

Zaburzenia funkcji seksualnych u kobiet chorujących na cukrzycę

Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus

Marta Makara-Studzińska¹, Iwona Partyka²

¹Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

²Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

W pracy dokonano przeglądu literatury medycznej dotyczącej problemu zaburzeń funkcji seksualnych u kobiet (FSD) chorujących na cukrzycę. Do przeglądu włączono artykuły z bazy PubMed opublikowane w latach 2000–2010 dostępne w języku angielskim. Częstość występowania problemu szacuje się na 20–80%. Do oceny nasilenia zaburzeń służy skala Female Sexual Function Index, w której analizie podlega 6 domen: pożądanie, podniecenie, nawilżanie, orgazm, satysfakcja i dyspareunia. Badania koncentrują się na wyodrębnieniu czynników predykcyjnych rozwoju FSD u kobiet z cukrzycą, wśród których najważniejsze są czynniki psychologiczne, a zwłaszcza obecność objawów depresyjnych. W pracy przedstawiono ograniczenia, dalsze kierunki oraz implikacje kliniczne badań.

Seksuologia Polska 2011; 9 (1): 22–26

Słowa kluczowe: zaburzenia funkcji seksualnych, kobiety, cukrzyca

Abstract

The objective of this article is to conduct a literature review concerning female sexual dysfunction (FSD) in women with diabetes mellitus (DM). PubMed database was searched for FSD in DM to identify relevant studies published between 2000 and 2010 available in English. Female sexual dysfunction is known to occur in approximately 20 to 80% of diabetic women. Sexual function was evaluated by Female Sexual Function Index, a widely used, self-report measure that assesses sexual function across six domains, including sexual desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain. It is relevant to specify the predictors of FSD in women with DM and it is proved that psychological factors are more important than the biological ones. Depression is the major predictor. The limitations, the directions of further research and clinical implications are presented as well.

Polish Sexology 2011; 9 (1): 22–26

Key words: female sexual disfunction, women, diabetes mellitus

Wstęp

Funkcjonowanie seksualne jest istotną, choć często pomijaną składową ogólnego dobrostanu człowieka [1]. Związek między cukrzycą a wystąpieniem zaburzeń funkcji seksualnych jest dobrze znany [2]. Wyniki wielu badań potwierdzają częstsze występowanie zaburzeń erekcji związanych z cukrzycą u mężczyzn. Czynnikiem ryzyka wystąpienia tych zaburzeń u mężczyzn, oprócz zmiennych takich jak wiek,

stosowanie leczenia hipotensyjnego, wysoki wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*), palenie tytoniu, są również przebieg i czas trwania cukrzycy (DM, *diabetes mellitus*) oraz obecność powikłań naczyniowych i neurologicznych, które powodują zmiany w endotelium lub zaburzenia mechanizmów związanych z uwalnianiem tlenu azotu w ciałach jamistych [3–5]. Pomimo że u kobiet ryzyko wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych i neurologicznych jest podobne jak u mężczyzn i można by przypuszczać, że częstość zaburzeń funkcji seksualnych będzie podobna, znacznie mniej uwagi poświęcono wpływowi cukrzycy na funkcjonowanie seksualne kobiet, a badania, które zostały przeprowadzone, są mało kon-

Adres do korespondencji: dr hab. n. med. Marta Makara-Studzińska
Klinika Psychiatrii UM
ul. Głuska 1, 20–439 Lublin
tel.: (81) 744 09 67
e-mail: mmakara@go2.pl
Nadesłano: 10.10.2010

Przyjęto do druku: 25.05.2011

kluczowe, zwłaszcza w kwestii mechanizmów i czynników ryzyka [6].

Dowiedziano, że u kobiet chorujących na cukrzycę ryzyko wystąpienia zaburzeń funkcji seksualnych (FSD, *female sexual dysfunction*) jest większe niż u zdrowych kobiet [7]. Ze względu na rosnący odsetek zachorowań na cukrzycę [8] oraz wzrost poziomu świadomości pacjentów zagadnienie funkcjonowania seksualnego kobiet powinno być dokładniej poznane [9]. Trzeba położyć nacisk nie tylko na leczenie, ale przede wszystkim na zapobieganie rozwojowi FSD poprzez rozpoznanie czynników ryzyka. Dlatego celem wielu badań jest odpowiedź na pytanie, które zmienne predysponują do wystąpienia FSD [10].

Należy mieć świadomość, jakie trudności można napotkać, badając kwestie tak delikatne jak życie seksualne, jakie są ograniczenia, możliwość błędów interpretacji wyników oraz jakie warunki należy stworzyć w trakcie badania. Czynniki kulturowe i społeczne mają duży wpływ na życie seksualne oraz sposób postrzegania tych kwestii, jest to istotne zwłaszcza przy odpowiedziach udzielanych podczas wywiadu, ale także w anonimowych ankietach. Należy pamiętać, że są to oceny subiektywne, a istotne są również metody umożliwiające obiektywną ocenę problemu.

Częstość występowania zaburzeń funkcji seksualnych u kobiet. Upośledzone domeny *Female Sexual Function Index*

Problem FSD dotyczy według różnych źródeł 20–80% kobiet z cukrzycą. Jednak do niektórych danych należy podchodzić z dystansem, zwłaszcza badań przeprowadzonych w małych grupach [3, 11]. Naukowcy z ośrodka uniwersyteckiego w Leuven w Belgii, w badaniu z 2003 roku, w którym wzięło udział 97 kobiet chorujących na cukrzycę typu 1 oraz grupa kontrolna, dowiedli, że problem FSD dotyczy 27% kobiet z DM (średnia wieku $36,9 \pm 10,3$ roku), czyli prawie o połowę więcej niż w populacji ogólnej, gdzie FSD występuje u 15% kobiet [12]. Wyniki długofalowego (10-letniego) badania z tego samego ośrodka z 2009 roku wskazują, że problem FSD dotyczy 35% kobiet z cukrzycą typu 1 [11]. Inne statystyki ujawnia badanie Doruka i wsp. [13] z 2005 roku, w którym dowiedziano, że problem FSD dotyczy 71% kobiet z cukrzycą typu 1, 42% z cukrzycą typu 2, przy 37% w grupie kontrolnej. W tym badaniu średnia wieku wynosiła $41 \pm 9,5$ roku dla kobiet z cukrzycą typu 1 oraz $43 \pm 7,8$ roku dla kobiet z cukrzycą typu 2.

Wnioski z badania naukowców z Jordanu mówią, że ryzyko wystąpienia FSD wzrasta z wiekiem, osiągając 59,6% w porównaniu z 45,6% dla kobiet bez

cukrzycy [14]. Według danych zawartych w artykule dotyczącym tego badania problem FSD dotyczy 20–80% kobiet z DM, z tendencją do częstszego występowania po 50. rż., w porównaniu z kobietami z populacji ogólnej, gdzie dane szacuje się na około 30–78%. W badaniu dotyczącym kobiet w okresie pomenopauzalnym przedstawiono statystyki mówiące, że FSD dotyczy 75% kobiet z DM w porównaniu z 30,6% kobiet w grupie kontrolnej [15]. Wyniki innych badań również potwierdzają częstsze występowanie FSD u kobiet z DM [11, 16–18].

Różnice w danych dotyczących częstości występowania tego zjawiska mogą wynikać z różnej liczby osób biorących udział w badaniu, różnych miejsc rekrutacji badanych (POZ v. ginekologiczne poradnie przykliniczne) oraz stosowanych metod badawczych (kwestionariusze v. ustrukturalizowany wywiad) [16].

Podzielone są również zdania na temat konkretnych składowych fazy cyklu reakcji seksualnej, które ulegają pogorszeniu. Większość badaczy stosuje 19-itemowy kwestionariusz *Female Sexual Function Index* (FSFI), za pomocą którego ocenia się 6 składowych: pożądanie, podniecenie, nawilżanie, orgazm, satysfakcja i ból. Według badania naukowców z Jordanu z 2008 roku u kobiet powyżej 50. rż. obniżeniu ulega pożądanie, podniecenie, nawilżanie pochwy i osiągnięcie orgazmu, podczas gdy u kobiet w wieku poniżej 50 lat osłabieniu ulega tylko pożądanie [14]. Wyniki innych badań dowodzą, że obniżeniu ulegają popęd płciowy, podniecenie, nawilżanie pochwy, osiągnięcie orgazmu, całokształt satysfakcji z życia seksualnego [11, 17], a częściej zgłaszany jest ból towarzyszący współżyciu [11]. Odmienne informacje można uzyskać z badania przeprowadzonego na grupie kobiet z Nigerii z cukrzycą typu 2, gdzie domeny podniecenia, orgazmu i całokształtu satysfakcji były również obniżone, ale nie potwierdzono osłabienia pożądania. Kobiety te częściej natomiast zgłaszały ból podczas stosunku oraz zdecydowanie rzadziej uprawiały seks niż kobiety z grupy kontrolnej [10, 15], co zauważono również w badaniu z 2008 roku, w którym u kobiet w okresie pomenopauzalnym z DM zaburzone były wszystkie domeny FSFI [15]. Według badania przeprowadzonego w Leuven w 2003 roku upośledzeniu ulega libido, podniecenie, natomiast nie wykazano zaburzeń dotyczących osiągnięcia orgazmu [12]. Doruk i wsp. [13] dowodzą, że statystycznie istotne obniżenie punktacji w skali FSFI zaobserwowano w domenach pożądania, podniecenia i nawilżania pochwy u kobiet z cukrzycą typu 1 w porównaniu z grupą kontrolną, natomiast tylko delikatne różnice dotyczyły domeny orgazmu, dyspareunii i całokształtu funkcjonowania seksualnego u kobiet z cukrzycą typu

l w porównaniu z kobietami z cukrzycą typu 2 oraz grupą kontrolną. Naukowcy z Włoch w badaniu z 2006 roku dotyczącym funkcjonowania seksualnego oraz profilu hormonalnego u płodnych kobiet z cukrzycą typu 1 stwierdzili, że obniżenie domen podniecenia, nawilżania, orgazmu i bólu oraz całokształtu satysfakcji w FSFI jest znaczące w fazie lutealnej cyklu menstruacyjnego, ale nie w fazie folikularnej [3].

Czynniki predykcyjne

Wielu badaczy próbuje odpowiedzieć na pytanie, jakie czynniki predysponują do wystąpienia FSD u kobiet z DM. Analizowano różne zmienne biologiczne, psychologiczne i socjodemograficzne, podlegające modyfikacji lub niemodyfikowalne. Według autorów badania z Leuven znaczenia nie mają: wiek, BMI, czas trwania cukrzycy (u mężczyzn te parametry są istotne), stosowane leczenie, status menopauzalny i stężenie HbA_{1c} [12, 16], co jest niezgodne z wynikami badania z Jordanii z 2008 roku, w którym autorzy wykazali silną korelację między nasileniem FSD a wiekiem, czasem trwania choroby, wartością BMI, obecnością powikłań w postaci choroby niedokrwiennej serca, nefropatii oraz retinopatii. Jednak kobiety biorące udział w tym badaniu były w grupie wiekowej powyżej 50. rż. i nie wykazano związku między FSD a kontrolą glikemii, typem cukrzycy, paleniem tytoniu, obecnością dyslipidemii, nadciśnienia tętniczego czy neuropatii [14]. Naukowcy z ośrodka w Iranie uwzględnili także czynniki socjologiczne. Według nich czas trwania cukrzycy oraz wiek mają znaczenie w rozwoju FSD, natomiast negują związek między wartością BMI, jakością kontroli glikemii, poziomem wykształcenia czy miejscem zatrudnienia [17]. W badaniu przeprowadzonym na 51 kobietach z cukrzycą typu 2 z Nigerii stwierdzono, że nie ma związku między częstszym występowaniem FSD a wartościami BMI, ciśnienia tętniczego, kontrolą glikemii czy obecnością powikłań. Natomiast zaobserwowano korelację dotyczącą wieku kobiet (status menopauzalny) oraz czasu trwania choroby [10]. Naukowcy z Uniwersytetu w Mersin w Turcji dowodzą, że nie ma korelacji między FSD a wiekiem, poziomem wykształcenia, rodzajem wykonywanej pracy lub jej brakiem, statusem menopauzalnym, ale są to czynniki ryzyka u kobiet niechorujących na DM [13].

Depresja jako ważny czynnik predykcyjny

Najważniejszym czynnikiem ryzyka rozwoju FSD jest depresja. Zgodnie z wnioskami z badania przeprowadzonego na 240 pacjentach (obydwu płci, w tym

97 kobiet) z cukrzycą typu 1 przez okres 2 lat, obecność depresji jest znaczącym predykatorem FSD. Objawy depresyjne występują znacznie częściej u kobiet (i mężczyzn) z zaburzeniami funkcji seksualnych niż u osób bez tego typu dysfunkcji. Do oceny nasilenia depresji użyto skali Becka i według zebranych danych depresję, czyli wyniki równe lub wyższe niż 16, można było zdiagnozować 4-krotnie częściej u kobiet z FSD (37,7%) w porównaniu z kobietami bez tego typu zaburzeń (8,3%). Problemy dotyczyły obniżenia libido, spadku podniecenia oraz całokształtu funkcji seksualnych, natomiast nie stwierdzono korelacji między nasileniem depresji a trudnością z osiągnięciem orgazmu. Autorzy podkreślają również, że większa częstość występowania depresji u kobiet niż u mężczyzn chorujących na DM odzwierciedla populacyjne proporcje dla depresji [12]. Podobne są wnioski z badania z 2008 roku przeprowadzonego wśród kobiet w wieku pomenopauzalnym chorujących na DM. Kobiety, u których stwierdzono również depresję (za pomocą skali Becka) osiągały znacznie gorsze wyniki w FSFI w porównaniu z grupą kobiet, u których nie stwierdzono objawów depresji [15]. Autorzy badania z 2002 roku dotyczącego FSD u kobiet z cukrzycą typu 1 dowiedli, że depresja jest silnym predykatorem rozwoju FSD u kobiet chorujących na cukrzycę. Podkreślają również, że korelacja między FSD i objawami depresyjnymi jest istotna nie tylko w grupie z DM, ale również w grupie kontrolnej. Przemawia to za wzmocnieniem teorii, że u podłoża FSD leżą przede wszystkim czynniki psychologiczne [16].

Przyczyny psychologiczne

Dyskusja dotycząca etiologii zaburzeń seksualnych u pacjentów z DM jest wciąż otwarta. Ze względu na większą częstość występowania u pacjentów z DM powikłań naczyniowych i neurologicznych, a także problemów emocjonalnych, postuluje się podłoża zarówno organiczne, jak i psychologiczne. Zgodnie z dotychczasową wiedzą na temat przyczyn zaburzeń seksualnych, u mężczyzn źródła należy poszukiwać w stanie somatycznym, natomiast u kobiet ważniejszą rolę odgrywają czynniki psychologiczne [12]. U kobiet z DM, lecz nie u mężczyzn, dysfunkcja życia seksualnego jest powiązana z obecnością depresji, gorszą jakością relacji partnerskiej oraz niższym stopniem poznawczego przystosowania do choroby [12]. W przeglądzie literatury na temat FSD u kobiet z DM z 2005 roku podkreślono istotę czynników psychospołecznych jako przyczyny FSD. Zaakcentowano między innymi obniżenie poczucia atrakcyjności związane ze wzrostem masy ciała, zniekształceniami ciała

w miejscach wkluć u leczonych insuliną. Innym czynnikiem był strach przed zajściem w ciążę przy świadomości potencjalnych powikłań dla samej kobiety oraz zagrożenia dla dziecka. Ważne również były uczucie samotności, izolacji oraz brak zrozumienia przez partnera. Część kobiet twierdzi jednak, że wraz z diagnozą DM relacja z partnerem uległa znacznej poprawie [7]. Pogorszenie relacji partnerskiej, częstsze występowanie depresji oraz mniejszą częstość stosunków seksualnych stwierdzono u kobiet z DM w wieku pomenopauzalnym [15]. Są to wnioski spójne z wynikami badania kobiet z cukrzycą typu 1, w którym kobiety obciążone DM z FSD oraz kobiety z grupy kontrolnej, u których również stwierdzono FSD, potwierdziły gorszą jakość relacji małżeńskich oraz więcej objawów depresyjnych. Nie jest to zaskakujące, gdyż wielokrotnie dowiedziono związku FSD z depresją i pogorszeniem relacji małżeńskich [16]. Badanie nad znaczeniem upośledzenia odczuwania sensorycznego w okolicach narządów płciowych u kobiet z DM udowadnia, że pomimo występowania upośledzenia odczuwania, nie zawsze rozwija się FSD. Zatem u kobiet organiczne przyczyny są zdecydowanie mniej istotne [18]. Depresja oraz stan cywilny okazały się jedynymi czynnikami mającymi związek z rozwojem FSD: kobiety z objawami depresyjnymi 2-krotnie częściej zgłaszały problemy seksualne, a u mężatek ryzyko FSD było 2,5-krotnie wyższe [11].

Czynniki społeczne

Autorzy badań jasno określają kryteria włączenia dotyczące sytuacji cywilnej lub osobistej kobiet. Ogólnie powinny to być kobiety pełnoletnie, aktywne seksualnie, w stabilnym związku heteroseksualnym czy wprost małżeńskim. W jednym z badań wymogiem była stabilna heteroseksualna relacja trwająca przynajmniej rok [12]. W innym badaniu dopuszczono udział jedynie tych kobiet, które pozostawały w związku małżeńskim [17]. W innym badaniu autorzy określili, że kobieta powinna mieć po prostu aktywnego seksualnie partnera [15]. Jednak zdania na temat trafności kryteriów są podzielone: postuluje się, że wyłączenie kobiet nieaktywnych seksualnie jest błędem, gdyż możliwe, że są nieaktywne z powodu FSD [7]. Innym zagadnieniem wymagającym uwagi są kobiety wychowane w kulturze muzułmańskiej, które odnoszą się do kwestii seksu i zaburzeń tej sfery inaczej niż kobiety z innych kręgów kulturowo-religijnych. W Jordani czy Iranie mówienie otwarcie na temat seksu nie jest łatwe, jednak w profesjonalnym kontekście medycznym kobiety wydają się świadome i otwarte [14].

Ograniczenia, kierunki, implikacje kliniczne badań

Jednym z ograniczeń wymienionych przez autorów badań nad FSD u kobiet z DM jest mała liczba badań dotyczących tego tematu, zaś te, które przeprowadzono, miały małą grupę badaną. Należy zatem zachować ostrożność przy interpretacji wyników, gdyż mogą one okazać się fałszywe. Ponadto autorzy nie stworzyli specjalnej grupy kontrolnej, tylko potraktowali dane populacyjne jako grupę kontrolną [12]. Różnice w wynikach badań mogą być efektem różnej liczby osób uczestniczących w próbie, różnego sposobu rekrutacji grupy kontrolnej czy zastosowanych metod (kwestionariusz v. ustrukturalizowany wywiad) [16]. Odnośnie do metod — ważna jest możliwość poznania subiektywnego odczucia pacjentek, ale również uzyskiwanie informacji i oceny za pomocą narzędzia obiektywnego [12].

Autorzy podkreślają potrzebę przeprowadzenia w przyszłości badania długofalowego w celu oceny ewolucji zaburzeń seksualnych w czasie, a także ewolucji zależności objawów depresyjnych i FSD [12]. W praktyce klinicznej należy pytać kobiety z DM o objawy depresyjne oraz problemy dotyczące funkcji seksualnych [11].

Piśmiennictwo

- Hatzichristou D., Rosen R.C., Broderick G. i wsp. Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and women. *J. Sex. Med.* 2004; 1: 49–57.
- Nappi R., Salonia A., Traish A.M. i wsp. Clinical biologic physiologies of women sexual dysfunction. *J. Sex. Med.* 2005; 2: 4–25.
- Salonia A., Lanzi R., Scavini M. i wsp. Sexual function and endocrine profile in fertile women with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2006; 29: 312–316.
- Brown J.S., Wessells H., Chancellor M.B. i wsp. Urologic complications of diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28: 177–185.
- Rosen R.C., Wing R., Schneider S., Gendrano N. Epidemiology of erectile dysfunction: the role of medical comorbidities and lifestyle factors. *Urol. Clin. North Am.* 2005; 32: 403–417.
- Enzlin P., Mathieu C., Vanderschueren D., Demyttenaere K. Diabetes mellitus and female sexuality: a review of 25 years' of research (review). *Diabet. Med.* 1998; 15: 809–815.
- Rutherford D., Collier A. Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *Gynaecol. Endocrinol.* 2005; 21: 189–192.
- Wild S., Roglic G., Green A., Sicree R., King H. Global prevalence of diabetes. Estimates for year 2000 and projections for year 2030. *Diabetes Care* 2004; 27: 1047–1053.
- Goldstein I. Current management strategies of the postmenopausal patient with sexual health problems. *J. Sex. Med.* 2007; 4 (supl. 3): 235–253.
- Olarinoye J., Olarinoye A. Determinants of sexual function among women with type 2 diabetes in a Nigerian population. *J. Sex. Med.* 2008; 5: 878–886.
- Enzlin P., Rosen R., Wiegel M. i wsp. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2009; 32: 780–785.
- Enzlin P., Mathieu C., Van den Bruel A., Vanderschueren D., Demyttenaere K. Prevalence and predictors of sexual dysfunction in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 409–414.

13. Doruk H., Akbay E., Cayan S., Akbay E., Bozlu M., Acar D. Effect of diabetes mellitus on female sexual function and risk factors. *Arch. Androl.* 2005; 51: 1–6.
14. Abu Ali R.M., Al Hajeri R.M., Khader Y.S., Shegem N.S., Ajlouni K.M. Sexual dysfunction in Jordanian diabetic women. *Diabetes Care* 2008; 31: 1580–1581.
15. Mezones-Holguin E., Blumel J.E., Huezio M. i wsp. Impact of diabetes mellitus on the sexuality of Peruvian postmenopausal. *Gynecol. Endocrinol.* 2008; 24: 470–474.
16. Enzlin P., Mathieu C., Van den Bruel A., Bosteels J., Vanderschueren D., Demyttenaere K. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 672–677.
17. Fatemi S.S., Taghavi S.M. Evaluation of sexual function in women with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Vasc. Dis. Res.* 2009; 6: 38–39.
18. Erol B., Tefekli A., Sanli O. i wsp. Does sexual dysfunction correlate with deterioration of somatic sensory system in diabetic women? *Int. J. Impot. Res.* 2003; 15: 198–202.