. [online] [cit. 2020-02-14]. Dostupné z: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2003/20246scs019_Depo-provera_lbl.pdf.

U.S. Food and Drug Administration., 2018. *Drug Trials Snapshots: ORILISSA*. [online] [cit. 2020-02-10]. Dostupné z: <https://www.fda.gov/drugs/drug-approvals-and-databases/drug-trials-snapshots-orilissa>.

Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L.,2014. *Endometriosis: pathogenesis and treatment*. Nature Reviews Endocrinology [online] 10 pp. 261 [cit 2019-12-18]. ISSN: 1759-5037. Dostupné z: Dostupné z: DOI:10.1038/nrendo.2013.255.

Whitehead WE, Palsson OS, 1998. *Is rectal pain sensitivity a biological marker for irritable bowel syndrome: psychological influences on pain perception*. Gastroenterology [online] 115 pp. 1263. [cit 2019-12-10]. ISSN: 0016-5085. Dostupné z: DOI: 10.1016/s0016-5085(98)70099-x.

Yeung, PP, Shwayder, J, & Pasic, RP, 2009. *Laparoscopic management of endometriosis: Comprehensive review of best evidence*. Journal of Minimally Invasive Gynecology [online] 16(3), pp. 269–281 [cit 2020-01-10]. ISSN: 15534650. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2009.02.007>.

Zondervan TK, Becker MCh, Missmer AS., 2020. *Endometriosis*. The New England Journal of Medicine. [online] 382 pp. 1244. [cit. 2020-03-17]. ISSN: 1533-4406. Dostupné z: DOI: 10.1056/NEJMra1810764.

Seznam zkratk

BMI	Body mass index
CT	Počítačová tomografie
DIE	Hluboká infiltrující endometrióza
FSFI	Index ženské sexuální funkce
GnRH	Gonadotropin uvolňující hormonální léky
IUD	Nitroděložní tělísko
LUNA	Laparoskopická ablace uterinních nervů
MRI	Magnetická rezonance
Např.	Například
NSAID	Nesteroidní antiflogistika
s.	Strana
tj.	To je, to jest
VAS	Vizuální analogová škála

Seznam tabulek

Tabulka 1: Věková kategorie.....	36
Tabulka 2: Vzdělání.....	37
Tabulka 3: Děti	38
Tabulka 4: Kouření	39
Tabulka 5: Alkohol	40
Tabulka 6: BMI.....	41
Tabulka 7: První menstruace	42
Tabulka 8: Zahájení sexuálního života	43
Tabulka 9: První příznaky endometriózy	44
Tabulka 10: Příznaky endometriózy	45
Tabulka 11: Typ endometriózy.....	47
Tabulka 12: Léčba po laparoskopickém odstranění ložisek endometriózy.....	49
Tabulka 13: Sexuální touha nebo zájem o sex během posledních 4 týdnů.....	50
Tabulka 14: Síla sexuální touhy nebo zájmu o sex během posledních 4 týdnů	51
Tabulka 15: Sexuální vzrušení během sexuální činnosti nebo pohlavního styku během posledních 4 týdnů	52
Tabulka 16: Síla sexuálního vzrušení při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů	53
Tabulka 17: Jistota v sexuálním vzrušení při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů	54
Tabulka 18: Spokojenost se sexuálním vzrušením při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů.....	55
Tabulka 19: Vlhkost při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů	56
Tabulka 20: Obtížnost zvlhnutí při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů.....	57
Tabulka 21: Udržení vlhkosti až do ukončení sexuální činnosti nebo pohlavního styku během posledních 4 týdnů	58
Tabulka 22: Obtížnost udržení vlhkosti až do ukončení sexuální činnosti nebo pohlavního styku během posledních 4 týdnů.....	59
Tabulka 23: Dosažení orgasmu (vyvrcholení) při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů.....	60

Tabulka 24: Obtížnost dosažení orgasmu (vyvrcholení) při sexuální stimulaci nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů.....	62
Tabulka 25: Spokojenost se schopností dosáhnout orgasmu (vyvrcholení) při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů.....	63
Tabulka 26: Spokojenost se stupněm citového sblížení se svým partnerem při sexuální činnosti během posledních 4 týdnů.....	64
Tabulka 27: Spokojenost se sexuálním vztahem se svým partnerem během posledních 4 týdnů	65
Tabulka 28: Spokojenost se svým sexuálním životem všeobecně	66
Tabulka 29: Nepříjemné pocity nebo bolest během počátečního proniknutí pohlavního údu do pochvy během posledních 4 týdnů.....	67
Tabulka 30: Nepříjemné pocity nebo bolest po počátečním proniknutí pohlavního údu do pochvy během posledních 4 týdnů.....	68
Tabulka 31: Intenzita nepříjemných pocitů během nebo po proniknutí pohlavního údu do pochvy během posledních 4 týdnů.....	69
Tabulka 32: Škála vyhodnocení FSFI.....	71
Tabulka 33: FSFI skóre před léčbou.....	71
Tabulka 34: FSFI skóre po léčbě	72
Tabulka 35: FSFI skóre v jednotlivých doménách	72
Tabulka 36: Celkové skóre FSFI	73

Seznam grafů

Tabulka 1: Věková kategorie.....	36
Tabulka 2: Vzdělání.....	37
Tabulka 3: Děti.....	38
Tabulka 4: Kouření.....	39
Tabulka 5: Alkohol.....	40
Tabulka 6: BMI.....	41
Tabulka 7: První menstruace.....	42
Tabulka 8: Zahájení sexuálního života.....	43
Tabulka 9: První příznaky endometriózy.....	44
Tabulka 10: Příznaky endometriózy.....	45
Tabulka 11: Typ endometriózy.....	47
Tabulka 12: Léčba po laparoskopickém odstranění ložisek endometriózy.....	49
Tabulka 13: Sexuální touha nebo zájem o sex během posledních 4 týdnů.....	50
Tabulka 14: Síla sexuální touhy nebo zájmu o sex během posledních 4 týdnů.....	51
Tabulka 15: Sexuální vzrušení během sexuální činnosti nebo pohlavního styku během posledních 4 týdnů.....	52
Tabulka 16: Síla sexuálního vzrušení při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů.....	53
Tabulka 17: Jistota v sexuálním vzrušení při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů.....	54
Tabulka 18: Spokojenost se sexuálním vzrušením při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů.....	55
Tabulka 19: Vlhkost při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů.....	56
Tabulka 20: Obtížnost zvlhnutí při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů.....	57
Tabulka 21: Udržení vlhkosti až do ukončení sexuální činnosti nebo pohlavního styku během posledních 4 týdnů.....	58
Tabulka 22: Obtížnost udržení vlhkosti až do ukončení sexuální činnosti nebo pohlavního styku během posledních 4 týdnů.....	59
Tabulka 23: Dosažení orgasmu (vyvrcholení) při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů.....	60
Tabulka 24: Obtížnost dosažení orgasmu (vyvrcholení) při sexuální stimulaci nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů.....	62

Tabulka 25: Spokojenost se schopností dosáhnout orgasmu (vyvrcholení) při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů.....	63
Tabulka 26: Spokojenost se stupněm citového sblížení se svým partnerem při sexuální činnosti během posledních 4 týdnů.....	64
Tabulka 27: Spokojenost se sexuálním vztahem se svým partnerem během posledních 4 týdnů	65
Tabulka 28: Spokojenost se svým sexuálním životem všeobecně	66
Tabulka 29: Nepříjemné pocity nebo bolest během počátečního proniknutí pohlavního údu do pochvy během posledních 4 týdnů.....	67
Tabulka 30: Nepříjemné pocity nebo bolest po počátečním proniknutí pohlavního údu do pochvy během posledních 4 týdnů.....	68
Tabulka 31: Intenzita nepříjemných pocitů během nebo po proniknutí pohlavního údu do pochvy během posledních 4 týdnů.....	69
Tabulka 32: Škála vyhodnocení FSFI.....	71
Tabulka 33: FSFI skóre před léčbou.....	71
Tabulka 34: FSFI skóre po léčbě.....	72
Tabulka 35: FSFI skóre v jednotlivých doménách	72
Tabulka 36: Celkové skóre FSFI.....	73

Seznam příloh

Příloha 1: Fotografie endometriózy

Příloha 2: Žádost o použití dotazníku FSFI pro výzkumné účely

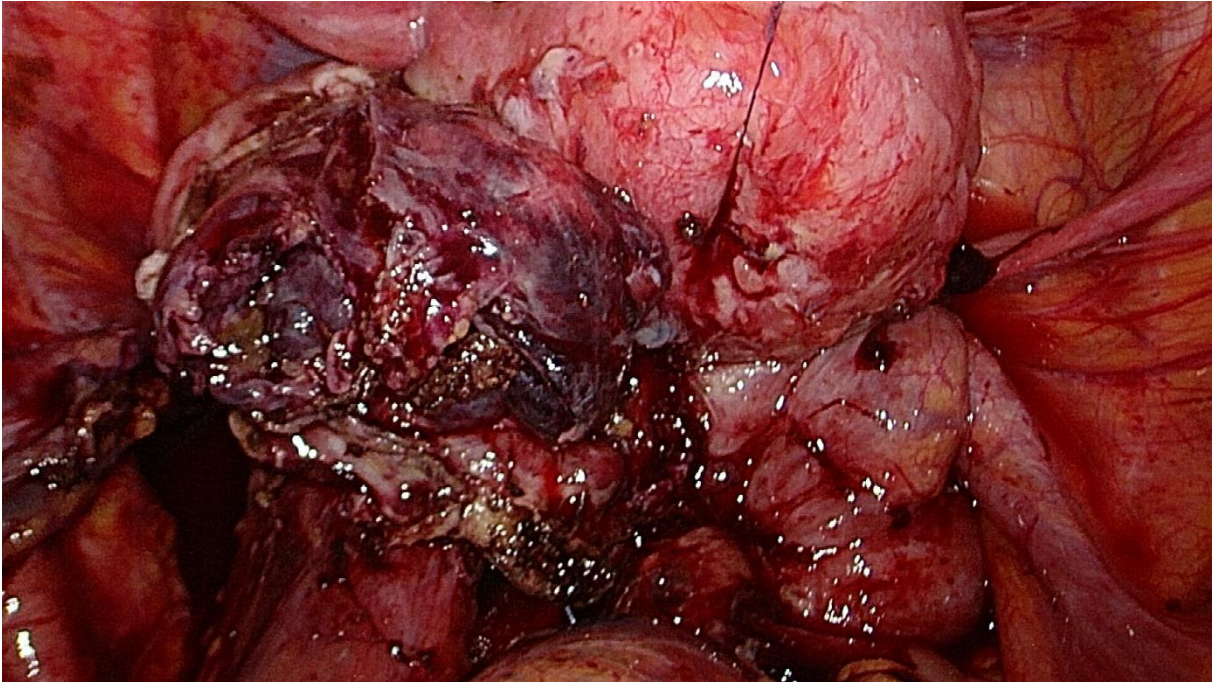
Příloha 3: Vyjádření etické komise FZV UP k výzkumné části diplomové práce

Příloha 4: Souhlas zdravotnického zařízení s provedením výzkumného šetření

Příloha 5: Informovaný souhlas – dotazník

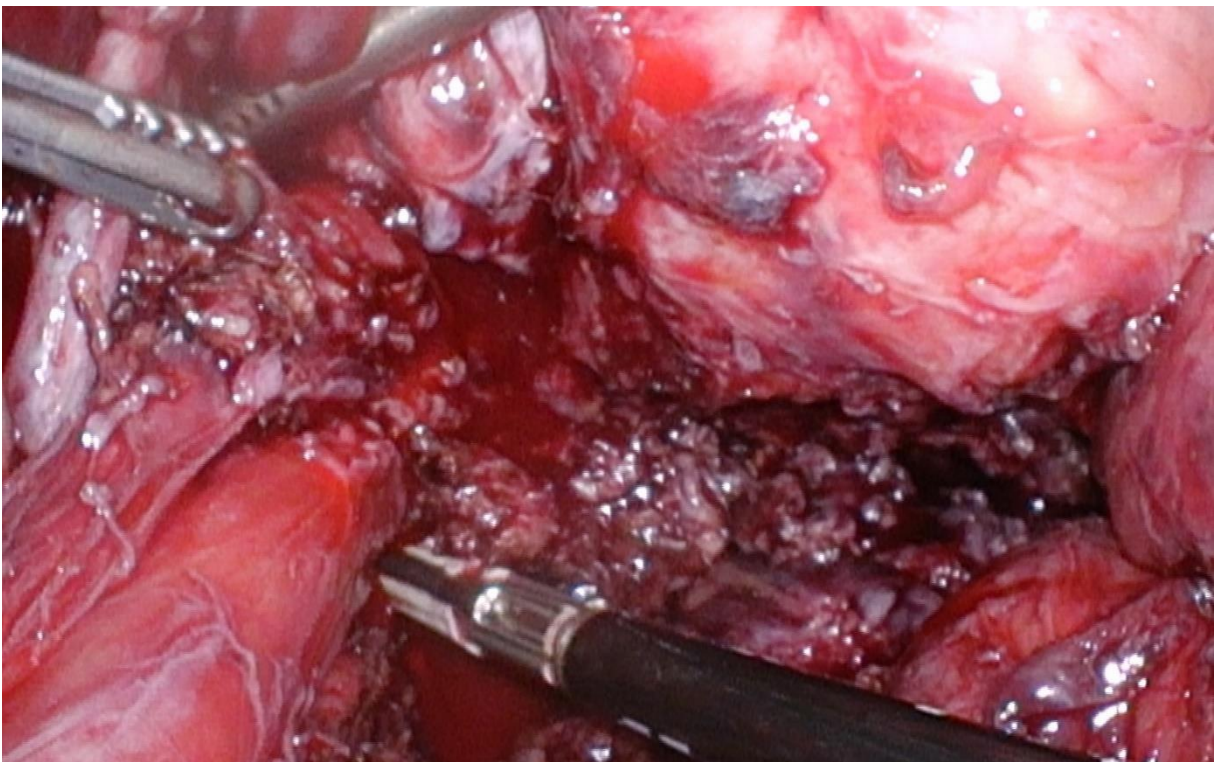
Příloha 6: Dotazník

Příloha 1: Fotografie endometriózy



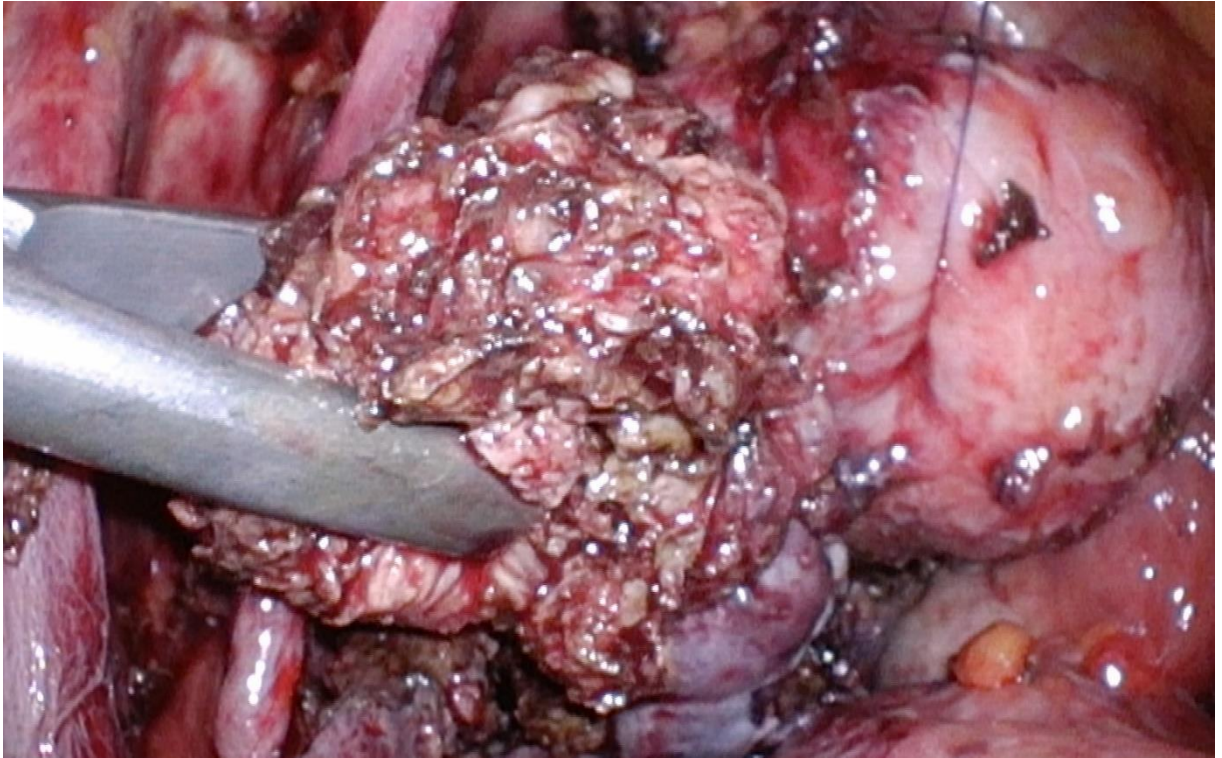
Obrázek 1: Adenomyóza

Zdroj: prim. MUDr. Radek Chvátal



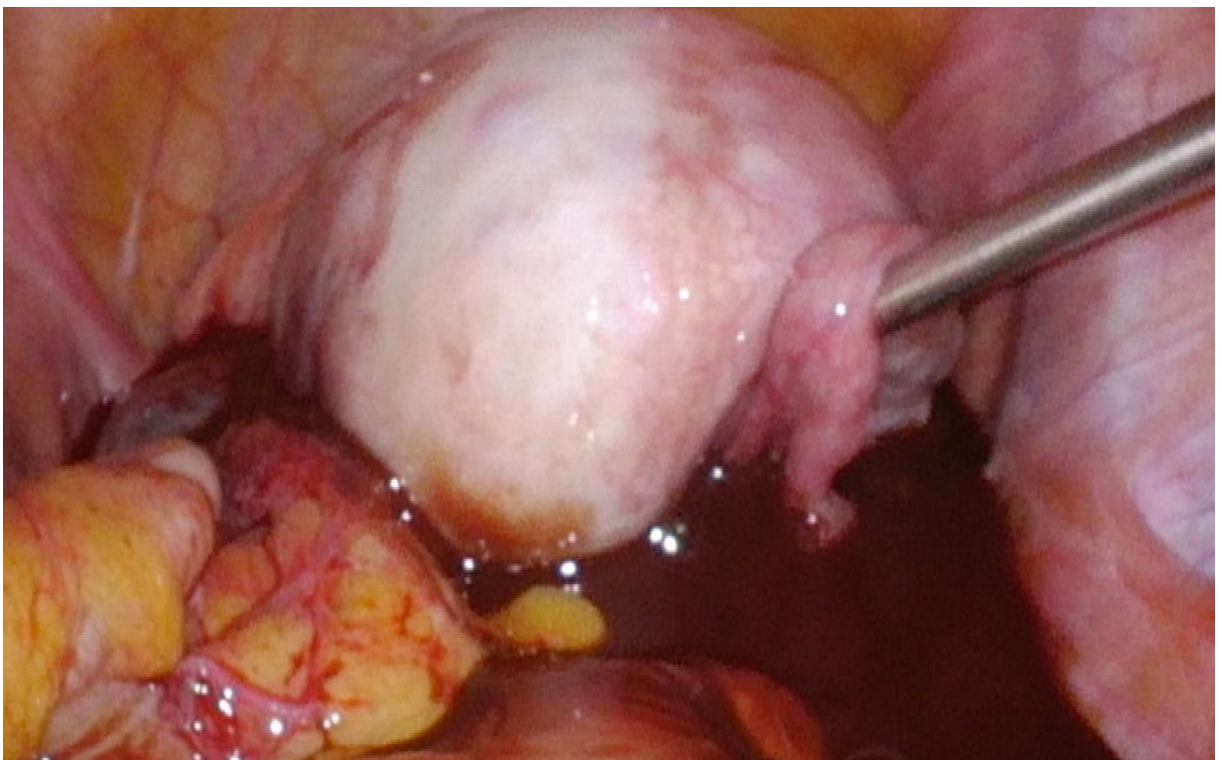
Obrázek 2: Masivní nález endometriózy

Zdroj: prim. MUDr. Radek Chvátal



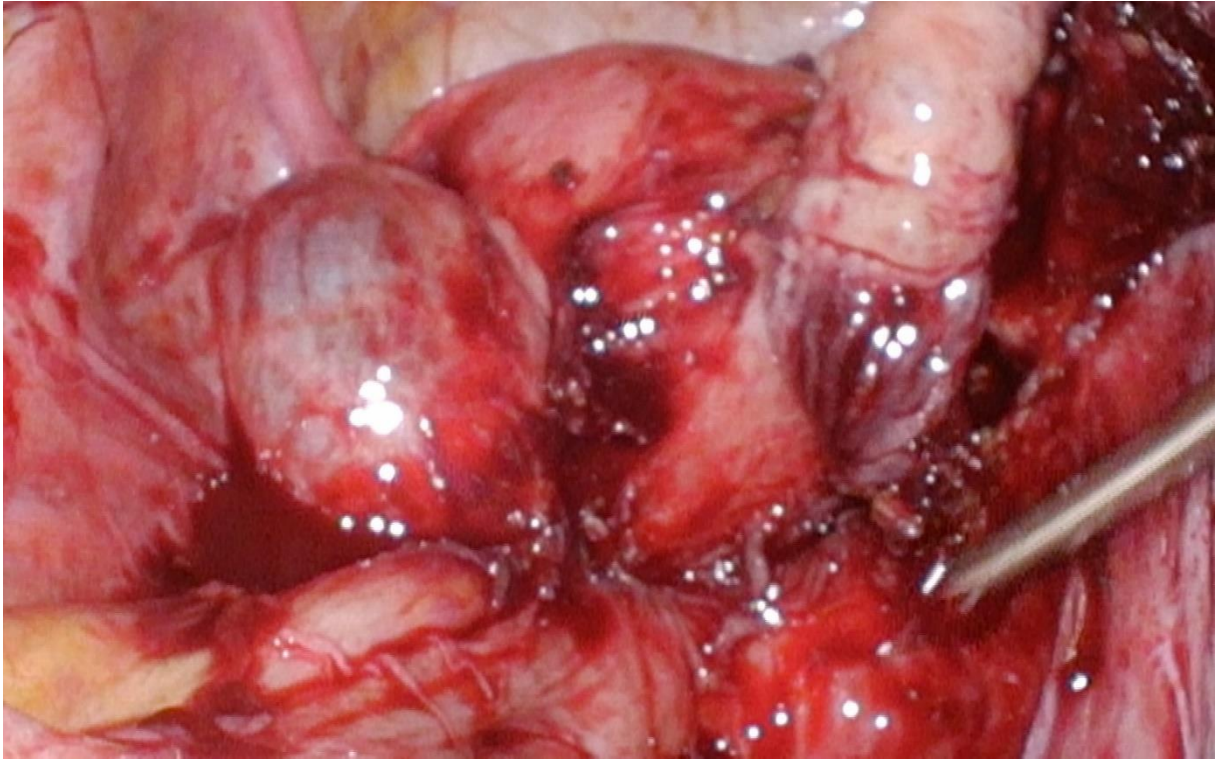
Obrázek 3: Obrovský endometriom

Zdroj: prim. MUDr. Radek Chvátal



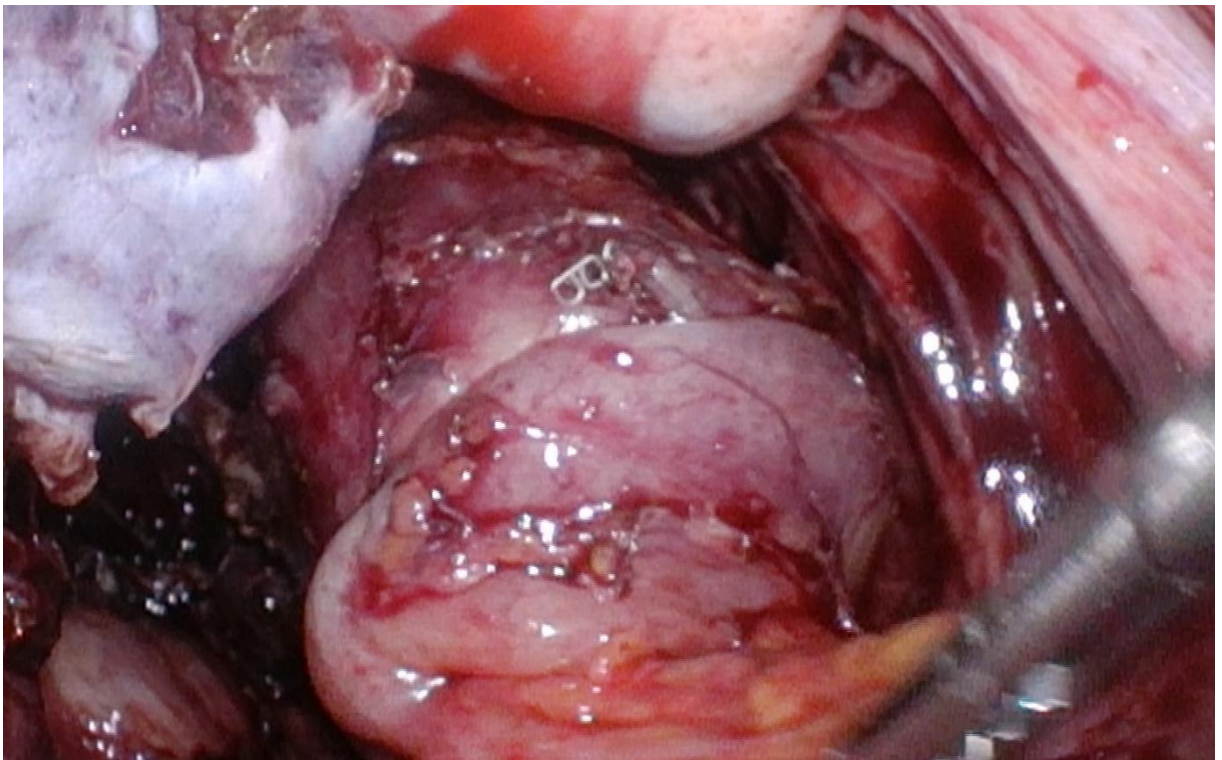
Obrázek 4: Endometriom ovaria

Zdroj: prim. MUDr. Radek Chvátal



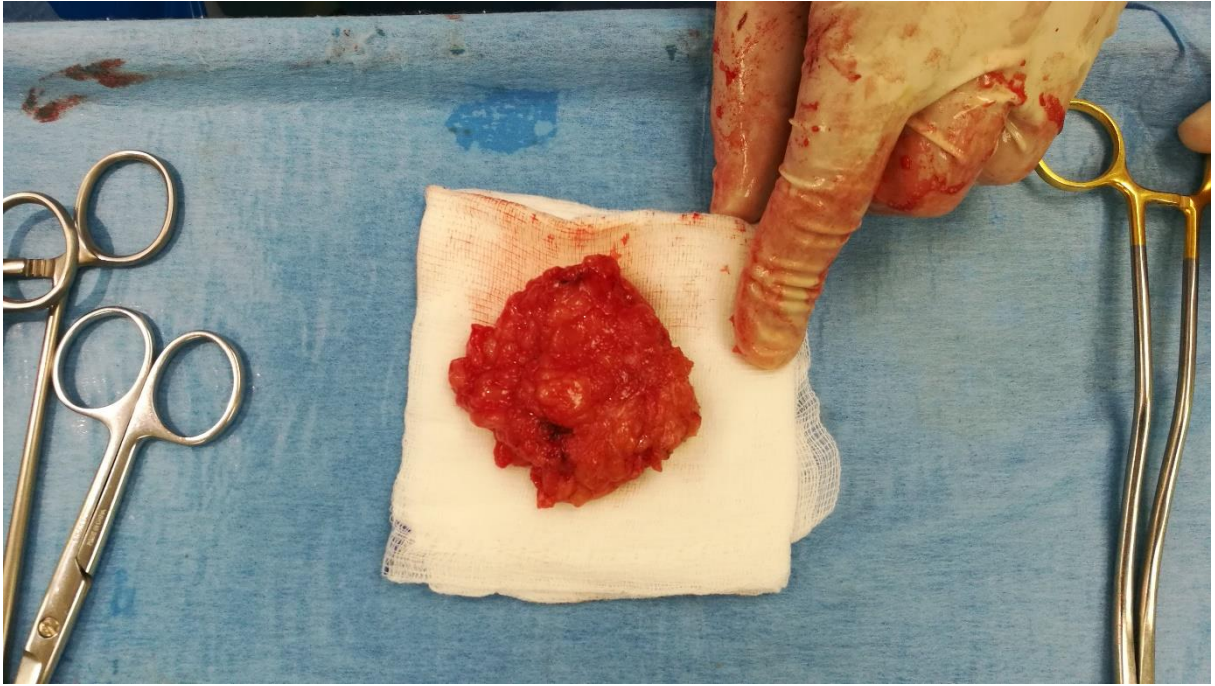
Obrázek 5: „Frozen pelvis“

Zdroj: prim. MUDr. Radek Chvátal



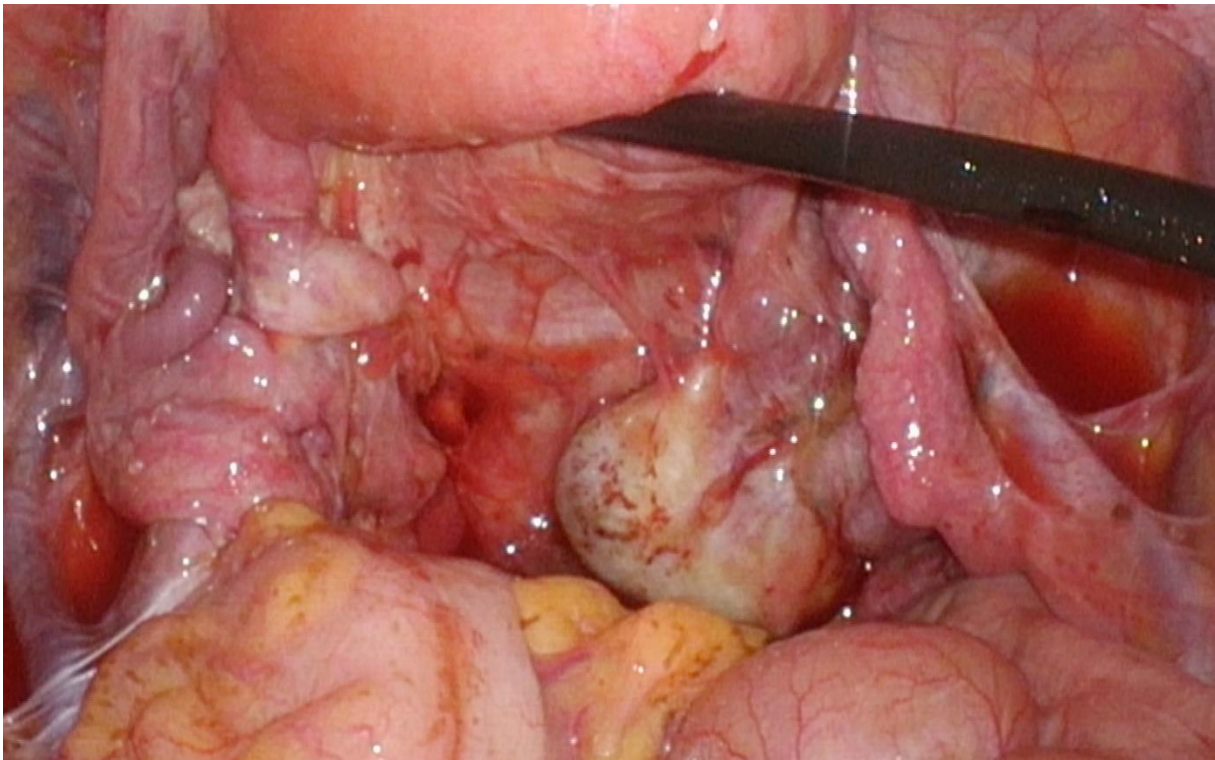
Obrázek 6: Anastomóza střeva

Zdroj: prim. MUDr. Radek Chvátal



Obrázek 7: Endometrióza v jizvě po vyoperování

Zdroj: prim. MUDr. Radek Chvátal



Obrázek 8: Malá pánev ženy po sedmiletém podávání Visanne

Zdroj: prim. MUDr. Radek Chvátal

Příloha 2: Žádost o použití dotazníku FSFI pro výzkumné účely



**Female Sexual Function Index (FSFI)
REQUEST FOR EXISTING TRANSLATIONS**

1. Date of the request:	9.9.2019
2. References:	MRT's reference: [REF] User's study reference/ protocol number (if any): [REF]
3. User:	<p><u>User Name</u> (hereinafter referred to as "User"):</p> <p>Michaela Čechová</p> <p>Legal form : Michaela Čechová</p> <p>Address : Boskovštejn 69.....</p> <p>67154 Hostim</p> <p>Country : Czech republic.....</p> <p><u>Name of the contact in charge of this request:</u></p> <p>Telephone number: +420731072647..... Fax number:</p> <p>Email address : Misacechova26@seznam.cz</p> <p><u>Billing address:</u></p> <p>VAT number (if applicable):</p> <p>Addressee:.....</p> <p>PO number or internal reference (if applicable):</p>
4. Provider:	Mapi Research Trust (hereinafter referred to as "MRT") PROVIDE 27 rue de la Villette 69003 Lyon France Telephone: +33 (0)4 72 13 66 66 Fax: +33 (0)4 72 13 66 82
5. Questionnaire needed:	Female Sexual Function Index (hereinafter referred to as "the Questionnaire" or "the FSFI")
6. Bibliographic reference and Developer (if applicable):	Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. Journal of Sex & Marital Therapy 2000;26:191-208
7. Service:	Delivery of translations
8. Language version(s) of the Questionnaire needed:	Czech Translations of the Questionnaire may not have undergone the full linguistic validation process and may require further linguistic validation steps (hereinafter, "Further Linguistic Validation Steps") to be suitable for use in a study. The status of each translation should be verified by MRT.

<p>9. Copyright ownership and conditions of use of the Questionnaire:</p>	<p>a. Copyright ownership: The copyright on the Questionnaire and all its derivatives, including but not limited to translations of the Questionnaire, is held by Target Health, Inc.</p> <p>b. Conditions of use: MRT is authorized by Target Health, Inc. to provide User with existing translations of the Questionnaire previously produced by Mapi SAS Language Services (hereinafter, "Mapi LS"), the Mapi Group business unit performing linguistic validation of Clinical Outcome Assessment questionnaires and providing certification of these translations.</p> <p>The Questionnaire can be used free of charge, nevertheless for the use of the FSFI in commercial projects the User should obtain a written permission from the copyright Agent.</p> <p>In case of publication, User shall acknowledge the source bibliographic reference.</p> <p>In case Further Linguistic Validation Steps need to be performed on the translations produced by Mapi LS and provided by MRT hereunder, User shall work exclusively with Mapi LS. Each such upgraded version will be made available to third parties exclusively by MRT under the same conditions as described herein.</p> <p>User is not allowed to sell or modify the translation(s) of the Questionnaire provided by MRT or its(their) upgraded version(s), in full or in part.</p>
<p>10. Disclaimer:</p>	<p>Translations produced by Mapi LS are provided in good faith by MRT and are correct to the best of our knowledge. MRT may not be held liable for the content of the Questionnaire and its translations and makes no warranties or representations regarding the accuracy or completeness of the translations. MRT disclaims any and all warranties, whether expressed or implied, including (without limitation) any implied warranties of merchantability or fitness of the translations for a particular purpose. In no event shall MRT be liable for any indirect, special, incidental, or consequential damages arising out of any use of any translations obtained from MRT. It is the User's responsibility to inspect and to check the material provided by MRT in order to satisfy him(her) self as to the suitability of the material to the particular purpose.</p>
<p>11. Mapi Research Trust's Distribution fees :</p>	<p>Please select appropriate category:</p> <p><input type="checkbox"/> Commercial users (<i>Industry, CRO, any for-profit companies and academic research receiving funding from commercial companies</i>): 900 Euros excluding VAT per available translation</p> <p><input type="checkbox"/> Healthcare organizations (<i>healthcare system (including hospital), private research organization, sport & rehabilitation center</i>): 700 Euros excluding VAT per available translation</p> <p><input type="checkbox"/> Funded Academic users (<i>Projects receiving funding from non-commercial organizations, government, EU or registered charity</i>): 150 Euros excluding VAT per available translation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Academic Users (<i>Projects not explicitly funded, but funding comes from overall departmental funds or from the University or individual funds</i>): free</p> <p>Total amount: [total amount to be indicated] Euros</p>
<p>12. Payment Schedule and Terms of Payment:</p>	<p>The User may pay the price by bank transfer, cheque or bank card. The User undertakes to pay the amounts due within a period of thirty (30) days from the date of the invoice.</p>
<p>13. Timeline:</p>	<p>The Questionnaire and/or the translations along with certificates will be provided upon receipt of the payment by MRT.</p>

Agreed and accepted at the date of execution hereof by:

User: Misacechova26

Name: Michaela Čechová

Date: 9.9.2019

Signature:



CONFIDENTIAL

Příloha 3: Vyjádření etické komise FZV UP k výzkumné části diplomové práce



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-147109/1030-2019

Vážená paní
Bc. Michaela Čechová

2019-31-10


Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslanych dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Sexuální dysfunkce u žen s endometriózou**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,


Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc

Příloha 4: Souhlas zdravotnického zařízení s provedením výzkumného šetření

Bc. Michaela Čechová
Boskovštejn 69
671 54 Hostim

Etická komise – Mgr. Radovan Šoba
Nemocnice Znojmo, příspěvková organizace
MUDr. Jana Janského 2675/11
66902 Znojmo

Ve Znojmě 22. 11. 2019

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření pro studijní účely v souvislosti se závěrečnou diplomovou prací

Téma diplomové práce: Sexuální dysfunkce u žen s endometriózou

Období realizace: listopad 2019 až březen 2020

Žadatel: Bc. Michaela Čechová, 26.7.1996, Boskovštejn 69 pod vedením Prof. MUDr. Martina Procházky, Ph.D.

Název školy: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav porodní asistence
Studijní obor: Intenzivní péče v porodní asistenci – kombinovaná forma

Vážená Etická komise Nemocnice Znojmo,

Dovoluji si Vás požádat o povolení k provedení výzkumného šetření na gynekologickém oddělení Nemocnice Znojmo, které bude součástí diplomové práce na téma „Sexuální dysfunkce u žen s endometriózou“. Diplomová práce je zpracována pod odborným vedením Prof. MUDr. Martina Procházky, Ph.D. Pro výzkumné šetření bude použit standardizovaný dotazník FSFI (Female Sexual Function Index) - viz příloha. Výzkumné šetření by mělo probíhat od listopadu 2019 do března 2020. Cílem výzkumného šetření je zjistit výskyt sexuálních dysfunkcí za poslední 4 týdny u žen s diagnostikovanou endometriózou a identifikovat problémy v oblasti sexuálních aktivit. Zejména v oblastech jako je touha, vzrušení, lubrikace, orgasmus, uspokojení a bolest. Dalším cílem je zjistit, zda díky léčbě endometriózy dojde u žen ke snížení výskytu sexuálních dysfunkcí a problémů v oblasti sexuálních aktivit. Dotazník budou ženy vyplňovat dvakrát, a to před zahájením léčby, při potvrzení diagnózy endometriózy a následně tři měsíce po zahájení léčby. V diplomové práci nebudou uvedeny citlivé ani osobní údaje. Veškeré získané informace budou zcela anonymní a budou použity pouze pro účely diplomové práce.

Bc. Michaela Čechová, studentka IPPA

S provedením sběru dat souhlasím / nesouhlasím

Ve Znojmě dne 23. 01. 2020

MUDr. Zdeněk MONTIART, Ph.D.
Etická komise
Nemocnice Znojmo, p.o.



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci ...

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Sexuální dysfunkce u žen s endometriózou

Období realizace: 1. 11. 2019 – 31. 3. 2020

Řešitelé projektu: Bc. Michaela Čechová pod vedením Prof. MUDr. Martina Procházky, Ph.D.

Vážená paní,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zjistit výskyt sexuálních dysfunkcí za poslední 4 týdny u žen s diagnostikovanou endometriózou a identifikovat problémy v oblasti sexuálních aktivit. Zejména v oblastech jako je touha, vzrušení, lubrikace, orgasmus, uspokojení a bolest. Dalším cílem je zjistit, zda díky léčbě endometriózy dojde u žen ke snížení výskytu sexuálních dysfunkcí a problémů v oblasti sexuálních aktivit. Dotazník je nutné vyplnit dvakrát, a to před zahájením léčby, při potvrzení diagnózy endometriózy a následně 3 měsíce po zahájení léčby. Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění níže přiloženého dotazníku. Veškeré informace jsou zcela anonymní. Předpokládaná délka testování je přibližně 20 minut. Vyplněné dotazníky budou následně zpracovány pomocí statistických metod s pomocí tabulek a grafů. Z účasti na výzkumu pro Vás nevyplývají žádná rizika.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou

anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měla jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považovala za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostala jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informována, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracována v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

Příloha 6: Dotazník

Dotazník – Sexuální dysfunkce u žen s endometriózou

Vážená respondentko,

jmenuji se Michaela Čechová a jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci, oboru intenzivní péče v porodní asistenci. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí diplomové práce na téma „Sexuální dysfunkce u žen s endometriózou“.

Ráda bych formou tohoto dotazníku zjistila výskyt sexuálních dysfunkcí za poslední 4 týdny u žen s diagnostikovanou endometriózou a identifikovala tak problémy v oblasti sexuálních aktivit, zejména v oblastech jako je touha, vzrušení, lubrikace, orgasmus, uspokojení a bolest. Dalším cílem tohoto dotazníku je zjistit, zda díky léčbě endometriózy dojde u žen ke snížení výskytu sexuálních dysfunkcí a problémů v oblasti sexuálních aktivit. Dotazník tedy bude nutné vyplnit dvakrát, a to nejprve při diagnostikování endometriózy a následně 3 měsíce po zahájení léčby.

Dotazník je zcela anonymní a slouží pouze pro účely výzkumu v rámci mé diplomové práce.

Děkuji Vám za ochotu a za čas, který věnujete tomuto dotazníku.

Bc. Michaela Čechová

Instrukce :

Tyto otázky se týkají Vašich sexuálních pocitů a reakcí během posledních 4 týdnů. Odpovězte prosím na následující otázky co nejpříměji a nejpřesněji.

S Vašimi odpověďmi bude nakládáno jako s přísně důvěrnými informacemi. Následující definice se týkají odpovědí na tyto otázky:

Sexuální činnost může zahrnovat hlazení, milostnou předehru, masturbaci nebo pohlavní styk do pochvy.

Pohlavní styk definujeme jako proniknutí pohlavního údu do pochvy.

Pohlavní stimulace zahrnuje situace jako milostnou předehru s partnerem, stimulaci sama sebe (masturbaci) nebo sexuální fantazie.

Sexuální touha nebo zájem o sex je pocit, který zahrnuje touhu po sexuálním prožitku, ochotu vyjít vstříc pokusům partnera o sexuální činnost a přemýšlení nebo snění o sexu.

Sexuální vzrušení je pocit, který zahrnuje jak tělesné, tak i duševní stránky pohlavního vzrušení. Může zahrnovat pocity tepla nebo mravenčení v pohlavních orgánech, zvlhčení nebo stahy svalů.

1) Kolik je Vám let?

- a) 18 let a méně
- b) 19-25 let
- c) 26-30 let
- d) 31-35 let
- e) 36-40 let
- f) 41-45 let
- g) 46 let a více

2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní vzdělání
- b) Střední vzdělání s výučním listem
- c) Střední vzdělání s maturitní zkouškou
- d) Vyšší odborné vzdělání – titul DiS.
- e) Vysokoškolské vzdělání – bakalářský stupeň
- f) Vysokoškolské vzdělání – magisterský stupeň
- g) Vysokoškolské vzdělání – doktorský stupeň

3) Máte děti?

- a) Ano
- b) Ne

4) Kouříte?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Příležitostně

5) Pijete alkohol?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Příležitostně

6) Jaké je Vaše BMI?

- a) Méně než 18,5 – podváha
- b) 18,5 – 24,9 – normální hmotnost
- c) 25 – 29,9 – nadváha
- d) 30 a více – obezita

7) V kolika letech jste dostala svoji první menstruaci?

- a) Méně než 11
- b) 12
- c) 13
- d) 14
- e) 15
- f) 16
- g) 17
- h) 18
- ch) 19 a více

8) V kolika letech jste zahájila sexuální život?

- a) Méně než 15 let
- b) 16 let
- c) 17 let
- d) 18 let
- e) 19 let
- f) 20 let
- g) 21 a více let

9) V kolika letech se u Vás poprvé objevily příznaky endometriózy?

- a) Méně než 18
- b) 18-25 let
- c) 26-30 let
- d) 31-35 let
- e) 36-40 let
- f) 41-45 let
- g) 46 let a více

10) Které z příznaků endometriózy se u Vás objevily?

- a) Bolestivá menstruace
- b) Bolest bez návaznosti na cyklus
- c) Bolestivost při pohlavním styku povrchová – v oblasti zevních rodidel, vchodu poševního a hráze
- d) Bolestivost při pohlavním styku při hlubokém průniku – v oblasti pánve, podbřišku, šíření bolesti do konečníku
- e) Časté a bolestivé močení
- f) Krev v moči, kolikovitá bolesti beder
- g) Bolestivé vyprazdňování stolice a nespecifické příznaky jako průjem, zácpa, střevní křeče
- h) Krev na stolici, meléna
- ch) Uzly kolem operačních jizev, v břišní stěně, v třísle zhoršující se při menstruaci
- i) Jiné...

11) Jaký typ endometriózy Vám byl diagnostikován?

- a) Adenomyóza – endometrióza uvnitř dělohy
- b) Endometrióza v pánevi
- c) Endometroidní cysty
- d) Endometrióza v Douglasově prostoru postihující děložní vazy, rektum, poševní klenby
- e) Endometrióza děložního čípku, v jizvách po nástřihu hráze
- f) Endometrióza močového měchýře a močovodu
- g) Endometrióza rektovaginálního septa
- h) Endometrióza v rektu
- ch) Endometrióza prorůstající sliznici střeva
- i) Endometrióza v operačních jizvách, v břišní stěně
- j) Ložiska endometriózy na vaječniku
- k) Ložiska endometriózy na vejcovodu
- l) Ložiska endometriózy na pobřišnici
- m) Jiné...

12) Jakou léčbu jste podstoupila po laparoskopickém odstranění ložisek endometriózy?

- a) Hormonální léčba – Visanne na 3 měsíce a poté snaha o těhotenství
- b) Hormonální léčba – Visanne
- c) Hormonální léčba – kontinuální užívání antikoncepce
- d) Hormonální léčba – Norethisteron
- e) Nitroděložní tělíčko – Jaydess, Mirena
- f) Jiné...

13) Jak často jste během posledních 4 týdnů cítila sexuální touhu nebo zájem o sex?

- (5) Téměř neustále nebo neustále
- (4) Většinu času (více než polovinu doby)
- (3) Někdy (asi polovinu doby)
- (2) Málokdy (méně než polovinu doby)
- (1) Téměř vůbec nebo vůbec ne

14) Jak silná byla Vaše sexuální touha nebo zájem o sex během posledních 4 týdnů?

- (5) Velmi silná
- (4) Silná
- (3) Střední
- (2) Slabá
- (1) Velmi slabá nebo vůbec žádná

15) Jak často jste se během posledních 4 týdnů cítila sexuálně vzrušená během sexuální činnosti nebo pohlavního styku?

- (0) Nebyla žádná sexuální činnost
- (1) Téměř vždy nebo vždy
- (2) Ve většině případů (ve více než polovině případů)
- (3) Někdy (asi v polovině případů)
- (4) Málokdy (v méně než polovině případů)
- (5) Téměř vůbec nebo vůbec ne

16) Jak silné bylo Vaše sexuální vzrušení při sexuální činnosti nebo pohlavním styku během posledních 4 týdnů?

- (0) Nebyla žádná sexuální činnost
- (5) Velmi silné
- (4) Silné
- (3) Střední
- (2) Slabé
- (1) Velmi slabé nebo vůbec žádné

17) Jak moc jste si byla během posledních 4 týdnů jistá, že se sexuálně vzrušíte při sexuální činnosti nebo pohlavním styku?

- (0) Nebyla žádná sexuální činnost
- (5) Byla jsem si velmi jistá
- (4) Byla jsem si dost jistá
- (3) Byla jsem si středně jistá
- (2) Byla jsem si málo jistá
- (1) Nebyla jsem si jistá

18) Jak často jste během posledních 4 týdnů byla spokojena se svým sexuálním vzrušením při sexuální činnosti nebo pohlavním styku?

- (0) Nebyla žádná sexuální činnost
- (5) Téměř vždy nebo vždy
- (4) Ve většině případů (ve více než polovině případů)
- (3) Někdy (asi v polovině případů)
- (2) Málokdy (v méně než polovině případů)
- (1) Téměř vůbec nebo vůbec ne

19) Jak často jste během posledních 4 týdnů byla vlhká při sexuální činnosti nebo pohlavním styku?

- (0) Nebyla žádná sexuální činnost
- (5) Téměř vždy nebo vždy
- (4) Ve většině případů (ve více než polovině případů)
- (3) Někdy (asi v polovině případů)
- (2) Málokdy (v méně než polovině případů)
- (1) Téměř vůbec nebo vůbec ne

20) Jak obtížné pro Vás během posledních 4 týdnů bylo zvlhnout při sexuální činnosti nebo pohlavním styku?

- (0) Nebyla žádná sexuální činnost
- (1) Krajně obtížné nebo nemožné
- (2) Velmi obtížné
- (3) Obtížné
- (4) Mírně obtížné
- (5) Nebylo to vůbec obtížné

21) Jak často jste během posledních 4 týdnů udržela vlhkost až do ukončení sexuální činnosti nebo pohlavního styku?

- (0) Nebyla žádná sexuální činnost
- (5) Téměř vždy nebo vždy
- (4) Ve většině případů (ve více než polovině případů)
- (3) Někdy (asi v polovině případů)
- (2) Mállokdy (v méně než polovině případů)
- (1) Téměř nikdy nebo ani jednou

22) Jak obtížné pro Vás během posledních 4 týdnů bylo udržet si vlhkost až do ukončení sexuální činnosti nebo pohlavního styku?

- (0) Nebyla žádná sexuální činnost
- (1) Krajně obtížné nebo nemožné
- (2) Velmi obtížné
- (3) Obtížné
- (4) Mírně obtížné
- (5) Nebylo to vůbec obtížné

23) Jak často jste během posledních 4 týdnů dosáhla orgasmu (vyvrcholení) při sexuální stimulaci nebo pohlavním styku?

- (0) Nebyla žádná sexuální činnost
- (5) Téměř vždy nebo vždy
- (4) Ve většině případů (ve více než polovině případů)
- (3) Někdy (asi v polovině případů)
- (2) Mállokdy (v méně než polovině případů)
- (1) Téměř nikdy nebo ani jednou

24) Jak obtížné pro Vás během posledních 4 týdnů bylo dosáhnout orgasmu (vyvrcholení) při sexuální stimulaci nebo pohlavním styku?

- (0) Nebyla žádná sexuální činnost
- (1) Krajně obtížné nebo nemožné
- (2) Velmi obtížné
- (3) Obtížné
- (4) Mírně obtížné
- (5) Nebylo to vůbec obtížné

25) Jak jste byla během posledních 4 týdnů spokojená se svou schopností dosáhnout orgasmu (vyvrcholení) při sexuální činnosti nebo pohlavním styku?

- (0) Nebyla žádná sexuální činnost
- (5) Velmi spokojená
- (4) Středně spokojená
- (3) Ani spokojená ani nespokojená
- (2) Středně nespokojená
- (1) Velmi nespokojená

26) Jak jste byla během posledních 4 týdnů spokojená se stupněm citového sblížení se svým partnerem při sexuální činnosti?

- (0) Nebyla žádná sexuální činnost
- (5) Velmi spokojená
- (4) Středně spokojená
- (3) Ani spokojená ani nespokojená
- (2) Středně nespokojená
- (1) Velmi nespokojená

27) Jak jste byla během posledních 4 týdnů spokojená se sexuálním vztahem se svým partnerem?

- (5) Velmi spokojená
- (4) Středně spokojená
- (3) Ani spokojená ani nespokojená
- (2) Středně nespokojená
- (1) Velmi nespokojená

28) Jak jste byla během posledních 4 týdnů spokojená se svým sexuálním životem všeobecně?

- (5) Velmi spokojená
- (4) Středně spokojená
- (3) Ani spokojená ani nespokojená
- (2) Středně nespokojená
- (1) Velmi nespokojená

29) Jak často jste během posledních 4 týdnů měla nepříjemné pocity nebo bolest během počátečního proniknutí pohlavního údu do pochvy?

- (0) Neměla pokus o pohlavní styk
- (1) Téměř vždy nebo vždy
- (2) Ve většině případů (ve více než polovině případů)
- (3) Někdy (asi v polovině případů)
- (4) V několika případech (v méně než polovině případů)
- (5) Téměř vůbec nebo vůbec ne

30) Jak často jste během posledních 4 týdnů měla nepříjemné pocity nebo bolest po počátečním proniknutí pohlavního údu do pochvy?

- (0) Neměla pokus o pohlavní styk
- (1) Téměř vždy nebo vždy
- (2) Ve většině případů (ve více než polovině případů)
- (3) Někdy (asi v polovině případů)
- (4) V několika případech (v méně než polovině případů)
- (5) Téměř vůbec nebo vůbec ne

31) Jak silné byly během posledních 4 týdnů Vaše nepříjemné pocity nebo bolesti během nebo po proniknutí pohlavního údu do pochvy?

- (0) Neměla pokus o pohlavní styk
- (1) Velmi silné
- (2) Silné
- (3) Střední
- (4) Slabé
- (5) Velmi slabé nebo vůbec žádné