

# Seksualność kobiet z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit — badania własne

Sexuality of women with inflammatory bowel diseases  
— original results

Natalia Miklas<sup>1</sup>, Maria Szostkowska<sup>2</sup>, Zygmunt Zdrojewicz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Licencjat położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

<sup>2</sup>Zakład Położnictwa Praktycznego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

<sup>3</sup>Katedra i Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

## Streszczenie

**Wstęp:** Celem pracy było poznanie seksualności oraz jej zaburzeń u kobiet chorujących na nieswoiste choroby zapalne jelit (NChZJ).

**Materiał i metody:** W badaniu wzięło udział 126 kobiet chorujących na nieswoiste zapalenie jelita, w tym: 55 kobiet chorych na chorobę Leśniowskiego-Crohna, 65 na wrzodziejące zapalenie jelita grubego oraz 6 chorych na nieswoiste niesklasyfikowane zapalenie jelita. Grupę kontrolną stanowiły 123 kobiety zdrowe. Obie te grupy zostały poddane badaniu poprzez wypełnienie kwestionariusza autorskiego przygotowanego na potrzeby niniejszego badania. Funkcjonowanie seksualne oceniono za pomocą kwestionariusza Female Sexual Function Index (FSFI) zawierającym pytania o 6 następujących domen: pożądanie, pobudzenie, lubrykacja, orgazm, zadowolenie oraz ból.

**Wyniki:** U kobiet chorujących na NChZJ zaobserwowano obniżenie funkcji seksualnych. Nasilenie objawów choroby podstawowej ogranicza ich aktywność seksualną, przebyte zabiegi operacyjne obniżyły funkcjonowanie seksualne kobiet w poszczególnych badanych parametrach, w obu obserwowanych grupach.

**Wnioski:** Nieswoiste choroby zapalne jelit obniżają funkcje seksualne kobiet. Wyraźny wpływ ma na to aktywność choroby, jej akceptacja oraz przeprowadzane zabiegi chirurgiczne. Im lepsze funkcjonowanie seksualne tym wyższa jakość życia kobiet chorych na nieswoiste choroby zapalne jelit.

**Słowa kluczowe:** seksualność kobiet, FSFI, nieswoiste choroby zapalne jelit, choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego

Seksuologia Polska 2015; 13 (2): 45–52

## Abstract

**Introduction:** The aim of the research was to explore sexuality and its disorders in women with inflammatory bowel diseases (IBD).

**Material and methods:** 126 women with inflammatory bowel diseases participated in the study: 55 women with Crohn disease, 65 with ulcerative colitis and 6 patients with unspecified inflammatory bowel disease. Control group consisted of 123 healthy women. Both groups completed the questionnaire prepared for this study. To assess sexual functioning, FSFI questionnaire (Female Sexual Function Index) was applied. The questionnaire contained questions referring to 6 domains: desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain.

**Results:** Decrease in sexual functions was observed in women with IBD. Intensity of symptoms limits their sexual activity and undergone surgeries decreased sexual functioning of women in both groups.

**Conclusions:** Inflammatory bowel diseases reduce women's sexual functions. It is caused mainly by activities of a disease, its acceptance and performed surgery. The better sexual functioning in women, the better comfort of women's lives with inflammatory bowel diseases.

**Key words:** sexuality of women, FSFI, inflammatory bowel diseases, Crohn's disease, ulcerative colitis

Polish Sexology 2015; 13 (2): 45–52

## Wstęp

Nieswoiste choroby zapalne jelit to idiopatyczne schorzenia o nie do końca poznanej przyczynie, mające charakter przewlekłego procesu zapalnego błony śluzowej jelita z przebiegiem okresowych zaostrzeń i remisji. Wyróżniamy dwie, najczęściej występujące jednostki kliniczne: chorobę Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego. W przypadku, gdy choroba nie rozwinię się z kierunku żadnej ze wspomnianych wyżej chorób używa się określenia nieswoistego niesklasyfikowanego zapalenia jelita [1].

Choroba Leśniowskiego-Crohna (CD, *Crohns disease*) jest chorobą zapalną przewodu pokarmowego, mogącą się pojawić na dowolnym odcinku przewodu pokarmowego, penetrującą wszystkie warstwy ściany jelita. Najczęstszą lokalizacją zmian chorobowych jest okolica krętniczko-kątnicza, obserwuje się jednak odcinkowe występowanie zmian zapalnych. Typowa dla tej choroby jest obecność ropni i przetok do narządów wewnętrznych (pętli jelit, pęcherza moczowego, pochwy) oraz na zewnątrz powłok brzusznych [2].

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego (CU, łac. *colitis ulcerosa*), w odróżnieniu od choroby Leśniowskiego-Crohna jest ograniczone tylko do jelita grubego i jedynie komórek powierzchniowych błony śluzowej. W tej jednostce chorobowej proces zapalny rozpoczyna się zwykle w odbytnicy i może pozostać tylko w tej lokalizacji albo szerzyć się w kierunku proksymalnych partii jelita grubego, nie obserwuje się odcinkowego występowania zmian [2]. Nieswoiste niesklasyfikowane zapalenie jelita jest to jednostka, która w naturze morfologicznej nie odpowiada ani chorobie Leśniowskiego-Crohna, ani wrzodziejącemu zapaleniu jelita grubego [1].

Z dotychczasowych badań wynika, że na nieswoiste choroby zapalne jelit zapadają najczęściej osoby młode, a szczyt zachorowalności określa się między 20. a 35. rokiem życia. Szacuje, że w Polsce na chorobę Leśniowskiego-Crohna może cierpieć nawet 15 000, a liczba chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego może przekraczać 30 000 [3]. Objawy NChZJ są podobne w każdej jednostce chorobowej, lecz występują z różną częstością i nasileniem. Do typowych objawów należą: bóle brzucha, luźne bądź wodniste stolce, niekiedy z obecnością krwi, śluzu lub ropy, utrata apetytu, spadek masy ciała oraz zmiany okołoodbytowe. Objawy nietypowe to: zahamowanie wzrostu i/lub dojrzewania płciowego, gorączka lub stany podgorączkowe, rumień guzowaty, bóle i/lub zapalenie stawów, schorzenia narządu wzroku, występowanie aft (głównie w jamie ustnej). W NChZJ często obserwuje się manifestacje pozajelitowe, które najczęściej występują w postaci zapaleń stawów obwodowych lub stawów krzyżowo-biodrowych [2, 3]. Jak dotąd nie znaleziono

sposobu wyleczenia nieswoistych chorób zapalnych jelit. Z uwagi na brak jasno określonego czynnika etiologicznego nie jest możliwe leczenie przyczynowe. Celem dostępnego leczenia jest minimalizowanie stanu zapalnego, leczenie niedożywienia oraz leczenie podtrzymujące, polegające na zapobieganiu nawrotom choroby [4]. Podstawowymi środkami farmakologicznymi stosowanymi w terapii NChZJ są aminosalicylany, glikokortykosteroidy (GSK), leki immunosupresyjne oraz biologiczne. Niektóre postaci choroby oraz powikłania infekcyjne leczy się, podając antybiotyki. U niektórych pacjentów ze względu na brak odpowiedzi na leczenie farmakologiczne bądź wyniki powikłania, konieczne jest zastosowanie leczenia chirurgicznego, niekiedy radykalnego, kończącego się koniecznością wyłonienia stomii jelitowej. Ważną rolę odrywa również leczenie dietetyczne [1]. Nieswoiste choroby zapalne jelit, podobnie jak inne choroby przewlekłe w znaczny sposób upośledzają życie codzienne osób chorych oraz pośrednio, ich najbliższego otoczenia. Ograniczenia wynikające z choroby przewlekłej dotyczą niemal każdej sfery życia, również sfery seksualnej.

Celem podjętych badań było poznanie seksualności kobiet chorych na nieswoiste choroby zapalne jelit oraz poznanie zaburzeń w tej sferze.

## Materiał i metody

Badanie kobiet chorych na NChZJ przeprowadzono na terenie Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii Akademickiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu oraz drogą mailową w społeczności Polskiego Towarzystwa Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita „J-elita”. Grupę kontrolną stanowiły kobiety zdrowe, losowo wybrane spośród znajomych. Badanie odbyło się w okresie od grudnia 2012 do marca 2013 roku. Grupę badaną stanowiło 126 kobiet chorujących na nieswoiste choroby zapalne jelit. W grupie kontrolnej znalazły się 123 kobiety, które w trakcie ankietowania nie wskazały u siebie istotnych chorób i dolegliwości. Badaniu podlegały kobiety między 18. a 70. rokiem życia.

Ankieta autorska dla kobiet chorych na nieswoiste zapalenie jelita składała się z 32 pytań i podzielona została na dwie części. Pierwsza z nich skupiała się na chorobie podstawowej, objawach z nią związanych, aktualnie przyjmowanych lekach, przebytych operacjach, nastawieniu do choroby, ograniczeniach oraz jakości życia. Druga część zawierała pytania dotyczące czasu trwania związku, aktywności seksualnej, dolegliwości w sferze seksualnej, sposobów stosowanej antykoncepcji, podejściu do partnerstwa oraz diety. Ankieta autorska dla grupy kontrolnej zawierała 21 pytań,

skonstruowana była podobnie jak ankieta dla kobiet chorych, z uwzględnieniem aktualnego stanu zdrowia.

Obie grupy zapytano o wiek, stan cywilny, wykształcenie, sytuację zawodową oraz miejsce zamieszkania. W obu wykorzystano również kwestionariusz *Female Sexual Function Index* (FSFI) w polskiej wersji językowej, który pozwala na ocenę żeńskich funkcji seksualnych. Składa się z 19 pytań, podzielonych na 6 domen. Domeny te dotyczyły kolejno: pożądania, podniecenia (4 pytania), lubrykacji (4 pytania), orgazmu (3 pytania), satysfakcji (3 pytania) oraz bólu (3 pytania). W każdej domenie maksymalnie można uzyskać 6 punktów, całość stanowi 36 punktów, minimalnie można uzyskać 2 punkty, maksymalnie 36.

Analizując domeny w poszczególnych sytuacjach, zastosowano obliczanie mediany (Me) oraz podano wartość minimalną i maksymalną dla danego zestawienia. Obliczeń dokonano za pomocą arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel 2010. Do przedstawiania wyników zastosowano wykresy i tabele. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (nr KB- 15/2013).

## Wyniki

Badaniem objęto 55 kobiet (43%) chorych na chorobę Leśniowskiego-Crohna, 65 (52%) na wrzodziejące zapalenie jelita grubego oraz 6 kobiet (5%) chorych na niesklasyfikowane nieswoiste zapalenie jelita. W tej grupie było 69 kobiet (55%) w remisji choroby, 32 kobiety (25%) w czasie zaostrzenia, choroba pozostałej części badanych miała postać przewlekłe aktywnej (25 kobiet — 20%). Porównano wszystkie domeny ankiety FSFI w obu grupach kobiet. Widoczny jest wyraźnie wyższy poziom mediany u kobiet zdrowych z grupy kontrolnej w porównaniu z medianami w grupie kobiet chorych (tab. 1).

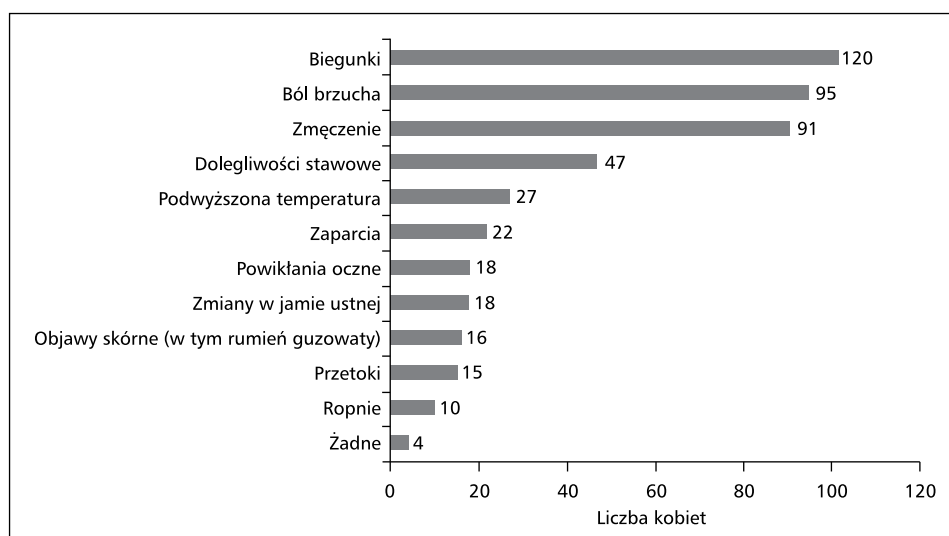
Przeanalizowano zależność między aktualnym stanem respondentek — remisją, zaostrzeniem, postacią przewlekłe aktywnej, a poszczególnymi domenami funkcji seksualnych: pożądaniem, pobudzeniem, lubrykacją, orgazmem, satysfakcją oraz bólem. Najwyższą medianę w domenie pożądania wykazały kobiety w czasie remisji choroby (Me = 4,2), podczas zaostrzenia oraz postaci przewlekłe aktywnej mediana była na tym samym poziomie (Me = 3,6) ale niższa niż w remisji. Najwyższy poziom lubrykacji był podczas remisji (Me = 5,7), niższe, ale na tym samym poziomie wartości wykazały pozostałe okresy choroby (Me = 5,4). Mediana orgazmu, podobnie jak zadowolenie oraz ból ukształtowały się z tendencją spadkową (tab. 2). Analizowano

**Tabela 1.** Zależności między poszczególnymi domenami w grupie kobiet chorych na NChZJ (n = 126) oraz w grupie kontrolnej kobiet zdrowych (n = 123)

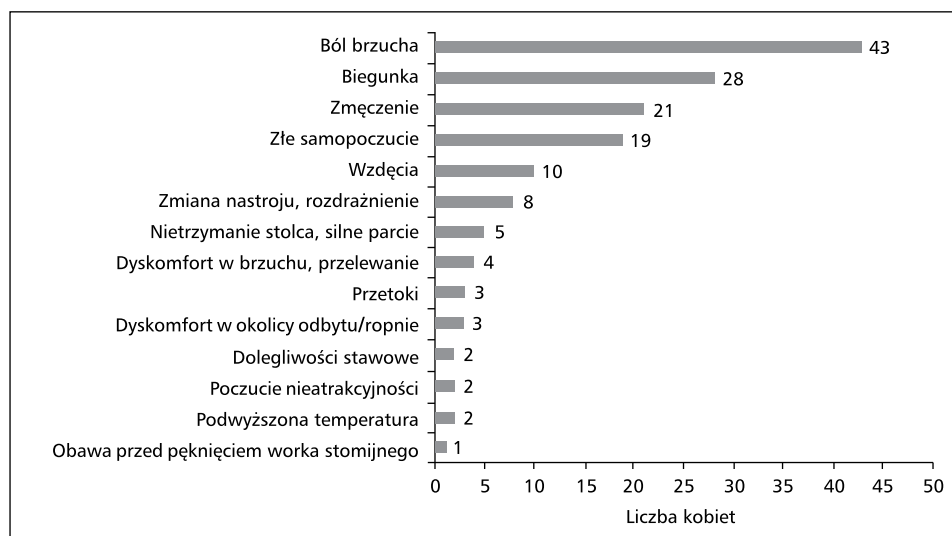
	Kobiety chore na NChZJ	Grupa kontrolna
	Mediana Minimum Maksimum	
Pożądanie	<b>4,2</b> 1,2 6,0	<b>4,8</b> 1,8 6,0
Pubudzenie	<b>4,8</b> 0,0 6,0	<b>5,1</b> 0,0 6,0
Lubrykacja	<b>5,1</b> 0,0 6,0	6,0 0,0 6,0
Orgazm	<b>5,0</b> 0,0 6,0	<b>5,2</b> 0,0 6,0
Zadowolenie	<b>4,8</b> 0,8 6,0	<b>5,6</b> 0,8 6,0
Ból	<b>4,8</b> 0,0 6,0	<b>5,6</b> 0,0 6,0

**Tabela 2.** Poszczególne domeny w grupie kobiet chorych na NChZJ w zależności od aktualnego stanu (n = 126)

	Aktualny stan:		
	Remisja	Zaostrzenie	Postać przewlekłe aktywne
	Mediana Minimum Maksimum		
Pożądanie	<b>4,2</b> 1,2 6,0	<b>3,6</b> 1,2 6,0	<b>3,6</b> 1,2 6,0
Pobudzenie	<b>4,8</b> 0,0 6,0	<b>4,8</b> 0,0 6,0	<b>4,6</b> 0,0 6,0
Lubrykacja	<b>5,7</b> 0,0 6,0	<b>5,4</b> 0,0 6,0	<b>5,4</b> 0,0 6,0
Orgazm	<b>5,2</b> 0,0 6,0	<b>4,8</b> 0,0 6,0	<b>4,2</b> 0,0 6,0
Zadowolenie	<b>5,6</b> 0,8 6,0	<b>4,4</b> 0,8 6,0	<b>4,2</b> 0,8 6,0
Ból	<b>4,8</b> 0,0 6,0	<b>4,4</b> 0,0 6,0	<b>3,2</b> 0,0 6,0



Rycina 1. Najbardziej dokuczliwe objawy/dolegliwości związane z chorobą



Rycina 2. Objawy/dolegliwości wpływające na ograniczenie aktywności seksualnej kobiet chorych na NChZJ

również dane dotyczące długości chorowania. Najwyższy poziom pożądania był u kobiet chorujących 1–5 lat ( $Me = 4,2$ ), z czasem trwania choroby obserwuje się tendencję spadkową mediany. Pobudzenie i lubrykacja utrzymywały się na tym samym bądź zbliżonym poziomie w danej domenie w grupie chorujących od 1 roku do 15 lat (dla wszystkich  $Me = 4,8$ ); lubrykacja ( $Me = 5,4$ ), znaczny spadek mediany nastąpił, gdy choroba trwała dłużej niż 15 lat ( $Me = 3,7$  oraz  $Me = 2,8$ ). Jeśli chodzi o orgazm, w przedziale chorobowym 1–5 lat mediana była nieco niższa ( $Me = 4,8$ ) w porównaniu z kolejnymi latami chorowania (6–15 lat) –  $Me = 5,2$ . Znaczny spadek  $Me$  nastąpił w przedziale powyżej 15 lat trwania choroby ( $Me = 3,2$ ). Zadowolenie oraz ból od 1 do 5 lat trwania choroby były obniżone w stosunku do kolejnych lat, znaczny spadek mediany obserwuje się, gdy choroba trwa dłużej niż 15 lat (odpowiednio

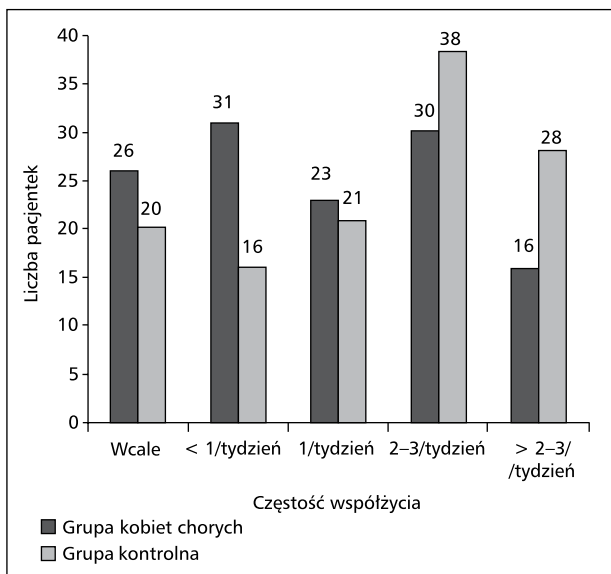
$Me = 3,2$  oraz  $Me = 1,8$ ). Jako najbardziej uciążliwe objawy/dolegliwości towarzyszące chorobie najwięcej, bo 102 kobiety uznały biegunki, 95 kobiet ból brzucha, 91 kobiet zmęczenie, na dolegliwości stawowe skarżyło się 47 kobiet chorych na NChZJ (ryc. 1). Na pytanie: czy nasilenie objawów choroby podstawowej ogranicza aktywność seksualną 70 kobiet (56%) odpowiedziało twierdząco, 39 kobiet (31%) stwierdziło, że czasami powoduje to ograniczenia ich aktywności seksualnej, 17 kobiet (13%) nie odczuwa ograniczenia aktywności w tej sferze. Wśród kobiet, które odpowiedziały, że nasilenie choroby ogranicza ich aktywność seksualną, 43 kobiety uznały, że najczęstszym tego powodem jest ból brzucha. W następnej kolejności biegunki — 28 kobiet, zmęczenie — 21 kobiet oraz ogólne złe samopoczucie — 19 kobiet (ryc. 2). Z powyższych danych wynika, że trzema najbardziej ograniczającymi dole-

Tabela 3. Poszczególne domeny w grupie kobiet chorych na NChZJ (n = 126) oraz grupie kontrolnej (n = 123) w zależności od przebytych interwencji chirurgicznych

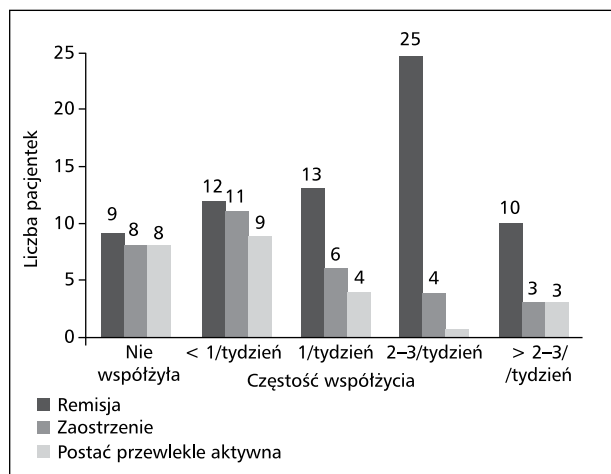
	Zabiegi operacyjne			
	Grupa badana		Grupa kontrolna	
	Stan bez interwencji chirurgicznej	Stan po interwencji chirurgicznej	Stan bez interwencji chirurgicznej	Stan po interwencji chirurgicznej
			Mediana	
			Minimum	
			Maksimum	
Pożądanie	<b>4,2</b> 1,2 6,0	<b>3,6</b> 1,2 6,0	<b>4,8</b> 3,6 6,0	<b>4,8</b> 1,8 5,4
Pobudzenie	<b>4,8</b> 0,0 6,0	<b>4,8</b> 0,0 6,0	<b>5,4</b> 0,0 6,0	<b>4,8</b> 3,3 4,8
Lubrykacja	<b>5,6</b> 0,0 6,0	<b>4,8</b> 0,0 6,0	<b>6,0</b> 0,0 6,0	<b>5,7</b> 4,2 6,0
Orgazm	<b>5,2</b> 0,0 6,0	<b>4,8</b> 0,0 6,0	<b>5,8</b> 0,0 6,0	<b>5,2</b> 3,6 6,0
Zadowolenie	<b>5,2</b> 0,8 6,0	<b>4,4</b> 0,8 6,0	<b>6,0</b> 4,4 6,0	<b>5,6</b> 0,8 6,0
Ból	4,8 0,0 6,0	4,4 0,0 6,0	5,6 3,6 6,0	5,2 0,0 6,0

gliwościami w sferze intymnej są te, które respondentki uznały za najbardziej dokuczliwe w przebiegu choroby podstawowej: ból brzucha, biegunki oraz zmęczenie. Podczas badań analizowano związek wykonanych zabiegów chirurgicznych w obrębie jamy brzusznej z domenami z kwestionariusza FSFI u obu grup. Porównując obie grupy w zależności od przebytych operacji w poszczególnych domenach zaobserwowano ich wyższe poziomy u kobiet z grupy kontrolnej. W obu grupach, mediana u kobiet po zabiegach chirurgicznych jest niższa niż u tych, które nie przeszły żadnej interwencji chirurgicznej. Wyjątki stanowią: poziom pożądaniami w grupie kontrolnej oraz pobudzenie w grupie kobiet chorych, gdzie mediany utrzymują się na tym samym poziomie zarówno u kobiet bez, jak i po zabiegach chirurgicznych w obrębie jamy brzusznej (tab. 3). Nastawienie do własnej choroby okazało się istotnym czynnikiem warunkującym prawidłowe funkcjonowanie seksualne u kobiet chorujących na NChZJ. Poziom mediany wykazał, że im lepsze oswojenie i zaakceptowanie choroby, tym wyższe wyniki w poszczególnych domenach. Całkowite pogodzenie się z chorobą oraz jej zaakceptowanie odpowiada lepszemu funkcjonowaniu w każdej domenie seksualnej w porównaniu z innym stosunkiem do choroby. Najniższe mediany zaobserwowano, gdy respondentki nie pogodziły się z chorobą. Przeanalizowano długość przebywania w stałym związku a zadowolenie ze swojego aktual-

negu związku/życia seksualnego. Porównując grupę badaną oraz kontrolną, wyraźne różnice mediany wystąpiły w związkach trwających 6–10 lat (Me odpowiednio: 4,8 i 6,0) oraz powyżej 10 lat (Me odpowiednio 4,8 i 5,4). Wyodrębniono grupę 104 kobiet w stałym związku i przeanalizowano relacje interpersonalne. Jako bardzo dobre uznało 55 kobiet chorych (53%) oraz 73 kobiety (68%) z grupy kontrolnej. Wyniki dla obu grup były takie same, jeśli chodzi o dobre relacje. Respondentkom, które swoje relacje z partnerem określiły jako ani dobre ani złe, złe lub bardzo złe zadano pytanie, czy ma to związek z chorobą. Jedenaście (65%) spośród 17 kobiet odpowiedziało, że jakość ich relacji ma związek z chorobą jelit. Analizując częstość współżycia podczas ostatnich 4 tygodni przeważającą grupą kobiet niewspółżyjących bądź współżyjących rzadziej niż raz w tygodniu są kobiety chorujące na NChZJ. Z kolei większą część kobiet, które współżyły 2–3 razy w tygodniu lub częściej stanowiły kobiety zdrowe (ryc. 3). Analizie poddano również częstość współżycia kobiet chorych na NChZJ w zależności od ich aktualnego stanu: remisji, zaostrzenia lub postaci przewlekłe aktywnej (ryc. 4). W każdej grupie częstości współżycia najczęściej kobiet znajdowało się w remisji choroby i to one choćby w nieznacznym stopniu stanowiły większość. Zdecydowaną różnicę między remisją, a zaostrzeniem i przewlekłe aktywną postacią choroby można zaobserwować w grupie kobiet uprawiających



Rycina 3. Częstość współżycia kobiet chorych (n = 126) oraz kobiet z grupy kontrolnej (n = 123)



Rycina 4. Częstość współżycia kobiet chorych (n = 126) w zależności od aktualnego stanu

seks 2–3 razy w tygodniu. Porównano częstość współżycia seksualnego ze stopniem ograniczenia fizycznego poprzez chorobę. Wykluczono 13 kobiet, których powodem braku współżycia jest brak partnera. Wyniki wykazały, że kobiety, których choroba nie ogranicza, w nieznacznie większej liczbie współżyły częściej niż 2–3 razy w tygodniu (9 kobiet) w porównaniu z grupą, która odczuwa ograniczenia, ale jest w stanie wykonywać czynności dnia codziennego (6 kobiet). W grupie nieodczuwających ograniczeń ze strony choroby zaobserwowano mniejszą liczbę kobiet, które nie podejmowały współżycia z partnerem (2 kobiety). W grupie respondentek wykazujących ograniczenia, przy zachowanej możliwości wykonywania codziennych czynności znalazło się 8 kobiet, które nie współżyły w przeciągu ostatnich 4 tygodni.

Podczas analizy poziomu jakości życia zauważono, że im większe zadowolenie z aktualnego życia seksualnego tym lepsza jakość życia kobiet cierpiących na NZJ. Respondentki obu grup zapytano o występowanie dolegliwości w sferze seksualnej. W grupie kobiet chorujących na nieswoiste zapalenie jelita porównano okres przed i po zdiagnozowaniu choroby. Kobiety chorujące na NChZJ częściej zgłaszały problemy w sferze seksualnej po niż przed zachorowaniem. Brak dolegliwości przed zdiagnozowaniem wskazały 93 kobiety, po diagnozie 74. Do najczęściej zgłaszanych niedyspozycji w życiu seksualnym po zdiagnozowaniu NChZJ były: oziębłość seksualna (21 kobiet), suchość pochwy (19 kobiet), ból podczas stosunku (18 kobiet) oraz zmniejszenie doznań seksualnych (14 kobiet). U części kobiet występowało kilka problemów jednocześnie (tab. 4). Wyniki osiągnięte w grupie kontrolnej są zbliżone do wyników kobiet chorych przed zdiagnozowaniem. Analizując zadowolenie z życia seksualnego, pacjentki wykazały większe zadowolenie z życia intymnego, które prowadziły przed zachorowaniem niż z aktualnego. Znacznie wzrosła liczba kobiet, które zadowolenie ze

Tabela 4. Porównanie dolegliwości w sferze seksualnej u kobiet chorych na NChZJ przed i po zdiagnozowaniu (n = 126) oraz u kobiet zdrowych (n = 123)

	Kobiety chore		Kobiety zdrowe
	Przed zdiagnozowaniem	Po zdiagnozowaniu	
Zmniejszenie doznań seksualnych	3	14	2
Suchość pochwy	6	19	9
Trudności w osiągnięciu orgazmu	8	10	12
Brak orgazmu	0	7	4
Ból podczas stosunku	10	18	11
Oziębłość seksualna	2	21	2
Żadne	93	74	85
Nie wie	4	5	0

swojego aktualnego życia seksualnego określili jako średnie (31 kobiet), takie samo zdanie miało 8 kobiet przed zachorowaniem. Siedem kobiet jest niezadowolonych z aktualnego życia seksualnego, przy czym tylko jedna osoba miała takie odczucie przed zachorowaniem, bardzo niezadowolone były 4 kobiety chorujące na NChZJ. W grupie kontrolnej po 45 kobiet uznano, że są bardzo zadowolone i zadowolone ze swojego aktualnego życia seksualnego. Średnio zadowolonych było 20 kobiet, niezadowolonych 6. Żadna z kobiet z grupy kontrolnej nie uznała, że jest bardzo niezadowolona ze swojego życia seksualnego. Analizując otwartość na macierzyństwo w grupie kobiet chorych nieposiadających dzieci (n = 76) 19 kobiet (25%) zadeklarowało, że w przyszłości nie chce mieć dzieci, pozostała część — 57 kobiet (75%) na pytanie odpowiedziało twierdząco. W grupie kobiet zdrowych (103 kobiety) 3 (3%) z nich odpowiedziały, że nie chcą mieć dzieci, a 100 (97%) wykazało chęć posiadania ich w przyszłości.

## Dyskusja

Wyniki badania, czy IBD ma negatywny wpływ na częstość aktywności seksualnej, są bardzo zbliżone do tych, które uzyskali w 2010 roku Muller i wsp. [5]. W badaniu tym prawie 57,6% respondentek poinformowało, że częstość stosunków seksualnych została zmniejszona poprzez chorobę jelit. Wyniki niniejszych badań okazują się zgodne z rezultatami, które w 2005 roku przedstawił Dubinsky [6]. Postrzeganie własnego ciała jest znacznie zaburzone poprzez czynniki bezpośrednie (m.in. objawy choroby) oraz pośrednie (m.in. skutki uboczne przyjmowanych leków). Stosowanie steroidoterapii w leczeniu IBD wpływa na przyrost masy ciała oraz powstanie trądziku. Blizny powstałe w wyniku interwencji chirurgicznych również negatywnie wpływają na obraz własnego ciała. Koncentrując uwagę się na obniżeniu nastroju w przebiegu IBD, Timmer i wsp. [7] stwierdzili, że obniżenie nastroju stanowi główny czynnik ryzyka dla ograniczenia aktywności i zmniejszenia funkcji seksualnych. Nieco odmiennie wyniki zostały uzyskane w niniejszych badaniach, gdyż obniżenie nastroju uplasowało się na 6. pozycji wśród najczęściej podawanych przyczyn ograniczenia aktywności seksualnej. W 2002 roku Trachter i wsp. [8] przedstawili w swoich badaniach, że relacje interpersonalne mogą ulec pogorszeniu, zaznaczając, że otwartość wobec partnera jeśli chodzi o chorobę, dolegliwości i powikłania z nią związane, może te relacje poprawić. W badaniach własnych relacje między partnerami okazały się nieco gorsze niż w grupie kontrolnej. Biorąc pod uwagę negatywny wpływ choroby na stosunki międzyludzkie okazało się, że 11 z 17

kobiet (65%), które odpowiedziały, że ich relacje są ani dobre, ani złe, złe i bardzo złe uważa, że stan taki jest związany z przewlekłą chorobą jelit. W tej samej pracy [8] wykazano, że tylko 20% kobiet chorujących na NChZJ, bez względu na aktualny stan choroby cieszyły się wysokim lub średnim poziomem aktywności seksualnej. Ogólny odsetek kobiet nieaktywnych seksualnie wynosił 17%. Wyniki uzyskane w badaniach własnych były nieco wyższe. Trachter i wsp. [8] w swoich badaniach wykazali, że aktywność seksualna zmniejsza się lub zwiększa w zależności od aktywności choroby podstawowej. Podobne wyniki uzyskano w bieżących badaniach. Największy odsetek wśród kobiet, które zgłaszały dolegliwości w tej sferze stanowiły kobiety, które po zdiagnozowaniu choroby zauważyły u siebie oziębłość seksualną (24%). Kolejnym co do częstości występowania zgłaszanym problemem było zmniejszenie lubrykacji (21%) oraz ból podczas stosunków (20%). Z badań przeprowadzonych przez Timmera i wsp. najczęściej zgłaszanym problemem było niedostateczne nawilżenie pochwy (30%), w następnej kolejności ból podczas stosunków (25%) [7]. Niepokojące okazują się wyniki dotyczące otwartości na macierzyństwo. W swoich badaniach Dubinsky [6] zauważył, że u kobiet z NZJ częściej w porównaniu z populacją ogólną obserwuje się dobrowolną decyzję o nieposiadaniu potomstwa. Stwierdzenie to potwierdziło się w badaniach własnych.

## Wnioski

1. Badane parametry funkcji seksualnych kobiet chorych na NChZJ są niższe w porównaniu z grupą kontrolną kobiet zdrowych.
2. Nasilenie objawów choroby podstawowej ogranicza aktywność seksualną badanych kobiet.
3. Aktualny stan pacjentki (remisja, zaostrzenie, przewlekłe aktywna postać choroby) jest predyktorem jakości funkcjonowania seksualnego — im lepszy stan pacjentki, tym lepsze funkcjonowanie seksualne.
4. Interwencje chirurgiczne istotnie pogorszyły funkcjonowanie seksualne u kobiet w obu badanych grupach.
5. Im większe pogodzenie z faktem choroby i zaakceptowanie jej, tym zdecydowanie lepsze funkcjonowanie seksualne.
6. Zachorowanie na NChZJ wpłynęło na pojawienie się dolegliwości w sferze seksualnej.
7. Artykuł powstał na podstawie pracy licencjackiej pt.: „Seksualność kobiet z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit” obronionej 24 maja 2013 roku na Wydziale Nauk o Zdrowiu Wrocławskiego Uniwersytetu Medycznego.

## Piśmiennictwo:

1. Rydzewska G., Małecka-Panas E. (red.). Choroba Leśniowskiego-Crohna — 100 lat diagnostyki i terapii. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2008.
2. Małecka-Panas E., Słomka M. (red.). Przewlekłe nieswoiste choroby zapalne jelit: choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego/oprac. przez Niemieckie stowarzyszenie Choroby Crohna/ Colitis ulcerosa — DCCV; Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław 2012.
3. Mossakowska M. Poradnik dla młodzieży i rodziców dzieci chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub chorobę Leśniowskiego-Crohna. Wyd. Towarzystwo J-elita, Warszawa 2012.
4. Wejman J., Bartnik W. (red.). Atlas kliniczno-patologiczny nieswoistych chorób zapalnych jelit. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2011.
5. Muller K.R., Prosser R., Bampton P., Mountfield R., Andrews J.A. Female gender and surgery impair relationships, body image, and sexuality in inflammatory bowel disease: patient perceptions. *Inflammatory Bowel Diseases* 2010; 16: 657–663.
6. Dubinsky M. Sexuality Issues in IBD. *Practical Gastroenterology* 2005; 55–66.
7. Timmer A., Kemptner D., Bauer A., Taksas A., Ott C., Fürst A. Determinants of female sexual function in inflammatory bowel disease: a survey based cross-sectional analysis. *BMC Gastroenterol* 2008, 8: 45.
8. Trachter A., Rogers A., Leiblum S. Inflammatory bowel disease in women impact on relationship and sexual health. *Inflammatory Bowel Diseases* 2002, 8: 412–421.