

Jakość życia seksualnego u kobiet chorujących na stwardnienie rozsiane

Sexual quality of life in women with multiple sclerosis

Michał Lew-Starowicz¹, Rafał Rola^{2,3}

¹III Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Marek Jarema

²I Klinika Neurologii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Danuta Ryglewicz

³Zakład Fizjologii i Patofizjologii Człowieka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego;
kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Paweł Szulczyk

Przeгляд Menopauzalny 2012; 5: 381–387

Streszczenie

Cel pracy: Celem niniejszego badania była ocena funkcjonowania seksualnego i jakości życia w odniesieniu do aktywności seksualnej kobiet chorujących na stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex – SM*) i zbadanie jej związku z występowaniem dysfunkcji seksualnych.

Materiał i metody: Badaniu poddano kobiety z ewidentnym rozpoznaniem SM. Niezbędne dane uzyskano za pomocą wywiadu, ankiet wypełnianych przez pacjentki zawierających Kwestionariusz aktywności seksualnej i życia seksualnego kobiet (SFQ28) i Kwestionariusz jakości życia w odniesieniu do seksu – wersję dla kobiet (SQoL-F) oraz badania neurologicznego z użyciem Rozszerzonej skali niewydolności ruchowej (EDSS). Wykonano odpowiednie analizy w celu zbadania różnic w podgrupach i istotnych korelacji.

Wyniki: Badanie ukończyło 137 kobiet ze średnią wieku 50,7 roku, czasem trwania choroby 16,4 roku oraz średnim wynikiem w skali EDSS 5,2. Najczęstsze dysfunkcje seksualne w badanej grupie obejmowały obniżenie potrzeb seksualnych oraz zaburzenia podniecenia i orgazmu, były one znacznie bardziej powszechne niż w populacji ogólnopolskiej. Średni wynik w kwestionariuszu SQoL-F wynosił 63,4 i był znacznie wyższy u kobiet pozytywnie oceniających swoje relacje z partnerem. Stwierdzono istotną statystycznie, dodatnią korelację między występowaniem poszczególnych dysfunkcji seksualnych, zadowoleniem z seksu i relacji z partnerem a odczuwaną przez pacjentki jakością życia w odniesieniu do seksu.

Wnioski: Badanie wskazuje na istotnie częstsze zaburzenia funkcji seksualnych u kobiet chorujących na SM oraz potwierdza istotny wpływ dysfunkcji seksualnych występujących u pacjentek z SM na jakość ich życia w odniesieniu do seksu. Zachowanie dobrych relacji w związku jest czynnikiem istotnie poprawiającym funkcjonowanie seksualne i jakość życia niezależnie od stopnia uszkodzenia układu nerwowego, co należy uwzględnić podczas planowania rozwiązań terapeutycznych dla tej grupy chorych.

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane, kobiety, jakość życia, aktywność seksualna, dysfunkcje seksualne.

Summary

Aim of the study: To evaluate sexual functioning and sexual quality of life in women with multiple sclerosis (MS) and to investigate how it is correlated with the occurrence of sexual dysfunctions.

Material and methods: We have investigated women with definite multiple sclerosis. The data were obtained through an interview, self-administered questionnaires including the Female Sexual Function Questionnaire (SFQ28) and the Sexual Quality of Life Questionnaire – Female Version (SQoL-F), and neurological examination using the Expanded Disability Status Scale (EDSS). Appropriate analyses were performed to investigate the differences between subgroups and relevant correlations.

Results: 137 women at the mean age of 50.7, with MS duration of 16.4 years and EDSS score of 5.2 have completed the study. The most common sexual dysfunctions were hypoactive sexual desire, arousal and orgasmic dysfunctions. They were much more prevalent in comparison to the general population of Polish women. The mean SQoL-F score was 63.4 and it was much higher in women who assessed their relationship with the partner positively. A strong positive correlation between the occurrence of a particular sexual dysfunction, sexual and relationship enjoyment and the sexual quality of life was found.

Adres do korespondencji:

Michał Lew-Starowicz, III Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

Conclusions: The study indicates that sexual dysfunctions are much more prevalent in MS women and confirms an important influence of sexual dysfunctions on their sexual quality of life. Preserving a good relationship with the partner is a significant factor that improves sexual functioning and quality of life irrespective of the degree of neurological impairment. This should be taken into account when considering therapeutic solutions in MS female patients.

Key words: multiple sclerosis, women, quality of life, sexual activity, sexual dysfunctions.

Wstęp

Stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex* – SM) jest przewlekłą zapalną chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Jest to jedna z najczęstszych chorób neurologicznych. Szacuje się, że na SM choruje w Europie 30–150 pacjentów na 100 000 populacji. Różna częstość występowania SM zależy między innymi od szerokości geograficznej – Polska należy do krajów o dużej zapadalności na SM [1]. Choroba dwukrotnie częściej dotyka kobiety niż mężczyzn i zwykle pojawia się w 3.–4. dekadzie życia. Istotą choroby jest autoimmunologiczny proces uszkadzający ośrodkowe włókna nerwowe, prowadząc do powstawania ognisk demielinizacji w mózgu i rdzeniu kręgowym. Proces autoimmunologiczny pierwotnie powoduje uszkodzenie demielinizacyjne włókien nerwowych, a wtórnie nieodwracalne uszkodzenie aksonalne [2]. Proces demielinizacyjny może dotyczyć dowolnej części ośrodkowego układu nerwowego (OUN), a objawy kliniczne mogą być bardzo różnorodne. Najczęściej jednak dochodzi do uszkodzenia dróg piramidowych, nerwu wzrokowego, dróg czuciowych oraz połączeń mózdzku. Najczęstszymi objawami klinicznymi SM są więc: niedowłady piramidowe, zaburzenia czucia, zaburzenia koordynacji kończyn, ataksja chodu i zaburzenia równowagi, zaburzenia widzenia, zaburzenia oddawania moczu. Powyższe objawy znacznie zaburzają jakość życia ze względu na ograniczenie zdolności do poruszania się i trudności w codziennym funkcjonowaniu. Szeroko rozumiana jakość życia chorych na SM nie jest jedynie związana ze stopniem ich fizycznej niepełnosprawności i zaawansowania choroby. Najnowsze badania wskazują na czynniki kulturowe oraz społeczno-ekonomiczne, które wpływają na jakość życia pacjentów z SM w Polsce [3]. Na jakość życia składa się jednak wiele komponentów, wśród których istotne znacznie ma aktywność seksualna.

Istotny wpływ aktywności seksualnej na podstawowe determinanty jakości życia, takie jak poczucie własnej wartości, dobrostan emocjonalny oraz na związek partnerski, został dobrze udokumentowany w literaturze. Osoby z dysfunkcjami seksualnymi gorzej oceniają swoją jakość życia i osiągają niższe wyniki w jej głównych wymiarach warunkujących jakość życia: zdrowiu, osiągnięciach, związkach uczuciowych, poczuciu bezpieczeństwa i przynależności społecznej [4, 5]. Powszechnie znany jest już wpływ wielu przewlekłych chorób somatycznych (szczególnie zaburzeń sercowo-naczyniowych, metabolicznych, hormonalnych)

na występowanie dysfunkcji seksualnych i jakość życia seksualnego. Wiadomo także, że pacjenci cierpiący na choroby neurologiczne, w szczególności polineuropatie i uszkodzenia rdzenia kręgowego, odczuwają problemy w życiu seksualnym [6, 7]. Uważa się, że dysfunkcje seksualne u chorych z SM związane są z trzema grupami czynników: zmianami neurologicznymi wynikającymi bezpośrednio z choroby (demyelinizacja i atrofia włókien nerwowych uczestniczących w przekazywaniu sygnałów związanych z reaktywnością seksualną), przewlekłym zmęczeniem i niepełnosprawnością fizyczną (czynniki drugorzędowe) oraz z psychologicznymi i społeczno-kulturowymi aspektami przewlekłej choroby (czynniki trzeciorzędowe) [8, 9].

Brakuje jednak badań na odpowiednio licznych populacjach chorych oceniających częstość występowania poszczególnych dysfunkcji seksualnych u kobiet z SM z użyciem wystandaryzowanych narzędzi. W piśmiennictwie dominują doniesienia na temat męskich dysfunkcji, w szczególności zaburzeń erekcji, co jest związane z dynamicznym rozwojem badań w tej dziedzinie oraz z wprowadzeniem skutecznych metod leczenia farmakologicznego (w szczególności cytrynianu sildenafilu). Obecnie dostępne dane dotyczące epidemiologii zaburzeń seksualnych u kobiet z SM opierają się na pojedynczych doniesieniach z badań małych grup chorych, najczęściej z użyciem wywiadów i kwestionariuszy przygotowywanych przez samych autorów. Z metaanalizy przeprowadzonej ostatnio przez Bronnera i wsp. (2010) wynika znaczna rozbieżność danych na temat częstości występowania poszczególnych dysfunkcji: zaburzeń pożądania (31,4–63,6%), podniecenia (33,0–51,5%), w mniejszym stopniu trudności z osiągnięciem orgazmu (37,0–38,3%) [10]. Brakuje także badań dotyczących wpływu tych dysfunkcji seksualnych u kobiet z SM na jakość ich życia. Jak dotąd nie przeprowadzono rzetelnych badań dotyczących dysfunkcji seksualnych i jakości życia w zależności od aktywności seksualnej u kobiet z SM w Polsce. Wypełnienie tej luki wydaje się tym bardziej uzasadnione i pożądane, że SM występuje około dwukrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn i rozpoczyna się typowo w wieku reprodukcyjnym [11]. Występowanie dysfunkcji seksualnych może zatem w znaczący sposób upośledzać zdolności reprodukcyjne pacjentek, tym bardziej że obserwuje się u nich znaczne zaburzenia cyklu menstruacyjnego oraz wahania stężeń hormonów płciowych w trakcie cyklu menstruacyjnego [12, 13]. Również leczenie SM może zaburzać cykl men-

struacyjny i zmniejszać zdolności reprodukcyjne kobiet chorujących na SM [14].

Celem niniejszego badania była ocena funkcjonowania seksualnego i jakości życia w odniesieniu do aktywności seksualnej kobiet chorujących na SM i zbadanie jej związku z występowaniem dysfunkcji seksualnych. Autorzy chcieli zweryfikować przypuszczenie, że dysfunkcje seksualne stwierdzone u kobiet z SM istotnie wpływają na ich jakość życia związaną z życiem seksualnym, oraz ustalić, w jakim stopniu wpływa na to uszkodzenie układu nerwowego, czas trwania choroby, wiek i relacje partnerskie chorych. Celem drugorzędowym była ocena częstości występowania poszczególnych dysfunkcji seksualnych w polskiej populacji pacjentek z SM z użyciem wystandaryzowanych metod badawczych.

Material i metody

Badaniem objęto 137 kobiet z rozpoznaniem SM zgodnym z kryteriami diagnostycznymi McDonalda. Kryteria te wymagają potwierdzenia minimum dwóch epizodów zaburzeń neurologicznych obejmujących dwa różne regiony mózgu z udokumentowaniem odpowiedniej liczby ognisk demielinizacji w ośrodkowym układzie nerwowym za pomocą badania rezonansu magnetycznego (*magnetic resonance imaging – MRI*). Wszystkie badane były pacjentkami Krajowego Ośrodka Mieszkalno-Rehabilitacyjnego dla Osób Chorych na SM w Dąbku. Kryterium włączenia były: płeć żeńska, ewidentne rozpoznanie SM i podpisanie formularza świadomej zgody po uzyskaniu szczegółowych informacji na temat prowadzonego badania. Z badania wyłączone pacjentki, u których upośledzenie procesów poznawczych wykluczało rozumienie celu badania oraz narzędzi wykorzystanych do oceny funkcji seksualnych i jakości życia.

Dane demograficzne uzyskano z częściowo ustrukturyzowanego wywiadu oraz dokumentacji medycznej pacjentek. Pacjentki były także pytane o ich subiektywną ocenę zmian jakości życia seksualnego od czasu zachorowania na SM oraz o ocenę związku z partnerem. Badane wypełniły Kwestionariusz aktywności seksualnej i życia seksualnego kobiet (SFQ28, *The Female Sexual Function Questionnaire*) oraz Kwestionariusz jakości życia w odniesieniu do seksu – wersję dla kobiet (SQoL-F, *Sexual Quality of Life Questionnaire – Female Version*).

Kwestionariusz SFQ28 obejmuje wszystkie aspekty kobiecego cyklu reakcji seksualnych (pożądanie, podniecenie, orgazm) oraz występowanie bólu podczas aktywności seksualnej (dyspareunia), zgodnie z kryteriami diagnostycznymi DSM-IV. Zawiera także pytania dotyczące zadowolenia z seksu i z relacji z partnerem. Wyższe wyniki uzyskiwane w poszczególnych domenach oraz zbiorcze świadczą odpowiednio o mniejszym nasileniu dysfunkcji seksualnych (tj. bardziej prawidłowych

funkcjach seksualnych), większym zadowoleniu z seksu i z relacji w związku. Wyniki pozwalają na podzielenie pacjentek na 3 grupy: z wysokim prawdopodobieństwem występowania dysfunkcji seksualnych (*high probability of female sexual dysfunction – HPFSD*), z granicznym poziomem funkcji seksualnych (*borderline sexual function – BSF*) oraz z wysokim prawdopodobieństwem prawidłowych funkcji seksualnych (*high probability of normal sexual function – HPNSF*). Narzędzie to stosowano w badaniu dysfunkcji seksualnych u kobiet [15, 16] i okazało się, że ma bardzo dobre własności psychometryczne. Ma także dobrą trafność zbieżną z SQoL-F, drugim kwestionariuszem stosowanym w tym badaniu [17, 18].

Kwestionariusz SQoL-F jest przeznaczony do samodzielnego wypełniania przez pacjentki. Służy do oceny wpływu zaburzeń seksualnych na jakość życia w trzech aspektach, takich jak poczucie własnej wartości, dobrostan emocjonalny oraz związek. Wykorzystanie SQoL-F w badaniach kobiet z zaburzeniami podniecenia (*female sexual arousal disorder – FSAD*) i zaburzeniami pożądania (*hypoactive sexual desire disorder – HSDD*) potwierdziło jego doskonałe własności psychometryczne [19].

Stan neurologiczny i poziom niepełnosprawności pacjentek był oceniany wg Rozszerzonej skali niewydolności ruchowej (*Expanded Disability Status Scale – EDSS*) zgodnie z kryteriami opisanymi przez Kurtzke [20], przez jednego, niezależnego badacza (neurologa), bez uprzedniego wglądu w dokumentację medyczną. Skala EDSS jest najczęściej stosowaną skalą służącą do oceny funkcjonowania fizycznego i nasilenia objawów u chorych z SM. Punktacja określa sprawność wykonywania codziennych aktywności, nasilenie objawów neurologicznych, m.in. związanych z uszkodzeniem pnia mózgu, mózdzku, narządu wzroku, motoryki, czucia i dysfunkcji układu moczowego. Wyższy wynik oznacza większe nasilenie zespołu neurologicznego oraz większy stopień niepełnosprawności w życiu codziennym.

Analiza statystyczna została przeprowadzona z użyciem programu GraphPadInStat 3.06 dla Windows. Dla zmiennych ilościowych wyniki podano w formie średnich. Do porównania średnich między grupami pacjentek użyto testów *t*-Studenta i ANOVA z testem *post hoc* Tukeya oraz odpowiednio testów nieparametrycznych U-Manna-Whitneya i Kruskala-Wallisa z testem *post hoc* Dunna. Do zbadania korelacji wykorzystano analizę regresji liniowej. Jedynie wyniki z $p < 0,05$ były uznawane za znamienne statystycznie.

Wyniki

Badanie ukończyło 137 kobiet z postacią rzutową (35%), wtórnie postępującą (24,8%) oraz pierwotnie postępującą (40,2%) SM. Średnie wartości dla całej badanej grupy wynosiły odpowiednio: wiek 50,7 ±8,0 lat, czas trwania choroby 16,4 ±8,7 roku, wiek w chwili za-

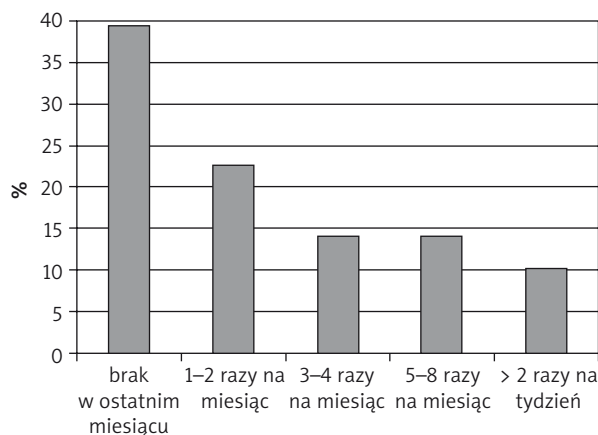
chorowania na SM – 34,7 roku. Średni wynik w skali EDSS wynosił 5,2 ±2,1. U 94 pacjentek (68,6%) stwierdzano współistniejące choroby somatyczne, najczęściej nadciśnienie tętnicze (10,9%), zapalenie kostno-stawowe (7,3%), zaburzenia hormonalne (6,6%), zaburzenia żółdkowo-jelitowe (5,8%) oraz osteoporozę (5,8%), a 21,9% miało w wywiadzie rozpoznanie i leczenie depresji.

Niemal cała badana grupa (97,8%) była heteroseksualna, pozostałe 2,2% stanowiły kobiety homoseksualne. Dzieci miało 121 (88,3%) badanych, 13,1% miało w wywiadzie przynajmniej jedno poronienie, przy czym 83,3% poronień wystąpiło już po rozpoznaniu SM. Jedynie 31,4% badanych było w ciąży, 23,4% rodziło po wystąpieniu SM. Aktywnych seksualnie było 96 pacjentek (70,1%), wszystkie były w stałych związkach. Średni czas trwania związku wynosił 24,5 roku. Typową częstość podejmowania aktywności seksualnej przedstawiono na ryc. 1. Masturbację zgłaszało jedynie 6,6% pacjentek, wszystkie będące w stałych związkach. Swój związek z partnerem 40,2% kobiet oceniło „zdecydowanie pozytywnie”, 41,1% „raczej pozytywnie”, 10,7% „obojętnie”, 5,4% „raczej negatywnie”, a 0,9% „zdecydowanie negatywnie”.

Wyniki uzyskane w skali SFQ28 przedstawiono w tabeli I. U 82,5% badanych stwierdzano występowanie przynajmniej jednej dysfunkcji seksualnej. Najczęstsze były zaburzenia pożądania (57,7%), podniecenia (od 45,2% do 48,4% w zależności od badanego aspektu) i orgazmu (39,8%). Dyspareunia była rzadko zgłaszanym problemem (5,7%). Oceniając życie seksualne, 41,5% badanych stwierdziło, że uległo ono pogorszeniu od czasu zachorowania na SM, 55,4% nie zauważyło różnicy, a jedynie 3,1% uważało, że ich życie seksualne się poprawiło. Średnie wyniki SFQ28 różniły się istotnie w grupach wiekowych: 99,4 dla kobiet w wieku ≤ 45 lat, 92,4 w wieku 46–55 lat i 81,0 w wieku ≥ 56 lat ($p < 0,05$). Wyniki SFQ28 były także znacznie lepsze wśród pacjentek, które oceniały swój związek z partnerem „bardzo

pozytywnie” (98,3) i „raczej pozytywnie” (90,8), niż u tych, które oceniały związek obojętnie lub negatywnie (68,8) ($p < 0,0001$) oraz lepsze u tych, które nie stwierdziły pogorszenia jakości ich życia seksualnego od czasu zachorowania na SM w porównaniu z pozostałymi (95,0 vs 83,1, $p < 0,01$). Nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji między wynikiem SFQ28 a wynikiem w skali EDSS ($p > 0,05$).

Kwestionariusz SQoL-F został prawidłowo wypełniony przez 132 kobiety. Średni wynik dla całej grupy wynosił 63,4 (SD 26,05, CI: 59,0–67,9). Wyniki SQoL-F nie różniły się istotnie w grupach wiekowych. Pacjentki, które stwierdziły, że jakość ich życia seksualnego pogorszyła się od czasu wystąpienia SM, osiągnęły znacznie niższe wyniki w porównaniu z tymi, które subiektywnie nie odczuły takiej zmiany (46,8 vs 77,0, $p < 0,0001$) (ryc. 2.). Wyniki w skali SQoL-F różniły się także znamienne w zależności od ocenianej przez pacjentki jakości relacji z partnerem (odpowiednio 29,0, 40,2 i 71,7, $p < 0,0001$) (ryc. 3.). Korelacje wyników w kwestionariuszu SQoL-F z wiekiem pacjentek, czasem od rozpoznania choroby, stopniem niepełnosprawności spowodowanej uszko-

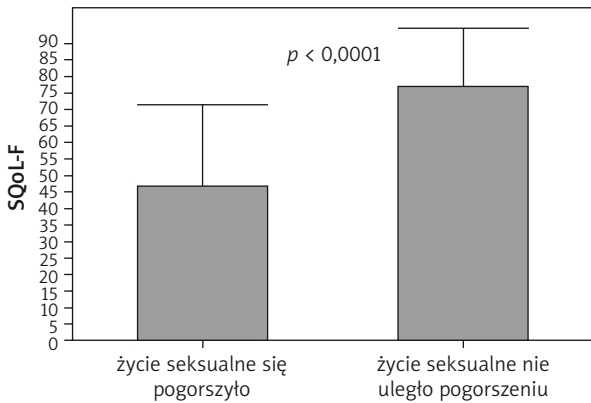


Ryc. 1. Aktywność seksualna pacjentek z SM w ciągu miesiąca poprzedzającego przyjęcie do ośrodka rehabilitacyjnego

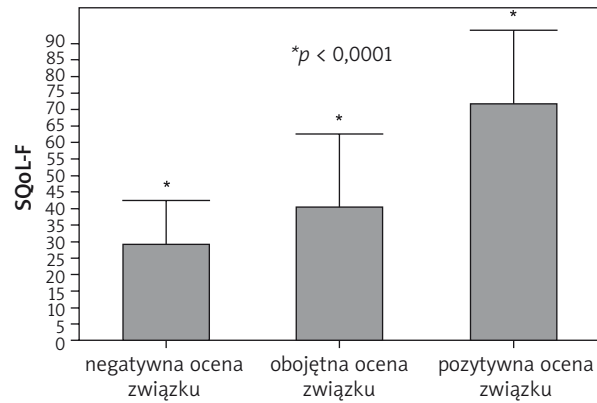
Tab. I. Wyniki badanych w skali SFQ28

Pomiary	Domeny SFQ28								
	pożądanie	podniecenie (doznania)	podniecenie (lubrykacja)	podniecenie (skądowa poznawcza)	orgazm	ból	zadowolenie z seksu	relacje z partnerem	wynik całkowity
średnia	14,4	11,2	5,5	5,6	7,9	13,3	17,8	8,7	91,8
odchylenie standardowe	6,8	4,1	2,1	2,0	4,3	2,5	5,9	1,8	20,1
mediana	15,0	11,0	6,0	6,0	9,0	15,0	19,0	10,0	93,0
N	137	91	93	93	93	88	95	135	81
HPFSD (%)	57,7	47,3	48,4	45,2	39,8	5,7	35,8	N/A	N/A
BSF (%)	29,2	27,5	34,4	36,6	40,9	13,6	42,1	N/A	N/A
HPNSF (%)	13,1	25,3	17,2	18,3	19,4	80,7	22,1	N/A	N/A

N – liczebność grupy, HPFSD – wysokie prawdopodobieństwo występowania dysfunkcji seksualnych (high probability of female sexual dysfunction), BSF – graniczny poziom funkcji seksualnych (borderline sexual function), HPNSF – wysokie prawdopodobieństwo prawidłowych funkcji seksualnych (high probability of normal sexual function), N/A – weryfikacja niedostępna (not available) z powodu braku zakresów referencyjnych.



Ryc. 2. Porównanie wyników SQoL-F u kobiet doświadczających pogorszenia jakości życia seksualnego od czasu wystąpienia SM w porównaniu z kobietami, które nie doświadczyły różnic w życiu seksualnym



Ryc. 3. Porównanie wyników SQoL-F u kobiet w zależności od oceny relacji z partnerem

dzeniem układu nerwowego ocenianego skalą EDSS i występowaniem dysfunkcji seksualnych wg skali SFQ28 przedstawiono w tabeli II. Dodatkowo korelację wyników SFQ28 i SQoL-F pokazano na rycinie 4.

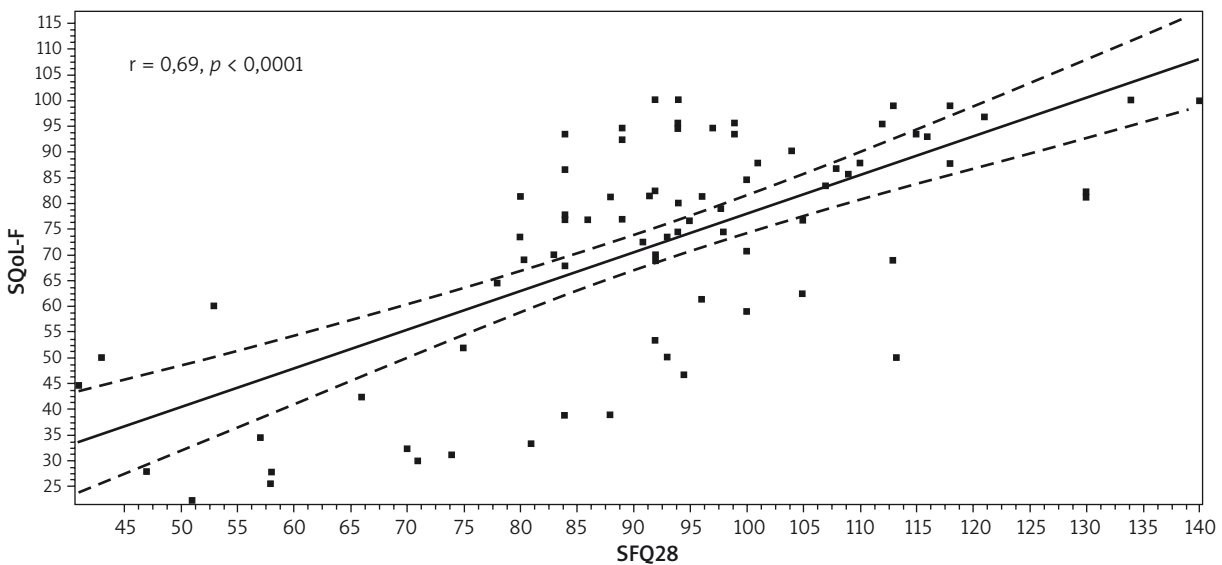
Tab. II. Korelacje wyników w kwestionariuszu SQoL-F z wiekiem, czasem od rozpoznania choroby, stopniem niepełnosprawności (EDSS) i występowaniem dysfunkcji seksualnych (SFQ28)

Zmienne korelowane	SQoL-F	p
wiek	-0,08	> 0,05
czas od rozpoznania SM	0,025	> 0,05
EDSS	0,08	> 0,05
pożądanie	0,56	< 0,0001
podniecenie (doznania)	0,47	< 0,0001
podniecenie (lubrykacja)	0,48	< 0,0001
podniecenie (składowa poznawcza)	0,48	< 0,0001
orgazm	0,55	< 0,0001
dyspareunia	0,48	< 0,0001
zadowolenie z seksu	0,64	< 0,0001
relacje w związku	0,41	< 0,0001
SFQ28 – wynik całkowity	0,69	< 0,0001

Obliczenia wykonano metodą analizy regresji liniowej, podając w tabeli współczynniki korelacji liniowej r Pearsona. Wszystkie analizowane zmienne nie wykazywały istotnych statystycznie odchyżeń od rozkładu liniowego ($p > 0,05$).

Dyskusja

Badane cechowały się dość niskim poziomem aktywności seksualnej. Mimo że 70,1% pacjentek było aktywnych seksualnie, to niespełna 40% nie odbyła żadnego stosunku seksualnego z partnerem w ciągu miesiąca poprzedzającego przyjęcie do ośrodka rehabilitacyjnego. Jedynie 1/4 współżyła częściej niż raz w tygodniu. Dla porównania, wg Raportu seksualności Polaków [21] średnia częstość aktywności seksualnej dla



Ryc. 4. Analiza regresji liniowej między zmiennymi: SFQ28 (wynik całkowity) i SQoL-F

ogólnej populacji Polek wynosi: częściej niż raz w tygodniu – 31%, parę razy w miesiącu, ale nie częściej niż raz w tygodniu – 52%, rzadziej niż parę razy w miesiącu – 16%. Pacjentki z SM współżyły zatem wyraźnie rzadziej w porównaniu z populacją ogólnopolską kobiet. Podobnie częstość występowania dysfunkcji seksualnych była wyraźnie większa wśród badanych pacjentek niż w populacji ogólnej (porównano dane dostępne dla populacji ogólnopolskiej), odpowiednio: obniżenie potrzeb seksualnych 57,7% vs 25%, zaburzenia podniecenia (nawilżenie pochwy) 48,4% vs 12%, trudności z osiągnięciem orgazmu 39,8% vs 17% [21, 22].

Występowanie u 82,5% badanych przynajmniej jednej dysfunkcji seksualnej stanowi wyższy wskaźnik względem danych podawanych przez innych autorów – 62,9% w badaniach Zorzona i wsp. [23] i 50,5% u Baraka i wsp. [24]. Może być to związane z użyciem bardziej czułych narzędzi diagnostycznych, a także z nieco inną charakterystyką badanej grupy (Barak i wsp. badali jedynie pacjentki z rzutową postacią SM, a w grupie Zorzona i wsp. średni wynik EDSS dla całej grupy wynosił 2,6 i był znacznie niższy w porównaniu z 5,2 w badanej przez nas grupie. Podobnie należy tłumaczyć relatywnie częstsze występowanie poszczególnych dysfunkcji seksualnych u badanych pacjentek w porównaniu z danymi z większości badań innych autorów zebranymi w metaanalizie Bronnera i wsp. [10].

Zaletami przedstawionego w niniejszej pracy badania są: wykonanie po raz pierwszy oceny jakości życia w odniesieniu do seksu i epidemiologii dysfunkcji seksualnej u kobiet z SM w Polsce, podjęcie tematu, względem którego istnieje nadal niewiele doniesień w literaturze światowej, liczebność badanej grupy i użycie wystandaryzowanych narzędzi badawczych. Jako autorzy jesteśmy także zobowiązani do omówienia ograniczeń występujących w naszym badaniu. Ograniczeniem takim może być dobór badanej populacji. Badane były pacjentkami Krajowego Ośrodka Mieszkalno-Rehabilitacyjnego dla Chorych na SM w Dąbku. Jak wiadomo, nie wszystkie pacjentki z rozpoznaniem SM wymagają przyjęcia do ośrodka rehabilitacyjnego, dotyczy to zwykle chorych ze znaczącym deficytem neurologicznym. Średni wynik w skali EDSS dla badanej populacji wynosił $5,2 \pm 2,1$, co odpowiada umiarkowanemu poziomowi niepełnosprawności. Z drugiej strony wykazaliśmy, że wyniki w kwestionariuszach SFQ28 i SQoL-F nie korelowały z wynikami w skali EDSS. Możemy zatem założyć, że samo nasilenie niepełnosprawności wynikające z uszkodzenia układu nerwowego nie determinowało w istotny sposób występujących dysfunkcji seksualnych ani jakości życia w odniesieniu do życia seksualnego, a tym samym nie dewaluowało reprezentatywności badanej przez nas populacji.

Stwierdzenie silnej, dodatniej korelacji między wynikami SFQ28 i SQoL-F ($r = 0,69$, $p < 0,0001$) wskazuje zarówno na spójność obu narzędzi diagnostycznych,

jak i zależności jakości życia w odniesieniu do seksu od poziomu funkcji seksualnych (a tym samym na negatywny wpływ dysfunkcji seksualnych na jakość życia). Występowanie wszystkich badanych dysfunkcji seksualnych (obniżenia potrzeb seksualnych, wszystkich rodzajów zaburzeń podniecenia, trudności z osiągnięciem orgazmu, dyspareunii) oraz zmniejszenie zadowolenia z seksu i problemy dotyczące relacji z partnerem wyraźnie korelowały z obniżeniem jakości życia w odniesieniu do seksu.

Oceniając jakość ich życia seksualnego, 41,5% badanych stwierdziło, że pogorszyła się ona od czasu zachorowania na SM. Są to dane zbliżone do uzyskanych w badaniach innych autorów (połowa badanych przez Hennessey i wsp. [25] raportowała pogorszenie aktywności seksualnej, 48,6% badanych przez Zorzona i wsp. [23] negowała różnice jakości życia seksualnego od czasu wystąpienia SM). Trafność percepcji zmian w życiu seksualnym pacjentek potwierdzały znacznie lepsze wyniki SFQ28 i SQoL-F wśród pacjentek, które nie stwierdzały pogorszenia jakości ich życia seksualnego w porównaniu z pozostałymi. Grupy nie różniły się istotnie pod względem wieku, czasu trwania SM ani wyniku w skali EDSS. Jak wiadomo, przebieg SM charakteryzuje się znaczną nieprzewidywalnością i różną dynamiką narastania niepełnosprawności [26], a zatem czas trwania choroby nie musi być istotnie związany z deterioracją funkcji seksualnych i jakości życia w odniesieniu do seksu. Na te ostatnie wpływa wiele innych czynników, takich jak nastrój, samoocena oraz jakość relacji w związku (czego dowiedziono także w niniejszym badaniu).

Warto raz jeszcze podkreślić, że w badanej grupie pacjentek z SM nasilenie objawów neurologicznych nie miało tak istotnego wpływu na jakość życia w odniesieniu do seksu jak relacje w związku. Potwierdza to silny wpływ relacyjnych uwarunkowań kobiecych reakcji seksualnych i zadowolenia z seksu. Ma to też istotne implikacje terapeutyczne – w rozwiązywaniu problemów seksualnych kobiet z SM należy uwzględnić problemy występujące w związku i najlepiej włączyć partnera w program leczenia. W świetle uzyskanych danych błędem byłoby nadmierne koncentrowanie się na samych deficytach neurologicznych i leczeniu farmakologicznym.

Wnioski

Badanie potwierdza istotny wpływ dysfunkcji seksualnych występujących u pacjentek z SM na jakość ich życia w odniesieniu do aktywności seksualnej. Jest to pierwsze badanie dotyczące polskiej populacji kobiet chorujących na SM i jedno z nielicznych badań na świecie, w którym częstość występowania dysfunkcji seksualnej i jakość życia w odniesieniu do seksu oceniono na podstawie analizy tak licznej populacji i z użyciem wystandaryzowanych metod. Dysfunkcje seksualne

u pacjentek z SM, szczególnie obniżenie potrzeb seksualnych, zaburzenia podniecenia i orgazmu, są znacznie częstsze niż w populacji ogólnej i przyczyniają się do pogorszenia jakości ich życia. W kompleksowym leczeniu i rehabilitacji pacjentek z SM aspekty ich zdrowia seksualnego powinny być brane pod uwagę jako mające istotny wpływ na jakość życia chorych. Zachowanie dobrych relacji w związku jest silnym czynnikiem profilaktycznym poprawiającym funkcjonowanie seksualne i jakość życia niezależnie od stopnia uszkodzenia układu nerwowego, co należy uwzględnić podczas planowania rozwiązań terapeutycznych dla tej grupy chorych.

Piśmiennictwo

1. Kulakowska A, Bartosik-Psujek H, Hozejowski R, et al. Selected aspects of the epidemiology of multiple sclerosis in Poland – a multicentre pilot study. *Neurol Neurochir Pol* 2010; 44: 443-52.
2. Selmaj K. Stwardnienie rozsiane. Termedia, Poznań 2006.
3. Pluta-Fuerst A, Petrovic K, Berger T, et al. Patient-reported quality of life in multiple sclerosis differs between cultures and countries: a cross-sectional Austrian-German-Polish study. *Mult Scler* 2011; 17: 478-86.
4. Naeinian MR, Shaeiri MR, Hosseini FS. General health and quality of life in patients with sexual dysfunctions. *Urol J* 2011; 8: 127-31.
5. Ventegodt S. Sexuality and quality of life. Results from the quality of life-study of 4,626 Danes aged 31-33 years born at Rigshospitalet 1959-1961. *Ugeskr Laeger* 1996; 158: 4299-304.
6. Lundberg PO. Sexual dysfunction in patients with neurological disorders. *Ann Rev Sex Res* 1992; 3: 121-50.
7. Lundberg PO, Brattberg A. Sexual dysfunction in selected neurologic disorders: hypothalamo-pituitary disorders, epilepsy, myelopathies, polyneuropathies and sacral nerve lesions. *Semin Neurol* 1992; 12: 115-9.
8. Foley F, Sanders A. Sexuality, multiple sclerosis and women. *MultScler Manage* 1997; 4: 1-9.
9. Foley F, Gimbel B. Introduction to intimacy and sexuality in multiple sclerosis. *MS in Focus* 2005; 6: 4-5.
10. Bronner G, Elran E, Golomb J, Korczyn AD. Female sexuality in multiple sclerosis: the multidimensional nature of the problem and the intervention. *Acta Neurol Scand* 2010; 121: 289-301.
11. Lundberg PO. Sexual dysfunctions in female patients with multiple sclerosis. *Int Rehabil Med* 1981; 3: 32-4.
12. Zakrzewska-Pniewska B, Gołębiowski M, Zajda M, et al. Sex hormone patterns in women with multiple sclerosis as related to disease activity – a pilot study. *Neurol Neurochir Pol* 2011; 45: 536-42.
13. Lombardi G, Celso M, Bartelli M, et al. Female sexual dysfunction and hormonal status in multiple sclerosis patients. *J Sex Med* 2011; 8: 1138-46.
14. Nabavi SM, Koupai SA, Nejati MR, et al. Menstrual irregularities and related plasma hormone levels in multiple sclerosis patients treated with beta interferone. *Acta Med Iran* 2011; 48: 36-41.
15. Quirk FH, Heiman JR, Rosen RC, et al. Development of a sexual function questionnaire for clinical trials of female sexual dysfunction. *J Womens Health Gend Based Med* 2002; 11: 277-89.
16. Quirk F, Haughie S, Symonds T. The use of the sexual function questionnaire as a screening tool for women with sexual dysfunction. *J Sex Med* 2005; 4: 469-77.
17. Symonds T, Abraham L, Bushmakin AG, et al. Sexual function questionnaire: further refinement and validation. *J Sex Med* 2012; 9: 2609-16.
18. Slaski S, Stefankiewicz M. Psychometric Validation of the Sexual Function Questionnaire in Poland. *Sex Disabil* 2012; 30: 103-8.
19. Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. *J Sex Marital Ther* 2005; 31: 385-97.
20. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology* 2003; 33: 1444-52.
21. Lew-Starowicz Z. Raport seksualności Polaków. SMG-KRC, Warszawa 2001.
22. Lew-Starowicz Z, Lew-Starowicz M. Seksualność Polek. *Prz Menopauz* 2001; 5: 64-73.
23. Zorzon M, Zivadinov R, Bosco A, et al. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a case-control study. I. Frequency and comparison of groups. *Mult Scler* 1999; 5: 418-27.
24. Barak Y, Achiron A, Elizur A, et al. Sexual dysfunction in relapsing-remitting multiple sclerosis: magnetic resonance imaging, clinical, and psychological correlates. *J Psychiatry Neurosci* 1996; 21: 255-8.
25. Hennessey A, Robertson NP, Swingler R, Compston DA. Urinary, faecal and sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis. *J Neurol* 1999; 246: 1027-32.
26. Lublin FD, Reingold SC. Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey. National Multiple Sclerosis Society (USA) Advisory Committee on Clinical Trials of New Agents in Multiple Sclerosis. *Neurology* 1996; 46: 907-11.