

Validace české verze dotazníků hodnotících sexuální funkci a funkci pánevního dna u žen

Heřmáňková B.¹, Šmucrová H.², Mikulášová M.², Oreská S.^{2,3}, Špiritovič M.^{1,2}, Štorkánová H.^{2,3}, Tomčík M.^{2,3}

¹Fakulta tělesné výchovy a sportu, Katedra fyzioterapie, Univerzita Karlova, Praha

²Revmatologický ústav Praha

³Revmatologická klinika 1. lékařské fakulty, Univerzita Karlova, Praha

SOUHRN

Revmatická onemocnění mohou ovlivnit všechny aspekty života včetně sexuálních funkcí. Etiologie vzniku sexuálních dysfunkcí u revmatických onemocnění jsou multifaktoriální a zahrnují faktory spojené jak s onemocněním, tak s terapií. Kromě toho bývají sexuální dysfunkce také asociovány s poruchami funkce pánevního dna. Recentní studie ukazují vysokou prevalenci sexuálních dysfunkcí napříč revmatickými onemocněními. Cílem této práce byla lingvistická validace a vytvoření českých verzí dotazníků hodnotících sexuální funkci u žen a funkci pánevního dna: Female Sexual Function Index (FSFI), Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W), Sexual Function Questionnaire – 28 items (SFQ28), Sexual Quality of Life Questionnaire – Female (SQoL-F), Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire – short form (PIQ-7) a Pelvic Floor Impact Questionnaire – short form 7 (PISQ-7). Originální verze dotazníků byly přeloženy dvěma nezávislými bilingválními zdravotníky a konsenzuálně byly autorskou skupinou tyto překlady diskutovány a sjednoceny. Poté se šest bilingválních nelékařů vyjádřilo k lingvistické a obsahové stránce dotazníků a jejich připomínky byly expertním panelem zpracovány. Tato verze byla postoupena dvěma nezávislým zaslepeným překladatelům k přeložení zpět do anglického jazyka. Konsenzuálně pak byly vytvořeny prefinální české verze dotazníků, které vyplnilo 41 pacientek s revmatoidní artritidou (RA), 30 pacientek se systémovým lupus erythematoses (SLE), 50 pacientek s idiopatickými zánětlivými myopatiemi (IZM), 70 pacientek se systémovou sklerodermií (SSc) a 191 zdravých žen s identickým věkem. K hodnocení srozumitelnosti a výstižnosti jednotlivých otázek dotazníků byl použit dotazník zpětné vazby. Připomínky pacientů byly expertním panelem zpracovány v tvorbě definitivních českých verzí dotazníků. Výsledkem této práce jsou české verze dotazníků FSFI, BISF-W, SFQ28, SQoL-F, PISQ-12 a PFIQ-7. Všechny dotazníky se ukázaly jako srozumitelné. Pacientky s RA, SLE, IZM a SSc dosahovaly skóre, jež se numericky blížila výsledkům dříve publikovaných prací. Tyto dotazníky mohou být vhodnými nástroji používanými v klinickém výzkumu i rutinní klinické praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA

Dotazníky založené na výsledcích hodnocených pacientem – sexuální funkce – funkce pánevního dna – lingvistická validace

Adresa pro korespondenci:

doc. MUDr. Michal Tomčík, Ph.D.

Revmatologický ústav Praha
Na Slupi 4
128 50 Praha 2

e-mail: tomcik@revma.cz

Autoři prohlašují, že nejsou v konfliktu zájmů.

Do redakce doručeno: 22. 1. 2021

Poděkování:

Práce vznikla za podpory grantů AZV 16-33542A, 16-33574A, NV18-01-00161A, GA UK 1578119, 312218, SVV 260373 a institucionální podpory Ministerstva zdravotnictví ČR pro Revmatologický ústav č. 023728.

Čes. Revmatol. 2021; 29(1): 31–42

SUMMARY

Heřmáňková B, Šmucrová H, Mikulášová M, Oreská S, Špiritovič M, Štorkánová H, Tomčík M. Validation of Czech versions of questionnaires assessing female sexual function and pelvic floor function

Rheumatic diseases can affect all aspects of life, including sexual function. The etiologies of sexual dysfunctions in rheumatic diseases are often multifactorial and include factors associated with both disease and therapy. Sexual dysfunction may also be related to pelvic floor dysfunction. Recent studies suggested a high prevalence of sexual dysfunction among patients with rheumatic diseases. This work aimed to perform the Czech translation and linguistic validation of questionnaires evaluating the female sexual function and pelvic floor function: Female Sexual Function Index (FSFI), Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W), Sexual Function Questionnaire – 28 items (SFQ28), Sexual Quality of Life Questionnaire – Female (SQoL-F), Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire – short form (PISQ-12) and Pelvic Floor Impact Questionnaire – short form 7 (PFIQ-7). The original versions of the questionnaires were translated by two independent bilingual health professionals and consensually discussed and synthesized by the authors of this paper. In the next step, six bilingual non-physicians commented on the linguistic and content aspects of the questionnaires, and their comments were taken into account by an expert panel. Subsequently, two independent blinded translators carried out a back-translation. Consensually, pre-final Czech versions of the questionnaires were created, which were afterward completed by 41 female patients with rheumatoid arthritis (RA), 30 female patients with systemic lupus erythematosus (SLE), 50 female patients with idiopathic inflammatory myopathies (IIM), 70 female patients with systemic sclerosis (SSc) and 191 healthy women matched for age. A feedback questionnaire was used to assess the comprehensibility and conciseness of each question. The expert panel considered the patients' comments when creating the definitive Czech versions of the questionnaires. This work has resulted in the creation of Czech versions of the FSFI, BISF-W, SFQ28, SQoL-F, PISQ-12, and PFIQ-7 questionnaires. All questionnaires proved to be understandable. Patients with RA, SLE, IIM, and SSc achieved scores that were numerically similar to the results of previously published studies. These questionnaires may be appropriate tools to be used in clinical research and routine clinical practice.

KEY WORDS

Patient-Reported Outcomes – sexual function – pelvic floor function – linguistic validation

ÚVOD

Sexuální zdraví je zásadní pro celkovou kvalitu života a pohodu jednotlivců, párů a rodin. Podle současně pracovní definice Světové zdravotnické organizace (WHO) je sexuální zdraví stav fyzické, emoční, duševní a sociální pohody ve vztahu k sexualitě (1). Normální sexuální funkce spočívá v sexuální aktivitě s přechodem od fáze vzrušení k fázi relaxace, bez problémů a s pocitem uspokojení (2). Při poruše některé či více fází sexuální funkce vznikají sexuální dysfunkce, které Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) definuje jako syndromy, jež zahrnují různé způsoby, jakými dospělí lidé mohou mít potíže s osobním uspokojením a nevynucenou sexuální aktivitou. MKN-11 dělí sexuální dysfunkce na čtyři hlavní diagnózy, a to poruchu sexuální touhy, poruchy sexuálního vzrušení, poruchy orgasmu a poruchy ejakulace. Samostatnou skupinu pak tvoří bolestivé sexuální poruchy (3). Rizikovými faktory pro vznik sexuálních dysfunkcí u žen jsou zejména vyšší

věk, snížená fyzická aktivita, mentální poruchy a medikace užívaná k jejich léčbě, sociálně-kulturní faktory, jako jsou sexuální, fyzické či psychické zneužívání, sexuální orientace, vzdělání či spokojenost ve vztahu, dále souběžné urogenitální onemocnění a chronická onemocnění včetně diabetes mellitus, metabolického syndromu, kardiovaskulárních a revmatických onemocnění (4).

Současná literatura uvádí vysokou prevalenci sexuálních dysfunkcí u žen napříč revmatickými onemocněními (2, 5–8). Příčiny vyplývají z chronické povahy těchto chorob, jsou často multifaktoriální a mohou souviset jak s onemocněním, tak s jejich léčbou. Mezi tyto faktory řadíme chronickou bolest, únavu, ztuhlost a omezený kloubní rozsah, funkční poruchy, depresi, úzkost, snížené libido, hormonální nerovnováhu a vedlejší účinky farmakoterapie (9). V důsledku vysoké frekvence a prevalence sexuálních dysfunkcí u revmatických onemocnění stoupl v posledních letech zájem výzkumníků o tuto dříve vel-

mi podceňovanou oblast a s tím i potřeba spolehlivých a validních hodnotících nástrojů.

Ačkoliv je hodnocení sexuálních funkcí pro svou komplexnost náročné, je v současné době dostupných několik diagnostických metod pro použití v klinické praxi i výzkumném prostředí. Z přístrojových vyšetření se nejčastěji používá vaginální pletysmografie a elektromyografické vyšetření svalů pánevního dna. To bývá doplněno o fyzikální gynekologické vyšetření a neurologické vyšetření, včetně hodnocení kožního citu v perianogenitální oblasti a vyšetření análního a bulbokavernózního reflexu. Laboratorní hodnocení je zřídka užitečné, protože neexistuje spolehlivá korelace mezi hladinami hormonů a sexuální funkcí (10). První volbou se však stala dotazníková šetření, která představují neinvazivní, jednoduché, časově nenáročné, a přesto relativně spolehlivé hodnocení sexuálních funkcí (11).

Female Sexual Function Index

Za zlatý standard mezi dotazníky hodnotícími ženskou sexuální dysfunkci je považován Female Sexual Function Index (FSFI), který byl vyvinut jako jednoduchý multidimenzionální screeningový nástroj pro posouzení klíčových oblastí ženské sexuální funkce pro hodnocení v klinických studiích. Dotazník se skládá z 19 otázek, jež hodnotí sexuální funkce v uplynulých 4 týdnech v šesti samostatných doménách: sexuální touha, vzrušení, lubrikace, orgasmus, spokojenost a bolest. Celkové skóre dosahuje hodnot od 2 do 36 bodů, kdy vyšší skóre znamená lepší sexuální funkci (12). Pokud výsledné skóre domény odpovídá nule, je třeba mít na paměti, že respondentka nebyla v uplynulých 4 týdnech sexuálně aktivní. Součtem skóre jednotlivých domén dostáváme celkové skóre. Na základě ROC (Receiver Operating Characteristic) a techniky rozhodovacích stromů byla také stanovena hodnota cut-off skóre na 26,55 bodů, které umožňuje se 71% pravděpodobností rozeznat ženu se sexuální dysfunkcí a s 88% pravděpodobností ženu sexuálně zdravou (13).

Psychometrické vlastnosti FSFI dotazníku hodnotily desítky studií. Na základě systematického přehledu provedeného před 2 lety je evidence ohledně vnitřní konzistence dostatečná, střední kvality. Test-retest spolehlivost byla hodnocena jako dostatečná, avšak nízké kvality kvůli tomu, že mnoho studií nezahrnulo koeficient skupinové korelace. Evidence pro kriteriální validitu byla rovněž dostatečná a vysoce kvalitní (14). Dotazník byl původně vytvořen pro ženy v heterosexuálním vztahu, což může být jeho hlavní limitací. Ke zkreslení výsledků tak může docházet u žen bez partnera, v homosexuálním vztahu nebo u žen, které nebyly za poslední 4 týdny sexuálně

aktivní (11). FSFI byl validován ve více než 30 zemích napříč mnoha populacemi různých věkových skupin, s různými diagnózami a s různými sexuálními dysfunkcemi (15). Hojně byl též využíván k hodnocení sexuálního zdraví u revmatických pacientů (2, 5, 6, 16, 17).

Brief Index of Sexual Functioning for Women

Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W) je nástroj určený pro hodnocení sexuálních funkcí a sexuální spokojenosti žen, vyvinutý po vzoru Brief Sexual Functioning Questionnaire for Men (18) pro použití v rozsáhlých klinických studiích (19). Dotazník hodnotí sexuální funkce v sedmi doménách: D1 (sexuální myšlenky/touha), D2 (vzrušení), D3 (frekvence sexuální aktivity), D4 (receptivita/iniciace), D5 (potěšení/orgasmus), D6 (spokojenost ve vztahu), D7 (problémy ovlivňující sexuální funkce). Celkové skóre dostáváme po sečtení jednotlivých skóre dosažených v dimenzi D1–6 a odečtením skóre D7. Vyšší dosažené skóre indikuje lepší sexuální funkci, a právě proto se poslední doména, problémy ovlivňující sexuální funkci, od součtu odečítá. Celkem je možné dosáhnout –16 až + 75 bodů (20).

Psychometrické vlastnosti BISF-W byly ověřeny v iniciační studii na populaci 329 zdravých žen s použitím skórovacího algoritmu založeného na třífaktorové analýze. V této analýze prokázal dotazník dobrou test-retest reliability, kdy se korelace mezi dvěma měřeními pohybovala mezi 0,68–0,78. Souběžná validita byla hodnocena porovnáním skóre faktorů s relevantními aspekty dotazníku s výbornými psychometrickými vlastnostmi Derogatis Sexual Function Inventory. Výsledky ukázaly dostatečné překrytí mezi faktory obou dotazníků (19). Pozdější studie reanalyzovala původní data a vyvinula nový skórovací algoritmus (popsaný výše) založený na sedmi doménách ženské sexuální funkce. Avšak Cronbachova α hodnotící vnitřní konzistenci jednotlivých domén byla akceptovatelná (tedy větší než 0,70) pouze v doméně D1 a D5 (doménu D3 nelze hodnotit). Tato studie dále demonstrovala dobrou senzitivitu a specifitu dotazníku ve schopnosti spolehlivě zachytit ženy se sexuální dysfunkcí (s indukovanou menopauzou) (20). Výhodou BISF-W je jeho neutralita týkající se sexuální orientace, preferencí a přítomnosti nebo nepřítomnosti sexuálního partnera. Významnou limitací je nedostatečné zhodnocení psychometrických vlastností, jako je nízká vnitřní konzistence některých domén, a nedostatek evidence týkající se diskriminační validity a specifity (11). Dotazník byl použit v několika klinických studiích, například v hodnocení bezpečnosti sildenafilu v terapii poruchy sexuálního vzrušení žen (21), v hodnocení účinků hormonální substituční terapie

u postmenopauzálních žen (22), hodnocení prevalence sexuálních dysfunkcí u pacientek s Parkinsonovu chorobou (23) nebo s nespecifickými střevními záněty (24). Avšak, pokud je nám známo, nebyl tento nástroj doposud použit u pacientů s revmatickými nemocemi.

Sexual Function Questionnaire – 28 items

Sexual Function Questionnaire (SFQ28) je krátký dotazník původně vyvinutý k hodnocení účinnosti potenciální léčby ženské sexuální dysfunkce v klinických studiích. V iniciační studii byla na základě polostrukturovaných rozhovorů se ženami s a bez sexuální dysfunkce a následné spolupráce s evropskou agenturou (European Group for Health Status and Quality of Life Measurement) sestavena 31položková verze dotazníku, která byla podrobena sérii validačních analýz. Ty prokázaly excelentní vnitřní konzistenci sedmi domén, které byly vygenerovány na základě faktorové analýzy, a dále demonstrovaly excelentní diskriminační validitu a senzitivitu a střední až dobrou reliabilitu (25). Později validovala autorská skupina 34položkovou verzi dotazníku SFQ na datech z pěti klinických studií, u nichž analýza ukázala, že SFQ dokáže spolehlivě detekovat konkrétní sexuální poruchy jako je porucha sexuální touhy, vzrušení, orgasmu nebo dyspareunie (26). Nakonec byl počet otázek v dotazníku redukován ještě o šest přebytečných otázek, které neodpovídaly faktorové struktuře, což vedlo ke vzniku 28položkové verze dotazníku SFQ. Navíc byla přidána jedna doména, která zahrnovala složku subjektivního vzrušení (kognitivní vzrušení) tak, aby bylo možné spolehlivě detekovat poruchu sexuálního vzrušení, které není pouze fyzické (genitální). Tato verze též prokázala excelentní vnitřní konzistenci, test-retest reliabilitu, validitu známých skupin a dobrou konvergentní validitu se dvěma dalšími dotazníky (27).

SFQ-28 tedy hodnotí sexuální funkce v osmi doménách: sexuální touha, fyzické vzrušení – pocit, fyzické vzrušení – lubrikace, kognitivní vzrušení, orgasmus, bolest, potěšení a partnerský vztah (27). Pro tento dotazník nebylo stanoveno žádné celkové skóre, avšak byly stanoveny cut-off skóre pro jednotlivé domény, které odlišují vysokou pravděpodobnost normální sexuální funkce, hraniční skóre a vysokou pravděpodobnost sexuální dysfunkce. Vyšší dosažené skóre indikuje lepší sexuální funkci (26, 27). SFQ-28 byl použit v několika studiích, například k posouzení vlivu dysmenorey na sexuální funkce u žen s chronickou pánevní bolestí (28), k hodnocení vlivu episiotomie a císařského řezu na sexuální zdraví matek (29), k hodnocení sexuálních funkcí u žen se syndromem polycystických ovarií (30) nebo žen po labioplastice (31). U revmatických onemocnění nebyl dosud aplikován.

Hlavní výhodou tohoto dotazníku jsou nepochybně jeho výborné psychometrické vlastnosti, stanovená diagnostická cut-off skóre pro jednotlivé domény a jeho pečlivý vývoj ve spolupráci s farmaceutickými firmami a experty sexuální medicíny. Limitací může být jeho zaměření na ženy v heterosexuálním vztahu, které byly v uplynulých 4 týdnech sexuálně aktivní (11).

Sexual Quality of Life Questionnaire – Female

Sexual Quality of Life Questionnaire – Female (SQoL-F), vyvinutý autorským kolektivem Simonds et al. (2005), je validní krátký dotazník hodnotící dopad sexuálních dysfunkcí na kvalitu sexuálního života žen. Skládá se z 18 otázek/tvrzení, přičemž je každá z těchto otázek hodnocena na šestibodové stupnici, kdy 6 znamená úplný souhlas s tvrzením a 0 úplný nesouhlas s tvrzením. Odpovědi lze hodnotit na bodové stupnici od 1 do 6 nebo od 0 do 5. Po součtu bodů všech otázek můžeme dostat celkové skóre buď 18–108, nebo 0–90. Obě celková skóre je dále nutné standardizovat pro stupnici 0–100 podle jednoduchého algoritmu. Vyšší dosažené skóre indikuje lepší kvalitu sexuálního života. Položky SQoL-F odrážejí tři specifické oblasti dopadu ženských sexuálních dysfunkcí: sebeúcta ženy, emoční problémy a problémy ve vztahu. Faktorová analýza však ukázala, že všechny tyto koncepty spolu silně korelují a měly by být hodnoceny spíše v celkovém skóre než v samostatných doménách (32).

Dotazník už v iniciační studii prokázal na vzorku 750 žen dobré psychometrické vlastnosti. Spolehlivost SQoL-F byla velmi vysoká s korelací 0,95. Konvergentní validita byla ověřena signifikantní korelací mezi celkovým skóre SQoL-F a všemi doménami SFQ. Též byla demonstrována dobrá test-retest reliabilita, kdy Wilcoxonova p-hodnota odpovídala 0,367, což ukazuje, že se skóre mezi dvěma hodnoceními významně nelišila. Korelační koeficient uvnitř třídy byl 0,85, což demonstruje vysokou korelaci obou skóre. Byla též potvrzena dobrá vnitřní konzistence a validita známých skupin (32). Dotazník byl použit k hodnocení dopadu mnoha onemocnění na kvalitu sexuálního života žen, například u pacientek s alopecií (33), roztroušenou sklerózou (34), u žen s depresí léčených antidepresivy (35), onkologických pacientek před zahájením radioterapie (36) či pacientek s diabetes mellitus (37). Nedávná studie hodnotila kvalitu sexuálního života u žen s axiální spondyloartritidou (38).

Sexuální zdraví žen je velmi úzce spojeno s funkcí pánevního dna a stejně tak je mnoho sexuálních dysfunkcí často asociováno s dysfunkcemi pánevního dna (39). Svaly pánevního dna jsou aktivní během fáze fyzického vzrušení ženy a orgasmu a jejich hypotonie může mít negativní

dopad na tyto fáze. Naopak hypertonus svalů pánevního dna je často podkladem bolestivých sexuálních dysfunkcí. Kromě toho mají ženy s poruchami funkce pánevního dna, jako jsou pánevní bolesti, prolaps pánevních orgánů či dysurické obtíže často větší prevalenci sexuálních dysfunkcí (40). Hodnocení funkcí pánevního dna je tedy u pacientek se sexuálními dysfunkcemi důležité (10) a zahrnuje pečlivou analýzu symptomů, jejich dopadu na kvalitu života a každodenní aktivity a cílené fyzikální vyšetření (41). Podle International Consultation on Incontinence jsou nejspolehlivějšími hodnoceními přítomnosti, závažnosti a dopadu dysfunkcí pánevního dna na kvalitu života pacientů psychometricky validované dotazníky založené na výsledcích hodnocených pacientem (tzv. Patient-Reported Outcomes) (42).

Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire – short form

Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire – short form (PISQ-12) je nejspecifičtější dotazník hodnotící dopad dysfunkcí pánevního dna na sexuální funkce (43). Byl odvozen od 31položkové verze PISQ (44), ale na rozdíl od ní uvádí výsledky hodnocení pouze v rámci celkového skóre. To se vypočítá součtem skóre z 12 otázek, které lze bodovat na stupnici od 0 do 4, přičemž vyšší skóre představuje horší sexuální funkce u žen s dysfunkcí pánevního dna. Validita krátké verze dotazníku zůstala zachována, pokud nechybí více než dvě odpovědi. V případě chybění více než dvou odpovědí nemůže být dotazník hodnocen. PISQ-12 prokázal dobrou až excelentní korelaci s celkovým skóre plné verze dotazníku a dobrou test-retest reliabilitu (45). Dotazník byl přeložen a validován v několika jazycích a použit v mnoha studiích (46–48), nejčastěji však u pacientek s poruchami funkce pánevního dna, jako je prolaps pánevních orgánů nebo močová inkontinence (49, 50). V revmatologii byl PISQ-12 použit u pacientů s fibromyalgií (51). Revidovaná verze dotazníku PISQ-IR byla již do češtiny přeložena týmem autorů z Gynekologicko-porodnické kliniky Lékařské fakulty v Plzni, avšak nebyla doposud psychometricky validována (52).

Pelvic Floor Impact Questionnaire – short form 7

Pelvic Floor Impact Questionnaire – short form 7 (PFIQ-7) je široce používané hodnocení kvality života specifické pro všechny formy poruch pánevního dna u žen. Skládá se ze sedmi otázek pro tři oblasti (močový měchýř/močení, střevo/konečník a pánev/pochva), které lze hodnotit na bodové stupnici od 0 do 3. V každé oblasti pak po součtu bodů dle jednoduchého algoritmu můžeme dosáhnout

skóre od 0 (nejmenší dopad poruch funkce pánevního dna na kvalitu života) do 100 (největší možný dopad poruch funkce pánevního dna na kvalitu života). Součtem těchto tří skóre získáme celkové souhrnné skóre, které nabývá hodnot od 0 do 300. Vyšší celkové skóre indikuje větší dopad poruchy pánevního dna na kvalitu života respondentek. V hodnocení platnosti zkrácené verze (PFIQ-7) se ukázalo, že všechny tři oblasti v sedmipoložkové verzi dobře korelovaly s 31položkovou verzí dotazníku. Test-retest reliabilita každé domény byla dobrá až vynikající a citlivost na změnu po 3 a po 6 měsících od zákroku střední až výborná (53). V revmatologii byl dotazník použit u pacientek s osteoartrózou kyčelního kloubu (54) či v hodnocení vztahu mezi sexuálními dysfunkcemi a dysfunkcemi pánevního dna u Sjögrenova syndromu (55). Cílem této práce byl překlad a lingvistická validace dotazníků FSFI, BISF-W, SFQ28, SQoL-F, PISQ-12 a PFIQ-7 a tvorba českých verzí těchto dotazníků pro použití v klinické a výzkumné praxi u pacientů s revmatickými onemocněními.

SOUBOR A METODIKA

Překlad a lingvistická validace

Překlad dotazníků a jejich lingvistická validace probíhala v Revmatologickém ústavu v Praze v roce 2017. Překlad originálních verzí dotazníků byl proveden nezávisle dvěma českými zdravotníky (lékařem a nelékařem), kteří splňovali kritérium plynulé znalosti mluvené i psané angličtiny (MT, BH). Z překladů (T1, T2) byla konsenzuálně vytvořena syntéza a vnikly první české verze dotazníků (T-12). Verze T-12 byly následně předloženy šesti bilingválním nelékařům, kteří se vyjádřili k lingvistické a obsahové stránce dotazníků, a jejich připomínky byly posléze zhodnoceny a zapracovány expertním panelem sestaveným ze zkušených zdravotníků, lékaře revmatologa (MT) nelékařů (HŠt, HŠm, MŠ, BH). Tato verze byla postoupena dvěma nezávislým zaslepeným překladatelům (lékař, nelékař) s plynou znalostí mluvené i psané angličtiny (SO, MM) k přeložení zpět do anglického jazyka. Oba anglické překlady byly zpětně porovnány s originálními dotazníky a diskutovány expertním panelem, který se vyjádřil k sémantické, lingvistické, koncepční a terminologické stránce dotazníků. Konsenzuálně byly vytvořeny prefinální české verze dotazníků (56).

Testování dotazníků

Do validační studie bylo zařazeno celkem 41 pacientek s revmatoidní artritidou (RA), 30 pacientek se systémovým lupus erythematoses (SLE), 50 pacientek s idiopatickými

Tab. 1 Sociodemografická a klinická charakteristika testované skupiny pacientek s revmatoidní artritidou, systémovým lupus erythematoses, idiopatickými zánětlivými myopatiemi, systémovou sklerodermií a zdravými kontrolními skupinami

Parametr	RA (n = 41)	ZK k RA (n = 41)	SLE (n = 30)	ZK k SLE (n = 30)
věk, medián (IQR), roky	53,0 (44,0–57,5)	53,0 (44,0–57,5)	39,5 (33,5–47,5)	39,5 (33,5–47,5)
trvání onemocnění, průměr ± SD, roky	10,4 ± 9,2	–	8,8 ± 5,7	–
vzdělání primární/sekundární/terciární, n (%)	4(10)/29(71)/8(19)	0(0)/24(59)/17(41)	0(0)/20(67)/10(33)	0(0)/13(43)/17(57)
v partnerském vztahu, n (%)	38(92)	37(90)	27(90)	29(97)
sexuální aktivita, n (%)	36(89)	37(90)	25(83)	30(100)
menopauza, n (%)	30(73)	23(56)	3(10)	4(13)
urogynekologické operace, n (%)	8(19)	2(5)	5(16)	1(3)
Parametr	IZM (n = 50)	ZK k IZM (n = 50)	SSc (n = 70)	ZK k SSc (n = 70)
věk, medián (IQR), roky	53,0 (38,0–60,3)	53,0 (38,0–60,3)	44,5 (37,8–54,0)	44,5 (37,8–54,0)
trvání onemocnění, průměr ± SD, roky	6,5 ± 6,2	–	6,1 ± 5,8	–
podtyp onemocnění, n (%)	PM 22(44)/DM 23(46)/IMNM 5(10)	–	lcSSc: 48(68) dcSSc: 22(32)	–
vzdělání primární/sekundární/terciární, n (%)	4(8)/31(62)/15(30)	1(2)/32(64)/17(34)	0(1)/43(62)/26(37)	0(0)/43(62)/27(38)
v partnerském vztahu, n (%)	38(76)	42(84)	55(78)	64(91)
sexuální aktivita, n (%)	31(62)	40(80)	53(76)	66(94)
menopauza, n (%)	24(48)	10(20)	29(41)	9(13)
urogynekologické operace, n (%)	25(50)	3(6)	31(44)	4(6)

RA – revmatoidní artritida, SLE – systémový lupus erythematoses, IZM – idiopatické zánětlivé myopatie, SSc – systémová sklerodemie, PM – polymyozitida, DM – dermatomyozitida, IMNM – imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie, lcSSc – kožně limitovaná forma SSc, dcSSc – kožně difúzní forma SSc, ZK – zdravé kontroly, IQR – mezikvartilové rozpětí, SD – směrodatná odchylka

zánětlivými myopatiemi (IZM) a 70 pacientek se systémovou sklerodermií (SSc) z ambulantního a lůžkového oddělení Revmatologického ústavu. Ke všem kohortám byly zároveň přiřazeny zdravé ženy s identickým věkem jako kontrolní skupina. Všechny pacientky s RA splnily klasifikační kritéria ACR/EULAR z roku 2010 (57), pacientky se SLE splnily SLICC (Systemic Lupus International Collaborating Clinic) klasifikační kritéria z roku 2012 (58), pacientky se SSc splnily klasifikační kritéria ACR/EULAR z roku 2013 (59), pacientky s polymyozitidou (PM) a dermatomyozitidou (DM) splnily klasifikační kritéria Bohana/Petera z roku 1975 (60, 61) a pacientky s imunitně zprostředkovanou nekrotizující myopatií (IMNM) splnily klasifikační kritéria ENMC z roku 2003 (62). Sociodemografická a klinická

charakteristika skupin je uvedena v tabulce 1. V rámci testování dotazníků byly pacientky požádány o vyplnění demografických údajů, prefinální verze dotazníků FSFI, BISF-W, SFQ28, SQoL-F, PISQ-12 a PFIQ-7 a dotazníku zpětné vazby. Ten jsme vytvořili na základě mezinárodních doporučení (56) a v něm se pacientky vyjadřovaly k obsahu, srozumitelnosti, smysluplnosti a relevanci otázek. Jejich připomínky byly expertním panelem zohledněny v tvorbě definitivních českých verzí dotazníků.

Analýza dat

Data jsou prezentována jako medián (mezikvartilové rozpětí) nebo aritmetický průměr ± střední chyba průměru. Normální distribuce byla stanovena pomocí Shapiro-

Wilk testu normality. Na základě testu normality byl pro porovnání výsledků dotazníků mezi pacienty se SSC a IZM použit Studentův T-test nebo Mannův-Whitneyův U-test. Za statisticky významné byly považovány hladiny významnosti (p-hodnoty) menší než 0,05. Ke statistické analýze byl použit software GraphPad Prism 5 (verze 5.02; GraphPad Software, La Jolla, CA, USA).

VÝSLEDKY

Výsledkem této validační studie jsou české verze dotazníků FSFI, BISF-W, SFQ28, SQuL-F, PISQ-12, PFIQ-7 (viz stránky České revmatologické společnosti <https://www.revmatologicka-spolecnost.cz/formulare/>).

Při překladu z anglických originálů narazili autoři na jazykové odlišnosti, které byly expertním panelem diskutovány a adaptovány pro české podmínky. Například anglický výraz partner je genderově neutrální, kdežto v češtině rozlišujeme slova partner a partnerka. Tam, kde to bylo možné, jsme se snažili zachovat oba výrazy, tedy partner/ka, abychom zachovali genderovou neutralitu. Dále byl předmětem debaty expertního panelu slovosled otázek s mnoha rozvíjejícími větnými členy, které jsou pro angličtinu typické, avšak v češtině zní poněkud kostrbatě. Příkladem je otázka číslo 6 z dotazníku BISF-W: „Overall, during the past month, how frequently have you become anxious or inhibited during sexual activity with a partner?“ Otázku jsme nakonec formulovali takto: „Jak často jste během uplynulého měsíce celkově pociťovali úzkost nebo měla zábrany při sexuální aktivitě s partnerem/kou?“

V dotazníku FSFI jsme se odklonili od doslovného překladu možných odpovědí „more than half the time“, „about half the time“, „less than half the time“, které se vyskytují hned v několika otázkách (1, 3, 6, 7, 9, 11, 17, 18). V otázce číslo 1 jsme možnosti přeložili jako „více/méně než polovinu celkové doby“ a „přibližně polovinu celkové doby“. V dalších otázkách jsme kvůli logické návaznosti odpovědí na danou otázku formulovali odpovědi jako: „více/méně než v polovině případů“ a „přibližně v polovině případů“. Stejný princip překladu jsme zachovali i u dotazníku BISF-W, kde jsou možnosti některých otázek definovány následovně: „less than 25% of the time“, „about 50% of the time“, „about 75% of the time“.

K hodnocení srozumitelnosti a jednoznačnosti jednotlivých otázek v dotaznících FSFI, BISF-W, SFQ28, SQuL-F, PISQ-12 a PFIQ-7 jsme vytvořili dotazník zpětné vazby. V něm jsme požádali respondentky, aby po vyplnění dotazníků uvedly, jestli informace v nich uvedené byly srozumitelné a jednoznačné, a pokud ne, aby vypsaly konkrétní otázku nebo bod a vysvětlily, v čem vidí problém.

Všechny respondentky označily dotazníky za jednoznačné a srozumitelné. Přibližně šestina žen hodnotila dotazníky FSFI, BISF-W, SFQ28, SQuL-F jako nerelevantní. Jednalo se zejména o ženy ve věku mezi 55–65 lety, pro které se oblast sexuálního zdraví může stávat již méně důležitá. Téměř polovina žen hodnotila vyplnění dotazníků jako středně složité a relativně časově náročné.

České verze dotazníků byly ověřeny v praxi na čtyřech kohortách žen s revmatickými onemocněními (RA, SLE, IZM, SSC) a kohortě zdravých žen. Celkem dotazníky vyplnilo 191 žen s revmatickým onemocněním a 191 věkově identických zdravých kontrol. V tabulce 2 jsou uvedeny dosažené výsledky ve všech dotaznících pro kohorty pacientek s RA a SLE a srovnání s kontrolní zdravou skupinou s identickým věkem. Výsledky pacientek s IZM a SSC jsou prezentovány v tabulce 3. Všechny čtyři kohorty dosahovaly signifikantně horších výsledků v celkových skóre dotazníků (kromě pacientek s IZM v dotazníku PFIQ-7). Rozdíl pro jednotlivé domény se v kohortách lišily. Korelace trvání onemocnění s výsledky jednotlivých dotazníků byly pozorovány pouze u kohorty pacientek se SSC, a to s celkovým skóre FSFI ($r = -0,253$, $p = 0,040$), s celkovým skóre BISF-W ($r = -0,254$, $p = 0,045$), PISQ-12 ($r = 0,241$, $p = 0,050$) a některými doménami FSFI a BISF-W.

DISKUZE

Cílem práce byl překlad a lingvistická validace dotazníků FSFI, BISF-W, SFQ28, SQuL-F, PISQ-12 a PFIQ-7 hodnotících sexuální funkce, sexuální kvalitu života a funkce pánevního dna a tvorba českých verzí těchto dotazníků. Protože recentní zahraniční výzkum ukazuje vysokou prevalenci sexuálních dysfunkcí napříč revmatickými onemocněními (2), považujeme za důležité na tuto skutečnost reagovat a zpřístupnit české odborné veřejnosti mezinárodně uznávané spolehlivé hodnotící nástroje, abychom mohli hodnotit všechny aspekty kvality života revmatických pacientů. V naší práci jsme na základě podrobné rešerše vybrali celosvětově používané dotazníky, které již byly u chronických stavů či dokonce některých revmatických onemocnění použity a ověřeny. V rámci validačního procesu jsme dotazovali skupiny pacientek s RA, SLE, IZM a SSC a adekvátních zdravých kontrol s identickým věkem.

U žen s revmatoidní artritidou byl k hodnocení sexuálních dysfunkcí použit dotazník FSFI ve čtyřech studiích střední až vysoké kvality (8). Ve všech studiích (63–66) dosahovaly pacientky s RA signifikantně nižších skóre v porovnání se zdravou kontrolní skupinou ve všech doménách dotazníku FSFI i v celkovém skóre kromě dvou studií (64, 65), kde rozdíl nebyl statisticky signifikantní

Tab. 2 Výsledky hodnocení sexuálních funkcí a funkcí pánevního dna pomocí dotazníků FSFI, BISF-W, SFQ28, SQoL-F, PISQ-12, PFIQ-7 u pacientek s revmatoidní artritidou a systémovým lupus erythematoses

Dotazník, bodová škála (nejhorší – nejlepší)	RA (n = 41)	ZK k RA (n = 41)	p ^{RA-ZK}	SLE (n = 30)	ZK k SLE (n = 30)	p ^{SLE-ZK}
FSFI touha (1,2–6)	3,6 (2,4–3,9)	3,6 (3,6–4,5)	0,0270	3,6 (1,7–4,4)	4,5 (3,6–5,4)	0,0015
FSFI vzrušení (0–6)	4,2 (2,4–4,8)	5,1 (4,5–5,4)	0,0006	4,1 (2,2–5,4)	5,4 (4,8–5,8)	0,0004
FSFI lubrikace (0–6)	4,8 (3,2–5,4)	5,7 (5,1–6,0)	0,0004	5,6 (2,0–6,0)	6,0 (5,6–6,0)	0,0110
FSFI orgasmus (0–6)	4,8 (2,8–5,6)	5,6 (4,8–6,0)	0,0064	4,6 (2,2–5,6)	5,2 (4,8–5,7)	0,0462
FSFI spokojenost (0,8–6)	4,4 (2,8–6,0)	5,6 (4,0–6,0)	0,0356	4,0 (2,7–6,0)	5,6 (4,7–6,0)	0,0342
FSFI bolest (0–6)	4,8 (3,4–6,0)	6,0 (5,0–6,0)	0,0044	4,0 (0,0–6,0)	6,0 (5,9–6,0)	0,0006
FSFI celkem (2–36)	25,9 (16,8–30,8)	30,5 (27,6–32,6)	0,0010	24,2 (15,5–32,1)	31,3 (29,9–34,2)	0,0007
BISF-W sexuální myšlenky/touha (0–12)	4,2 (1,6–6,3)	5,1 (3,4–6,5)	0,0959	4,7 (1,7–6,9)	6,0 (4,7–7,4)	0,0738
BISF-W vzrušení (0–12)	5,9 (0,7–8,3)	7,4 (6,2–9,1)	0,0257	6,0 (2,0–9,0)	8,3 (6,6–9,9)	0,0279
BISF-W frekvence sexuální aktivity (0–12)	3,3 (0,5–5,3)	3,7 (2,3–5,3)	0,1734	4,0 (1,3–5,0)	5,0 (3,5–5,9)	0,0245
BISF-W receptivita/iniciace (0–15)	7,5 (4,0–10,3)	9,0 (7,0–11,0)	0,2154	10,0 (4,0–10,0)	10,0 (8,0–11,0)	0,1134
BISF-W potěšení/orgasmus (0–12)	4,6 (1,0–6,5)	5,5 (4,5–6,9)	0,1111	4,3 (0,5–6,5)	6,0 (4,9–7,8)	0,0063
BISF-W spokojenost ve vztahu (0–12)	7,5 (4,0–10,2)	9,0 (6,0–10,3)	0,2838	6,0 (5,0–9,0)	10,0 (8,6–11,0)	0,0017
BISF-W problémy ovlivňující sexuální funkci (16–0)	4,5 (3,1–6,2)	2,9 (1,7–4,6)	0,0074	3,3 (2,0–7,0)	2,5 (1,7–4,1)	0,1399
BISF-W celkem (–16 – 75)	28,4 (12,2–39,5)	37,3 (29,9–44,4)	0,0224	29,7 (9,6–43,5)	42,2 (35,3–45,9)	0,0159
SFQ28 touha (5–31)	17,0 (15,0–20,0)	19,5 (17,0–23,0)	0,0186	19,5 (11,0–22,8)	22,0 (18,0–23,5)	0,0476
SFQ28 fyzické vzrušení – pocit (4–20)	10,0 (8,0–13,0)	12,0 (9,8–15,0)	0,0251	11,5 (8,0–15,0)	13,0 (10,5–15,5)	0,4250
SFQ28 fyzické vzrušení – lubrikace (2–10)	6,0 (4,0–8,0)	8,0 (6,0–9,0)	0,0073	7,0 (4,5–9,0)	8,0 (6,0–8,5)	0,6057
SFQ28 kognitivní vzrušení (2–10)	5,0 (4,0–6,0)	7,0 (5,0–8,0)	0,0007	6,0 (4,0–8,0)	7,0 (5,5–8,0)	0,3417
SFQ28 orgasmus (1–15)	10,0 (8,0–13,0)	12,0 (11,0–13,0)	0,0499	10,5 (8,0–13,0)	12,0 (10,0–15,0)	0,0750
SFQ28 bolest (2–15)	13,0 (11,0–15,0)	15,0 (12,8–15,0)	0,0341	14,5 (10,3–15,0)	15,0 (13,0–15,0)	0,2594
SFQ28 potěšení (6–30)	21,0 (17,0–24,0)	23,5 (19,0–25,3)	0,0553	21,5 (14,0–25,8)	24,0 (21,0–26,0)	0,0721
SFQ28 partnerský vztah (2–10)	9,0 (8,0–10,0)	10,0 (9,0–10,0)	0,0868	10,0 (8,0–10,0)	10,0 (9,0–10,0)	0,0868
SQoL-F (0–100)	80,0 (54,0–92,0)	93,3 (80,3–95,6)	0,0023	75,0 (50,8–96,4)	92,2 (83,3–96,2)	0,0330
PISQ-12 (48–0)	12,0 (6,5–16,3)	6,0 (4,0–12,0)	0,0171	11,5 (6,0–17,3)	6,0 (4,5–8,5)	0,0136
PFIQ-7 močový měchýř/močení (100–0)	14,0 ± 2,9	4,6 ± 1,5	0,0071	14,6 ± 4,0	3,1 ± 1,6	0,0054
PFIQ-7 střevo/konečník (100–0)	14,9 ± 4,2	2,0 ± 0,8	0,0144	10,5 ± 3,9	1,5 ± 1,0	0,1329
PFIQ-7 pánev/pochva (100–0)	9,7 ± 3,0	0,5 ± 0,3	0,0070	8,4 ± 3,6	0,3 ± 0,3	0,0113
PFIQ-7 celkem (300–0)	38,6 ± 8,0	8,8 ± 2,8	0,0007	33,5 ± 10,7	4,9 ± 2,3	0,0110

Data jsou prezentována jako medián (25. až 75. percentil) nebo jako aritmetický průměr ± střední chyba průměru. Statisticky významné rozdíly (p < 0,05) jsou vyznačeny tučně.

RA – revmatoidní artritida, SLE – systémový lupus erythematoses, ZK – zdravé kontroly, FSFI – Female Sexual Function Index, BISF-W – Brief Index of Sexual Functioning for Women, SFQ-28 – Sexual Function Questionnaire, SQoL-F – Sexual Quality of Life – Female, PISQ-12 – Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire short form, PFIQ-7 – Pelvic Floor Impact Questionnaire – short form 7

Tab. 3 Výsledky hodnocení sexuálních funkcí a funkcí pánevního dna pomocí dotazníků FSFI, BISF-W, SFQ28, SQoL-F, PISQ-12, PFIQ-7 u pacientek s idiopatickými zánětlivými myopatiemi a systémovou sklerodermií

Dotazník, bodová škála (nejhorší – nejlepší)	IZM (n = 50)	ZK k IZM (n = 50)	p ^{IZM-ZK}	SSc (n = 70)	ZK k SSc (n = 70)	p ^{SSc-ZK}
FSFI touha (1,2–6)	3,0 (1,7–3,6)	3,6 (2,9–4,8)	0,0141	3,0 (1,2–3,7)	4,5 (3,6–5,4)	< 0,0001
FSFI vzrušení (0–6)	3,6 (0,0–5,1)	5,1 (4,2–5,7)	0,0033	3,3 (1,1–4,8)	5,4 (4,5–5,7)	< 0,0001
FSFI lubrikace (0–6)	4,2 (0,0–6,0)	5,7 (3,9–6,0)	0,0533	3,6 (0,2–5,4)	6,0 (4,8–6,0)	< 0,0001
FSFI orgasmus (0–6)	3,8 (0,0–6,0)	4,8 (3,5–6,0)	0,1944	3,6 (0,0–4,8)	5,2 (4,0–6,0)	< 0,0001
FSFI spokojenost (0,8–6)	4,0 (0,8–5,3)	5,2 (3,5–6,0)	0,0240	3,6 (1,5–5,2)	5,2 (3,9–6,0)	< 0,0001
FSFI bolest (0–6)	3,2 (0,0–6,0)	6,0 (4,8–6,0)	0,0036	4,0 (0,0–6,0)	6,0 (4,8–6,0)	< 0,0001
FSFI celkem (2–36)	12,5 (2,9–26,8)	29,6 (23,8–32,2)	<0,0001	20,9 (6,7–29,7)	30,9 (27,0–33,3)	< 0,0001
BISF-W sexuální myšlenky/touha (0–12)	3,1 (1,4–5,8)	5,5 (2,7–7,0)	0,0327	4,0 (1,6–6,4)	5,9 (4,0–7,0)	0,0030
BISF-W vzrušení (0–12)	5,3 (1,8–7,5)	7,1 (4,5–9,4)	0,0125	5,3 (1,0–7,5)	8,0 (6,3–9,8)	< 0,0001
BISF-W frekvence sexuální aktivity (0–12)	1,7 (0,8–4,4)	3,9 (1,6–5,5)	0,0174	2,3 (0,8–4,8)	4,0 (2,4–5,5)	0,0028
BISF-W receptivita/iniciace (0–15)	7,0 (0,0–10,0)	9,0 (6,3–10,0)	0,0676	7,0 (0,0–10,0)	10,0 (7,0–11,0)	0,0017
BISF-W potěšení/orgasmus (0–12)	3,0 (0,9–5,8)	5,1 (2,1–7,0)	0,1002	3,3 (1,0–6,3)	6,0 (4,5–7,5)	0,0028
BISF-W spokojenost ve vztahu (0 – 12)	6,0 (4,0–8,5)	9,0 (6,0–10,0)	0,0067	6,0 (4,0–9,0)	10,0 (6,5–11,0)	< 0,0001
BISF-W problémy ovlivňující sexuální funkci (16–0)	4,7 (3,0–6,5)	3,1 (2,1–5,9)	0,0254	4,7 (3,3–6,8)	2,5 (1,7–4,7)	< 0,0001
BISF-W celkem (-16 – 75)	21,7 (5,4–33,9)	36,4 (22,2–45,5)	0,0031	22,2 (6,7–36,6)	40,6 (30,5–46,4)	< 0,0001
SFQ28 touha (5–31)	18,0 (12,8–21,0)	19,5 (17,0–22,0)	0,0339	17,5 (12,0–20,0)	21,5 (18,0–23,0)	< 0,0001
SFQ28 fyzické vzrušení – pocit (4–20)	9,0 (8,0–12,3)	12,0 (9,0–15,0)	0,0715	10,0 (8,0–13,0)	13,0 (10,0–16,0)	< 0,0001
SFQ28 fyzické vzrušení – lubrikace (2–10)	6,0 (4,0–8,3)	7,0 (6,0–9,0)	0,0673	5,5 (4,0–7,0)	8,0 (6,7–9,0)	< 0,0001
SFQ28 kognitivní vzrušení (2–10)	6,0 (4,0–7,0)	6,0 (5,0–7,8)	0,1117	5,0 (4,0–6,0)	7,0 (6,0–8,0)	< 0,0001
SFQ28 orgasmus (1–15)	11,0 (7,8–13,3)	12,0 (9,3–13,0)	0,5616	10,0 (6,8–12,0)	12,0 (10,8–13,0)	< 0,0001
SFQ28 bolest (2–15)	12,0 (10,0–15,0)	15,0 (13,3–15,0)	0,0038	12,0 (9,0–15,0)	15,0 (13,0–15,0)	< 0,0001
SFQ28 potěšení (6–30)	19,0 (13,8–22,8)	23,0 (19,0–25,0)	0,0192	19,0 (12,8–24,0)	24,0 (21,0–26,0)	0,0002
SFQ28 partnerský vztah (2–10)	9,0 (8,0–10,0)	10,0 (9,0–10,0)	0,0362	9,0 (7,8–10,0)	10,0 (9,0–10,0)	0,0016
SQoL-F (0–100)	63,3 (40,5–83,8)	91,1 (68,9–95,6)	<0,0001	63,3 (34,4–90,3)	91,1 (70,6–97,5)	< 0,0001
PISQ-12 (48–0)	12,0 (8,0–17,0)	7,0 (5,0–12,0)	0,0003	12,0 (9,0–16,0)	7,0 (5,0–11,0)	< 0,0001
PFIQ-7 močový měchýř/močení (100–0)	11,8 ± 2,9	3,1 ± 0,9	0,0282	13,7 ± 2,7	3,9 ± 1,0	0,0028
PFIQ-7 střevo/konečník (100–0)	7,2 ± 2,4	3,1 ± 1,0	0,8072	10 ± 2,6	1,8 ± 0,6	0,0596
PFIQ-7 pánev/pochva (100–0)	5,4 ± 2,1	1,3 ± 0,5	0,6097	6,4 ± 1,6	0,7 ± 0,4	< 0,0001
PFIQ-7 celkem (300–0)	24,5 ± 6,7	7,5 ± 1,9	0,1804	33,5 ± 10,7	4,9 ± 2,3	< 0,0001

Data jsou prezentována jako medián (25. až 75. percentil) nebo jako aritmetický průměr ± střední chyba průměru. Statisticky významné rozdíly (p < 0,05) jsou vyznačeny tučně.

IZM – idiopatické zánětlivé myopatie, SSc – systémová sklerodermie, ZK – zdravé kontroly, FSFI – female Sexual Function Index, BISF-W – Brief Index of Sexual Functioning for Women, SFQ-28 – Sexual Function Questionnaire, SQoL-F – Sexual Quality of Life – Female, PISQ-12 – Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire short form, PFIQ-7 – Pelvic Floor Impact Questionnaire – short form 7

pro doménu bolest. V naší práci byla dosažená skóre statisticky signifikantně nižší u pacientek s RA ve všech doménách i v celkovém skóre FSFI. Recentní studie hodnotila pomocí FSFI sexuální zdraví 170 pacientek se SLE (6). Stejně jako v naší práci byla i v této studii signifikantně nižší skóre dosažena u kohorty pacientů oproti zdravým kontrolám, a to jak ve všech doménách, tak v celkovém skóre. Hodnoty se numericky blížily těm našim, kdy průměrné celkové skóre dotazníku FSFI u pacientek se SLE ($n = 170$, průměrný věk 37 let) bylo $20,8 \pm 6,4$ a v naší kohortě ($n = 30$, průměrný věk 39 let) $22,1 \pm 11,3$. Pro jednotlivé domény byly dosažené hodnoty ve studii Moghadam et al. (6)/v naší studii srovnatelné: touha: $3,1 \pm 1,2/3,3 \pm 1,5$; vzrušení: $3,1 \pm 1,4/3,4 \pm 2,0$; lubrikace: $4,0 \pm 1,5/4,0 \pm 2,4$; orgasmus: $3,9 \pm 1,5/3,8 \pm 2,2$; spokojenost: $4,3 \pm 1,4/4,0 \pm 1,9$; bolest: $2,6 \pm 1,2/3,5 \pm 2,6$.

Zatím jediná doposud publikovaná studie hodnotící sexuální zdraví u pacientek s IZM ($n = 23$) sice použila k hodnocení sexuální funkce dotazník FSFI (67), avšak v manuskriptu nejsou uvedené konkrétní dosažené hodnoty pro celkové skóre ani jednotlivé domény, tudíž nelze porovnat jejich dosažené výsledky s našimi. Studie pouze uvádí signifikantně nižší skóre v doménách touhy, vzrušení, lubrikace, orgasmu, spokojenosti a v celkovém skóre oproti zdravé kontrolní skupině. V naší kohortě nebyl u pacientek s IZM pozorován signifikantní rozdíl v doméně orgasmu a lubrikace, ačkoliv v této doméně vidíme jasný trend ($p = 0,0533$) těsně nad hladinou statistické významnosti. I při porovnání dosažených průměrných skóre dotazníku FSFI u pacientek se SSc s dostupnými daty pro kohortu 37 pacientek (68) se naše hodnoty téměř neliší. Ve studii Schouffoer et al. (68)/v naší studii byla dosažena celková skóre FSFI pro kohortu 37 žen (průměrný věk 46 let) a naší kohortu 70 žen (průměrný věk 45 let) následující: $20,6 \pm 9,4/19,0 \pm 11,1$ a pro jednotlivé domény: touha: $3,1 \pm 1,2/3,0 \pm 1,5$; vzrušení: $3,5 \pm 1,9/3,1 \pm 2,1$; lubrikace: $3,4 \pm 2,1/3,2 \pm 2,3$; orgasmus: $3,7 \pm 2,2/3,1 \pm 2,3$; spokojenost: $4,0 \pm 1,5/3,4 \pm 1,9$; bolest: $3,0 \pm 2,5/3,3 \pm 2,5$. Data pro ostatní dotazníky (BISF-W, SFQ28, SQoL-F, PISQ-12 a PFIQ-7) nejsou u pacientek s RA, SLE, IZM a SSc dostupná.

Ačkoliv se tyto hodnotící nástroje jeví jako velmi spolehlivé a platné, mají několik limitací. V dotaznících hodnotících sexuální funkce je třeba pamatovat na to, že nízká skóre nemusejí vždy indikovat sexuální dysfunkci, ale například absenci partnera nebo sexuální neaktivitu v uplynulém měsíci, která může mít i jiné důvody než samotnou poruchu sexuální funkce. Na tuto limitaci je nutné myslet zejména u dotazníků FSFI a SFQ28, kdežto dotazník BISF-W je vhodný i u žen, které aktuálně sexuál-

ního partnera nemají (11). I když mohou být tyto dotazníky užitečné v klinickém a výzkumném prostředí jako jednoduché screeningové metody sexuálních dysfunkcí, žádný z nich zcela nepokrývá všechny oblasti ženské sexuální dysfunkce, jejichž definice se během uplynulých let dynamicky vyvíjela. V neposlední řadě je třeba myslet na limitace v psychometrických vlastnostech dotazníků. Žádný z nich nebyl opravdu důkladně epidemiologicky validován v přiměřeně velkých, randomizovaných, reprezentativních vzorcích. Nepochybně je v tomto ohledu nejspolehlivějším nástrojem FSFI, který byl použit v mnoha experimentálních a klinických studiích na rozsáhlém vzorku dat. Několik měření validity a reliability má za sebou i SFQ28, kdežto BISF-W byl hodnocen nedostatečně s nepříliš přesvědčivými výsledky (11). Ani tato studie však nepřináší psychometrickou validaci dotazníků, pouze validaci lingvistickou.

ZÁVĚR

Dotazníky založené na výsledcích hodnocených pacientem nabízí jednoduchý, neinvazivní, časově a finančně nenáročný způsob hodnocení sexuálního zdraví. Ukazuje se, že větší prevalence sexuálních dysfunkcí u revmatických onemocnění oproti zdravé populaci je běžná a jejich hodnocení může přispět k holistickému pochopení dopadů nemoci na kvalitu života pacientů a zlepšit jejich péči. Tyto dotazníky budou využívány na našem pracovišti jako užitečné nástroje klinického výzkumu. Budoucí výzkum by se měl zaměřit na psychometrickou validaci českých verzí dotazníků na populaci pacientů s revmatickými onemocněními.

LITERATURA

1. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva: World Health Organization; 2006.
2. Orzúa-de la Fuente WM, Salazar-Hernández GJ, Vega-Morales D, Garza-Alpírez A, Esquivel-Valerio JA. High Prevalence of Sexual Dysfunction in Women with Rheumatic Diseases: A not Recognized Health Domain. *Sexuality and Disability* 2018; 36(4): 407–416.
3. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: Sexual dysfunctions. [online] ©2018; Version: 09/2020: Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/160690465>.
4. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Risk factors for sexual dysfunction among women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med* 2016; 13(2): 153–167.
5. Akkurt HE, Yilmaz H, Yilmaz S, Parlak L, Ordahan B, Salli A. Evaluation of sexual dysfunction in females with ankylosing spondylitis. *ArchRheumatol* 2016; 31(1): 41.

6. Moghadam ZB, Rezaei E, Faezi ST, Zareian A, Ibrahim FM, Ibrahim MM. Prevalence of sexual dysfunction in women with systemic lupus erythematosus and its related factors. *Reumatologia* 2019; 57(1): 19.
7. Østensen M. Sexual and reproductive health in rheumatic disease. *Nat Rev Rheumatol* 2017; 13(8): 485–493.
8. Zhao S, Li E, Wang J, Luo L, Luo J, Zhao Z. Rheumatoid arthritis and risk of sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *J Rheumatol* 2018; 45(10): 1375–1382.
9. Tristano AG. The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatol Int* 2009; 29(8): 853–860.
10. Latif EZ, Diamond MP. Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. *Fertil Steril* 2013; 100(4): 898–904.
11. Giralaldi A, Rellini A, Pfaus JG, Bitzer J, Laan E, Jannini EA, et al. Questionnaires for assessment of female sexual dysfunction: a review and proposal for a standardized screener. *J Sex Med* 2011; 8(10): 2681–2706.
12. Rosen CB, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(2): 191–208.
13. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther* 2005; 31(1): 1–20.
14. Neijenhuijs KI, Hooghiemstra N, Holtmaat K, Aaronson NK, Groenvold M, Holzner B, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI) – a systematic review of measurement properties. *J Sex Med* 2019; 16(5): 640–660.
15. Nowosielski K, Wróbel B, Sioma-Markowska U, Poręba R. Development and validation of the Polish version of the Female Sexual Function Index in the Polish population of females. *J Sex Med* 2013; 10(2): 386–395.
16. Bongio SM, del Rosso A, Mikhaylova S, Baccini M, Cerinic MM. Sexual function in Italian women with systemic sclerosis is affected by disease-related and psychological concerns. *J Rheumatol* 2013; 40(10): 1697–1705.
17. Zhang Q, Zhou C, Chen H, Zhao Q, Li L, Cui Y, et al. Rheumatoid arthritis is associated with negatively variable impacts on domains of female sexual function: evidence from a systematic review and meta-analysis. *Psychol Health Med* 2018; 23(1): 114–125.
18. Reynolds III CF, Frank E, Thase ME, Houck PR, Jennings JR, Howell JR, et al. Assessment of sexual function in depressed, impotent, and healthy men: factor analysis of a Brief Sexual Function Questionnaire for men. *Psychiatry Res* 1988; 24(3): 231–250.
19. Taylor JF, Rosen RC, Leiblum SR. Self-report assessment of female sexual function: psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women. *Arch Sex Behav* 1994; 23(6): 627–643.
20. Mazer NA, Leiblum SR, Rosen RC. The brief index of sexual functioning for women (BISF-W): a new scoring algorithm and comparison of normative and surgically menopausal populations. *Menopause* 2000; 7(5): 350–363.
21. Berman JR, Berman LA, Lin H, Flaherty E, Lahey N, Goldstein I, et al. Effect of sildenafil on subjective and physiologic parameters of the female sexual response in women with sexual arousal disorder. *J Sex Marital Ther* 2001; 27(5): 411–420.
22. Lobo RA, Rosen RC, Yang H-M, Block B, Van Der Hoop RG. Comparative effects of oral esterified estrogens with and without methyltestosterone on endocrine profiles and dimensions of sexual function in postmenopausal women with hypoactive sexual desire. *Fertil Steril* 2003; 79(6): 1341–1352.
23. Ferrucci R, Panzeri M, Ronconi L, Ardolino G, Cogiamanian F, Barbieri S, et al. Abnormal sexuality in Parkinson's disease: fact or fancy? *J Neurol Sci* 2016; 369: 5–10.
24. Timmer A, Bauer A, Dignass A, Rogler G. Sexual function in persons with inflammatory bowel disease: a survey with matched controls. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5(1): 87–94.
25. Quirk FH, Heiman JR, Rosen RC, Laan E, Smith MD, Boolell M. Development of a sexual function questionnaire for clinical trials of female sexual dysfunction. *J Womens Health Gend Based Med* 2002; 11(3): 277–289.
26. Quirk F, Haugie S, Symonds T. The use of the sexual function questionnaire as a screening tool for women with sexual dysfunction. *J Sex Med* 2005; 2(4): 469–477.
27. Symonds T, Abraham L, Bushmakina AG, Williams K, Martin M, Cappelleri JC. Sexual function questionnaire: further refinement and validation. *J Sex Med* 2012; 9(10): 2609–2616.
28. Malik S, Fenton B. The effect of lifelong dysmenorrhea on sexual function in women with chronic pelvic pain. *Fertil Steril* 2010; 94(4): S59.
29. Song M, Ishii H, Toda M, Tomimatsu T, Katsuyama H, Nakamura T, et al. Association between sexual health and delivery mode. *Sex Med* 2014; 2(4): 153–158.
30. Stadnicka G, Łepecka-Klusek C, Kulesza-Brończyk B, Pilewska-Kozak A. The quality of life of women suffering from polycystic ovary syndrome. *Progress in Health Sciences* 2015; 5(2): 61–68.
31. Turini T, Weck Roxo AC, Serra-Guimarães F, Abreu ML, de Castro CC, Aboudib JH, et al. The impact of labiaplasty on sexuality. *Plast Reconstr Surg* 2018; 141(1): 87–92.
32. Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. *J Sex Marital Ther* 2005; 31(5): 385–397.
33. Li SJ, Huang KP, Joyce C, Mostaghimi A. The impact of alopecia areata on sexual quality of life. *International Journal of Trichology* 2018; 10(6): 271.
34. Lew-Starowicz M, Rola R. Sexual quality of life in women with multiple sclerosis. *Przegląd Menopauzalny* 2012; 16(5): 381.
35. Ekemen A, Beydağ KD. Quality of sexual life and factors affecting it in married women undergoing depression treatment. *Perspect Psychiatr Care* 2020.
36. Almont T, Delannes M, Ducassou A, Corman A, Bondil P, Moyal E, et al. Sexual quality of life and needs for sexology care of cancer patients admitted for radiotherapy: A 3-month cross-sectional study in a regional comprehensive reference cancer center. *J Sex Med* 2017; 14(4): 566–576.
37. Owiredun W, Alidu H, Amidu N, Obirikorang C, Gyasi-Sarpong C, Bawah A, et al. Sexual dysfunction among diabetics and its impact on the SQoL of their partners. *Int J Impot Res* 2017; 29(6): 250–257.
38. Berg KH, Rohde GE, Prøven A, Benestad EEP, Østensen M, Haugeberg G. Sexual quality of life in patients with axial spondyloarthritis in the biologic treatment era. *J Rheumatol* 2019; 46(9): 1075–1083.
39. Aschkenazi SO, Goldberg RP. Female sexual function and the pelvic floor. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 2009; 4(2): 165–178.
40. Rosenbaum TY. REVIEWS: Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: a literature review. *J Sex Med* 2007; 4(1): 4–13.
41. Grigoriadis T, Athanasiou S, Rizk D. Female pelvic floor dysfunction questionnaires: the modern Tower of Babel? *Int Urogynecol J* 2020; 31(6): 1059–1061.
42. Abrams P, Andersson K-E, Apostolidis A, Birdier L, Bliss D, Brubaker L, et al. 6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. *Neurourol Urodyn* 2018; 37(7): 2271–2272.
43. la Rosa VL, Ciebia M, Lin L-T, Sleiman Z, Cerentini TM, Lordelo P, et al. Multidisciplinary management of women with

pelvic organ prolapse, urinary incontinence and lower urinary tract symptoms. A clinical and psychological overview. *Prz Menopauzalny* 2019; 18(3): 184.

44. Rogers RG, Kammerer-Doak D, Villarreal A, Coates K, Qualls C. A new instrument to measure sexual function in women with urinary incontinence or pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184(4): 552–558.

45. Rogers RG, Coates KW, Kammerer-Doak D, Khalsa S, Qualls C. A short form of the pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual questionnaire (PISQ-12). A short form of the pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual questionnaire (PISQ-12). *Int Urogynecol J* 2003; 14(3): 164–168.

46. A't Hoen L, Utomo E, Steensma AB, Blok BF, Korfae IJ. The pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual questionnaire (PISQ-12): validation of the Dutch version. A short form of the pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual questionnaire (PISQ-12). *Int Urogynecol J* 2015; 26(9): 1293–1303.

47. Fatton B, Letouzey V, Lagrange E, Mares P, Jacquetin B, de Tayrac R. Validation of a French version of the short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2009; 38(8): 662–667.

48. Santana GWRM, Aoki T, Auge APF. The Portuguese validation of the short form of the pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual questionnaire (PISQ-12). *Int Urogynecol J* 2012; 23(1): 117–121.

49. Glavind K, Larsen T, Lindquist ASI. Sexual function in women before and after surgery for pelvic organ prolapse. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015; 94(1): 80–85.

50. Urwitz-Lane R, Özel B. Sexual function in women with urodynamic stress incontinence, detrusor overactivity, and mixed urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195(6): 1758–1761.

51. Adams K, Osmundsen B, Gregory WT. Does fibromyalgia influence symptom bother from pelvic organ prolapse? *Int Urogynecol J* 2014; 25(5): 677–682.

52. Rušavý Z, Nečesalová P, Rinnová E, Smažinka M, Havíř M, Kališ V. Český překlad a validace dotazníku kvality pohlavního života u žen s prolapsem pánevních orgánů či inkontinencí moči nebo stolice – PISQ-IR. *Ces Gynekol* 2017; 82(2): 129–138.

53. Barber M, Walters M, Bump R. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193(1): 103–113.

54. Buss ML, Clinton SC. Pelvic Floor Functional and Impairment Limitations in a Female With Hip Osteoarthritis. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 2013; 29(4): 239–245.

55. Cetin SY, Buyuk A, Ayan A. Investigation of the relationship between the pelvic floor and sexual dysfunction in women with Sjögren's syndrome. *Int J Rheum Dis* 2020;00:1–6

56. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000; 25(24): 3186–3191.

57. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham III CO, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum* 2010; 62(9): 2569–2581.

58. Petri M, Orbai AM, Alarcón GS, Gordon C, Merrill JT, Fortin PR, et al. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2012; 64(8): 2677–2686.

59. van Den Hoogen F, Khanna D, Fransen J, Johnson SR, Baron M, Tyndall A, et al. 2013 classification criteria for systemic sclerosis: an American College of Rheumatology/European League against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum* 2013; 65(11): 2737–2747.

60. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis (first of two parts). *N Engl J Med* 1975; 292(7): 344–347.

61. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis (second of two parts). *N Engl J Med* 1975; 292(8): 403–407.

62. Hoogendijk JE, Amato AA, Lecky BR, Choy EH, Lundberg IE, Rose MR, et al. 119th ENMC international workshop: trial design in adult idiopathic inflammatory myopathies, with the exception of inclusion body myositis, 10–12 October 2003, Naarden, The Netherlands. *Neuromuscul Disord* 2004; 14(5): 337–345.

63. Aras H, Aras B, Icagasioglu A, Yumusakhuyly Y, Kemahli E, Haliloglu S, et al. Sexual dysfunction in women with rheumatoid arthritis. *Med Glas (Zenica)* 2013; 10(2).

64. Coskun B, Coskun BN, Atis G, Ergenekon E, Dilek K. Evaluation of sexual function in women with rheumatoid arthritis. *Urol J* 2014; 10(4): 1081–1087.

65. Hari A, Rostom S, Lahlou R, Bahiri R, Hajjaj-Hassouni N. Sexual function in Moroccan women with rheumatoid arthritis and its relationship with disease activity. *Clin Rheumatol* 2015; 34(6): 1047–1051.

66. Maasoumi R, Moridi M, Farhadi F, Moshfeghi Z. Sexual function in women with rheumatoid arthritis. *Women's Health Bulletin* 2014; 1(2).

67. Souza FHCd, Araújo DBd, Silva CA, Miossi R, Abdo CHN, Bonfá E, et al. Analysis of sexual function of patients with dermatomyositis and polymyositis through self-administered questionnaires: a cross-sectional study. *Rev Bras Reumatol Engl Ed* 2017; 57(2): 134–140.

68. Schouffoer A, van der Marel J, Ter Kuile M, Weijenberg P, Voskuyl A, Vliet Vlieland C, et al. Impaired sexual function in women with systemic sclerosis: a cross-sectional study. *Arthritis Rheum* 2009; 61(11): 1601–1608.