



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Διευθυντής: Καθηγητής ΜΙΧΑΗΛ Δ. ΜΕΛΕΚΟΣ

Διδακτορική Διατριβή

**"ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ
ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ 2"**

υπό

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Ι. ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΥ

Ειδικευόμενου Ουρολογίας 2014

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διδακτορικού Διπλώματος

Λάρισα, 2014

Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	9
ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ	13
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ.....	25
1.1 Εισαγωγή	25
1.2 Μοντέλα γυναικείας σεξουαλικής απόκρισης	26
1.3 Ορισμός Γυναικείας Σεξουαλικής Δυσλειτουργίας	34
1.4 Επιπολασμός ΓΣΔ.....	40
1.5 Αίτια Γυναικείας Σεξουαλικής Δυσλειτουργίας	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	47
2.1 Εισαγωγή	47
2.2 Επιπολασμός Γυναικείας Σεξουαλικής Δυσλειτουργίας σε γυναίκες με Σακχαρώδη Διαβήτη	48
2.3 Παθογένεση Γυναικείας Σεξουαλικής Δυσλειτουργίας στο Σακχαρώδη Διαβήτη ...	54
2.3 Διαγνωστική προσέγγιση διαβητικών γυναικών με Γυναικεία Σεξουαλική Δυσλειτουργία.....	62
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΥ DISTRESS ΣΕ ΠΡΟΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΑΝΕΠΙΠΛΕΚΤΟ ΤΥΠΟΥ 1 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ	69
3.1 Σκοπός	69
3.2 Υλικό και μέθοδοι.....	69
3.3 Αποτελέσματα	74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΤΟΥ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΥ DISTRESS ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ 2.....	89
4.1 Σκοπός	89
4.2 Υλικό και μέθοδοι.....	89
4.3 Αποτελέσματα	91
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΓΟΝΙΚΟΥ ΔΕΣΜΟΥ ΣΤΟ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟ DISTRESS ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΤΥΠΟΥ 1 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ	99
5.1 Εισαγωγή	99
5.2 Σκοπός	100
5.3 Υλικό και μέθοδοι.....	100
5.4 Αποτελέσματα	103
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	115
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	131
ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ	133
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	135
ABSTRACT	139
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	143
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	169
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ FSFI	171
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ FSDS.....	180
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ GHQ – 28	185
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΡΒΙ	190
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	194

© 2014 Κωνσταντίνος Δημητρόπουλος

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα. (Ν. 5343/32, αρ. 202, παρ. 2)

Εγκρίθηκε από τα Μέλη της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής:

- 1^{ος} Εξεταστής** **Τζώρτζης Βασίλειος**
- (Επιβλέπων)* *Αν. Καθηγητής Ουρολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*
- 2^{ος} Εξεταστής** **Μελέκος Μιχαήλ**
- Καθηγητής Ουρολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*
- 3^{ος} Εξεταστής** **Κουκούλης Γεώργιος**
- Αν. Καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*
- 4^{ος} Εξεταστής** **Μεσσήνης Ιωάννης**
- Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*
- 5^{ος} Εξεταστής** **Μπαργιώτα Αλεξάνδρα**
- Επ. Καθηγήτρια Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*
- 6^{ος} Εξεταστής** **Γκράβας Σταύρος**
- Επ. Καθηγητής Ουρολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*
- 7^{ος} Εξεταστής** **Καρατζάς Αναστάσιος**
- Λέκτορας Ουρολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της συγγραφής της διδακτορικής διατριβής θεωρώ υποχρέωσή μου να ευχαριστήσω ολόψυχα όλους όσους συνέβαλαν με κάθε τρόπο για την υλοποίησή της.

Κατ' αρχάς θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Αναπληρωτή Καθηγητή Ουρολογίας κ. Βασίλειο Τζώρτζη για την εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπό μου με την ανάθεση του θέματος της παρούσας διατριβής, εισάγοντάς με κατά τον τρόπο αυτό στον άγνωστο μέχρι τότε κόσμο της Σεξουαλικής Ιατρικής. Τον ευχαριστώ για την υπομονή που επέδειξε και την καθοδήγησή του κατά τη διάρκεια των ετών εκπόνησης της διατριβής, αποτελώντας για εμένα δάσκαλο, πρότυπο και συμπαραστάτη.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή Ουρολογίας κ. Μιχαήλ Μελέκο για την υποστήριξη και στενή παρακολούθηση της διατριβής καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησής της. Η επιστημονική και ακαδημαϊκή του αρωγή και οι πολύτιμες συμβουλές που παρείχε, συνέβαλαν στην επιτυχημένη ολοκλήρωση μιας ερευνητικής πορείας ετών.

Θερμά ευχαριστώ τον Αναπληρωτή Καθηγητή Παθολογίας – Ενδοκρινολογίας κ. Γεώργιο Κουκούλη, οι εποικοδομητικές συμβουλές του οποίου αποτέλεσαν ερεθίσματα περαιτέρω μελέτης της στατιστικής και της μεθοδολογίας έρευνας.

Επιπλέον, σημαντική υπήρξε η συμβολή του στη διόρθωση του τελικού κειμένου της διδακτορικής διατριβής.

Ολόψυχα ευχαριστώ την Επίκουρο Καθηγήτρια Παθολογίας – Ενδοκρινολογίας και υπεύθυνη του Εξωτερικού Διαβητολογικού Ιατρείου κα. Αλεξάνδρα Μπαργιώτα για τη γόνιμη συνεργασία καθ' όλη τη διάρκεια της διατριβής. Η βοήθειά της στην ανεύρεση ασθενών, η καθοδήγησή της σε θέματα ακαδημαϊκής συγγραφής και η προσωπική στήριξη που μου παρείχε είναι μερικά μόνο στοιχεία από την ανεκτίμητη συμβολή της στη διατριβή αυτή.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον πρόωρα εκλιπόντα Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Οδυσσέα Μουζά για την αρωγή του σε ψυχοσεξουαλικά ζητήματα και την παροχή εργαλείων ψυχομετρικής εκτίμησης.

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στα υπόλοιπα μέλη της επταμελούς εξεταστικής επιτροπής και ακαδημαϊκούς μου δασκάλους, τον Καθηγητή Μαιευτικής Γυναικολογίας και Πρύτανη του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. Ιωάννη Μεσσήνη, τον Επίκουρο Καθηγητή Ουρολογίας κ. Σταύρο Γκράβα και τον Λέκτορα Ουρολογίας κ. Αναστάσιο Καρατζά.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου σε όλες τις γυναίκες, διαβητικές και μη, που με ενθουσιασμό συμμετείχαν στη μελέτη και χωρίς δισταγμό εμπιστεύθηκαν σε εμένα λεπτομέρειες της ιδιωτικής τους ζωής, εκμυστηρευόμενες τα προβλήματα και τις εμπειρίες τους.

Στη γυναίκα μου Ζωή,

Στην κόρη μου,

Στους γονείς μου, Γιάννη και Πάτρα

Βιογραφικό

Σημείωμα

Προσωπικές πληροφορίες

Επώνυμο / Όνομα	Δημητρόπουλος Κωνσταντίνος
Διεύθυνση	Μητρόπουλου 24, GR - 41221, Λάρισα
Τηλέφωνο	(+30) 2410 615612 Κινητό: 697 44 14 624
Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο	cdimitrop@gmail.com
Υπηκοότητα	Ελληνική
Ημερομηνία γέννησης	1 Μαΐου 1982

Επαγγελματική πείρα

Χρονολογία	Μάρτιος 2013 έως σήμερα
Θέση	Ειδικευόμενος ιατρός, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική
Χρονολογία	Φεβρουάριος 2012 έως Μάρτιος 2013
Θέση	Επιστημονικός συνεργάτης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική

Χρονολογία	Νοέμβριος 2010 έως Ιανουάριος 2012
Θέση	Ειδικευόμενος ιατρός, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Ουρολογική Κλινική
Χρονολογία	Οκτώβριος 2009 έως Νοέμβριος 2010
Θέση	Επιστημονικός συνεργάτης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική
Χρονολογία	Μάιος 2009 – Σεπτέμβριος 2009
Θέση	Ειδικευόμενος ιατρός, Γενικό Νοσοκομείο Ναυπλίου, Χειρουργική κλινική
Χρονολογία	Ιούνιος 2008 έως Μάιος 2009
Θέση	Ιατρός υπηρεσίας υπαίθρου, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας / Κέντρο Υγείας Γόννων / Περιφερειακό Ιατρείο Ραψάνης
Χρονολογία	2007 – 2008
Θέση	Οπλίτης ιατρός
Εκπαίδευση και κατάρτιση	
Χρονολογία	Οκτώβριος 2012 – Φεβρουάριος 2013
Αντικείμενο Εκπαίδευσης	Ολοκλήρωση προδιδακτορικού κύκλου μαθημάτων, προς συμπλήρωση των απαιτούμενων 30 διδακτικών μονάδων ΠΜΣ «Βιολογία της Αναπαραγωγής», Επιστημονικός Υπεύθυνος: κ. Ι. Μεσσήνης, Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας

Επωνυμία οργανισμού που παρείχε την εκπαίδευση	Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστημιακή Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική
Χρονολογία	Δεκέμβριος 2008
Τίτλος	Λήψη διπλώματος ATLS (<i>Advanced Trauma Life Support</i>) *Διάκριση
Επωνυμία οργανισμού που παρείχε την εκπαίδευση	ACS (<i>American College of Surgeons</i>) Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας
Χρονολογία	Οκτώβριος 2008 έως Μάρτιος 2013
Αντικείμενο εκπαίδευσης	Ανάθεση διδακτορικής διατριβής <i>“Διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων συσχέτισης της γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας με το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και 2”</i>
Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή	Τζώρτζης Βασίλειος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας (επιβλέπων) Μελέκος Μιχαήλ, Καθηγητής Ουρολογίας Κουκούλης Γεώργιος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ενδοκρινολογίας
Επωνυμία οργανισμού που παρείχε την εκπαίδευση	Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής

Χρονολογία	Οκτώβριος 2000 – Οκτώβριος 2006
Τίτλος	Πτυχίο ιατρικής
Επωνυμία οργανισμού που παρείχε την εκπαίδευση	Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής
Επίπεδο κατάρτισης με βάση την εθνική ταξινόμηση	Λίαν Καλώς (7,72)
Ατομικές δεξιότητες και ικανότητες	
Μητρική γλώσσα	Ελληνική
Άλλη γλώσσα	Αγγλική (<i>Certificate of Proficiency in English, University of Michigan</i>)
Δεξιότητες πληροφορικής	MS Windows 2000 / XP / Vista / 7 MS Office, IE, SPSS, R Ubuntu Linux
Πρόσθετες Πληροφορίες	Μέλος της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρείας (EAU) Μέλος της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Σεξουαλικής Ιατρικής (ESSM) Μέλος της Παγκόσμιας Εταιρείας Σεξουαλικής Ιατρικής (ISSM) Υπότροφος Ιδρύματος Κρατικών Υποτροφιών (Ακαδ. Έτος 2002 – 2003)

Δημοσιεύσεις που
σχετίζονται με τη
διατριβή

Dissatisfaction with male sexual performance and female sexual dysfunction in women with type 1 diabetes (*Int J Impot Res, Accepted with minor revisions*)

Διερεύνηση των χαρακτηριστικών της σεξουαλικής λειτουργίας και του σεξουαλικού distress σε γυναίκες με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 και 2. Δημητρόπουλος Κ, Μπαργιώτα Α, Κουκούλης Γ, Μουζάς Ο, Μελέκος Μ, Τζώρτζης Β. (*Ελληνική Ουρολογία, 2012, 24(4):270-277*)

The impact of parental bonding on sexual distress in women with type 1 diabetes mellitus Bargiota A, Dimitropoulos K, Mouzas O, Melekos M, Tzortzis V, Koukoulis G (*J Sex Med. 2013;10:378-85*)

Sexual functioning and distress among premenopausal women with uncomplicated type 1 diabetes Dimitropoulos K, Bargiota A, Mouzas O, Melekos M, Tzortzis V, Koukoulis G (*J Sex Med. 2012;9:1374–1381*)

Sexual dysfunction in diabetic women Bargiota A, Dimitropoulos K, Tzortzis V, Koukoulis G (*Hormones (Athens) 2011, 10(3):197-207*)

Μοντέλα σεξουαλικής απόκρισης των γυναικών Δημητρόπουλος Κ, Τζώρτζης Β, Μπαργιώτα Α, Μελέκος Μ (*Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2011, 28(4):460-465*)

Λοιπές Δημοσιεύσεις

The impact of stapling devices use on patients with increased BMI treated with radical cystectomy Tzortzis V, Dimitropoulos K, Gravas S, Karatzas A, Zachos I, Gkialas I, Papadopoulos G, Melekos M (*Can J Urol, 2014, 21(1):7114-7119*)

Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της ενδοκυστεϊκής έγχυσης γεμισιταμπίνης σε ασθενείς με ενδιάμεσου κινδύνου μη μυοδιηθητικούς όγκους της ουροδόχου κύστης. Αρχικά αποτελέσματα Ζάχος Ι, Τζώρτζης Β, Καρατζάς Α, Γκράβας Σ,

Σχετιζόμενες με τη
διατριβή συμμετοχές
σε συνέδρια

Δημητρόπουλος Κ, Μητράκας Λ, Μελέκος Μ (Ελληνική Ουρολογία 2012, 24(1):55-60)

Global initiative for chronic obstructive pulmonary disease: GOLD opportunity for lung disorders Minas M, Dimitropoulos K, Pastaka Ch, Papadopoulos D, Markoulis N, Gourgoulianis KI (Prev Med. 2005 Mar;40(3):274-7)

15° Ελληνογερμανικό Ουρολογικό Συμπόσιο “The role of Diabetes Type in the pathogenesis of sexual disorders and sexual distress in women” Προφορική Παρουσίαση (27-30 Ιουνίου 2013, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα)

15° Ελληνογερμανικό Ουρολογικό Συμπόσιο “Oxidative stress is not related with sexual disorders and sexual distress in women with Type 1 Diabetes Mellitus” Προφορική Παρουσίαση (27-30 Ιουνίου 2013, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα)

40° Πανελλήνιο Συνέδριο Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού “Διερεύνηση των χαρακτηριστικών της σεξουαλικής λειτουργίας και του σεξουαλικού distress σε γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και 2” Προφορική Παρουσίαση (17 – 20 Απριλίου 2013, Αθήνα, Ελλάδα)

40° Πανελλήνιο Συνέδριο Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού “Το οξειδωτικό stress δεν εμπλέκεται στην παθογένεση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας σε γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1” Προφορική Παρουσίαση (17 – 20 Απριλίου 2013, Αθήνα, Ελλάδα)

5° Συνέδριο Παθολογίας Κεντρικής Ελλάδος “Διερεύνηση των χαρακτηριστικών της σεξουαλικής λειτουργίας και του σεξουαλικού distress σε γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και 2” Προφορική Παρουσίαση (28 – 30 Μαρτίου 2013, Λάρισα, Ελλάδα)

15th European Congress for Sexual Medicine “The role of Diabetes Type in the pathogenesis of sexual disorders and sexual distress in women” *Poster Presentation (6-8 December, 2012, Amsterdam, The Netherlands)*

15th European Congress for Sexual Medicine “Basson’s circular sexual response model is accompanied with worse sexual functioning and higher sexual distress compared with linear sexual response models” *Oral Presentation (6-8 December, 2012, Amsterdam, The Netherlands)*

15th European Congress for Sexual Medicine “Oxidative stress is not related with sexual disorders and sexual distress in women with Type 1 Diabetes Mellitus” *Oral Presentation (6-8 December, 2012, Amsterdam, The Netherlands)*

21^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ουρολογίας “Διερεύνηση των χαρακτηριστικών της σεξουαλικής λειτουργίας και του σεξουαλικού distress σε γυναίκες με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 και 2” *Προφορική παρουσίαση (11-14 Οκτωβρίου 2012, Αθήνα, Ελλάδα)*

39^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού “Σχέση γονεϊκού δεσμού και γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας σε γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1” *Αναρτημένη Ανακοίνωση, (4 – 7 Απριλίου 2012, Αθήνα, Ελλάδα)*

14th European Congress of Sexual Medicine “The impact of parental bonding on FSD in women with type 1 diabetes: Preliminary results from a pilot study” *Highlighted Poster Presentation (1 – 4 December 2011, Milan, Italy)* (*J Sex Med*, 2011, 8(suppl 5):391)

20th World Congress of Sexual Health “Prevalence and Risk Factors for Sexual Dysfunction and Distress in premenopausal, uncomplicated women with type 1 diabetes”

Oral Presentation (12 – 16 June, Glasgow, United Kingdom) (J Sex Med, 2011, 8(suppl 3):120)

20th World Congress of Sexual Health “Satisfaction from couple’s sexual performance as a predictor of sexual dysfunction and distress in premenopausal uncomplicated type 1 diabetic women ” *Poster Presentation (12 – 16 June, Glasgow, United Kingdom) (J Sex Med, 2011, 8(suppl 3):161)*

38^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού “Η ικανοποίηση από τη σεξουαλική απόδοση του ζεύγους ως προγνωστικός παράγοντας της γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας και του σεξουαλικού distress σε προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες με ανεπίπλεκτο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1” *Αναρτημένη Ανακοίνωση, (6 – 9 Απριλίου 2011, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα)*

38^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού “Επιπολασμός και παράγοντες κινδύνου για σεξουαλική δυσλειτουργία και σεξουαλικό distress σε προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες με ανεπίπλεκτο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1” *Προφορική Ανακοίνωση, (6 – 9 Απριλίου 2011, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα)*

3^ο Συνέδριο Παθολογίας Κεντρικής Ελλάδας “Γυναικεία Σεξουαλική Δυσλειτουργία σε τύπου 1 διαβητικές γυναίκες: Μία συγκριτική μελέτη” *Προφορική Ανακοίνωση, (10 – 12 Μαρτίου 2011, Λάρισα, Ελλάδα)*

13th European Congress of Sexual Medicine “Sexual dysfunction in Greek type 1 diabetic women: A comparative study” *Oral Presentation (14 – 17 November 2010, Malaga, Spain) (J Sex Med 2010;7(suppl 6):403–464)*

20^ο Πανελλήνιο Ουρολογικό Συνέδριο “Γυναικεία σεξουαλική δυσλειτουργία σε τύπου 1 διαβητικές γυναίκες: Αποτελέσματα από μελέτη πιλότο” *Προφορική Ανακοίνωση,*

**Λοιπές συμμετοχές
σε συνέδρια**

(23 – 27 Οκτωβρίου 2010, Λεμεσός, Κύπρος)

EAU 8th South Eastern European Meeting “Impact of previous bladder cancer history on recurrence and progression for patients with high-grade non-muscle invasive bladder cancer (NMIBC)” *(26-27 October 2012, Sofia, Bulgaria)* Eur Urol Suppl 2012; 11(4): 160.

21^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ουρολογίας “Καμπύλη εκμάθησης στη φωτοδυναμική διάγνωση του καρκίνου της κύστης με τη χρήση hexaminolevulinate hydrochloride (HAL)” *Προφορική παρουσίαση (11-14 Οκτωβρίου 2012, Αθήνα, Ελλάδα)*

21^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ουρολογίας “Παρουσίαση περιστατικού: Οπισθοπεριτοναϊκό απόστημα με συμμετοχή του δεξιού μηρού” *Αναρτημένη ανακοίνωση 11-14 Οκτωβρίου 2012, Αθήνα, Ελλάδα)*

21^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ουρολογίας “Η χρήση της συσκευής Endo-GIA stapler μειώνει το χρόνο κυστεκτομής και τη διεγχειρητική απώλεια αίματος σε παχύσαρκους ασθενείς που υποβάλλονται σε ριζική κυστεκτομή ” *Αναρτημένη ανακοίνωση 11-14 Οκτωβρίου 2012, Αθήνα, Ελλάδα)*

11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικών Λοιμώξεων “Σηπτικές επιπλοκές χολολιθίασης σε ασθενείς άνω των 75 ετών. Χειρουργική αντιμετώπιση σε επαρχιακό νοσοκομείο” *Προφορική Ανακοίνωση (11/2009, Ιωάννινα, Ελλάδα)*

11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικών Λοιμώξεων “Διαχείριση περιστατικών γάγγραινας Fournier στη χειρουργική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου” *Αναρτημένη Ανακοίνωση (11/2009, Ιωάννινα, Ελλάδα)*

The 9th Mediterranean And Middle Eastern Endoscopic Surgery Congress & The 5th Annual Congress Of The Syrian

Ομιλίες

Association Of Laparoscopic Surgery “Biliary Complications After Laparoscopic Cholecystectomies” *Oral Presentation (11/2009, Damascus, Syria)*

13th Surgical Week “Rectal Villous Adenomas And Their Complications” *Αναρτημένη Ανακοίνωση (7/2009, Χαλκιδική, Ελλάδα)*

5^η Πανελλήνια Επιστημονική Συνάντηση Τμήματος Ουρογεννητικής Ογκολογίας της Ελληνικής Ουρολογικής Εταιρείας (ΕΟΕ) “Οπισθοπεριτοναϊκός λεμφαδενικός καθαρισμός” *(22 Σεπτεμβρίου 2013, Βόλος, Ελλάδα)*

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

1.1 Εισαγωγή

Η μοναδικότητα, ποικιλομορφία αλλά και πολυπλοκότητα της γυναικείας σεξουαλικότητας κατέστησε δυσχερή τον ακριβή ορισμό της Γυναικείας Σεξουαλικής Δυσλειτουργίας (ΓΣΔ, FSD, Female Sexual Dysfunction), ενός υποτιμημένου μέχρι πρόσφατα προβλήματος το οποίο αποδείχθηκε ωστόσο ότι παρουσιάζει μεγάλο επιπολασμό στο γυναικείο πληθυσμό.(1,2) Ως συνέπεια αυτής της διαπίστωσης, αρκετοί ορισμοί της ΓΣΔ έχουν προταθεί από διάφορους ιατρικούς οργανισμούς ή ιατρικές εταιρείες/ενώσεις.

Επιπλέον, μια σημαντική παράμετρος που πρέπει να ληφθεί υπόψη στην αξιολόγηση των εκάστοτε ορισμών που έχουν αποδοθεί στη ΓΣΔ, είναι οι επιρροές που έχουν δεχθεί από προτεινόμενους τρόπους περιγραφής της σεξουαλικής συμπεριφοράς και λειτουργίας των γυναικών, ή αλλιώς μοντέλα γυναικείας σεξουαλικής απόκρισης. Οι νέες προτάσεις και εξελίξεις στα μοντέλα σεξουαλικής απόκρισης των γυναικών, οδήγησαν σε επακόλουθες αλλαγές του ορισμού των γυναικείων σεξουαλικών διαταραχών.

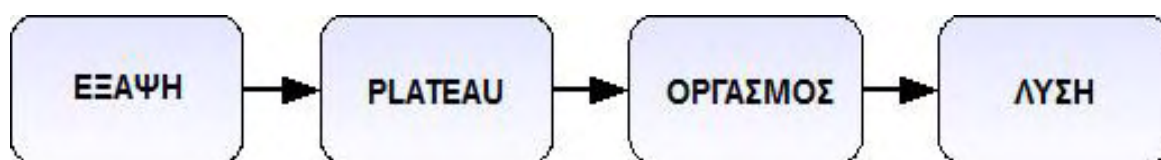
1.2 Μοντέλα γυναικείας σεξουαλικής απόκρισης⁽³⁾

Ο όρος “κύκλος γυναικείας σεξουαλικής απόκρισης” (female sexual response cycle) αναφέρεται σε ένα προτεινόμενο μοντέλο, το οποίο αποπειράται να προσεγγίσει με λογικοφανή διαδικασία, αλληλοδιαδεχόμενες συμπεριφορές, τα οποία στο σύνολό τους αποτελούν τον τρόπο με τον οποίο επιτελείται η σεξουαλική λειτουργία της γυναίκας. Τα παλαιότερα μοντέλα που πρότειναν οι ερευνητές και τα οποία περιέγραφαν το πώς διαδεχόταν το ένα στάδιο σεξουαλικής λειτουργίας το άλλο, ήταν μάλλον γραμμικού χαρακτήρα στη διαγραμματική απεικόνισή τους, ενώ τα νεότερα μοντέλα αποκτούν κυκλικό πλέον χαρακτήρα.

1.2.1 Γραμμικό μοντέλο τεσσάρων φάσεων κατά Masters και Johnson

Το πρώτο μοντέλο το οποίο προτάθηκε από μελετητές της σεξουαλικής απόκρισης, ήταν αυτό των William Masters και Virginia Johnson, τη δεκαετία του 1960. Το μοντέλο αυτό περιελάμβανε τέσσερις, αλληλοδιαδεχόμενες σε γραμμικό μοτίβο, φάσεις.(2,4–9) Η έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας επέφερε την έλευση του πρώτου σταδίου, της φάσης της διέγερσης / έξαψης. Υποκειμενικά αισθήματα σεξουαλικής έξαψης και απόλαυσης συνοδευόμενα από οργανικές αποκρίσεις, κατά βάση στηριζόμενες στην αγγειοδιαστολή, όπως η αιματική πλήρωση και διόγκωση των έξω γεννητικών οργάνων, η ύγρανση του κόλπου και γενικότερες σωματικές αντιδράσεις, όπως η αύξηση του καρδιοαναπνευστικού ρυθμού και του

μυικού τόνου χαρακτηρίζουν τη φάση αυτή.(4–6) Το στάδιο κατά το οποίο οι υποκειμενικές και σωματικές αποκρίσεις φτάνουν σε κορύφωση, αποτελεί την επόμενη φάση, του plateau.(4,6) Στη συνέχεια, επέρχεται ο οργασμός που περιλαμβάνει τις μέγιστες ψυχοσωματικές αντιδράσεις και τις ακούσιες ρυθμικές συσπάσεις διαφόρων μυικών ομάδων καθώς και της μήτρας και του κατώτερου τριτημορίου του κόλπου.(4,6,10) Το στάδιο του οργασμού διαδέχεται η φάση της λύσης, κατά την οποία βιώνεται αίσθημα ηρεμίας, χαλάρωσης και ευφορίας και πραγματοποιείται η επιστροφή του καρδιοαναπνευστικού ρυθμού και μυικού τόνου σε φυσιολογικά επίπεδα.(4,6,7,11) (Σχήμα 1)



Σχήμα 1. Μοντέλο τεσσάρων φάσεων κατά Masters και Johnson.

Το προτεινόμενο αυτό μοντέλο τεσσάρων φάσεων των δύο μελετητών αποτέλεσε το πρώτο διαδομένο μοντέλο προσέγγισης της σεξουαλικής απόκρισης, αλλά δε λάμβανε υπόψη του τον παράγοντα της επιθυμίας για σεξουαλική συνεύρεση. Επιπλέον, δέχθηκε επικρίσεις ότι το στάδιο του plateau ήταν ένα περιττό στάδιο, καθώς θα μπορούσε να ενσωματωθεί στο στάδιο της διέγερσης, αποτελώντας ουσιαστικά την κατάληξή της, ενώ αμφιβολίες τέθηκαν και για τη χρησιμότητα του σταδίου της λύσης, με το σκεπτικό ότι, εφόσον κατά τη λύση έχει τερματιστεί η αμιγής σεξουαλική δραστηριότητα, κακώς τοποθετήθηκε στο μοντέλο σεξουαλικής απόκρισης.(4)

1.2.2 Γραμμικό μοντέλο τριών φάσεων κατά Karlan

Ως συνέπεια των ανωτέρω, η Helen Karlan τη δεκαετία του 1970 πρότεινε μια διαφοροποίηση του μοντέλου των Masters και Johnson, εισάγοντας τη φάση της επιθυμίας στην αρχή του κύκλου σεξουαλικής απόκρισης και καταργώντας τα στάδια του plateau και της λύσης, δημιουργώντας έτσι ένα “τριφασικό” μοντέλο που περιελάμβανε τα στάδια της επιθυμίας, της διέγερσης και του οργασμού.(2,4,5,7,8) (Σχήμα 2) Το νέο στάδιο της επιθυμίας περιελάμβανε την επιθυμία και κινητοποίηση του ατόμου για πραγματοποίηση σεξουαλικής επαφής με τη μορφή σκέψεων, ονείρων και φαντασιώσεων σεξουαλικού περιεχομένου.(1) Ψυχονευροενδοκρινικοί μηχανισμοί εμπλέκονται σε αυτό το πολυσύνθετο και δύσκολο να περιγραφεί επακριβώς στάδιο,(2,7,10–12) με συμμετοχή του λιμβικού συστήματος και τμημάτων του υποθαλάμου.(1,11,13) Επιπλέον, ορμόνες αλλά και εξωγενώς χορηγούμενες χημικές ουσίες όπως οι διάφορες φαρμακευτικές αλλά και εξαρτησιογόνες ουσίες, διαπιστώθηκε ότι επηρεάζουν καταλυτικά την επιθυμία για σεξουαλική δραστηριότητα, άλλοτε ενισχύοντας και άλλοτε αναστέλλοντάς την^{4,8,12}.(7,10,12) Μελετητές στην πορεία επέκτειναν το μοντέλο της Karlan και ανέφεραν ότι η επιθυμία μπορεί να είναι είτε αυθόρμητη είτε ως αποτέλεσμα της ίδιας της σεξουαλικής έξαψης, πρόταση που μπορεί να εξηγήσει το γιατί μια μεγάλη μερίδα των γυναικών δεν αναφέρει πρωτογενή επιθυμία για σεξουαλική επαφή.(1,4,7,11)



Σχήμα 2. Μοντέλο τριών φάσεων κατά Karlan.

Τα μοντέλα γραμμικού χαρακτήρα έφεραν τις σοβαρές διαφωνίες μερικών μελετητών της γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας, οι οποίοι τόνιζαν την πολυπλοκότητα της γυναικείας σεξουαλικότητας, αμφισβητούσαν τον ανεξάρτητο χαρακτήρα των φάσεων που περιγράφηκαν και υποστήριζαν ότι, η παρουσία αμιγούς σεξουαλικής επιθυμίας δεν είναι ο κανόνας στη σεξουαλική απόκριση όλων των γυναικών, ενώ το ίδιο συμβαίνει και με την παρουσία ή μη οργασμικής απάντησης.(1,5,13,14) Το ζήτημα της σεξουαλικής επιθυμίας κατέστη το σημαντικότερο σημείο προβληματισμού των μελετητών καθώς ήταν ήδη γνωστό, και θεωρούνταν πλέον δεδομένο, ότι οι γυναίκες δε βίωναν οργασμό σε κάθε σεξουαλική τους επαφή. Το σκεπτικό των μελετητών ήταν ότι η παρουσία ή μη επιθυμίας δεν είναι αυτόνομο γεγονός αλλά μπορεί να συνδέεται και με τις προηγούμενες σεξουαλικές εμπειρίες της γυναίκας. Εάν η γυναίκα δεν έχει θετικά βιώματα από τις σεξουαλικές εμπειρίες της, δεν καθίσταται δυνατή η δημιουργία ισχυρού συναισθηματικού δεσμού που θα γεννήσει την επιθυμία για επόμενες επαφές.(13) Ένα παράδοξο που αδυνατούσαν να εξηγήσουν τα γραμμικά μοντέλα σεξουαλικής απόκρισης ήταν το πώς ήταν δυνατή η ύπαρξη σεξουαλικής επιθυμίας

χωρίς αντίστοιχη σεξουαλική διέγερση αλλά και σεξουαλικής διέγερσης χωρίς την ύπαρξη αμιγούς σεξουαλικής επιθυμίας.

1.2.3 Κυκλικό μοντέλο σεξουαλικής απόκρισης κατά Basson

Με βάση τους προβληματισμούς που είχαν τεθεί, η Rosemary Basson παρουσίασε τη δεκαετία του 2000 ένα μη γραμμικό πρότυπο σεξουαλικής απόκρισης, στο οποίο οι διάφορες φάσεις επικαλύπτονταν αντί να παραμένουν αυστηρά διακριτές όπως στα προηγούμενα δύο μοντέλα.(1,15) Ο ανεξάρτητος χαρακτήρας των φάσεων όπως είχαν περιγραφεί, ήταν η βάση για να τεθούν και οι αντίστοιχοι ορισμοί διακριτών διαταραχών της σεξουαλικής λειτουργίας.(2,10,14,16,17) Η διαφοροποίηση του μοντέλου που πρότεινε ήταν ότι η αρχική του φάση ήταν ένα στάδιο ουδετερότητας όσον αφορά τη σεξουαλική επιθυμία, με της οποίας τον ορισμό και την κατηγοριοποίηση ασχολήθηκε ιδιαίτερα, ενώ διατύπωσε και τις ενστάσεις της για την πραγματική διάσταση της γυναικείας διέγερσης.(4,5,13,16)

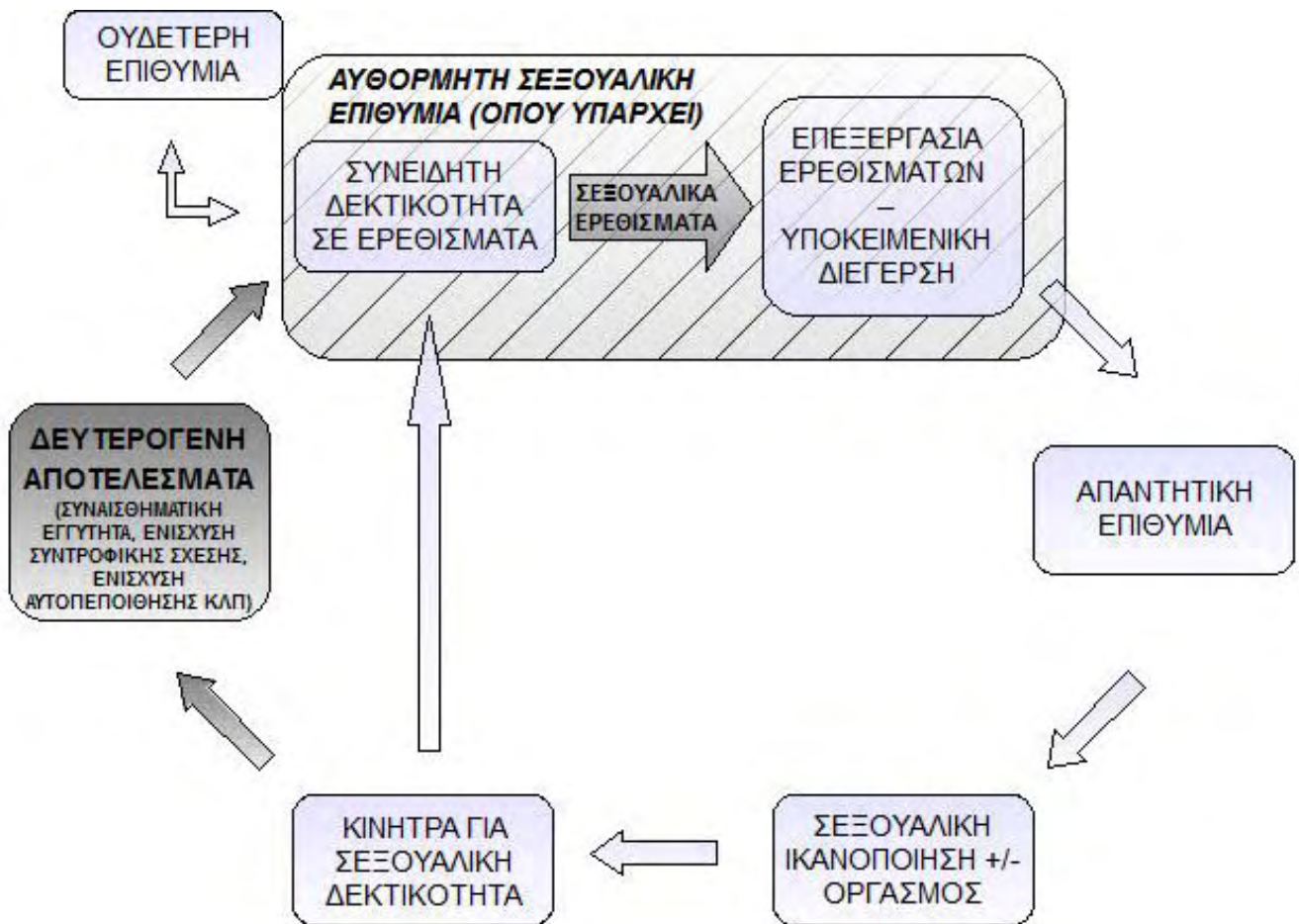
Η Basson στηρίχθηκε σε μελέτες που υπήρχαν και υποστήριξε ότι μερικές γυναίκες όντως αναφέρουν ότι βιώνουν μια ενδογενή, ή αυθόρμητη όπως την ονόμασε, επιθυμία για σεξ η οποία και τις οδηγεί σε αναζήτηση σεξουαλικών εμπειριών.(13) Η αυθόρμητη επιθυμία για σεξ συνήθως εμφανίζεται σε νέες γυναίκες, ιδίως στην αρχή μιας νέας σχέσης, σχετίζεται με τον καταμήνιο κύκλο και μπορεί να έχει το χαρακτήρα σεξουαλικών σκέψεων, ονείρων ή φαντασιώσεων.(18–20) Ο σκοπός της είναι η σεξουαλική συνεύρεση αυτή καθαυτή, διότι στην περίπτωση αυτή η ίδια η γυναίκα επιθυμεί να διεγερθεί σεξουαλικά και να νιώσει ικανοποίηση, καλύπτοντας

τις δικές της σεξουαλικές ανάγκες.(5) Ωστόσο, δεν αποτελεί κανόνα και η απουσία της δε θα πρέπει να χαρακτηρίζεται ως διαταραχή, καθώς βρέθηκε ότι δεν ήταν παρούσα στην πλειοψηφία των γυναικών.(5,13,16,21–23) Παρά ταύτα, η ύπαρξη της αυθόρμητης επιθυμίας εξηγεί το πώς μπορεί μια γυναίκα να βιώσει σεξουαλική επιθυμία χωρίς την ύπαρξη σεξουαλικής διέγερσης.

Τα κίνητρα ωστόσο που οδηγούν μια γυναίκα στο να συναινέσει σε ερωτικά ερεθίσματα που δέχεται από το σύντροφό της, δεν είναι μονομερές αποτέλεσμα της καθαρά σεξουαλικής της ικανοποίησης από τις προηγούμενες εμπειρίες της, ούτε και αποκλειστικά σεξουαλικού προσανατολισμού. Διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν και μη σεξουαλικού χαρακτήρα κίνητρα που την ωθούν να γίνει δεκτική και των οποίων την ύπαρξη μπορεί να γνωρίζει εκ των προτέρων, παρατηρούμενα ιδίως σε μεγαλύτερες ηλικίες και σε μακροχρόνιες σχέσεις.(5,13) Η γυναίκα μπορεί να συναινέσει στη συνέχιση και ολοκλήρωση της σεξουαλικής δραστηριότητας ως αποτέλεσμα της επιθυμίας της να ικανοποιηθεί, να αυτοεπιβεβαιωθεί, ενισχύοντας την εικόνα της ως ποθητής συντρόφου και σεξουαλικά ενεργής γυναίκας, να αποφύγει την ένταση που πιθανόν να εμφανισθεί ως αποτέλεσμα της μειωμένης σεξουαλικής της δραστηριότητας ή να ενισχύσει τη συντροφική της σχέση.(2,5,7,13,24) Η εισαγωγή των μη σεξουαλικών κινήτρων από την Basson, απαντά τελικά και στο πώς είναι δυνατή η ύπαρξη σεξουαλικής διέγερσης χωρίς να προηγείται αμιγής σεξουαλική επιθυμία.

Συνοπτικά, ο κύκλος σεξουαλικής απόκρισης των γυναικών που προτείνει η Basson περιγράφεται ως εξής: Η γυναίκα αρχικά είναι ουδέτερη ως προς την επιθυμία αλλά με την επίδραση των διαφόρων κινήτρων καθίσταται δεκτική προς τη σεξουαλική

συνεύρεση.(4,13,16,18,24) Έτσι, δέχεται ερωτικά ερεθίσματα από το σύντροφό της και αν το επίπεδο των σωματικών αλλά και ψυχολογικών ερεθισμάτων που λαμβάνει είναι ποσοτικά επαρκές και ποιοτικά ικανοποιητικό κατά την κρίση και επιθυμία της, η σεξουαλική της απόλαυση εντείνεται και εμφανίζεται η υποκειμενική διέγερσή της, υπό την προϋπόθεση ότι υπάρχουν ταυτόχρονα οι κατάλληλες συνθήκες για να παραμείνει επικεντρωμένη στο σεξουαλικό ερεθισμό.(4,13,16,18) Η συνέχιση της σεξουαλικής δραστηριότητας εκ μέρους της ίδιας και του συντρόφου της έχει σαν αποτέλεσμα την κορύφωση της διέγερσης και την επαγόμενη εμφάνιση της δευτερογενούς ή απαντητικής επιθυμίας.(2,13,18) Η αμιγής σεξουαλική επιθυμία που απουσίαζε στην αρχή της ερωτικής δραστηριότητας, εμφανίζεται εδώ ως απάντηση στα ερεθίσματα που δεχόταν η γυναίκα κατά τη διάρκεια της ερωτικής διέγερσης, η οποία πλέον επιθυμεί τη συνέχιση της σεξουαλικής εμπειρίας και για καθαρά σεξουαλικούς πλέον λόγους.(4,13,16,18,24) Η κλιμάκωση και κορύφωση του σεξουαλικού ερεθισμού οδηγεί στη σεξουαλική ικανοποίηση, αρκεί η γυναίκα να συνεχίσει να βιώνει θετικά συναισθήματα και να μην εμφανισθούν αρνητικές επιδράσεις που θα προκαλέσουν τη δυσχέρεια ή δυσφορία της, όπως άγχος σχετιζόμενο με την επίδοση, με το χρόνο ή το χώρο που πραγματοποιείται η σεξουαλική δραστηριότητα ή πόνος κατά την επαφή.(2,4,13,16,18) Η σεξουαλική ικανοποίηση που βιώνεται μπορεί να συνοδεύεται και από την παρουσία οργασμικής απάντησης αλλά αυτό δεν είναι απαραίτητο.(4,16,18) Τελικά, η ικανοποίηση από τη σεξουαλική δραστηριότητα κλείνει τον κύκλο της σεξουαλικής απόκρισης, και προάγοντας τη δεκτικότητα της γυναίκας προς μελλοντικά σεξουαλικά ερεθίσματα, δημιουργεί ταυτόχρονα τις κατάλληλες προϋποθέσεις για την έναρξη ενός νέου.(4,16,18,24). (Σχήμα 3)



Σχήμα 3. Κυκλικό μοντέλο σεξουαλικής απόκρισης κατά Basson.

Κατά την Basson, η διάκριση της σεξουαλικής επιθυμίας σε ενδογενή/αυθόρμητη και σε επαγόμενη/απαντητική είναι κρίσιμης σημασίας καθώς επιφέρει αντίστοιχες αλλαγές στο τι θα πρέπει να θεωρηθεί διαταραχή επιθυμίας. Κατά τον ισχύοντα ορισμό της αμερικανικής εταιρείας ουρολογικών παθήσεων (American Foundation for Urologic Disease, AFUD), ως διαταραχή της επιθυμίας ορίζεται η επιμένουσα ή διαλείπουσα, μειωμένη ή πλήρως απύουσα ικανότητα σεξουαλικών σκέψεων, φαντασιώσεων και επιθυμίας για (ή δεκτικότητας προς) σεξουαλική δραστηριότητα, η οποία προκαλεί προσωπική δυσχέρεια.(2,5,8,17,25). Η Basson κρίνει ότι ο ορισμός

αυτός παθολογοποιεί χωρίς επαρκή βάση τη μεγάλη μερίδα γυναικών που δεν αναφέρουν συχνά σκέψεις ή φαντασιώσεις σεξουαλικής επαφής, που δε διαθέτουν δηλαδή την αυθόρμητη σεξουαλική επιθυμία, παρά εμφανίζουν μόνο την απαντητική.(5,13) Ως εκ τούτου θεωρεί ότι ο ορισμός πρέπει να τροποποιηθεί κατά τέτοιο τρόπο ώστε η απουσία της απαντητικής επιθυμίας να συνιστά πλέον διαταραχή, εφόσον φυσικά συνοδεύεται από αξιολογούμενη συναισθηματική επίπτωση.(5,22) Επιπλέον, αμφισβητεί τη δεδομένη και δανεισμένη από την ανδρική σεξουαλική λειτουργία στέρεη σύνδεση της υποκειμενικής διέγερσης με τις αντικειμενικές σωματικές μεταβολές που συμβαίνουν κατά τον ερωτικό ερεθισμό, ιδίως τα αγγειοδιασταλτικά γεγονότα που συμβαίνουν κατά τη στύση.(16) Η γυναικεία διέγερση κατά την Basson επιτελείται κατά βάση από τα έντονα βιώματα σεξουαλικής έξαψης και τις αντίστοιχες συναισθηματικές μεταβολές που αυτά προκαλούν και λιγότερο από τη διόγκωση του κόλπου (και τη συνοδό ύγρανση αυτού) ή των έξω γεννητικών οργάνων ως συνέπεια της αγγειακής πλήρωσης.(5,13,16,22)

1.3 Ορισμός Γυναικείας Σεξουαλικής Δυσλειτουργίας

1.3.1 Ορισμός κατά ICD – 10

Με βάση τη Δέκατη Αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων (10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related

Health Problems, ICD-10) που χρησιμοποιεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ, WHO, World Health Organization), ο ορισμός της σεξουαλικής δυσλειτουργίας περιλαμβάνει *“τους διάφορους τρόπους μέσω των οποίων ένα άτομο δεν μπορεί να συμμετάσχει σε μια σεξουαλική σχέση όπως ο ίδιος / η ίδια θα επιθυμούσε”*.(26)

Η ταξινόμηση των διαταραχών της σεξουαλικής λειτουργίας των γυναικών κατά την ICD-10 ταξινόμηση, εστιάζει κατά βάση στους σωματικούς παράγοντες που εμπλέκονται στη γυναικεία σεξουαλική απόκριση(1) και περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες:(26)

1. **Έλλειψη ή απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας** (Lack or loss of sexual desire, F52.0)
2. **Διαταραχή λόγω σεξουαλικής αποστροφής και έλλειψη σεξουαλικής ικανοποίησης** (Sexual aversion disorder and lack of sexual satisfaction, F52.1)
3. **Αποτυχία γενετήσιας διέγερσης** (Failure of genital response, F52.2)
4. **Δυσλειτουργία οργασμού** (Orgasmic dysfunction, F52.3)
5. **Κολεόσπασμος μη οργανικής αιτιολογίας** (Non organic vaginismus, F52.5)
6. **Δυσπαρέυνεια μη οργανικής αιτιολογίας** (Non organic dyspareunia, F52.6)
7. **Υπερβολική σεξουαλική ορμή** (Excessive sexual drive, F52.7)

1.3.2 Ορισμός κατά DSM – IV TR

Στην προσπάθεια εύρεσης κατάλληλου ορισμού για τη ΓΣΔ, η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση (American Psychiatric Association, APA) στη αναθεωρημένη 4^η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - text revised, DSM – IV TR,) που εκδίδει και χρησιμοποιείται σε μεγάλη κλίμακα στη Βόρειο Αμερική, ορίζει τη σεξουαλική δυσλειτουργία ως *“τις δυσχέρειες της σεξουαλικής επιθυμίας και τις ψυχοφυσιολογικές αλλαγές που χαρακτηρίζουν τον κύκλο σεξουαλικής απόκρισης και προκαλούν σεσημασμένη δυσφορία και δυσκολία στη διαπροσωπική λειτουργία”*.(27) Η ταξινόμηση κατά το DSM – IV TR, εστιάζει στις ψυχολογικές και συναισθηματικές παραμέτρους που εμπλέκονται στη ΓΣΔ. Περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες διαταραχών:

1. **Διαταραχή μειωμένης σεξουαλικής επιθυμίας** (Hypoactive sexual desire disorder, 302.71)
2. **Διαταραχή λόγω σεξουαλικής αποστροφής** (Sexual aversion disorder 302.79)
3. **Διαταραχή της γυναικείας σεξουαλικής διέγερσης** (Female arousal disorder, 302.72)
4. **Διαταραχή του γυναικείου οργασμού** (Female orgasmic disorder, 302.73)
5. **Δυσπαρέυνεια** (Dyspareunia, 302.76)
6. **Κολεόσπασμος** (Vaginismus, 306.51)

1.3.3 Ορισμός κατά AFUD

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι ορισμοί της ΓΣΔ που περιλαμβάνονται στο ICD – 10 και ιδίως στο DSM – IV TR βασίζονται στα μοντέλα γραμμικής σεξουαλικής απόκρισης των Masters & Johnson και της Kaplan.(1,2) Ωστόσο, η πρόταση της Basson για την ύπαρξη ενός κυκλικού μοντέλου σεξουαλικής απόκρισης καθώς και η νέες εξελίξεις από την εξελισσόμενη έρευνα πάνω στη γυναικεία σεξουαλική λειτουργία και τις διαταραχές της οδήγησαν το 1996 την Αμερικανική Εταιρεία Ουρολογικών Παθήσεων (AFUD) στη σύγκληση διεθνούς επιτροπής ομοφωνίας (international consensus committee) για τον ορισμό της ΓΣΔ. Η επιτροπή δημοσίευσε τις θέσεις της το 1998, οι οποίες αναθεωρήθηκαν το 2003 και αποτελούν τον ισχύοντα μέχρι τώρα ορισμό της ΓΣΔ που υιοθετείται και από τη Διεθνή Ένωση Σεξουαλικής Ιατρικής (International Society for Sexual Medicine).(16,28,29)

Το βασικό νέο στοιχείο που πρόσθεσε η AFUD στους ορισμούς της ΓΣΔ και αποτέλεσε επιρροή από το DSM – IV TR, είναι το κριτήριο του σεξουαλικού distress (sexual distress). Η παρουσία κάποιας σεξουαλικής διαταραχής από μόνη της δεν μπορεί να συνιστά ΓΣΔ, εκτός και εάν συνοδεύεται από αρνητική ψυχολογική επίπτωση (distress), οφειλόμενη στη σεξουαλική διαταραχή. Η πρόκληση σημαντικού ψυχολογικού πλήγματος, η δυσλειτουργία στη σχέση ή ο περιορισμός των κοινωνικών δραστηριοτήτων λόγω των σεξουαλικών διαταραχών, αποτελούν χαρακτηριστικές εκφάνσεις του σεξουαλικού distress.

Με βάση τους ορισμούς της AFUD, υπάρχουν τέσσερις κατηγορίες σεξουαλικών διαταραχών:

- 1. Διαταραχές σεξουαλικής επιθυμίας**, όπου η έννοια της επιθυμίας περιλαμβάνει τη σεξουαλική ορμή και τα σεξουαλικά κίνητρα. Οι διαταραχές αυτές περιλαμβάνουν δύο διακριτές διαταραχές:
 - a. Διαταραχή μειωμένης σεξουαλικής επιθυμίας (Hypoactive sexual desire disorder, HSDD). Η διαταραχή ορίζεται ως “η επίμονη ή υποτροπιάζουσα μείωση ή απώλεια σεξουαλικών φαντασιώσεων/σκέψεων ή/και επιθυμίας για ή δεκτικότητα προς σεξουαλική δραστηριότητα”.
 - b. Διαταραχή λόγω σεξουαλικής αποστροφής (Sexual aversion disorder)
Ο ορισμός της περιλαμβάνει την “επίμονη ή υποτροπιάζουσα φοβική αποστροφή και αποφυγή σεξουαλικής επαφής με κάποιον σεξουαλικό σύντροφο”.
- 2. Διαταραχές σεξουαλικής διέγερσης**, οι οποίες ορίζονται ως “η επίμονη ή υποτροπιάζουσα έλλειψη ικανότητας να επιτευχθεί ή να διατηρηθεί επαρκής σεξουαλική έξαψη, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη σεξουαλικού distress. Οι διαταραχές αυτές μπορούν να βιώνονται ως έλλειψη υποκειμενικής έξαψης (subjective arousal) ή απάντησης των γεννητικών οργάνων στη σεξουαλική διέγερση (για παράδειγμα η ύγρανση κόλπου και η διόγκωση της κλειτορίδας και των έξω γεννητικών οργάνων λόγω αιματικής συμφόρησης) ή σωματικών αποκρίσεων, όπως η αύξηση του καρδιακού ρυθμού και το αίσθημα θερμότητας λόγω δερματικής αγγειοδιαστολής.

3. Διαταραχές οργασμού. Η διαταραχή ορίζεται ως “η επίμονη ή υποτροπιάζουσα δυσχέρεια, καθυστέρηση ή απώλεια ικανότητας επίτευξης οργασμικής απάντησης σε επαρκή προηγηθέντα σεξουαλικό ερεθισμό και διέγερση, που τελικά οδηγεί στην ανάπτυξη σεξουαλικού distress”.

4. Διαταραχές λόγω πόνου σχετιζόμενου με τη σεξουαλική δραστηριότητα. Οι διαταραχές αυτές περιλαμβάνουν:

a. Τη Δυσπαρέυνεια. Υποτροπιάζον ή επίμονο άλγος που σχετίζεται με τη σεξουαλική δραστηριότητα και οδηγεί στην ανάπτυξη σεξουαλικού distress.

b. Τον Κολεόσπασμο. Υποτροπιάζων ή επίμονος ακούσιος σπασμός των μυών που σχετίζονται με το έξω τριτημορίου του κόλπου, που παρεμποδίζει την κολπική διείσδυση και οδηγεί στην ανάπτυξη του σεξουαλικού distress.

Η επερχόμενη πέμπτη αναθεώρηση του DSM και οι απόψεις για ανανέωση των ορισμών της Γυναικείας Σεξουαλικής Δυσλειτουργίας και των επιμέρους διαταραχών της, έχουν οδηγήσει σε επιστημονική αντιπαράθεση. Ειδικότερα, μεγάλος αριθμός αλληλοσυγκρουόμενων εργασιών έχει δημοσιευθεί για το πώς θα πραγματεύεται η έννοια της σεξουαλικής επιθυμίας, οι διαταραχές της και η συνένωση των διαταραχών της με τις αντίστοιχες διαταραχές διέγερσης, καθώς και οι υπόλοιπες διαταραχές της γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας.(14,30–37) Εξίσου έντονη είναι η συζήτηση για το ρόλο, την κλινική αξία και κυρίως την αναγκαιότητα ύπαρξης του σεξουαλικού distress.(14,30,36,38–40)

1.4 Επιπολασμός ΓΣΔ

Η ποικιλία των διαθέσιμων ορισμών της ΓΣΔ είχε ως αντίκτυπο αντίστοιχη ετερογένεια στα ποσοστά επιπολασμού που αναφέρουν οι διάφορες μελέτες που διεξήχθησαν σε γυναίκες του γενικού πληθυσμού, ανάλογα με τον ορισμό που χρησιμοποιείται. Παρά ταύτα, και σε αντίθεση με τις παλαιότερες εκτιμήσεις, οι διαταραχές της γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας είναι αρκετά συχνές, ιδίως σε περιεμμηνοπασιακές και μετεμμηνοπασιακές γυναίκες. Η συχνότητα εμφάνισης σεξουαλικών διαταραχών έχει αναφερθεί από διάφορες μελέτες σε ένα εύρος 11 – 91%,(8,10) ωστόσο τα ποσοστά επιπολασμού φαίνεται ότι κυμαίνονται μεταξύ 40-60% .(41–48) Υπολογίζεται ότι έως και 76% του γυναικείου πληθυσμού πάσχει από κάποια μορφή σεξουαλικής διαταραχής.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα παραπάνω ποσοστά αφορούν σεξουαλικές διαταραχές, ανεξάρτητα από την παρουσία του σεξουαλικού distress που θα τεκμηριώνει τη διάγνωση της ΓΣΔ με βάση τους τρέχοντες ορισμούς. Η προσθήκη του σεξουαλικού distress έχει αποδειχθεί ότι οδηγεί σε εντυπωσιακή μείωση της συχνότητας εμφάνισης ΓΣΔ στο γενικό πληθυσμό μεταξύ του 12 και 25%,(48–50) ωστόσο κρίνεται απαραίτητη η διενέργεια νέων επιδημιολογικών ερευνών σε μεγάλα δείγματα πληθυσμού και με κοινά μεθοδολογικά χαρακτηριστικά ώστε να ληφθούν αξιόπιστα και κοινά αποδεκτά αποτελέσματα.

Ως προς τη συχνότητα εμφάνισης των επιμέρους σεξουαλικών διαταραχών, οι διαταραχές σεξουαλικής επιθυμίας εντοπίζονται σε 20-30% του γυναικείου

πληθυσμού. Αντίστοιχα, οι διαταραχές διέγερσης εμφανίζονται σε 6-22% των γυναικών, αλλά το ποσοστό τους αναφέρεται έως και 70% σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. (48,51) Εξίσου ποικίλα είναι και τα ποσοστά εμφάνισης διαταραχών οργασμού, οι οποίες υπολογίζεται ότι διαγιγνώσκονται από 4-7% έως και 25% των γυναικών, με αρκετές διακυμάνσεις αναλόγως της ηλικίας.(41,43,48,51)

Αντικρουόμενα είναι τα στοιχεία για τον επιπολασμό της δυσπαρέυνης. Η μελέτη SWAN κατέδειξε ποσοστά εμφάνισης δυσπαρέυνης στο 17% των προεμμηνοπαυσιακών γυναικών που εντάχθηκαν, έναντι 25% των μετεμμηνοπαυσιακών.(52) Ωστόσο, η μεγάλη επιδημιολογική μελέτη των Laumann et al. στις Η.Π.Α. κατέδειξε τριπλάσια εμφάνιση δυσπαρέυνης στις νεότερες έναντι των μεγαλύτερων σε ηλικία γυναικών.(43,48) Ως προς τη συχνότητα εμφάνισης κολεόσπασμου, τα δεδομένα είναι πολύ λίγα και υπολογίζεται ότι 0.5–6% του γενικού πληθυσμού πάσχει από αυτή τη διαταραχή.(48,51) Η μελέτη των Nobre et al. στην Πορτογαλία αναφέρει ποσοστά εμφάνισης κολεόσπασμου 25,5%, όμως πρέπει να τονισθεί ότι η μελέτη αφορούσε ασθενείς που παρακολουθούνταν σε κλινική μελέτη σεξουαλικών προβλημάτων.(53)

1.5 Αίτια Γυναικείας Σεξουαλικής Δυσλειτουργίας

Η πολυπλοκότητα των διαταραχών της γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας αντικατοπτρίζεται και στην πληθώρα των αιτιολογικών παραγόντων που έχουν προταθεί να ευθύνονται για την παθογένεση της ΓΣΔ. Ουσιαστικά, κάθε παράγοντας που εμπλέκεται στη σεξουαλική λειτουργία της γυναίκας αποτελεί εν δυνάμει αίτιο γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Σε γενικές γραμμές, οι παράγοντες που έχουν προταθεί ως αίτια ΓΣΔ μπορούν να διαχωρισθούν σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες: Οργανικά αίτια, ψυχοσυναισθηματικά αίτια, φαρμακευτικά αίτια, άλλα αίτια.(2,7,8,10,15,41,43,44,49,51,54–68)

Αν και η συσχέτιση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας των ανδρών με την ηλικιακή πρόοδο είναι σαφής, τα ποσοστά ΓΣΔ είναι σημαντικά και σε νεότερες ηλικίες, ανάλογα περίπου με αυτά των περι- και μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών. Παρά ταύτα, η διαδικασία της γήρανσης έχει αποδειχθεί ότι εμπλέκεται στην ανάπτυξη ΓΣΔ. Η πτώση των επιπέδων των οιστρογόνων και ανδρογόνων ως αποτέλεσμα της εμμηνόπαυσης, επιφέρει εκφυλιστικές αλλοιώσεις στα γεννητικά όργανα και διαταραχές επιθυμίας, διέγερσης, οργασμού και πόνου. Νοσήματα σχετιζόμενα με το γήρας όπως η αθηροσκλήρωση, η υπερλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι καρδιοαναπνευστικές νόσοι, ψυχολογικά αίτια όπως η κατάθλιψη και κοινωνικά αίτια όπως η απώλεια του συντρόφου και τα πιθανά προβλήματα υγείας αυτού μπορούν να αποτελέσουν παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη ΓΣΔ.

Η πτώση των επιπέδων οιστρογόνων και ανδρογόνων με την εμμηνόπαυση και οι αλλαγές που επιφέρουν δεν αποτελούν τα μόνα αίτια ΓΣΔ που οφείλονται σε

ορμονικές διαταραχές. Όγκοι της υπόφυσης, υπερπρολακτιναιμία, υπο- και υπερθυρεοειδισμός, σακχαρώδης διαβήτης, ανεπάρκεια ανδρογόνων, πτώση των οιστρογόνων από πρόωμη ωοθηκική ανεπάρκεια / πρόωμη εμμηνόπαυση είναι μερικά από τα επιπλέον ενδοκρινολογικά αίτια.

Εκφυλιστικές παθήσεις των αγγείων όπως η αθηροσκλήρωση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, το κάπνισμα, η περιφερική αγγειακή νόσος, η νεφρική ανεπάρκεια καθώς και κακώσεις περινέου ή πυέλου, όπως αυτές που σχετίζονται με την ποδηλασία, αποτελούν προτεινόμενα αίτια ΓΣΔ καθώς επηρεάζουν τα μεγάλα αλλά και μικρά αγγεία της πυέλου και τελικά τα αναπαραγωγικά όργανα.

Παρομοίως, ασθένειες του νευρικού συστήματος όπως οι περιφερικές νευροπάθειες, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η σκλήρυνση κατά πλάκας, οι τραυματισμοί του νωτιαίου μυελού, η νόσος Alzheimer, η νόσος Parkinson, ο νευροπαθητικός πόνος, οι κακώσεις ηβικών νεύρων και οι διάφορες ιατρογενείς νευρικές βλάβες κατά την εκτέλεση μείζονων χειρουργικών επεμβάσεων στην πύελο, αποτελούν παράγοντες κινδύνου για ΓΣΔ. Οι συνέπειες των διαταραχών αυτών στο κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα καθώς και ο ψυχολογικός αντίκτυπός τους οδηγούν σε διαταραχές της σεξουαλικής λειτουργίας στις γυναίκες.

Οι παθήσεις των οργάνων της πυέλου έχουν μελετηθεί ως προς την επίδρασή τους στη σεξουαλική λειτουργία της γυναίκας. Η διαταραχή του τόνου των μυών του πυελικού εδάφους, πέρα από τον κεντρικό παθογενετικό ρόλο σε προπτώσεις πυελικών οργάνων και σε ακράτεια ούρων και κοπράνων, μπορεί να οδηγήσει σε δυσπαρέυνεια και κολεόσπασμο σε περίπτωση υπέρτονίας, και σε οργασμικές

διαταραχές λόγω διαταραχής του μηχανισμού κινητικής απάντησης στα σεξουαλικά ερεθίσματα.

Γυναικολογικά αίτια όπως: η ατροφία των γεννητικών οργάνων, οι φλεγμονές των γεννητικών οργάνων και των παρακείμενων του αιδοίου αδένων, η πρόπτωση της μήτρας, οι δερματίτιδες, ο σκληρυντικός λειχήνας, ο καρκίνος του αιδοίου, η φίμωση της κλειτορίδας, οι ανατομικές ανωμαλίες και νεοπλασίες των γεννητικών οργάνων, η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου, η ενδομητρίωση, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, οι διαταραχές γονιμότητας ακόμη και η κύηση και ο τοκετός, αλλά και ουρολογικά / γαστρεντερικά νοσήματα όπως η ακράτεια ούρων, οι υποτροπιάζουσες κυστίτιδες, η διάμεση κυστίτιδα, η φλεγμονώδης εντερική νόσος, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, η αιμορροϊδοπάθεια και γενικότερα παθήσεις και νεοπλασίες των πυελικών οργάνων παίζουν ρόλο στην παθογένεση της ΓΣΔ.

Μείζονες παράγοντες κινδύνου για ΓΣΔ είναι οι ψυχικές νόσοι και διαταραχές όπως η κατάθλιψη, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, το οξύ και χρόνια στρες, η διαταραχή πανικού, οι σωματόμορφες διαταραχές και οι διαταραχές εικόνας σώματος. Επίσης, ψυχολογικά αίτια όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, ο φόβος απόρριψης, το άγχος για τη σεξουαλική επίδοση, προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες στη σεξουαλική ζωή, ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης, περιορισμένες εμπειρίες και γνώσεις πάνω σε θέματα σεξουαλικής λειτουργίας, αποτελούν επιπρόσθετα αίτια ΓΣΔ.

Άλλα αίτια ΓΣΔ είναι η παχυσαρκία καθώς και κοινωνικά αίτια όπως η ανεπάρκεια κοινωνικών σχέσεων, η έλλειψη συναισθηματικής επαφής με το σύντροφο, τυχόν

σοβαρά οικονομικά προβλήματα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η κοινωνικοοικονομική θέση, ο αλκοολισμός και η χρήση ουσιών, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και θρησκευτικές πρακτικές όπως ο ακρωτηριασμός των έξω γεννητικών οργάνων της γυναίκας. Νεοπλασίες, συστηματικές και άλλες σοβαρές νόσοι, τοξικές ουσίες, και χρήση φαρμάκων συμπεριλαμβάνονται επίσης στα άλλα αίτια ΓΣΔ.

Ειδικότερα ως προς τα φάρμακα, πλήθος αυτών έχουν προταθεί ως αίτια σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Σημαντικότερα εξ αυτών είναι τα αγχολυτικά όπως οι βενζοδιαζεπίνες, τα αντικαταθλιπτικά όπως τα τρικυκλικά και τα SSRIs, τα ψυχοτρόπα φάρμακα, τα σταθεροποιητικά του συναισθήματος, τα αντισυλληπτικά, τα σκευάσματα ορμονικής υποκατάστασης, τα αντιοιστρογόνα, τα σκευάσματα GnRH και διάφορες ναρκωτικές ουσίες. Άλλες φαρμακευτικές ουσίες που έχουν προταθεί ότι εμπλέκονται στην ανάπτυξη ΓΣΔ είναι τα αντιισταμινικά, τα αντιεπιληπτικά, η μετρονιδαζόλη, τα αντιυπερτασικά, τα διουρητικά, οι β-αναστολείς, οι αποκλειστές διαύλων ασβεστίου, τα αντιανδρογόνα, οι αντινεοπλασματικοί παράγοντες και τα αντιυπερλιπιδαιμικά σκευάσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

2.1 Εισαγωγή

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί νόσο που απαντάται παγκοσμίως, ενώ αποτελεί και ένα ταχέως διογκούμενο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το έτος 2006 πάνω από 170 εκατομμύρια άτομα διαγνώσθηκαν με ΣΔ, ένας αριθμός που αναμένεται να διπλασιασθεί μέχρι το έτος 2030. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι ένα 10% του ενήλικου γενικού πληθυσμού πάσχει από ΣΔ. Στους παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση του αριθμού των πασχόντων συγκαταλέγονται πέραν της αύξησης και γήρανσης του πληθυσμού, η ζωή σε μεγάλα αστικά κέντρα, η αύξηση της παχυσαρκίας και η ταυτόχρονη μείωση της συστηματικής άσκησης, χαρακτηριστικά του λεγόμενου “δυτικού” τρόπου ζωής.(69)

Ο ΣΔ έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί πολλαπλές σωματικές,(70) ψυχολογικές και σεξουαλικές διαταραχές.(70,71) Η προσδοκώμενη αύξηση του επιπολασμού του ΣΔ θα οδηγήσει αναπόφευκτα και σε αύξηση των επιπλοκών του και των σχετιζόμενων με αυτές διαταραχών.

Οι διαταραχές στη σεξουαλική λειτουργία των ανδρών αποτελούν τεκμηριωμένη επιπλοκή του ΣΔ. Η πρώτη αναφορά της διαταραχής αυτής απαντάται το 10^ο μ.Χ. αιώνα, όταν ο Πέρσης φιλόσοφος Αβικέννας περιγράφει την “κατάρρευση των σεξουαλικών λειτουργιών” σε άνδρες με ΣΔ. Τρέχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα επιβεβαιώνουν την ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ΣΔ και στυτικής δυσλειτουργίας, με

την τελευταία να επέρχεται σε νεαρότερη ηλικία σε σύγκριση με μη διαβητικούς άνδρες και να σχετίζεται με τη διάρκεια του ΣΔ, τον πτωχό γλυκαιμικό έλεγχο και την παρουσία άλλων διαβητικών επιπλοκών.(42,72–77) Μάλιστα, η σεξουαλική δυσλειτουργία μπορεί να αποτελέσει την πρώτη ένδειξη της νόσου και της αγγειακής κατάστασης του ασθενούς.(42)

Ωστόσο, η διερεύνηση των σεξουαλικών προβλημάτων σε γυναίκες με ΣΔ και η προσπάθεια εύρεσης προδιαθεσικών παραγόντων παρουσίαζαν μέχρι πρότινος περιορισμένο ενδιαφέρον,(78) παρά το γεγονός ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης διαβητικών επιπλοκών είναι παρόμοιος μεταξύ ανδρών και γυναικών. Παρά ταύτα, δεδομένα από μελέτες της σεξουαλικής λειτουργίας των γυναικών με ΣΔ δημοσιεύθηκαν σχετικά πρόσφατα και καταδεικνύουν ότι και οι γυναίκες με ΣΔ έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν διαταραχές στη σεξουαλική τους λειτουργία.(42,71,79,80) Ωστόσο, πρέπει να τονισθεί η σημαντική διακύμανση στα αναφερόμενα ποσοστά επιπολασμού ΓΣΔ σε γυναίκες με ΣΔ, όπως και στους πιθανούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στην παθογένεση της διαταραχής.

2.2 Επιπολασμός Γυναικείας Σεξουαλικής Δυσλειτουργίας σε γυναίκες με Σακχαρώδη Διαβήτη

Παρά την έλλειψη ομοιογένειας που παρατηρείται στη σχετική βιβλιογραφία, η αρνητική επίδραση του ΣΔ στη γυναικεία σεξουαλικότητα έχει αποδειχθεί και καταδεικνύεται ότι ο διαβήτης μπορεί να επηρεάσει εξίσου όλους τους τομείς της

σεξουαλικής λειτουργίας. Ένα μικτό πρότυπο δυσλειτουργικών συμπτωμάτων αναφέρεται κοινά σε πολλές μελέτες, όπως η απώλεια ή μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας και διέγερσης, διαταραχές στην κολπική ύγρανση, δυσπαρέυνεια και δυσχέρεια στην επίτευξη οργασμού.(42,79) Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορα κράτη (ΗΠΑ, Ιταλία, Πολωνία, Τουρκία, Ιράν, Ιορδανία, Νιγηρία, Περού, Ελλάδα) αναφέρουν υψηλά ποσοστά επιπολασμού σεξουαλικών διαταραχών σε γυναίκες με ΣΔ τύπου 1 και 2.(42,81–99) (Πίνακας 1)

Πίνακας 1.**Ανασκόπηση μελετών εκτίμησης γυναικείων σεξουαλικών διαταραχών σε γυναίκες με ΣΔ.**

Κύριος Συγγραφέας	Τύπος ΣΔ που μελετήθηκε	Αριθμός γυναικών που εντάχθηκαν	Επιπολασμός σεξουαλικών διαταραχών	Επηρεασμένοι τομείς σεξουαλικής λειτουργίας
Erol et al	ΣΔ τ.2	72	51,30%	Όλοι
Enzlin et al	ΣΔ τ.1	97	27,00%	Ύγγραση
Doruk et al	ΣΔ τ.1 / ΣΔ τ.2	18 / 25	ΣΔ τ.1 71%	ΣΔ τ.1 Διέγερση, Ύγγραση, Οργασμός
			ΣΔ τ.2 42% (Μη σημαντικό)	ΣΔ τ.2 Διέγερση
Olarinoye et al	ΣΔ τ.2	51	Σημαντικά υψηλότερες σεξουαλικές διαταραχές στην ομάδα του ΣΔ. Δεν αναφέρεται ο επιπολασμός	Διέγερση, Οργασμός, Πόνος, Ικανοποίηση

Abu Ali et al	ΣΔ τ.1 / ΣΔ τ.2	613	59,60% (Δε γίνεται διάκριση μεταξύ των 2 τύπων)	Επιθυμία, Διέγερση, Ύγγραση, Οργασμός
Mezones-Helguin et al	ΣΔ τ.2	36	75,00%	Όλοι
Fatemi et al	ΣΔ τ.2	50	Δεν αναφέρεται ο επιπολασμός	Επιθυμία, Διέγερση, Ύγγραση, Οργασμός, Ικανοποίηση (Η μελέτη δεν συμπεριέλαβε τον τομέα σεξουαλικού πόνου)
Enzlin et al	ΣΔ τ.1	424	35,00%	Χωρίς ομάδα ελέγχου
Veronelli et al	ΣΔ τ.1 / ΣΔ τ.2	18 / 10	Δεν αναφέρεται ο επιπολασμός	Διέγερση, Ύγγραση, Οργασμός, Πόνος
Wallner et al	ΣΔ τ.1 / ΣΔ τ.2	26 / 75	Δεν αναφέρεται ο επιπολασμός Δεν καταδεικνύεται συσχέτιση μεταξύ σεξουαλικών	ΣΔ τ.1 Δυσπαρέυνεια

			διαταραχών και ΣΔ τ. ½	
Nowosielski et al	ΣΔ τ.1 / ΣΔ τ.2	118 / 146	ΣΔ τ.1 26,53%	ΣΔ τ.1 Επιθυμία, Διέγερση, Ύγγραση
			ΣΔ τ.2 42,24%	ΣΔ τ.2 Όλοι
Yencilek et al	ΣΔ τ.2	62	Δεν αναφέρει επιπολασμό	Διέγερση, ύγγραση, οργασμός, ικανοποίηση, πόνος
Ogbera et al	ΣΔ τ.2	58	88,00% (Μη σημαντικό)	Επιθυμία, Διέγερση, Ικανοποίηση
Esposito et al	ΣΔ τ.2	595	53,40%	Χωρίς ομάδα ελέγχου
Tagliabue et al	ΣΔ τ.1	77	33,8% (Μη σημαντικό)	Δεν προσδιορίζει τομείς
Dimitropoulos et al	ΣΔ τ.1	44	25%	Επιθυμία, διέγερση και ικανοποίηση
Shi et al	ΣΔ τ.2	115	79,2%	Επιθυμία, ικανοποίηση, οργασμός
Farzaneh et al	ΣΔ τ.2	45	Δεν αναφέρει επιπολασμό	Επιθυμία, διέγερση πόνος

Η σημασία των αποτελεσμάτων των μελετών αυτών έγκειται στο ότι μελετήθηκαν πληθυσμοί διαβητικών ασθενών με διαφορετικά εθνικά, πολιτισμικά και θρησκευτικά χαρακτηριστικά, και με διαφορετικό τρόπο καθημερινής αλλά και σεξουαλικής ζωής. Αν και τα ποσοστά επιπολασμού ποικίλλουν ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν σε κάθε μελέτη για να ορισθεί η εκάστοτε σεξουαλική διαταραχή,(81,83–100) φαίνεται ότι οι σεξουαλικές διαταραχές στις διαβητικές γυναίκες είναι ελαφρώς πιο σπάνιες σε σύγκριση με τους διαβητικούς άνδρες.(79,101,102) Ωστόσο, ο επιπολασμός τους παραμένει υψηλός, σχεδόν διπλάσιος, σε σχέση με αυτόν στο γενικό πληθυσμό,(79,81,86,100) και όλοι οι τομείς της ΓΣΔ περιλαμβάνονται.

Το κατά πόσο ο ΣΔ επηρεάζει τη σεξουαλική επιθυμία δεν έχει αποσαφηνισθεί πλήρως, καθώς μερικές μελέτες αναφέρουν 20-78% μείωση στην επιθυμία σε γυναίκες με ΣΔ, και ιδίως σε αυτές με ΣΔ τύπου 2, ενώ σε άλλες δεν διαπιστώθηκε καμία επίδραση.(84–86,88,92,93,95–99) Η συχνότητα εμφάνισης διαταραχών διέγερσης επίσης παρουσιάζει ευρεία διακύμανση αναλόγως του τύπου του ΣΔ και του ορισμού της διέγερσης που εκάστοτε χρησιμοποιείται. Έτσι, η συχνότητα εμφάνισης ποικίλλει, από 14-76%, ωστόσο και πάλι υπάρχουν μελέτες που δεν αποδεικνύουν επίδραση του ΣΔ στη διέγερση των γυναικών.(83–86,88,90,92,93,96,97,99) Σχετικά με τις διαταραχές οργασμού, οι περισσότερες μελέτες παρουσιάζουν εύρος συχνότητας εμφάνισης μεταξύ 10 – 84%. (84–87,90,98,99) Τέλος, δυσπαρέυνεια διαγιγνώσκεται σε 0-43% των γυναικών με ΣΔ, με υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης σε γυναίκες με ΣΔ τύπου 2.(83,90,91,97,99) Γίνεται κατανοητό ότι η έλλειψη ομοιογένειας στα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν σε κάθε

μελέτη δεν καθιστά ευχερή την εξαγωγή ασφαλών γενικών συμπερασμάτων, γεγονός που επιβεβαίωσε πρόσφατα μετα-ανάλυση των μελετών αυτών.

2.3 Παθογένεση Γυναικείας Σεξουαλικής Δυσλειτουργίας στο Σακχαρώδη Διαβήτη

Παράγοντες που έχουν προταθεί να εμπλέκονται στην παθογένεση των σεξουαλικών διαταραχών στις γυναίκες με ΣΔ περιλαμβάνουν την υπεργλυκαιμία, τις λοιμώξεις, την προσβολή του νευρικού και αγγειακού συστήματος καθώς και τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Ωστόσο, τα δεδομένα από τη βιβλιογραφία παραμένουν ασαφή.(79,103–105)

Η υπεργλυκαιμία έχει προταθεί ότι οδηγεί σε μειωμένη κολπική ύγρανση και δυσπαρέυνεια μέσω μείωσης της ύγρανσης των βλεννογόνων, συμπεριλαμβανομένου και του κολπικού βλεννογόνου.(106) Επιπλέον, η υπεργλυκαιμία μπορεί να οδηγήσει σε δυσπαρέυνεια λόγω της συσχέτισής της με αυξημένη επίπτωση λοιμώξεων του ουρογεννητικού. Τα συμπτώματα των λοιμώξεων αυτών (αίσθημα καύσου, κνησμός, επιτακτικότητα, κολπική ξηρότητα, παθολογικές κολπικές εκκρίσεις, πόνος και γενικότερο αίσθημα ενόχλησης στην περιοχή της πυέλου), οι ακολουθούμενες θεραπείες, η σεξουαλική αποχή που προτείνεται στα πλαίσια μερικών από τις θεραπείες και η ψυχολογική επιβάρυνση που προκαλείται, μπορούν να οδηγήσουν σε κολπικές ενοχλήσεις και δυσπαρέυνεια.

Επιπλέον, ο φυσιολογικός κύκλος γυναικείας σεξουαλικής απόκρισης απαιτεί ανατομική ακεραιότητα και λειτουργική επάρκεια των αισθητικών και αυτόνομων νευρικών οδών, ώστε να εξασφαλιστεί η σωστή πρόσληψη, διαχείριση, επεξεργασία, ερμηνεία και απάντηση στα ερωτικά ερεθίσματα. Η σεξουαλική διέγερση βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στη λειτουργία του συμπαθητικού συστήματος. Επιπλέον, μη αδρενεργικοί/μη χολινεργικοί νευροδιαβιβαστές (nonadrenergic/noncholinergic neurotransmitters, NANC) όπως το αγγειοδραστικό εντερικό πολυπεπτίδιο (Vasoactive Intestinal Polypeptide, VIP) και το μονοξείδιο του αζώτου (Nitric Oxide, NO), εμπλέκονται στη χάλαση των λείων μυικών ινών που οδηγεί στην ενίσχυση της αιματικής ροής στα γεννητικά όργανα και συνεπώς μπορούν να επηρεάσουν τη σεξουαλική λειτουργία.

Ο ΣΔ προκαλεί αγγειακή και νευρική δυσλειτουργία που μπορούν να οδηγήσουν σε δομικές και λειτουργικές αλλαγές των γυναικείων έξω γεννητικών οργάνων και πιθανόν να επηρεάζουν τη σεξουαλική απόκριση. Κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες σημειώθηκε σημαντική πρόοδος στη μελέτη της βασικής αιμοδυναμικής και νευρορρύθμισης της γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας και δυσλειτουργίας, τόσο σε ζωικά μοντέλα, όσο και σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε ανθρώπους. Μελέτες σε πειραματόζωα έδειξαν ότι ο διαβήτης μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη διέγερση και την οργασμική απάντηση μέσω της πρόκλησης δομικών και λειτουργικών αλλαγών στο γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα.(107,108) Συγκεκριμένα, μελέτες σε αρουραίους στους οποίους προκλήθηκε ΣΔ μέσω της εξωγενούς χορήγησης στρεπτοζοσίνης απέδειξαν ότι ο ΣΔ επηρέασε δυσμενώς την απάντηση χάλασης του κολπικού ιστού σε όλα σχεδόν τα συστήματα διαβίβασης,

όπως η ηλεκτρική νευρική διέγερση (electrical stimulation of nerves, EFS), οι δότες μονοξειδίου του αζώτου (NO) και το πεπτίδιο που σχετίζεται με το γονίδιο της καλσιτονίνης (calcitonin gene – related peptide, CGRP). Ομοίως, ο ΣΔ επηρέασε και τη συστολή του κολπικού ιστού ως απάντηση στη νορεπινεφρίνη και στην νευρική ηλεκτρική διέγερση (EFS).(109) Άλλες μελέτες σε αρουραίους κατέδειξαν ότι ο ΣΔ οδήγησε σε σημαντική μείωση της κλειτοριδικής και κολπικής αιματικής ροής που προκαλείται από νευρικό ερεθισμό. Άλλες επιδράσεις του ΣΔ αποτελούν η διάχυτη ίνωση της κλειτορίδας και του κόλπου, η μείωση του πάχους της μυϊκής στιβάδας και η πάχυνση του επιθηλίου του κόλπου, που δευτερογενώς οδηγούν σε επηρεασμένη σεξουαλική απόκριση.(107,108,110)

Η χρήση κολπικής πληθυσμογραφίας στους ανθρώπους ως αντικειμενικού δείκτη μέτρησης της διέγερσης κατέδειξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ ΣΔ και μειωμένης κολπικής ύγρانشης.(100,111) Επίσης, μείωση της αίσθησης των ερεθισμάτων δόνησης έχει παρατηρηθεί στα γεννητικά όργανα διαβητικών γυναικών, ωστόσο μένει να αποδειχθεί κατά πόσο αυτό το εύρημα σχετίζεται με τα σεξουαλικά προβλήματα των γυναικών αυτών.(104) Οι αλλαγές ή βλάβες στα αγγεία που επιφέρει ο ΣΔ μπορούν να οδηγήσουν σε αλλαγές της αιματικής ροής τοπικά, σε αναστολή της αιματικής πλήρωσης και σύσσης της κλειτορίδας, διαταραχές στην ύγρانشη του κόλπου, και τελικά σε δυσπαρέυνεια ή/και μειωμένη διέγερση κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα.(107,110)

Επιπρόσθετα, η παρουσία διαβητικής νευροπάθειας μπορεί να έχει καταστροφικές συνέπειες στην ομαλή μεταγωγή των σεξουαλικών ερεθισμάτων και στην επαγόμενη σεξουαλική απόκριση. Επίσης, οι επιδράσεις του διαβήτη στο νευρικό

σύστημα μπορούν να οδηγήσουν σε διαταραχές του κοιλιακού τοιχώματος και σε δυσλειτουργία του πυελικού εδάφους ως αποτελέσματα του μειωμένου μυϊκού τόνου.(105,112) Οι διαταραχές διέγερσης, οργασμού και λόγω πόνου που σχετίζεται με τη σεξουαλική δραστηριότητα αποτελούν τις κύριες συνέπειες της διαβητικής νευροπάθειας στη σεξουαλική λειτουργία των γυναικών.

Στο κεντρικό νευρικό σύστημα, δομές του υποθαλάμου, του λιμβικού συστήματος και του υποκάμπου έχουν αποδειχθεί ότι διαδραματίζουν κύριο ρόλο στη σεξουαλική διέγερση. Επίσης, διάφορες ορμόνες, όπως τα οιστρογόνα, η τεστοστερόνη και η προγεστερόνη πιθανόν να επηρεάζουν τη γυναικεία σεξουαλική λειτουργία. Ο κύριος ρόλος των οιστρογόνων έγκειται στη διατήρηση φυσιολογικού κοιλιακού επιθηλίου, στο να ορισθεί ο εκάστοτε αισθητικός ουδός ερεθισμάτων και στον καθορισμό της αιματικής παροχής προς τα γεννητικά όργανα. Κατά τον τρόπο αυτό, τα οιστρογόνα επηρεάζουν τη σεξουαλική επιθυμία και διέγερση.(51) Τα ανδρογόνα επηρεάζουν κυρίως τη σεξουαλική επιθυμία, τη διέγερση και τον οργασμό καθώς και τη συνολική αίσθηση του ευ ζην, ενώ η προγεστερόνη φαίνεται να εμπλέκεται στην ευόδωση της δεκτικότητας των ερεθισμάτων.

Έχει προταθεί ότι ως δείκτες ανδρογονικής δραστηριότητας στις γυναίκες μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα γλυκουρονίδια, μεταβολικά προϊόντα της τεστοστερόνης και διυδρο-τεστοστερόνης. Επιπλέον, πρόσφατα αποτελέσματα μελετών δείχνουν ότι σε σύγκριση με την τεστοστερόνη και τη διυδρο-τεστοστερόνη τα γλυκουρονίδια μπορούν να αποκαλύψουν περιπτώσεις “αληθούς” ανεπάρκειας ανδρογόνων που μπορεί να συνδέεται με σεξουαλική δυσλειτουργία και να χρήζει θεραπείας αποκατάστασης.(113) Η ορμονική ανισορροπία που συνοδεύει το ΣΔ έχει υποτεθεί

ότι μπορεί να εμπλέκεται στην παθογένεση της ΓΣΔ. Επιδημιολογικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε πληθυσμούς διαβητικών γυναικών έδειξαν συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων των ανδρογόνων, των οιστρογόνων και της σφαιρίνης που δεσμεύει φυλετικές ορμόνες (sex hormone binding globulin, SHBG) και των διαταραχών επιθυμίας και διέγερσης.(65) Επιπλέον, άλλες ενδοκρinoπάθειες που μπορούν να συνοδεύουν το ΣΔ, όπως οι θυρεοειδοπάθειες, διαταραχές του υποθαλαμο-υποφυσιακού άξονα και το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών μπορεί να συμβάλλουν στην παθογένεση των διαταραχών σεξουαλικής λειτουργίας σε διαβητικές γυναίκες.(78) Μελέτη των Salonia et al. κατέδειξε μείωση της σεξουαλικής λειτουργικότητας και αύξηση του σεξουαλικού distress κατά την ωχρινική φάση του καταμήνιου κύκλου γυναικών με ΣΔ τύπου 1.(114) Στη μελέτη αυτή η αναφερθείσα μείωση της σεξουαλικής λειτουργικότητας ήταν ανεξάρτητη του γλυκαιμικού ελέγχου και συναισθηματικών επιδράσεων.

Η κατάθλιψη φαίνεται να είναι ο πιο καλά τεκμηριωμένος παράγοντας κινδύνου για ΓΣΔ στις γυναίκες με ΣΔ, ειδικά αν ληφθεί υπόψη ότι ο πληθυσμός αυτός αντιμετωπίζει ήδη μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης κατάθλιψης.(115) Πολλές είναι οι μελέτες που αποδεικνύουν ότι στις διαβητικές γυναίκες, οι σεξουαλικές διαταραχές σχετίζονται πρωταρχικά με ψυχολογικούς παράγοντες. (81,88,100,106,116,117) Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι οι γυναίκες με ΣΔ και ΓΣΔ παρουσιάζουν διπλάσια συχνότητα αναφοράς καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σύγκριση με εκείνες χωρίς ΓΣΔ. Στις γυναίκες αυτές, η κατάθλιψη φαίνεται να σχετίζεται σχεδόν με όλες τις διαταραχές της σεξουαλικής λειτουργίας.(81) Ωστόσο, δεν υπάρχουν δεδομένα που να στοιχειοθετούν υποχώρηση των σεξουαλικών

συμπτωμάτων στις διαβητικές γυναίκες όταν αντιμετωπισθεί η κατάθλιψη. Επιπλέον, ο διαβήτης και οι επιπλοκές του έχουν αποδειχθεί ότι πλήττουν την εικόνα και την αυτοπεποίθηση της γυναίκας, την υγεία, τη συντροφική σχέση, την κοινωνική ζωή και την καθημερινότητά της, γεγονότα που μπορούν συνεργικά να επηρεάσουν τη σεξουαλική απόδοσή της.(118)

Ως αποτέλεσμα όλων αυτών των παραγόντων, οι σεξουαλικές διαταραχές στις γυναίκες με ΣΔ φαίνεται να είναι περίπλοκες ως προς την αιτιολογία τους, καθώς εμπλέκονται νευρολογικοί, αγγειακοί, ορμονικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Πιο ειδικοί παράγοντες κινδύνου όμως, όπως αυτοί που σχετίζονται με το ΣΔ, είναι δύσκολο να εντοπισθούν. Σε αντίθεση με τις μελέτες σε πληθυσμούς διαβητικών ανδρών, οι μελέτες σε γυναίκες με ΣΔ έχουν δείξει πτωχή ή καμία συσχέτιση μεταξύ των σεξουαλικών διαταραχών και των παραμέτρων που σχετίζονται με το ΣΔ, όπως ο γλυκαιμικός έλεγχος, η διάρκεια του ΣΔ, η ηλικία της ασθενούς, ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) και η χρήση θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης.(81–83,87,88,100,106,117–120) Αντιθέτως, τα αποτελέσματά τους δείχνουν ότι η σεξουαλική απόκριση και λειτουργία των διαβητικών γυναικών φαίνεται να επηρεάζεται κατά κύριο λόγο από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, προεξάρχουσας της κατάθλιψης.(86,100,121)

Πολλές παράμετροι θα πρέπει να ληφθούν υπόψη για να εξηγήσουν τη διαφορά που παρατηρείται στους παράγοντες σεξουαλικού κινδύνου μεταξύ ανδρών και γυναικών με ΣΔ. Τέτοιες είναι οι διαφορές στους υποκείμενους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς, όπως αυτές που παρατηρούνται στα συστήματα νευροδιαβιβαστών που εμπλέκονται στη σεξουαλική απόκριση ανδρών και γυναικών.(13,120)

Επιπλέον, αν και είναι σχετικά εύκολο να εκτιμηθεί η σεξουαλική απόκριση των ανδρών μέσω μελέτης της στυτικής απόκρισης και λειτουργίας, για τις γυναίκες η αναγνώριση και αντικειμενική εκτίμηση της διέγερσης των γεννητικών τους οργάνων παρουσιάζει πολλές τεχνικές δυσκολίες, ενώ και η συσχέτιση οργανικής και ψυχολογικής διέγερσης δεν είναι τόσο στενά συνδεδεμένη όπως στους άνδρες.(103,120–125) Τέλος, πολιτισμικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες φαίνεται να διαδραματίζουν πιο σημαντικό ρόλο στη γυναικεία σεξουαλικότητα σε σύγκριση με την αντίστοιχη ανδρική.

Σε γενικές γραμμές ωστόσο, τα διαθέσιμα δεδομένα αλληλοσυγκρούονται και η ακριβής αιτιολογία και οι παθογενετικές οδοί που ακολουθούνται στο ΣΔ για να προκληθούν οι σεξουαλικές διαταραχές δεν έχουν καθοριστεί επακριβώς ακόμη. Ο αριθμός των μελετών είναι σχετικά περιορισμένος και αναγνωρίζονται σημαντικά μεθοδολογικά μειονεκτήματα που περιλαμβάνουν μικρό μέγεθος δείγματος, έλλειψη ομοφωνίας στους ορισμούς της ΓΣΔ που χρησιμοποιούνται και ποικιλία διαγνωστικών εργαλείων εκτίμησης της σεξουαλικότητας. Ειδικά για το μέγεθος δείγματος, πρόσφατη μετα-ανάλυση των Rontiroli et al. τονίζει ότι λόγω της πολυπλοκότητας των αιτιών της ΓΣΔ στις γυναίκες με ΣΔ, είναι πιθανό να μην υπάρχει μέγεθος δείγματος που να μπορεί να εξασφαλίσει ασφαλή αποτελέσματα και συμπεράσματα.(80)

Επιπλέον, οι μελέτες δεν κρίνονται επαρκείς ως προς τα χαρακτηριστικά του ΣΔ και ειδικότερα τον τύπου ΣΔ που μελετάται κάθε φορά, τον γλυκαιμικό έλεγχο, την παρουσία επιπλοκών, την ψυχολογική προσαρμογή στη διάγνωση του ΣΔ και στην παρουσία ή μη καταθλιπτικών συμπτωμάτων.(79,126) Ειδικά για τον τύπο του ΣΔ,

έχουν βρεθεί διαφορές στα χαρακτηριστικά των σεξουαλικών διαταραχών μεταξύ γυναικών με ΣΔ τύπου 1 και 2, αν και υπάρχουν μελέτες που δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους. Ως προς τον επιπολασμό των σεξουαλικών διαταραχών και του σεξουαλικού distress, παρουσιάζεται σημαντική ετερογένεια στα αποτελέσματα μεταξύ γυναικών με ΣΔ τύπου 1 και 2, έτσι ώστε η εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων να μην είναι δυνατή. Ωστόσο, φαίνεται ότι οι γυναίκες με ΣΔ τύπου 2 έχουν περισσότερα σεξουαλικά προβλήματα σε σύγκριση με τις πάσχουσες από ΣΔ τύπου 1.(80) Πιθανόν η μεγαλύτερη ηλικία, η εμμηνόπαυση, η συνύπαρξη άλλων χρόνιων νόσων, η υψηλότερη συχνότητα επιπλοκών και η υψηλότερη συχνότητα διάγνωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων να εξηγούν τη διαφορά αυτή.(71,106,118,127,128) Τα πράγματα ωστόσο περιπλέκονται από τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης των Pontiroli et al. που αποδίδει υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης σεξουαλικών διαταραχών σε προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες με διάγνωση οποιουδήποτε τύπου ΣΔ σε σύγκριση με τις μετεμμηνόπαυσιακές, ενώ αμφισβητείται και ο ρόλος της κατάθλιψης ως παθογενετικού παράγοντα, αν και σημειώνεται ότι οι διαβητικές γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων.(80)

Ένα επιπλέον σημαντικό στοιχείο που πρέπει να ληφθεί υπόψη στην αξιολόγηση των μελετών της ΓΣΔ σε γυναίκες με ΣΔ είναι ότι σε πολλές αποκλείστηκαν από την ένταξη γυναίκες που δε βρίσκονταν σε σχέση ή δεν ήταν σεξουαλικά ενεργές. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι γυναίκες αυτές είναι πιθανόν να παρουσιάζουν σοβαρά σεξουαλικά προβλήματα και υψηλό σεξουαλικό distress που εμποδίζουν την ευόδωση συντροφικών σχέσεων και τακτικών σεξουαλικών επαφών.(42)

2.3 Διαγνωστική προσέγγιση διαβητικών γυναικών με Γυναικεία Σεξουαλική Δυσλειτουργία

Η εκτίμηση της σεξουαλικής λειτουργίας και των διαταραχών της μπορεί να αποτελέσει πρόκληση για τον κλινικό ιατρό. Η ελεύθερη συζήτηση περί της σεξουαλικής ζωής και των προβλημάτων της μπορεί να εξελιχθεί σε μια άβολη διαδικασία τόσο για τον ιατρό όσο και για την ίδια της ασθενή. Προσωπικοί περιορισμοί και ταμπού σχετικά με το σεξ, ζητήματα εμπιστευτικότητας των πληροφοριών που παρέχονται, ανησυχία για πιθανό εξευτελισμό, ζητήματα χρόνου, ακόμη και η περιορισμένη εμπειρία του θεράποντα στη διαχείριση σεξουαλικών προβλημάτων αποτελούν μερικούς από τους παράγοντες που μπορούν να εμποδίσουν την αποκάλυψη σεξουαλικών διαταραχών. Επιπλέον, το γεγονός ότι πολλά από τα αίτια της ΓΣΔ δεν έχουν αποκλειστικά ιατρική προέλευση, πρέπει να καθιστά επιφυλακτικό τον ιατρό ως προς τον χαρακτηρισμό όλων των σεξουαλικών δυσλειτουργιών των γυναικών, ως “σωματικής προέλευσης”, καθώς αυτή η τακτική μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες διαγνώσεις και να περιπλέξει περαιτέρω τη διαχείρισή τους.

Στη διαδικασία αναγνώρισης σεξουαλικών δυσλειτουργιών σε μια διαβητική γυναίκα και στην προσπάθεια καθορισμού θεραπείας, πρέπει να αναζητηθούν παράγοντες που συμβάλλουν στην παθογένεση σεξουαλικών προβλημάτων όπως η τρέχουσα διαπροσωπική και ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς, το ιατρικό και σεξουαλικό της ιστορικό, συνυπάρχουσες νόσοι και φαρμακευτικά σκευάσματα που

πιθανόν λαμβάνει.(16,129) Η σεξουαλική δυσλειτουργία μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα υποκείμενης διαταραχής ή ακόμη τα αίτιά της να εντοπίζονται πέρα από την ίδια τη γυναίκα.

Βασικό στοιχείο αποτελεί η λήψη ιατρικού ιστορικού. Ο ιατρός πρέπει να λάβει πληροφορίες όχι μόνο για τη διάρκεια του ΣΔ, τον γλυκαιμικό έλεγχο, την παρουσία ή απουσία χρόνιων διαβητικών επιπλοκών και τη θεραπεία που ακολουθείται, αλλά κυρίως για την ψυχολογική κατάσταση της διαβητικής γυναίκας, καθώς αυτή αποτελεί το κύριο στοιχείο της διαδικασίας σεξουαλικής απόλαυσης.(111) Ακόμα και μικρής διάρκειας καταθλιπτικά συμπτώματα μπορούν να επηρεάσουν δυσμενώς τη σεξουαλική επιθυμία. Ο πτωχός έλεγχος του ΣΔ και η παρουσία επιπλοκών, μπορούν αν οδηγήσουν στην ανάπτυξη κατάθλιψης και τελικά σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Η υπογλυκαιμία μπορεί επίσης να επηρεάσει αρνητικά τη σεξουαλική λειτουργία των διαβητικών γυναικών, καθώς η διέγερση, τα προκαταρκτικά, η ίδια η σεξουαλική δραστηριότητα και ο οργασμός αποτελούν δραστηριότητες που απαιτούν και δαπανούν ενέργεια. Συννοσηρότητες, ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων, εμμηνόπαυση, έξεις και συνήθειες όπως το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ και ο τύπος σωματικής άσκησης μπορούν να παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες ως προς τους παράγοντες κινδύνου. Κατά την ανασκόπηση συστημάτων, ερωτήματα σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία μπορούν να ακολουθήσουν τη λήψη γυναικολογικού ιστορικού. Εάν μια γυναίκα αναφέρει σεξουαλικά προβλήματα, ενδελεχής μελέτη τόσο της ίδιας όσο και του συντρόφου της ξεχωριστά, αλλά και ως ζεύγος, κρίνεται απαραίτητη. Η ηλικία έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας, ερωτήματα σχετικά με σεξουαλική

κακοποίηση ή άλλες τραυματικές σεξουαλικές εμπειρίες, ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων και η επίδραση θρησκευτικών και κοινωνικών πεποιθήσεων στη σεξουαλική ζωή πρέπει να ληφθούν υπόψη. Επίσης, κρίνεται σκόπιμο να ληφθούν πληροφορίες για την τρέχουσα σεξουαλική ζωή του ζεύγους, τις σεξουαλικές πρακτικές και τα τυχόν ενοχλήματα και τον βαθμό ικανοποίησης που απορρέει από την κοινή αλλά και ατομική σεξουαλική δραστηριότητα.

Για να διευκολυνθεί η διερεύνηση σεξουαλικών προβλημάτων, διάφορα ψυχομετρικά εργαλεία εκτίμησης της σεξουαλικής λειτουργίας έχουν αναπτυχθεί. Δύο απλά μοντέλα έχουν προταθεί για να βοηθήσουν τους ιατρούς στην αρχική προσέγγιση και διερεύνηση της σεξουαλικής λειτουργίας, οι αλγόριθμοι ALLOW και PLISSIT.(51,130) Δομημένες συνεντεύξεις και ερωτηματολόγια που συμπληρώνουν οι ασθενείς χρησιμοποιούνται επίσης για την πιο εκτενή και λεπτομερή εκτίμηση της σεξουαλικότητας. Οι δομημένες συνεντεύξεις έχουν πιο προσωπικό χαρακτήρα καθώς παρέχουν τη δυνατότητα να αποσαφηνισθούν πιθανές λεπτομέρειες, να απαντηθούν ερωτήσεις και να εξηγηθούν όροι. Επιπλέον, παρέχεται η δυνατότητα στο ιατρό να εκτιμήσει τις αντιδράσεις της ασθενούς κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Τα σταθμισμένα ερωτηματολόγια από την άλλη, χαρακτηρίζονται από τη δυνατότητα να παρέχουν ιδιωτικότητα και εμπιστευτικότητα, μπορούν να προσαρμοσθούν στον εκάστοτε υπό μελέτη πληθυσμό και παρέχουν δεδομένα που μπορούν να αναλυθούν περαιτέρω.(131) Ο Δείκτης Γυναικείας Σεξουαλικής Λειτουργίας (Female Sexual Function Index, FSFI), ο Συνοπτικός Δείκτης Σεξουαλικής Λειτουργίας των Γυναικών (Brief Index of Sexual Functioning for Women, BISF-W), η Συνέντευξη Σεξουαλικής Λειτουργίας κατά Derogatis (Derogatis Interview for Sexual

Function, DISF/DISF-SR) και η Κλίμακα Γυναικείου Σεξουαλικού Distress (Female Sexual Distress Scale, FSDS) είναι κάποια από τα διαθέσιμα ερωτηματολόγια που εκτιμούν τη γυναικεία σεξουαλική λειτουργία και τις διαταραχές της.(132) Θα πρέπει να τονισθεί ωστόσο, ότι λόγω της πολυπλοκότητας της γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας, δύσκολες περιπτώσεις ΓΣΔ απαιτούν πολύπλευρη εκτίμηση, κατά προτίμηση από κατάλληλα εκπαιδευμένους ιατρούς και άλλους ειδικούς.(8)

Ο αλγόριθμος ALLOW

- Ρωτήστε για τη σεξουαλική ζωή (*Ask about sex life*)
- Δώστε κλινική οντότητα στα σεξουαλικά προβλήματα (*Legitimize sexual problems*)
- Θέστε περιορισμούς σχετικά με την άσκηση της σεξουαλικής ιατρικής (*Set Limitations regarding sexual medicine practice*)
- Διευρύνετε τη συζήτηση για τα σεξουαλικά προβλήματα (*Open up the discussion*)
- Εργαστείτε από κοινού με την ασθενή για τη θεραπεία (*Work together to treat*)

Ο αλγόριθμος PLISSIT

- Εξασφαλίστε τη συναίνεση της ασθενούς πριν συζητήσετε για τα σεξουαλικά προβλήματα (*Permission to discuss sexual problems*)
- Δώστε γενικές πληροφορίες για τη σεξουαλικότητα στην ασθενή (*Provide Limited Information regarding sexuality*)
- Δώστε συγκεκριμένες συστάσεις στην ασθενή για τα προβλήματα που ανέφερε (*Provide Specific Suggestions on the reported problems*)
- Σκεφθείτε την παραπομπή της ασθενούς σε ειδικό για περαιτέρω θεραπεία (*Refer for Intensive Treatment by a specialist*)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΥ DISTRESS ΣΕ ΠΡΟΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΑΝΕΠΙΠΛΕΚΤΟ ΤΥΠΟΥ 1 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

3.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της συχνότητας εμφάνισης ΓΣΔ καθώς και των παραγόντων που σχετίζονται με αυτή, όταν το κριτήριο του σεξουαλικού distress συμπεριλαμβάνεται στη διάγνωση, με βάση τους τρέχοντες ορισμούς. Προκειμένου να αποφευχθεί η πιθανή συνεργική δράση παραγόντων που σχετίζονται με το ΣΔ για ΓΣΔ, η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε σε επιλεγμένη ομάδα προεμμηνόπαυσιακών Καυκάσιων γυναικών με ΣΔ τύπου 1, χωρίς την παρουσία διαβητικών επιπλοκών.

3.2 Υλικό και μέθοδοι

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο του 2009 έως τον Οκτώβριο του 2010 με την έγκριση της επιτροπής ηθικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας.

3.2.1 Υπολογισμός μεγέθους δείγματος

Το λογισμικό G*Power 3 χρησιμοποιήθηκε για την υπολογισμό της στατιστικής ισχύος της μελέτης (power of the study).(133) Μια a priori μελέτη ισχύος για μια μη παραμετρική δοκιμασία όπως το Mann-Whitney U test που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη, μπορεί να πραγματοποιηθεί αρχικά μέσω a priori ανάλυσης ισχύος για μια παραμετρική στατιστική δοκιμασία, όπως το Student's t-test. Για την ανίχνευση μεγέθους αποτελέσματος της τάξης του 0.65 σε αμφίπλευρο (two tailed) t-test, με ισχύ μελέτης 80%, κάθε ομάδα θα έπρεπε να απαρτίζεται από 39 γυναίκες (επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p=0,05$). Ο τελικός αριθμός του μεγέθους δείγματος προσδιορίστηκε μέσω της διαίρεσης του μεγέθους δείγματος που βρέθηκε για την παραμετρική δοκιμασία με τη σχετική ασυμπτωτική αποδοτικότητα (asymptotic relative efficiency, ARE). Η ελάχιστη ARE για το Mann – Whitney U test ως προς το t-test είναι 0.864. Κατά τον τρόπο αυτό, ο τελικός αριθμός γυναικών σε κάθε ομάδα προσδιορίστηκε σε σχεδόν 45 άτομα.

3.2.2 Συμμετέχουσες στη μελέτη

Στη μελέτη κλήθηκαν να συμμετάσχουν γυναίκες με διάγνωση ΣΔ τύπου 1 οι οποίες παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία της Κλινικής Ενδοκρινολογίας και Μεταβολικών Νόσων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισα. Επίσης, γυναίκες, συγγενικά και φιλικά πρόσωπα ασθενών εκτός αυτών που συμμετείχαν στη μελέτη επιλέχθηκαν τυχαία να συμμετάσχουν στη μελέτη. Σε όλες τις γυναίκες εξηγήθηκε

αναλυτικά η μελέτη, δόθηκε χρόνος να τη μελετήσουν και να την κατανοήσουν, λύθηκαν οι όποιες απορίες και παρείχαν γραπτώς τη συναίνεση συμμετοχής τους στη μελέτη, σε ειδικό έγγραφο.

Συνολικά, 44 Καυκάσιες γυναίκες με ΣΔ τύπου 1, ελάχιστης διάρκειας 1 έτους και 47 υγιείς γυναίκες που απάρτισαν την ομάδα ελέγχου, εντάχθηκαν στη μελέτη. Οι δύο ομάδες γυναικών ήταν συγκρίσιμες ως προς την ηλικία. Τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη ήταν: ηλικία \geq 18 έτη, προεμμηνοπαυσιακή κατάσταση, μόνιμη ετεροφυλοφιλική σχέση διάρκειας τουλάχιστον 6 μηνών και ενεργός σεξουαλικά κατά τη φάση διεξαγωγής της μελέτης, απουσία χρόνιων διαβητικών επιπλοκών, απουσία ψυχιατρικών ή οργανικών νόσων που έχουν βρεθεί να επηρεάζουν τη σεξουαλικότητα και απουσία λήψης φαρμακευτικής αγωγής με αναγνωρισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες στη γυναικεία σεξουαλική λειτουργία.

Όλες οι γυναίκες συμμετείχαν σε ημι-δομημένη συνέντευξη που περιελάμβανε την καταγραφή γενικών δημογραφικών δεδομένων, λήψη ιατρικού ιστορικού και πληροφοριών σχετικών με τις πεποιθήσεις κάθε γυναίκας ως προς τη σεξουαλικότητα. Επιπλέον, καταγράφηκαν οι σεξουαλικές πρακτικές και πιθανές ανεπιθύμητες σεξουαλικές εμπειρίες του παρελθόντος.

3.2.3 Εκτίμηση σεξουαλικής λειτουργίας και γενικής ποιότητας υγείας

Ο Δείκτης Γυναικείας Σεξουαλικής Λειτουργίας (FSFI) χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της σεξουαλικής λειτουργίας των γυναικών που συμμετείχαν στη

μελέτη.(134) Ένα συνολικό αποτέλεσμα στο FSFI μικρότερο του 26,55 για τις Ελληνίδες, είναι ενδεικτικό της παρουσίας σεξουαλικών διαταραχών. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Γυναικείου Σεξουαλικού Distress (FSDS) για να εκτιμηθεί πιθανή αρνητική επίδραση των σεξουαλικών προβλημάτων στην ψυχολογική κατάσταση και την καθημερινότητα των γυναικών.(135) Τιμή στο FSDS μεγαλύτερη ή ίση με 15 είναι ενδεικτική της ύπαρξης σεξουαλικού distress. Τα αποτελέσματα από το FSFI και FSDS ομαδοποιήθηκαν σε Θετικά και Αρνητικά αναλόγως των τιμών τους. Η παρουσία ΓΣΔ αποτέλεσε διχοτομημένη μεταβλητή της μορφής Ναι/Όχι και χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει την ταυτόχρονη παρουσία σεξουαλικών διαταραχών και σεξουαλικού distress βάσει των θετικών αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων FSFI και FSDS. Η προσέγγιση της γενικής κατάστασης υγείας των γυναικών έγινε με τη χρήση του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας – 28 (General Health Questionnaire – 28, GHQ-28).(136) Το GHQ – 28 υπολογίζει τέσσερις διαφορετικές παραμέτρους γενικής υγείας και συγκεκριμένα την παρουσία Σωματικών Συμπτωμάτων, Άγχους, Κοινωνικής Δυσλειτουργίας και Κατάθλιψης. Υψηλότερα αποτελέσματα αντικατοπτρίζουν και μεγαλύτερη πιθανότητα ύπαρξης δυσχερειών σε κάθε παράμετρο ή στο σύνολο.

3.2.4 Ανθρωπομετρικά και Δημογραφικά Δεδομένα και Εργαστηριακός Έλεγχος

Σε όλες τις γυναίκες έγινε καταγραφή του βάρους, ύψους, Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), είδους αντιδιαβητικής θεραπείας, πιθανών συννοσηροτήτων και

φαρμακευτικής αγωγής. Ο ΔΜΣ αποτέλεσε διχοτομημένη μεταβλητή με τιμές Φυσιολογικός (<25kg/m²)/Υψηλός (≥25kg/m²). Επίσης, συλλέχθηκαν πληροφορίες σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, την οικονομική κατάσταση και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις. Οι πληροφορίες αυτές σχημάτισαν αντίστοιχες διχοτομημένες μεταβλητές: Επίπεδο μόρφωσης πριν/μετά τη λήψη πτυχίου ή αντίστοιχου πανεπιστημιακού διπλώματος, Εισόδημα Χαμηλό (0-1000€)/Υψηλό (>1000€) και Ενεργός/Μη ενεργός θρησκευτική συμμετοχή.

Επιπλέον σε κάθε γυναίκα πραγματοποιήθηκε λήψη φλεβικού αίματος για τον υπολογισμό του γλυκαιμικού ελέγχου (HbA1c και επίπεδα σακχάρου νήστεως), του επιπέδου των λιπιδίων (ολική χοληστερόλη, λιποπρωτεΐνες χαμηλής πυκνότητας (LDL), λιποπρωτεΐνες υψηλής πυκνότητας (HDL) και τριγλυκερίδια) και της τιμής της C αντιδρώσας πρωτεΐνης (C reactive protein, CRP). Το ορμονικό προφίλ των γυναικών (τεστοστερόνη, ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη (follicle-stimulating hormone, FSH), ωχρινοτρόπος ορμόνη (luteinizing hormone, LH), οιστραδιόλη, προγεστερόνη και προλακτίνη) υπολογίσθηκε για τον αποκλεισμό τυχόν συνυπάρχουσας, μη διαγνωσθείσας ορμονικής διαταραχής με πιθανές επιδράσεις στη γυναικεία σεξουαλικότητα. Όλες οι αιμοληψίες πραγματοποιήθηκαν μεταξύ 8-10πμ. Ακολούθως, τα δείγματα αίματος φυγοκεντρήθηκαν σε θερμοκρασία 4°C και αποθηκεύθηκαν σε θερμοκρασία -80°C, μέχρι την ανάλυσή τους στο εργαστήριο.

3.2.5 Στατιστική ανάλυση

Όλες οι μεταβλητές ελέγχθηκαν ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους με τη χρήση της δοκιμασίας Kolmogorov – Smirnov – Lilliefors για ένα δείγμα. Οι μεταβλητές με κανονική κατανομή αναφέρονται ως μέση τιμή \pm τυπική απόκλιση ενώ όσες ακολουθούσαν μη κανονικές κατανομές αναφέρονται ως διάμεσος (1^ο, 3^ο τεταρτημόριο). Το t-test για ανεξάρτητα δείγματα (Student's t-test) χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση μεταβλητών κανονικής κατανομής. Το Mann – Whitney U test χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση μεταβλητών μη κανονικής κατανομής. Η δοκιμασία χ^2 και το Fisher's exact test χρησιμοποιήθηκαν για τη σύγκριση κατηγορικών δεδομένων. Η δοκιμασία Spearman's rho (ρ) χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό συσχετίσεων μεταξύ μεταβλητών. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο 0,05. Η διόρθωση πολλαπλών δοκιμασιών έγινε με τη χρήση της μεθόδου κατά Benjamini – Hochberg (η τιμή False Discovery Rate, FDR, τέθηκε στο 0,05).(137) Το λογισμικό SPSS (έκδοση 12, SPSS Inc, Chicago, IL, USA) χρησιμοποιήθηκε για όλες τις στατιστικές δοκιμασίες.

3.3 Αποτελέσματα

Συνολικά, 87 γυναίκες με ΣΔ τύπου 1 κλήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Σαράντα από αυτές δεν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη και αποκλείστηκαν από αυτή. Από τις υπόλοιπες 47, 44 συμμετείχαν στη μελέτη

(ποσοστό συμμετοχής 93,61%). Σαρανταεπτά υγιείς γυναίκες απάρτισαν την ομάδα ελέγχου. Ο Πίνακας 1 αναγράφει τα χαρακτηριστικά των γυναικών των 2 ομάδων.

Πίνακας 1: Κλινικά χαρακτηριστικά και επίπεδα της HbA1c στις διαβητικές και υγιείς γυναίκες της μελέτης

	<i>Γυναίκες με ΣΔ</i>	<i>Υγιείς Γυναίκες</i>	<i>P</i>
Ηλικία (έτη)	33,88 ± 8,76	33,15 ± 10,45	0,717
Ύψος (μέτρα)	1,64 ± 0,07	1,64 ± 0,06	0,849
Βάρος (χιλιόγραμμα)	64,68 ± 12,41	62,80 ± 7,35	0,379
ΔΜΣ (kg/m²)	24,05 ± 4,10	23,53 ± 3,02	0,486
HbA1c (%)	7,60 ± 1,65	4,79 ± 0,47	0,000
Διάρκεια ΣΔ (έτη)	12,02 ± 8,06	-	-

Τα δεδομένα απεικονίζονται ως μέση τιμή ± τυπική απόκλιση

3.3.1 Συχνότητα εμφάνισης και χαρακτηριστικά των σεξουαλικών διαταραχών και της Γυναικείας Σεξουαλικής Δυσλειτουργίας

Με βάση τα αποτελέσματα του FSFI, η συχνότητα σεξουαλικών διαταραχών βρέθηκε 25,0% στις διαβητικές γυναίκες και 8,5% στις υγιείς ($p < 0,05$). Οι διάμεσοι (1^α και 3^α τεταρτημόρια) των αποτελεσμάτων των FSFI και FSDS αναγράφονται στον Πίνακα 2. Η διάμεσος του αποτελέσματος του FSFI ήταν σημαντικά χαμηλότερη στις διαβητικές γυναίκες σε σύγκριση με τις μη διαβητικές (30,55 έναντι 33,50 αντίστοιχα, $p = 0,001$). Οι συγκρίσεις μεταξύ των ξεχωριστών παραμέτρων του FSFI έδειξαν ότι οι διαβητικές γυναίκες είχαν σημαντικά χειρότερη επιθυμία, διέγερση και ικανοποίηση ($p < 0,05$) ενώ δε βρέθηκε διαφορά στην ύγρανση του κόλπου, στον οργασμό και στον πόνο. Η διάμεσος του αποτελέσματος του FSDS βρέθηκε σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα των διαβητικών γυναικών σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (6,5 έναντι 4,0, $p = 0,043$). Ως προς τις παραμέτρους του GHQ – 28, δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων.

Πίνακας 2: Αποτελέσματα των ερωτηματολογίου FSFI και FSDS στις γυναίκες με και χωρίς ΣΔ

	<i>Γυναίκες με ΣΔ</i>	<i>Υγιείς Γυναίκες</i>	<i>P</i>
Συνολικό σκορ	30,55 (26,08 – 33,08)	33,50 (30,70 – 34,30)	0,001
FSFI			
Επιθυμία	4,20 (3,60 – 5,40)	5,40 (4,20 – 6,00)	0,002
Διέγερση	5,10 (4,50 – 5,40)	5,70 (5,40 – 6,00)	0,000
Ύγρανση	5,10 (4,80 – 6,00)	5,70 (5,40 – 6,00)	0,195
Οργασμός	5,20 (3,60 – 5,60)	5,20 (4,80 – 6,00)	0,198
Ικανοποίηση	5,20 (4,40 – 6,00)	5,60 (5,20 – 6,00)	0,042
Πόνος	6,00 (5,2 – 6,00)	6,00 (5,60 – 6,00)	0,314
FSDS σκορ	6,50 (2,30 – 15,80)	4,00 (1,00–10,50)	0,043

Τα δεδομένα απεικονίζονται ως διάμεσος (1^ο και 3^ο τεταρτημόριο)

Η συχνότητα εμφάνισης ΓΣΔ (συνδυασμός σεξουαλικών διαταραχών και σεξουαλικού distress) βρέθηκε σε 7/44 (15,9%) διαβητικές γυναίκες και σε 1/47 (2,1%) υγιείς γυναίκες ($p=0,020$). Μεταξύ των διαβητικών γυναικών, οι γυναίκες με ΓΣΔ είχαν σημαντικά υψηλότερα αποτελέσματα στο GHQ – 28 σε σύγκριση με εκείνες που δε διαγνώσθηκαν με ΓΣΔ, με εξαίρεση την κοινωνική δυσλειτουργία.
(Πίνακας 3)

Πίνακας 3: Αποτελέσματα του ερωτηματολογίου GHQ – 28 στις διαβητικές γυναίκες με και χωρίς ΓΣΔ

	<i>Με ΓΣΔ</i>	<i>Χωρίς ΓΣΔ</i>	<i>P</i>
Συνολικό σκορ	60,0 (55,0 – 89,0)	45,0 (41,0 – 53,0)	0,001
GHQ – 28			
Σωματικά συμπτώματα			
Άγχος	16,0 (13,0 – 21,0)	11,0 (10,0 – 14,0)	0,011
Κοινωνική δυσλειτουργία			
Κατάθλιψη	16,0 (13,0 – 18,0)	14,0 (13,0 – 15,0)	0,067
Κατάθλιψη	14,0 (11,0 – 26,0)	8,0 (7,5 – 10,0)	0,000
FSDS σκορ	28,0 (19,0 – 33,0)	5,0 (2,0 – 9,5)	0,000

Τα δεδομένα απεικονίζονται ως διάμεσος (1^ο και 3^ο τεταρτημόριο)

Η ανάλυση συσχέτισης στην ομάδα των διαβητικών γυναικών αποκάλυψε σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού αποτελέσματος του FSFI και του ΔΜΣ, του αριθμού των τέκνων, του άγχους, της κατάθλιψης, της κοινωνικής δυσλειτουργίας και του συνολικού αποτελέσματος του GHQ – 28. Η επιθυμία βρέθηκε να σχετίζεται με την κοινωνική δυσλειτουργία και τον αριθμό των τέκνων. Η διέγερση βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με τη γενική ποιότητα υγείας. Η χαμηλή ικανοποίηση συσχετίσθηκε με τη χαμηλή ποιότητα υγείας, την κατάθλιψη, το άγχος, την κοινωνική δυσλειτουργία και τον υψηλό ΔΜΣ. Το αποτέλεσμα του FSFS βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με όλες τις παραμέτρους του GHQ – 28. Δε βρέθηκαν άλλες σημαντικές συσχετίσεις (Πίνακας 4)

Πίνακας 4: Συντελεστές συσχέτισης των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων FSFI και FSDS με ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, βιοχημικές παραμέτρους, δημογραφικά δεδομένα και παραμέτρους γενικής υγείας στην ομάδα διαβητικών γυναικών

	Συνολικό FSFI σκορ			Επιθυμία			Διέγερση			Ικανοποίηση			FSDS σκορ		
	<i>r_s</i>	<i>P</i>	B/H	<i>r_s</i>	<i>P</i>	B/H	<i>r_s</i>	<i>P</i>	B/H	<i>r_s</i>	<i>P</i>	B/H	<i>r_s</i>	<i>P</i>	B/H
Ηλικία	-0,240	0,116	Μη Σημ	-0,296	0,051	Μη Σημ	-0,166	0,283	Μη Σημ	-0,156	0,313	Μη Σημ	0,125	0,417	Μη Σημ
Ύψος	0,077	0,620	Μη Σημ	-0,011	0,943	Μη Σημ	-0,062	0,687	Μη Σημ	0,188	0,222	Μη Σημ	-0,074	0,632	Μη Σημ
Βάρος	-0,301	0,047	Μη Σημ	-0,199	0,195	Μη Σημ	-0,103	0,507	Μη Σημ	-0,255	0,095	Μη Σημ	0,011	0,945	Μη Σημ
ΔΜΣ	-0,378	0,011	Σημ	-0,179	0,244	Μη Σημ	-0,134	0,387	Μη Σημ	-0,361	0,016	Σημ	0,021	0,892	Μη Σημ
Έτη σε οικογενειακή κατάσταση	-0,148	0,337	Μη Σημ	-0,117	0,451	Μη Σημ	-0,029	0,853	Μη Σημ	-0,100	0,516	Μη Σημ	0,045	0,772	Μη Σημ
Έτη διαμονής	0,048	0,761	Μη Σημ	0,076	0,629	Μη Σημ	-0,001	0,995	Μη Σημ	0,040	0,801	Μη Σημ	-0,149	0,340	Μη Σημ
Διάρκεια ΣΔ	-0,013	0,937	Μη Σημ	0,034	0,831	Μη Σημ	-0,066	0,679	Μη Σημ	-0,087	0,586	Μη Σημ	-0,139	0,381	Μη Σημ
Αριθμός τέκνων	-0,328	0,032	Σημ	-0,374	0,014	Σημ	-0,154	0,325	Μη Σημ	-0,194	0,212	Μη Σημ	0,132	0,398	Μη Σημ

Ώρες αθλητικής δραστηριότητας ανά εβδομάδα	-0,027	0,865	Μη Σημ	0,045	0,773	Μη Σημ	-0,078	0,619	Μη Σημ	0,021	0,892	Μη Σημ	-0,113	0,469	Μη Σημ
Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων	0,255	0,099	Μη Σημ	0,183	0,240	Μη Σημ	0,112	0,475	Μη Σημ	0,185	0,234	Μη Σημ	-0,228	0,141	Μη Σημ
Σάκχαρο	-0,231	0,131	Μη Σημ	-0,234	0,126	Μη Σημ	0,056	0,717	Μη Σημ	-0,252	0,100	Μη Σημ	0,028	0,857	Μη Σημ
HbA1c	0,012	0,939	Μη Σημ	0,125	0,431	Μη Σημ	0,186	0,238	Μη Σημ	-0,112	0,482	Μη Σημ	-0,113	0,474	Μη Σημ
Ολική χοληστερόλη	-0,075	0,638	Μη Σημ	-0,021	0,893	Μη Σημ	0,114	0,472	Μη Σημ	-0,174	0,270	Μη Σημ	-0,234	0,137	Μη Σημ
LDL	-0,080	0,619	Μη Σημ	0,011	0,944	Μη Σημ	0,041	0,798	Μη Σημ	-0,136	0,397	Μη Σημ	-0,160	0,317	Μη Σημ
HDL	0,103	0,521	Μη Σημ	-0,039	0,810	Μη Σημ	0,243	0,127	Μη Σημ	0,012	0,941	Μη Σημ	-0,196	0,219	Μη Σημ
Τριγλυκερίδια	-0,010	0,949	Μη Σημ	0,075	0,636	Μη Σημ	-0,040	0,802	Μη Σημ	0,025	0,873	Μη Σημ	-0,030	0,853	Μη Σημ
CRP	-0,195	0,229	Μη Σημ	-0,122	0,452	Μη Σημ	-0,099	0,545	Μη Σημ	-0,132	0,415	Μη Σημ	0,074	0,648	Μη Σημ
Τεστοστερόνη	0,210	0,181	Μη Σημ	0,190	0,228	Μη Σημ	0,072	0,650	Μη Σημ	0,093	0,557	Μη Σημ	-0,135	0,396	Μη Σημ
GHQ-28 Σωματικά συμπτώματα	-0,216	0,160	Μη Σημ	-0,109	0,481	Μη Σημ	-0,165	0,284	Μη Σημ	-0,269	0,078	Μη Σημ	0,316	0,037	Σημ

GHQ–28 Άγχος	-0,463	0,002	Σημ	-0,270	0,076	Μη Σημ	-0,187	0,225	Μη Σημ	-0,538	0,000	Σημ	0,405	0,006	Σημ
GHQ–28 Κοινωνική δυσλειτουργία	-0,466	0,001	Σημ	-0,347	0,021	Σημ	-0,201	0,192	Μη Σημ	-0,553	0,000	Σημ	0,311	0,040	Σημ
GHQ–28 Κατάθλιψη	-0,497	0,001	Σημ	-0,215	0,160	Μη Σημ	-0,381	0,011	Σημ	-0,548	0,000	Σημ	0,537	0,000	Σημ
Συνολικό σκορ GHQ–28	-0,525	0,000	Σημ	-0,295	0,052	Μη Σημ	-0,326	0,031	Σημ	-0,624	0,000	Σημ	0,522	0,000	Σημ

r_s είναι ο παράγοντας συσχέτισης ρ κατά Spearman

B/H είναι το τελικό αποτέλεσμα στατιστικής σημαντικότητας (σημαντικό/μη σημαντικό) μετά την προσαρμογή του p με τη χρήση της διόρθωσης κατά Benjamini – Hochberg

Επιπρόσθετα, η ανάλυση κατηγορικών μεταβλητών στην ομάδα των διαβητικών γυναικών έδειξε ότι η ΓΣΔ συσχετίσθηκε σημαντικά με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Δε βρέθηκαν άλλες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της ΓΣΔ και άλλων παραμέτρων (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Ανάλυση κατηγορικών μεταβλητών στην ομάδα των διαβητικών γυναικών με ΓΣΔ

		<i>Ποσοστά ΓΣΔ</i>	<i>P</i>
ΔΜΣ	<25	3/31 (9,7%)	<i>0,170</i>
	≥25	4/13 (30,8%)	
Μορφωτικό επίπεδο	Προ- πανεπιστημιακό	6/21 (28,6%)	<i>0,042</i>
	Πανεπιστημιακό	1/23 (4,3%)	
Οικονομικό επίπεδο	Υψηλό	2/11 (18,2%)	<i>1,000</i>
	Χαμηλό	5/33 (15,2%)	
Ενεργός συμμετοχή με τη θρησκεία	Ναι	3/17 (17,6%)	<i>1,000</i>
	Όχι	4/27 (14,8%)	
Αναφορά ανεπιθύμητης σεξουαλικής δραστηριότητας	Ναι	1/3 (33,3%)	<i>0,413</i>
	Όχι	6/41 (14,6%)	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΤΟΥ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΥ DISTRESS ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ 2

4.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιασθούν και να συγκριθούν δεδομένα από την εκτίμηση των χαρακτηριστικών της σεξουαλικής λειτουργίας και του επιπέδου του σεξουαλικού distress σε 2 ομάδες γυναικών με ΣΔ τύπου 1 (ΣΔΤ1) και 2 (ΣΔΤ2). Επιπλέον, θα παρουσιασθούν και παράμετροι που σχετίζονται με τις σεξουαλικές διαταραχές και το σεξουαλικό distress στις 2 υπό μελέτη ομάδες.

4.2 Υλικό και μέθοδοι

Η μελέτη διενεργήθηκε από τον Ιανουάριο του 2010 έως και τον Ιανουάριο του 2011 υπό την έγκριση της επιτροπής ηθικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας.

4.2.1 Συμμετέχουσες

Γυναίκες πάσχουσες από ΣΔΤ1 και ΣΔΤ2 οι οποίες παρακολουθούνται στο ιατρείο Διαβήτη της Κλινικής Ενδοκρινολογίας και Μεταβολικών Νόσων του

Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας συμμετείχαν στη μελέτη. Η συμμετοχή των ασθενών έγινε με τη σύμφωνη γνώμη τους μετά από λεπτομερή περιγραφή των διαδικασιών, ενώ απαιτήθηκε και η έγγραφη συναίνεσή τους.

Σαράντα γυναίκες με ΣΔΤ1 και αντίστοιχος αριθμός ασθενών με ΣΔΤ2 συμπεριελήφθησαν στη μελέτη. Τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη περιλαμβάνουν: α) ηλικία άνω των 18 ετών, β) σταθερή ετεροφυλόφιλη σχέση τους τελευταίους 6 μήνες κατ' ελάχιστο, γ) ενεργό σεξουαλική δραστηριότητα κατά το χρόνο διεξαγωγής της μελέτης, δ) απουσία μείζονων διαβητικών επιπλοκών και ψυχοσωματικών νόσων με δεδομένη αρνητική επίδραση στη γυναικεία σεξουαλική λειτουργία και ε) ελεύθερο ιστορικό λήψης φαρμακευτικών σκευασμάτων με ανεπιθύμητες ενέργειες στη σεξουαλική λειτουργία.

4.2.2 Ψυχομετρικά εργαλεία εκτίμησης

Η σεξουαλική λειτουργία των γυναικών εκτιμήθηκε με τη βοήθεια του Δείκτη Γυναικείας Σεξουαλικής Λειτουργίας (FSFI), το οποίο και υπολογίζει συνολικό σκορ αλλά και διακριτά σκορ στη σεξουαλική επιθυμία, διέγερση, κολπική ύγρανση, οργασμό, ικανοποίηση και πόνο σχετιζόμενου με τη σεξουαλική δραστηριότητα.(134) Συνολικό σκορ στο FSFI μικρότερο από 26,55 είναι ενδεικτικό της παρουσίας σεξουαλικών προβλημάτων για τον γυναικείο ελληνικό πληθυσμό.

Ο υπολογισμός του αντίκτυπου των σεξουαλικών προβλημάτων στην ψυχολογία αλλά και κοινωνική λειτουργικότητα των γυναικών έγινε με τη χρήση της Κλίμακας Γυναικείου Σεξουαλικού Distress (Female Sexual Distress Scale, FSDS).(135) Η

παρουσία distress σχετιζόμενου με τα σεξουαλικά προβλήματα είναι πιθανή σε σκορ του FSDS ίσα ή μεγαλύτερα του 15.

Η εκτίμηση της ψυχοσωματικής κατάστασης και λειτουργικότητας των ασθενών έγινε με τη χρήση του ερωτηματολογίου General Health Questionnaire – 28 (GHQ – 28) το οποίο και περιλαμβάνει τέσσερις τομείς ποιότητας ζωής: Σωματικά συμπτώματα, Άγχος, Κοινωνική δυσλειτουργία και Κατάθλιψη. Υψηλά σκορ στο σύνολο ή σε κάθε τομέα ξεχωριστά είναι ενδεικτικά μεγαλύτερων δυσχερειών.(136) Τέλος, στα πλαίσια της μελέτης έγινε καταγραφή του βάρους, ύψους και του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), καθώς και της τελευταίας τιμής Γλυκοζυλιωμένης Αιμοσφαιρίνης (HbA1c) σε όλες τις πάσχουσες από ΣΔ.

4.2.3 Στατιστική ανάλυση

Στην παρούσα μελέτη οι μεταβλητές αναφέρονται ως μέση τιμή ± τυπική απόκλιση. Η σύγκριση των μεταβλητών έγινε με τη χρήση του t στατιστικού τεστ ανεξάρτητων δειγμάτων (Student's t-test). Οι συσχετισμοί των μεταβλητών μεταξύ τους πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση της συσχέτισης κατά Pearson. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο 0,05.

4.3 Αποτελέσματα

Συνολικά, 47 ασθενείς με ΣΔΤ1 και 57 με ΣΔΤ2 εισήχθησαν στη μελέτη. Τρεις ασθενείς με ΣΔΤ1 και τέσσερις με ΣΔΤ2 δεν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στη

μελέτη και εξαιρέθηκαν. Σαράντα από τις 44 υπόλοιπες ασθενείς με ΣΔΤ1 αποδέχτηκαν τη συμμετοχή τους στη μελέτη (90,91%). Αντίστοιχα, από τις 57 ασθενείς με ΣΔΤ2 αποδέχτηκαν τη συμμετοχή 42 (73,68%). Για λόγους στατιστικής ομοιομορφίας των ομάδων μελέτης, έγινε τυχαία επιλογή δύο ασθενών με ΣΔΤ2 οι οποίες και αποκλείστηκαν από τη μελέτη.

Ο πίνακας 1 παρουσιάζει τα γενικά χαρακτηριστικά των γυναικών στις ομάδες. Οι γυναίκες με ΣΔΤ1 είχαν σημαντικά μικρότερη ηλικία, βάρος και BMI σε σχέση με τις γυναίκες με ΣΔΤ2. Δε βρέθηκε διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης.

Πίνακας 1. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των γυναικών με ΣΔ τύπου 1 και 2.

	ΣΔ - 1	ΣΔ - 2	P
Ηλικία (έτη)	33,85 ± 8,97	56,88 ± 9,06	0,000
Βάρος (kg)	64,39 ± 12,89	82,60 ± 15,30	0,000
BMI (kg/m²)	24,05 ± 4,23	32,67 ± 4,92	0,000
HbA1c (%)	7,41 ± 1,01	7,78 ± 1,26	0,527

Τα αποτελέσματα των γυναικών των 2 ομάδων στα ερωτηματολόγια παρουσιάζονται στον πίνακα 2. Σε σύγκριση με τις γυναίκες με ΣΔΤ2, οι γυναίκες με ΣΔΤ1 είχαν σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα στο συνολικό FSFI σκορ καθώς και στην επιθυμία, τη διέγερση, την κολπική ύγρανση καθώς στον πόνο που σχετίζεται με τη σεξουαλική δραστηριότητα. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων στα σκορ του FSDS καθώς και στο συνολικό και επιμέρους σκορ του GHQ – 28 ($p>0,05$).

Πίνακας 2. Αποτελέσματα ερωτηματολογίων FSFI, FSDS και GHQ – 28, στις δύο υπό μελέτη ομάδες.

		ΣΔ – 1	ΣΔ - 2	P
FSFI	Σύνολο	28,64 ± 5,39	24,86 ± 6,53	0,006
	Επιθυμία	3,95 ± 1,40	3,03 ± 1,53	0,007
	Διέγερση	4,76 ± 1,13	4,12 ± 1,27	0,019
	Ύγγρανση	5,00 ± 1,01	4,28 ± 1,74	0,027
	Οργασμός	4,61 ± 1,38	4,17 ± 1,59	0,190
	Ικανοποίηση	4,83 ± 1,37	4,37 ± 1,32	0,129
	Πόνος	5,50 ± 0,71	4,90 ± 1,50	0,026
FSDS		10,63 ± 10,14	8,63 ± 8,49	0,342
GHQ – 28	Σύνολο	51,88 ± 13,27	53,83 ± 13,44	0,516
	Σωματικά συμπτώματα	13,18 ± 4,33	14,05 ± 4,40	0,373
	Άγχος	13,75 ± 4,81	14,75 ± 4,84	0,357
	Κοινωνική δυσλειτουργία	14,28 ± 2,68	14,83 ± 2,77	0,370
	Κατάθλιψη	10,68 ± 4,80	10,20 ± 4,22	0,639

Ο πίνακας 3 παρουσιάζει τις συσχετίσεις των σκορ στο FSFI και FSDS με σωματομετρικά δεδομένα και με χαρακτηριστικά της ποιότητας ζωής των γυναικών των δύο ομάδων. Ο BMI βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με το σκορ του FSFI στις ΣΔΤ1 γυναίκες και θετικά με το σκορ του FSDS στις ΣΔΤ2 γυναίκες. Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά της γενικής υγείας, στην ομάδα των ασθενών με ΣΔΤ1 τα FSFI και FSDS σκορ σχετίσθηκαν αρνητικά και θετικά αντίστοιχα με το σκορ στη γενική ποιότητα υγείας, στην παρουσία σωματικών συμπτωμάτων, στο άγχος και στην κατάθλιψη. Στην ομάδα των γυναικών με ΣΔΤ2 το FSFI σκορ σχετίσθηκε αρνητικά με το γενικό σκορ του GHQ – 28, με το σκορ στο άγχος, στην κοινωνική δυσλειτουργία και στην κατάθλιψη. Το FSDS σκορ σχετίσθηκε θετικά με το συνολικό και όλα τα επιμέρους σκορ του GHQ – 28. Δε βρέθηκαν άλλες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών ($p>0,05$).

Πίνακας 3. Συσχετίσεις αποτελεσμάτων FSFI και FSDS με κλινικές και δημογραφικές παραμέτρους και παραμέτρους γενικής υγείας.

	ΣΔ – 1		ΣΔ – 2	
	FSFI	FSDS	FSFI	FSDS
Ηλικία	<i>r</i> -0,254	0,293	-0,189	-0,270
	P 0,114	0,067	0,243	0,092
Βάρος	<i>r</i> -0,310	0,058	-0,066	0,229
	P 0,051	0,723	0,687	0,154
BMI	<i>r</i> -0,324	0,082	-0,146	0,342
	P 0,041	0,616	0,370	0,031
HbA1c	<i>r</i> -0,177	0,152	-0,104	0,096
	P 0,305	0,640	0,795	0,711
GHQ – 28	Σωματικά συμπτώματα			
	<i>r</i> -0,337	0,443	-0,276	0,425
	P 0,033	0,004	0,085	0,006
	Άγχος			
	<i>r</i> -0,443	0,384	-0,385	0,400
	P 0,004	0,014	0,014	0,010
	Κοινωνική δυσλειτουργία			
	<i>r</i> -0,171	0,034	-0,433	0,346
	P 0,291	0,834	0,005	0,029
	Κατάθλιψη			
	<i>r</i> -0,573	0,602	-0,471	0,670
	P 0,000	0,000	0,002	0,000
	Σύνολο			
	<i>r</i> -0,485	0,480	-0,487	0,596
	P 0,002	0,002	0,001	0,000

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΓΟΝΙΚΟΥ ΔΕΣΜΟΥ ΣΤΟ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟ DISTRESS ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΤΥΠΟΥ 1 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

5.1 Εισαγωγή

Γονικός δεσμός είναι η διαμορφωμένη σχέση μεταξύ των γονέων και του παιδιού και αυτό εξαρτάται κυρίως από την επιδεικνυόμενη συμπεριφορά στην ανατροφή των παιδιών στην παιδική ηλικία και την πρώιμη εφηβεία. Διάφορες συμπεριφορές ανατροφής των παιδιών έχουν περιγραφεί, σύμφωνα με το βαθμό της φροντίδας, της αποδοχής, της υπευθυνότητας, της υπερπροστασίας, της απάντησης στις απαιτήσεις και του ελέγχου, που κυριαρχεί. Βέλτιστα πρότυπα γονικής συμπεριφοράς φαίνεται να προστατεύουν από την ανάπτυξη παθολογικών λειτουργιών στην ενήλικη ζωή, ενώ ανεπαρκείς γονικές συμπεριφορές έχει αποδειχθεί ότι εμπλέκονται στην παθογένεση διαταραχών όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Επιπλέον, στοιχεία ανεπαρκούς ανατροφής των παιδιών, όπως η αμέλεια και η αυστηρότητα μπορούν να επηρεάσουν τις μετέπειτα σεξουαλικές πρακτικές. (138–144) Ωστόσο, δεν υπάρχουν αναφορές σχετικά με τη σχέση γονικού δεσμού και ΓΣΔ.

5.2 Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο καθορισμός του κατά πόσο η γονική φροντίδα και υπερπροστασία εμπλέκονται στην παθογένεση του σεξουαλικού distress σε ομάδα γυναικών με ΣΔ τύπου 1.

5.3 Υλικό και μέθοδοι

Η μελέτη διεξήχθη από τον Οκτώβριο του 2009 έως τον Δεκέμβριο του 2011 με την έγκριση της επιτροπής Ηθικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας.

5.3.1 Υπολογισμός μεγέθους δείγματος

Το λογισμικό G*Power 3 χρησιμοποιήθηκε για να υπολογισθεί η στατιστική ισχύς της μελέτης.(133) Για τις συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων της μελέτης εφαρμόσαμε το t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων (Student's t-test). Η ισχύς για όλα τα αμφίπλευρα (two-tailed) t-test που χρησιμοποιήθηκαν τέθηκε στο 90%. Για την ανίχνευση μεγέθους αποτελέσματος 0,60, κάθε ομάδα έπρεπε να αποτελείται από 60 γυναίκες ($p=0,05$). Με βάση τα αποτελέσματα αυτά, στη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δύο ομάδες 70 ατόμων.

5.3.2 Συμμετέχουσες – Ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν

Δύο ομάδες γυναικών μελετήθηκαν: ομάδα γυναικών με ΣΔ, που παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία της Κλινικής Ενδοκρινολογίας και Μεταβολικών Νόσων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας, και αντίστοιχης ηλικίας ομάδα ελέγχου, η οποία σχηματίστηκε από γυναίκες, συγγενείς ασθενών που ελέγχονταν για παθήσεις του προστάτη στα εξωτερικά ιατρεία της Ουρολογικής Κλινικής του ίδιου νοσοκομείου. Όλες οι γυναίκες εντάσσονταν στη μελέτη μετά τη γραπτή συναίνεσή τους.

Τα κριτήρια ένταξης της μελέτης περιλαμβάνουν: ηλικία άνω των 18 ετών, σεξουαλικά ενεργός ετεροφυλόφιλη σχέση, απουσία χρόνιων διαβητικών επιπλοκών και διάγνωση του ΣΔ πριν από την ηλικία των 16 ετών. Γυναίκες με ψυχοσωματικές νόσους ή αναφερόμενη λήψη φαρμάκων με γνωστές επιδράσεις στη γυναικεία σεξουαλική λειτουργία, αποκλείστηκαν από τη μελέτη.

Όλες οι γυναίκες συμμετείχαν σε μια ημι-δομημένη συνέντευξη όπου καταγράφηκαν δημογραφικά και ιατρικά δεδομένα. Το σεξουαλικό distress εκτιμήθηκε με τη χρήση της Κλίμακας Γυναικείου Σεξουαλικού Distress (FSDS).(135,145) Αποτέλεσμα στο FSDS μεγαλύτερο ή ίσο του 15 είναι ενδεικτικό της παρουσίας σεξουαλικού distress.

Ο γονικός δεσμός αξιολογήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου γονικού δεσμού (parental bonding instrument, PBI).(146) Το PBI αποτελείται από δύο μορφές 25 ερωτήσεων, μια για τη μητέρα και μία για τον πατέρα. Και οι δύο μορφές πρέπει να συμπληρωθούν με τη χρήση αναμνήσεων του/της εξεταζόμενου/ης από τα πρώτα

16 χρόνια της ζωής του/της. Δυο είναι οι τομείς που μετρώνται από το PBI: η φροντίδα για το παιδί (care) και η υπερπροστασία/έλεγχος του παιδιού (overprotection/control). Για τη μητέρα, βαθμολογία πάνω από 27,0 στη φροντίδα και πάνω από 13,5 στην υπερπροστασία θεωρούνται "Υψηλές". Για τον πατέρα, "υψηλά" είναι τα αποτελέσματα φροντίδας πάνω από 24,0 και πάνω από 12,5 για την υπερπροστασία. Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας 28 (GHQ - 28) χρησιμοποιήθηκε για να εκτιμηθεί η γενική κατάσταση της υγείας όλων των συμμετεχουσών. Με το GHQ-28 γίνεται εκτίμηση τεσσάρων τομέων της γενικής κατάστασης της υγείας: των σωματικών συμπτωμάτων, του άγχους, της κοινωνικής δυσλειτουργίας, και της κατάθλιψης.(136) Υψηλές βαθμολογίες δείχνουν χειρότερη κατάσταση της υγείας.

5.3.3 Στατιστική ανάλυση

Όλες οι μεταβλητές με κανονική κατανομή, αναφέρονται ως μέση τιμή \pm τυπική απόκλιση, ενώ οι μεταβλητές με μη κανονική κατανομή ως διάμεσος (πρώτο και τρίτο τεταρτημόριο). Οι μεταξύ των ομάδων συγκρίσεις έγιναν με τη χρήση του t-test ανεξάρτητων δειγμάτων και του Mann-Whitney test για τις μεταβλητές με κανονική και μη κανονική κατανομή, αντίστοιχα. Οι σχέσεις μεταξύ ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών στην ομάδα των διαβητικών ελέγχθηκαν με τη μέθοδο συσχέτισης κατά Pearson και με το Fisher's exact test αντίστοιχα. Οι μεταβλητές που συσχετίστηκαν σημαντικά σύμφωνα με τη δοκιμασία Pearson εισήχθησαν σε απλή ή πολλαπλή γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης με τα αποτελέσματα του PBI ως

ανεξάρτητες μεταβλητές και τις σεξουαλικές και κλινικές παραμέτρους ως εξαρτημένες μεταβλητές. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για όλες τις δοκιμές ορίστηκε στο 0,05. Το στατιστικό λογισμικό SPSS (έκδοση 12,0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA) χρησιμοποιήθηκε για όλες τις αναλύσεις.

5.4 Αποτελέσματα

Συνολικά, 102 γυναίκες με ΣΔ τύπου 1 εντάχθηκαν. Από αυτές, 25 αποκλείστηκαν επειδή δεν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Εβδομήντα από τις υπόλοιπες 77 ασθενείς δέχθηκαν να συμμετάσχουν (ποσοστό ανταπόκρισης 90,90%). Εβδομήντα υγιείς γυναίκες επιλέχθηκαν τυχαία ως μάρτυρες. Τα γενικά χαρακτηριστικά των γυναικών και στις δύο ομάδες παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Γενικά χαρακτηριστικά των γυναικών στην ομάδα του ΣΔ και στην ομάδα ελέγχου

	Ομάδα ΣΔ	Ομάδα ελέγχου	P
Ηλικία (έτη)	35,01 ± 10,47	34,01 ± 10,48	0,607
ΔΜΣ (kg/m ²)	23,90 ± 3,91	23,54 ± 3,26	0,556
HbA1c (%)	7,59 ± 1,55	4,84 ± 0,49	0,000
Σάκχαρο (mg/dL)	168,29 ± 53,11	98,01 ± 7,20	0,000
Αναφερόμενη έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας πριν τα 18 έτη	18/70 (25,71%)	12/70 (17,14%)	0,416
Ενημέρωση από γονείς για σεξουαλικά ζητήματα	19/70 (27,14%)	16/70 (22,86%)	0,697
Συνολικός αριθμός σεξουαλικών συντρόφων	2,68 ± 3,63	2,97 ± 2,12	0,566

Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων FSDS και PBI από όλες τις γυναίκες παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Οι γυναίκες με διαβήτη είχαν σημαντικά υψηλότερα αποτελέσματα στο FSDS σε σύγκριση με τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου. Επιπλέον, οι διαβητικές γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερα (καλύτερα) αποτελέσματα μητρικής και πατρικής φροντίδας και χαμηλότερα (καλύτερα) αποτελέσματα μητρικής υπερπροστασίας σε σύγκριση με τις υγιείς γυναίκες. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα πατρικής υπερπροστασίας και στα αποτελέσματα του GHQ-28 μεταξύ των δύο ομάδων ($P > 0,05$).

Πίνακας 2. Αποτελέσματα ερωτηματολογίων FSDS, PBI και GHQ – 28 scores στις διαβητικές και μη διαβητικές γυναίκες

		Ομάδα ΣΔ	Ομάδα ελέγχου	P
FSDS		10,67 ± 10,11	5,63 ± 6,18	0,001
PBI	Μητρική φροντίδα	28,50 ± 6,17	16,90 ± 2,53	0,000
	Μητρική υπερπροστασία	16,71 ± 7,19	19,26 ± 4,60	0,014
	Πατρική φροντίδα	17,46 ± 4,71	15,53 ± 3,07	0,005
	Πατρική υπερπροστασία	17,99 ± 4,43	17,67 ± 3,75	0,651
GHQ – 28	Συνολική βαθμολογία	52,34 ± 12,95	51,64 ± 16,19	0,799
	Σωματικά συμπτώματα	13,41 ± 4,23	13,71 ± 5,20	0,738
	Άγχος	13,87 ± 4,35	13,71 ± 5,15	0,858
	Κοινωνική δυσλειτουργία	14,29 ± 2,69	14,13 ± 4,03	0,808
	Κατάθλιψη	10,77 ± 4,94	10,09 ± 5,15	0,478

Οι γυναίκες με ΣΔ κατηγοριοποιήθηκαν σύμφωνα με τα αποτελέσματα του FSDS σε γυναίκες με και χωρίς σεξουαλικό distress. Στην ομάδα των διαβητικών, 31,43% είχαν σεξουαλικό distress έναντι 8,57% των υγιών γυναικών ($p=0,001$). Τα αποτελέσματα του PBI στις γυναίκες με και χωρίς σεξουαλικό distress παρουσιάζονται στον Πίνακα 3. Οι διαβητικές με σεξουαλικό distress είχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες μητρικής φροντίδας, σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες μητρικής υπερπροστασίας, καθώς και σημαντικά χαμηλότερη πατρική υπερπροστασία σε σύγκριση με τις διαβητικές με φυσιολογικό FSDS ($p<0,05$). Καμία διαφορά δεν βρέθηκε στα αποτελέσματα της πατρικής φροντίδας μεταξύ των δύο ομάδων ($p> 0,05$).

Οι διαβητικές γυναίκες με σεξουαλικό distress είχαν σημαντικά χειρότερα αποτελέσματα στο σύνολο του GHQ-28 σε σύγκριση με διαβητικές χωρίς σεξουαλικό distress και είχαν επίσης σημαντικά χαμηλότερο αριθμό σεξουαλικών συντρόφων σε σύγκριση με τις γυναίκες με φυσιολογικά αποτελέσματα στο FSDS. Δε βρέθηκε άλλη σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. ($p> 0,05$).

Πίνακας 3. Αποτελέσματα ερωτηματολογίων PBI and GHQ – 28 scores στις διαβητικές γυναίκες με και χωρίς σεξουαλικό distress

		Σεξουαλικό Distress		
		Ναι	Όχι	P
		(22/70)	(48/70)	
PBI	Μητρική φροντίδα	25,50 (21,00 – 33,00)	31,00 (25,50 – 34,00)	0,008
	Μητρική υπερπροστασία	20,50 (14,50 – 26,00)	14,00 (11,00 – 17,75)	0,004
	Πατρική φροντίδα	18,00 (13,00 – 21,00)	16,50 (15,00 – 19,00)	0,985
	Πατρική υπερπροστασία	15,00 (11,00 – 19,25)	19,00 (16,00 – 22,00)	0,017
GHQ - 28	Σωματικά συμπτώματα	14,00 (11,75 – 18,75)	11,00 (10,00 – 15,50)	0,002
	Άγχος	15,00 (14,00 – 19,25)	12,00 (10,00 – 15,50)	0,001
	Κοινωνική δυσλειτουργία	15,00 (14,00 – 17,25)	14,00 (13,00 – 15,00)	0,005
	Κατάθλιψη	12,00 (9,50 – 21,00)	8,00 (8,00 – 10,00)	0,000
	Συνολική βαθμολογία	56,00 (53,00 – 68,25)	45,50 (42,25 – 51,75)	0,000

Ο Πίνακας 4 δείχνει τις συσχετίσεις των αποτελεσμάτων του PBI με τα αντίστοιχα των FSDS και GHQ-28, με τον ΔΜΣ, την HbA1c καθώς και άλλους παράγοντες. Τα αποτελέσματα μητρικής φροντίδας βρέθηκαν σε αρνητική συσχέτιση με τα αποτελέσματα του FSDS ενώ η υπερπροστασία της μητέρας συσχετίστηκε θετικά με το σεξουαλικό distress. Επίσης, σημαντική αρνητική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της πατρικής υπερπροστασίας και του σεξουαλικού distress, ενώ δε βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της πατρικής φροντίδας και του σεξουαλικού distress ($p > 0.05$). Αρνητική βρέθηκε επίσης η συσχέτιση μεταξύ του ΔΜΣ και της μητρικής φροντίδας και της πατρικής υπερπροστασίας. Επιπλέον, η HbA1c συσχετίστηκε θετικά με τη μητρική φροντίδα. Από τα αποτελέσματα γενικής υγείας, η κατάθλιψη βρέθηκε να συσχετίζεται με υψηλότερη μητρική υπερπροστασία και χαμηλότερη μητρική φροντίδα. Η κοινωνική δυσλειτουργία και η γενική υγεία βρέθηκαν να συνδέονται με χαμηλότερη μητρική φροντίδα, υψηλότερη μητρική υπερπροστασία, και χαμηλότερη πατρική υπερπροστασία. Δε βρέθηκαν άλλες σημαντικές συσχετίσεις.

Πίνακας 4, Συντελεστές συσχέτισης των αποτελεσμάτων του PBI με το σεξουαλικό distress, το ΔΜΣ, τον αριθμό σεξουαλικών συντρόφων και τις παραμέτρους γενικής υγείας στην ομάδα διαβητικών ασθενών,

		PBI μητρική φροντίδα	PBI μητρική υπερπροστασία	PBI πατρική φροντίδα	PBI πατρική υπερπροστασία
FSDS	r	-0,414	0,289	-0,128	-0,274
	P	0,000	0,015	0,291	0,022
ΔΜΣ	r	-0,247	0,138	0,002	-0,281
	P	0,040	0,254	0,988	0,018
Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων	r	0,165	-0,178	-0,045	0,161
	P	0,178	0,147	0,713	0,189
HbA1c	r	0,250	-0,113	0,195	0,063
	P	0,041	0,361	0,114	0,611
Άγχος	r	-0,092	0,187	0,023	-0,212
	P	0,449	0,121	0,848	0,078
Κατάθλιψη	r	-0,361	0,289	-0,081	-0,175
	P	0,002	0,015	0,507	0,148

Κοινωνική	r	-0,406	0,344	-0,148	-0,383
δυσλειτουργία	P	0,000	0,004	0,220	0,001
Σωματικά	r	-0,087	0,180	0,188	-0,225
συμπτώματα	P	0,475	0,136	0,118	0,061
Γενική ποιότητα	r	-0,281	0,303	0,008	-0,291
υγείας	P	0,018	0,011	0,949	0,014

Οι μεταβλητές με σημαντικές συσχετίσεις βάσει της συσχέτισης κατά Pearson στη συνέχεια εισήχθησαν σε απλά ή πολλαπλά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης. Έτσι, η μητρική φροντίδα, η πατρική υπερπροστασία και ο συνδυασμός μητρικής φροντίδας και υπερπροστασίας ήταν οι προγνωστικοί δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν, ενώ ο ΔΜΣ, η HbA1c, η κατάθλιψη, η κοινωνική δυσλειτουργία και η γενική ποιότητα υγείας αποτέλεσαν τις εξαρτημένες μεταβλητές, αντίστοιχα.

Τα μοντέλα απλής γραμμικής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η μητρική φροντίδα ήταν σημαντικά θετικός προγνωστικός δείκτης για την τιμή της HbA1c ($F_{1,68} = 4,342$, $R^2=0,063$, Standardized Beta=0,250, $p=0,041$) και αρνητικός δείκτης για υψηλό ΔΜΣ ($F_{1,68}=4,405$, $R^2=0,061$, Standardized Beta=-0,247, $p=0,040$). Επιπλέον, η πατρική υπερπροστασία βρέθηκε να είναι σημαντικός αρνητικός προγνωστικός παράγοντας για το σεξουαλικό distress ($F_{1,68}=5,537$, $R^2=0,075$, Standardized Beta=-0,274, $p=0,022$), για υψηλό ΔΜΣ ($F_{1,68}=5,830$, $R^2=0,079$, Standardized Beta=-0,281, $P=0,018$), κοινωνική δυσλειτουργία ($F_{1,68}=11,722$, $R^2=0,147$, Standardized Beta=-0,383, $p=0,001$), και πτωχότερη ποιότητα γενικής υγείας ($F_{1,68}=6,304$, $R^2=0,085$, Standardized Beta= -0,291, $p=0,014$).

Μοντέλα γραμμικής πολλαπλής παλινδρόμησης, χρησιμοποιώντας το συνδυασμό της μητρικής φροντίδας και υπερπροστασίας ως ανεξάρτητες μεταβλητές, έδειξαν ότι μόνο η μητρική φροντίδα ήταν σημαντικός αρνητικός προγνωστικός παράγοντας για σεξουαλικό distress ($F_{2,67}=6,916$, Adjusted $R^2=0,146$, Standardized Beta=-0,414, $P_{\text{model's}}=0,002$, $P_{\text{predictor's}}=0,010$) και για κοινωνική δυσλειτουργία ($F_{2,67}=4,342$, $R^2=0,147$, Standardized Beta=-0,323, $P_{\text{model's}}=0,002$, $P_{\text{predictor's}}=0,041$).

Ενώ η μητρική φροντίδα και υπερπροστασία δεν βρέθηκαν να αποτελούν διακριτά σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες για τη γενική υγεία ($P_{\text{predictor's}}=0,407$ και $0,201$, αντίστοιχα) και την κατάθλιψη ($P_{\text{predictor's}}=0,055$ και $0,652$, αντίστοιχα), τα μοντέλα παλινδρόμησης ήταν σημαντικά ($P_{\text{model's}}=0,028$ και $0,008$, αντίστοιχα). Αυτό το εύρημα μπορεί να ερμηνευθεί στατιστικά από την υψηλή συσχέτιση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών, που εξαλείφει την επίδραση κάθε ξεχωριστού προγνωστικού δείκτη στην εξαρτημένη μεταβλητή. Δε βρέθηκαν άλλα στατιστικά σημαντικά μοντέλα παλινδρόμησης.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα διατριβή παρουσιάζει για πρώτη φορά, με βάση τις γνώσεις μας, αποτελέσματα σχετικά με τη ΓΣΔ σε γυναίκες με μη επιπλεγμένο ΣΔ τύπου 1, όταν το κριτήριο του σεξουαλικού distress εμπεριέχεται στη διάγνωση της ΓΣΔ με βάση τους τρέχοντες ορισμούς. Στη μελέτη μας, οι γυναίκες με τύπου 1 ΣΔ έχουν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης ΓΣΔ και υψηλότερα επίπεδα σεξουαλικού distress σε σύγκριση με τις μη διαβητικές. Επιπλέον, οι διαβητικές γυναίκες με ΓΣΔ φαίνεται να έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τις ασθενείς χωρίς σεξουαλικά προβλήματα, αποκαλύπτοντας μια πιθανή συσχέτιση μεταξύ διαταραχών της σεξουαλικής λειτουργίας και της ποιότητας ζωής.

Ο επιπολασμός σεξουαλικών διαταραχών στις γυναίκες ποικίλλει, αναλόγως του πώς ορίζεται ή διαγιγνώσκεται. Βρήκαμε ότι μία στις έξι προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες με ΣΔ τύπου 1 βιώνει σεξουαλική δυσλειτουργία. Υψηλότερος επιπολασμός σεξουαλικών διαταραχών, που ποικίλλει από 27 – 71% έχει αναφερθεί προηγουμένως σε γυναίκες με ΣΔ τύπου 1. Ωστόσο, αν και οι μελέτες αυτές παρουσιάζουν αποτελέσματα σχετικά με τη ΓΣΔ, δε συμπεριλαμβάνουν το σεξουαλικό distress στο σχεδιασμό τους και τα αποτελέσματά τους προέρχονται από την εκτίμηση που παρέχει μόνο το FSFI. Επιπλέον, στις ανωτέρω μελέτες διαπιστώνονται διαφορές στο σχεδιασμό και στη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για τη λήψη και ανάλυση δεδομένων και πληροφοριών. Για να υπερβούμε τα προβλήματα αυτά και να αποκλείσουμε την επίδραση παραγόντων άσχετων προς το ΣΔ που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη γυναικεία σεξουαλική λειτουργία,

χρησιμοποιήσαμε μια προσεκτικά επιλεγμένη ομάδα προεμμηνόπαυσιων γυναικών με ανεπίπλεκτο τύπου 1 ΣΔ, χωρίς άλλες συννοσηρές καταστάσεις.

Στην ομάδα των διαβητικών γυναικών, οι τομείς της σεξουαλικής λειτουργίας που βρέθηκαν επηρεασμένοι ήταν η επιθυμία, η διέγερση και η ικανοποίηση. Στη βιβλιογραφία, τα δεδομένα ως προς τους τομείς της σεξουαλικότητας που επηρεάζονται σε διαβητικές γυναίκες με σεξουαλικές διαταραχές, ποικίλλουν. Τα αποτελέσματά μας συμφωνούν ως προς τον τομέα της επιθυμίας με τη μελέτη των Enzlin et al. σε μια υπο-ομάδα γυναικών με ανεπίπλεκτο ΣΔ τύπου 1, στις οποίες βρέθηκαν επηρεασμένες σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου η επιθυμία, η ύγρυνση του κόλπου και ο πόνος.(86) Ωστόσο, στη μελέτη αυτή προ- και μετεμμηνόπαυσιων γυναίκες εντάχθηκαν και μελετήθηκαν από κοινού και η εκτίμηση της σεξουαλικής λειτουργίας δεν πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του FSFI. Επίσης, χαμηλή επιθυμία και διέγερση και επηρεασμένη ύγρυνση του κόλπου και οργασμική απάντηση βρέθηκαν στη μελέτη των Abu Ali και συν, αλλά σε μικτό πληθυσμό γυναικών με ΣΔ τύπου 1 και 2, ενώ σε παρόμοιο πληθυσμό, η μελέτη των Veronelli et al. έδειξε υψηλότερες διαταραχές διέγερσης, ύγρυνσης, οργασμού και πόνου.(84,90) Οι Nowosielski et al. βρήκαν χαμηλότερη επιθυμία και διέγερση και μειωμένη κολπική ύγρυνση σε μικτό πληθυσμό γυναικών με τύπου 1 και 2 ΣΔ, ενώ η μελέτη των Doguk et al. ανέφερε προβλήματα διέγερσης, ύγρυνσης και οργασμού στην υπο-ομάδα γυναικών με ΣΔ τύπου 1.(87,93) Σε άλλη μελέτη σε γυναίκες με ΣΔ τύπου 1, οι Enzlin et al. ανέφεραν μόνο μείωση της κολπικής ύγρυνσης.(100) Οι Wallner et al. βρήκαν μόνο διαταραχές σεξουαλικού πόνου στην αντίστοιχη υπο-ομάδα γυναικών με ΣΔ τύπου 1.(91) Οι ασυμφωνίες αυτές που παρατηρούνται στα δεδομένα που έχουν

δημοσιευθεί ως προς τους τομείς της γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας που επηρεάζονται σε διαβητικές ασθενείς μπορούν να αποδοθούν στα διαφορετικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση της γυναικείας σεξουαλικότητας και της ποιότητας υγείας, καθώς και στις διαφορές που διαπιστώνονται στα εκάστοτε κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού, όπως για παράδειγμα η μελέτη μικτών πληθυσμών με ΣΔ τύπου 1 και 2, η ένταξη γυναικών με διαβητικές επιπλοκές και ο μη καθορισμός της εμμηνοπαυσιακής κατάστασης. Επίσης, κάποιες από τις μελέτες αυτές είχαν μικρό μέγεθος δείγματος ενώ άλλες δεν είχαν ομάδα ελέγχου.

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα της μελέτης μας είναι ότι οι διαβητικές γυναίκες με σεξουαλικές διαταραχές είχαν υψηλότερα επίπεδα σεξουαλικού distress σε σύγκριση με τις υγιείς. Οι Salonia et al. βρήκαν ότι οι γυναίκες με ΣΔ τύπου 1 είχαν υψηλότερα επίπεδα σεξουαλικού distress κατά την ωχρινική φάση του καταμήνιου κύκλου, αλλά ο επιπολασμός και οι παράγοντες που καθορίζουν το σεξουαλικό distress δεν εκτιμήθηκαν σε αυτήν την ομάδα γυναικών.(114) Με βάση τις γνώσεις μας, δεν υπάρχουν άλλες μελέτες που να αναφέρουν στοιχεία για τον επιπολασμό του σεξουαλικού distress σε τύπου 1 διαβητικές γυναίκες.

Επιδημιολογικά δεδομένα παρουσιάζουν ότι η σεξουαλικότητα σχετίζεται άμεσα με γενικότερα προβλήματα υγείας, με την κατάθλιψη να καταλαμβάνει κεντρικό ρόλο ως παράγοντας κινδύνου για σεξουαλικές διαταραχές. (42,49,81,100,103,106,116,147) Εκτιμήσαμε τη γενική κατάσταση υγείας στην ομάδα διαβητικών ασθενών μας για να αποκαλύψουμε πιθανούς παράγοντες που σχετίζονται με τη ΓΣΔ, όπως η παρουσία σωματικών συμπτωμάτων, η κατάθλιψη, το άγχος και η κοινωνική δυσλειτουργία, αλλά δε βρέθηκε διαφορά μεταξύ διαβητικών

και υγιών γυναικών. Η σχετικά νεαρή ηλικία, η προεμμηνοπαυσιακή κατάσταση και η απουσία διαβητικών επιπλοκών μπορεί να ευθύνονται για αυτό το εύρημα. Ωστόσο, σε σύγκριση με τις διαβητικές γυναίκες χωρίς ΓΣΔ, η υπο-ομάδα ασθενών με ΓΣΔ είχε σημαντικά χειρότερη γενική ποιότητα υγείας. Αποτελέσματα για τη σχέση μεταξύ ψυχολογικής υγείας και σεξουαλικών προβλημάτων παρόμοιων με αυτά που αναφέρουμε εμείς έχουν αναφερθεί σε γυναίκες με ΣΔ τύπου 1 σε μελέτη των Tagliabue et al.(95) Τα ευρήματά μας καταδεικνύουν θετική συσχέτιση μεταξύ γενικής ποιότητας υγείας και σεξουαλικού distress. Παρόμοια συσχέτιση έχει βρεθεί σε μη διαβητικές γυναίκες.(49,63,66) Ο ΣΔ είναι απαιτητική νόσος, με μεγάλη επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών, οι οποίες παρουσιάζουν ψυχολογική επιβάρυνση που συχνά σχετίζεται με δυσκολίες στη διαχείριση των ημερήσιων σκευασμάτων θεραπείας και με ανησυχίες για την ανάπτυξη επιπλοκών σε μεταγενέστερα στάδια.(148,149) Μία πρόσφατη προοπτική μελέτη παρατήρησης σε διαφορετικές χώρες αποκάλυψε ότι κατάθλιψη ή σχετιζόμενο με το διαβήτη distress ήταν παρόντα στο 24,9% των ασθενών με διαβήτη.(150) Το σχετιζόμενο με το ΣΔ ψυχολογικό distress μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη σεξουαλική συμπεριφορά των διαβητικών γυναικών και να εξηγήσει τα υψηλότερα επίπεδα σεξουαλικού distress και τις πιο συχνές σεξουαλικές διαταραχές που βρήκαμε στις γυναίκες με διαβήτη της μελέτης μας, έναντι των υγιών.

Τα αποτελέσματά μας, σε συμφωνία με προηγούμενα που αναφέρονται στη βιβλιογραφία, δείχνουν ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με τη ΓΣΔ. Μελέτες καταδεικνύουν ότι η έλλειψη επιθυμίας για σεξουαλική δραστηριότητα και σεξουαλικές φαντασιώσεις φαίνεται να καθορίζονται σε ισχυρό βαθμό από την

κατάθλιψη ή άλλες διαταραχές συναισθήματος, το ιστορικό σεξουαλικού τραύματος ή κακοποίησης και από προβλήματα στη συντροφική σχέση ή στο γάμο.(118) Παρομοίως, η σεξουαλική διέγερση μπορεί να επηρεασθεί από δευτερογενή γεγονότα, όπως το stress που σχετίζεται με το γάμο, οι ασθένειες, η απιστία ή η απώλεια του συντρόφου. Έτσι, οι γυναίκες με ΣΔ που αναφέρουν ψυχοσωματικά προβλήματα ή αντιμετωπίζουν κοινωνικές δυσκολίες πρέπει να εκτιμούνται για την ύπαρξη σεξουαλικών διαταραχών που προκαλούν distress. Αντιστρόφως, η γενική κατάσταση υγείας διαβητικών γυναικών με ΓΣΔ πρέπει να εκτιμάται, ώστε να αποκαλυφθούν πιθανές διαταραχές.

Με βάση τα αποτελέσματά μας, το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης φαίνεται να σχετίζεται αρνητικά με τη ΓΣΔ. Το επίπεδο μόρφωσης δεν έχει βρεθεί να σχετίζεται με σεξουαλικές διαταραχές σε μικτούς πληθυσμούς γυναικών με ΣΔ τύπου 1 και 2.(87) Ωστόσο, ο προστατευτικός ρόλος του υψηλού μορφωτικού επιπέδου απέναντι σε σεξουαλικές διαταραχές έχει προταθεί από μελέτες στο γενικό πληθυσμό,(43,59) αλλά όχι από όλες.(57) Είναι πιθανό ότι γυναίκες με υψηλό επίπεδο μόρφωσης έχουν μεγαλύτερη γνώση των σεξουαλικών ζητημάτων, οπότε μπορούν πιο εύκολα να αναγνωρίσουν και να διαχειρισθούν πιθανά σεξουαλικά προβλήματα που προκαλούν distress.

Στην ομάδα των διαβητικών ασθενών της μελέτης μας, τα αποτελέσματα του FSFI συσχετίστηκαν αρνητικά με τον αριθμό των τέκνων. Παρόμοιο εύρημα αναφέρθηκε και στη μελέτη των Sidi et al. σε μη διαβητικές γυναίκες στη Μαλαισία.(151) Καθώς η οικογένεια αυξάνει σε αριθμό, ο ρόλος της γυναίκας ως σεξουαλικά ενεργή και ελκυστική σύντροφος υποκαθίσταται από έναν “καθαρό” μητρικό ρόλο.

Επιπρόσθετα, οι απαιτούμενες συνθήκες για απερίσπαστη σεξουαλική δραστηριότητα, όπως η ιδιωτικότητα και η άνεση χρόνου, συχνά ακυρώνονται στα πλαίσια ενός έντονου οικογενειακού περιβάλλοντος. Η απουσία συσχέτισης μεταξύ του αριθμού των τέκνων και του σεξουαλικού distress στη μελέτη μας μπορεί να φανερώνει ότι τα σεξουαλικά προβλήματα που πιθανόν προκύπτουν σε οικογενειακά περιβάλλοντα, δεν προκαλούν απαραίτητα distress.

Πολλές μελέτες δείχνουν την παρουσία συσχέτισης μεταξύ της μειωμένης ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος και της επαγόμενης χαμηλής αυτοπεποίθησης και κατάθλιψης στις γυναίκες. Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι η ΓΣΔ δε σχετίζεται με το ΔΜΣ. Τα αποτελέσματά μας είναι σύμφωνα με αποτελέσματα αρκετών μελετών σε γυναίκες με ΣΔ τύπου 1,(81,86,89,91) αλλά όχι με όλες.(84) Επίσης, δε βρήκαμε συσχέτιση μεταξύ των τομέων της σεξουαλικής λειτουργίας και των επιπέδων των λιπιδίων και της CRP. Επιπλέον, η σεξουαλική λειτουργία και το σεξουαλικό distress δε βρέθηκαν να συσχετίζονται με σχετικούς με το διαβήτη παράγοντες, όπως ο γλυκαιμικός έλεγχος και η διάρκεια του ΣΔ. Παρομοίως, η οικονομική κατάσταση και η σχέση με τη θρησκεία δε βρέθηκαν να σχετίζονται με τις σεξουαλικές διαταραχές. Τα ευρήματα αυτά είναι σε συμφωνία με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών που διερεύνησαν την επίδραση των κοινωνικών αλλά και σχετιζόμενων με το διαβήτη παραγόντων στη γυναικεία σεξουαλική λειτουργία.(42,81,84,86,87,90,95,100,103,106) Ωστόσο, λανθάνουσες διεργασίες του διαβήτη, όπως το πρώιμο οξειδωτικό στρες και τα αποτελέσματά του στη φυσιολογία της γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς.

Ένας από τους πιθανούς περιορισμούς στη μελέτη μας είναι το σχετικά μικρό μέγεθος δείγματος, το οποίο οφείλεται στα αυστηρά κριτήρια ένταξης αλλά και στον ευαίσθητο χαρακτήρα των στοιχείων που μελετήσαμε. Η αυστηρή επιλογή χρησιμοποιήθηκε γιατί σκοπός της μελέτης ήταν να εστιάσουμε στο καθ' αυτό ρόλο του ΣΔ τύπου 1 ως πιθανού παράγοντα κινδύνου για ΓΣΔ, εξαιρουμένων κύριων καθοριστικών παραγόντων ΓΣΔ όπως η εμμηνόπαυση και οι διαβητικές επιπλοκές. Η ομάδα των γυναικών με διαβήτη που εντάχθηκε στην παρούσα μελέτη πληρούσε τα κριτήρια που τέθηκαν. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι η διαβητική ομάδα μας δεν είναι αντιπροσωπευτική του συνόλου του διαβητικού πληθυσμού.

Σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες στη βιβλιογραφία, τα αποτελέσματά μας βασίζονται στη χρήση ερωτηματολογίων (FSFI, FSDS, GHQ – 28). Η χρήση των ερωτηματολογίων στη μελέτη ανδρικών αλλά και γυναικείων σεξουαλικών διαταραχών είναι καλά τεκμηριωμένη και προσφέρει πλεονεκτήματα όπως η ιδιωτικότητα, η εμπιστευτικότητα και η παροχή αντικειμενικών και συγκρίσιμων αποτελεσμάτων. Ωστόσο, υπάρχουν περιορισμοί ως προς τη δυνατότητά τους να ελέγξουν ορθά τη φυσιολογία της γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας.

Γυναίκες οι οποίες δεν ήταν σεξουαλικά ενεργές κατά τη διεξαγωγή της μελέτης δεν εντάχθηκαν, βάσει των κριτηρίων αποκλεισμού. Η αρχική μελέτη για το ερωτηματολόγιο FSFI προτείνει τη χρήση του μόνο σε σεξουαλικά ενεργές γυναίκες. Τυχόν αρνητική απάντηση για σεξουαλική δραστηριότητα αντιστοιχεί σε μηδενικό αποτέλεσμα, το οποίο όμως δε βοηθά στην εκτίμηση του αντίστοιχου σεξουαλικού τομέα.(134)

Κύριο πλεονέκτημα της μελέτης μας είναι η εκτίμηση της ΓΣΔ με βάση τους τρέχοντες ορισμούς, χρησιμοποιώντας ταυτόχρονα την παρουσία σεξουαλικών διαταραχών και σεξουαλικού distress. Αν και ο ορισμός της ΓΣΔ εμπεριέχει το σεξουαλικό distress, τα μέχρι πρότινος διαθέσιμα δεδομένα για τη ΓΣΔ σε τύπου 1 διαβητικές γυναίκες βασίζονταν αποκλειστικά στα αποτελέσματα του FSFI, παρουσιάζοντας ουσιαστικά γενικότερα χαρακτηριστικά μειωμένης σεξουαλικής λειτουργίας, παρά ΓΣΔ.

Για τη διερεύνηση πιθανών αποκλίσεων στα χαρακτηριστικά της σεξουαλικής λειτουργίας σε γυναίκες με ΣΔΤ1 και ΣΔΤ2 αποφασίσθηκε η διενέργεια μελέτης παρατήρησης σε ασθενείς και των 2 τύπων διαβήτη. Τα αποτελέσματα της συγκριτικής αυτής μελέτης καταδεικνύουν ότι οι γυναίκες με ΣΔΤ2 αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη δυσχέρεια στη σεξουαλική τους ζωή σε σύγκριση με τις πάσχουσες από ΣΔΤ1. Ωστόσο, καμία διαφορά δε βρέθηκε μεταξύ των 2 ομάδων που μελετήθηκαν ως προς την ψυχοκοινωνική επιβάρυνση ως συνέπεια της παρουσίας σεξουαλικών προβλημάτων που στη διεθνή βιβλιογραφία περιγράφεται ως sexual distress.

Με βάση τα αποτελέσματά μας ο ΣΔΤ2 συνοδεύεται από μεγαλύτερη επιβάρυνση στη σεξουαλική λειτουργία των γυναικών σε σύγκριση με το ΣΔΤ1. Πολλές από τις διαθέσιμες μελέτες επιβεβαιώνουν τα ευρήματά μας αναφέροντας μεγαλύτερο αντίκτυπο του ΣΔΤ2 στη γυναικεία σεξουαλική υγεία, είτε με τη μορφή μεγαλύτερου επιπολασμού είτε με τη μορφή χειρότερων αποτελεσμάτων σε ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν και μελέτες με αντίθετα αποτελέσματα, όπου ο ΣΔΤ2 δεν επιφέρει επιβάρυνση της σεξουαλικής λειτουργίας είτε ως προς τις πάσχουσες με ΣΔΤ1 είτε ως προς τις υγιείς γυναίκες. Πρέπει να τονισθεί η μεγάλη ετερογένεια ως προς τα γενικά και ειδικά χαρακτηριστικά των

μελετών που διενεργήθηκαν σε πληθυσμούς διαβητικών γυναικών καθιστώντας τα αποτελέσματά τους μη ευθέως συγκρίσιμα μεταξύ τους.

Στη μελέτη που παρουσιάζει η παρούσα διατριβή διαπιστώθηκε σημαντικά μεγαλύτερη δυσχέρεια στους τομείς της σεξουαλικής επιθυμίας, της συναισθηματικής διέγερσης, της ύγρυνσης του κόλπου όπως και στις διαταραχές πόνου σχετιζόμενου με τη σεξουαλική δραστηριότητα στις γυναίκες με ΣΔΤ2 έναντι αυτών με ΣΔΤ1. Σε συμφωνία με τα ευρήματά μας, οι Nowosielski και Skrzyplulec-Plinta, σε συγκριτική μελέτη σε γυναίκες με ΣΔΤ1 και 2 παρουσιάζουν χειρότερα αποτελέσματα του FSFI στην επιθυμία, διέγερση και ύγρυνση στις πάσχουσες από ΣΔΤ2.(152) Επιπλέον αναφέρουν σημαντικά χειρότερα αποτελέσματα των ΣΔΤ2 γυναικών στον οργασμό και στην ικανοποίηση αλλά όχι στον πόνο, σε αντίθεση με τα δικά μας αποτελέσματα. Η διαφορά των αποτελεσμάτων μπορεί να αποδοθεί στο μεγαλύτερο δείγμα ασθενών και των 2 τύπων ΣΔ που χρησιμοποίησαν στη μελέτη τους. Σε εργασία των Doruk et al αναφέρεται μεγάλη συχνότητα διαταραχών επιθυμίας στις ΣΔΤ2 γυναίκες χωρίς όμως να συγκρίνει τα αποτελέσματα με αυτά των γυναικών με ΣΔΤ1.(87) Η μελέτη των Wallner et al δεν παρουσιάζει διαφορές στη σεξουαλική λειτουργία μεταξύ γυναικών με ΣΔΤ2 και υγιών γυναικών, ωστόσο οι γυναίκες με ΣΔΤ1 έχουν υψηλότερη συχνότητα δυσπαρέυνειας σε σύγκριση με τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου.(91) Τέλος, αποτελέσματα σε μικτούς πληθυσμούς γυναικών με ΣΔΤ1 και 2 παρέχουν οι εργασίες των Abu Ali et al και Veronelli et al, χωρίς όμως να διακρίνουν και να συγκρίνουν τις δύο ομάδες μεταξύ τους.(84,90)

Σύμφωνα με τους τρέχοντες ορισμούς, η παρουσία σεξουαλικού distress ως συνέπεια των διαφόρων σεξουαλικών προβλημάτων είναι απαραίτητη για τη

διάγνωση της γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Η μελέτη μας δεν αναδεικνύει σημαντική διαφορά ως προς το σκορ του FSDS μεταξύ των γυναικών με ΣΔΤ1 και 2. Σε προηγούμενή μας μελέτη, η οποία είναι και η μοναδική που εκτίμησε τα επίπεδα του σεξουαλικού distress σε γυναίκες με ΣΔΤ1, παρουσιάσαμε σημαντικά υψηλότερα σκορ στο FSDS στις διαβητικές γυναίκες έναντι των γυναικών της ομάδας ελέγχου.(96) Συνεκτιμώντας τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μπορούμε να συμπεράνουμε ότι και οι γυναίκες με ΣΔΤ2 έχουν υψηλότερα επίπεδα σεξουαλικού distress σε σύγκριση με τις μη διαβητικές γυναίκες, αλλά συγκρίσιμα με τα επίπεδα σεξουαλικού distress στις γυναίκες με ΣΔΤ1.

Επιπλέον, η δεύτερη μελέτη μας καταδεικνύει ότι η σεξουαλική λειτουργία και το σεξουαλικό distress σχετίζονται με ψυχοσωματικές παραμέτρους και στους δύο τύπους ΣΔ. Ειδικότερα, και στους δύο τύπους ΣΔ η διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας συσχετίστηκε με το άγχος, την κατάθλιψη και τη γενική ποιότητα υγείας. Επιπλέον, οι σεξουαλικές διαταραχές σχετίστηκαν στις τύπου 1 διαβητικές με την παρουσία σωματικών συμπτωμάτων ενώ στις τύπου 2 με την κοινωνική δυσλειτουργία. Όσον αφορά στο σεξουαλικό distress, και στις δύο ομάδες ΣΔ αναδείχθηκε συσχέτισή του με την παρουσία σωματικών συμπτωμάτων, με το άγχος και την κατάθλιψη καθώς και τη γενική ποιότητα υγείας ενώ στις τύπου 2 διαβητικές σχετίστηκε και με την κοινωνική δυσλειτουργία. Από τις υπόλοιπες κλινικές παραμέτρους, ο ΔΜΣ σχετίστηκε στις μεν τύπου 1 με τη μειωμένη σεξουαλική λειτουργία, στις δε τύπου 2 με το σεξουαλικό distress. Δε βρέθηκε σημαντική συσχέτιση της σεξουαλικής λειτουργίας και του σεξουαλικού distress με την ηλικία, το βάρος ή τα επίπεδα σακχάρου και γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και στους δύο

τύπους ΣΔ. Ειδικά για τη συσχέτιση ηλικίας και σεξουαλικού distress, αυτή βρέθηκε θετική στις τύπου 1 διαβητικές αλλά αντίστροφη στις τύπου 2· και στους δύο τύπους διαβήτη ωστόσο, παραμένει στατιστικά μη σημαντική. Τα αποτελέσματα συσχετίσεων της μελέτης μας βρίσκονται σε συμφωνία με τα διαθέσιμα δεδομένα που αναδεικνύουν το ρόλο των ψυχοσωματικών παραγόντων, και ιδιαίτερα της κατάθλιψης, στην παθογένεση της γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας στις τύπου 1 και 2 διαβητικές γυναίκες. (86,87,91,92,94–96,100,152)

Η παρούσα διατριβή επιβεβαιώνει τον καθοριστικό ρόλο των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων στην παθογένεση της Γυναικείας Σεξουαλικής Δυσλειτουργίας. Καθώς το σεξουαλικό distress αποτελεί τον πυρήνα της διάγνωσης της ΓΣΔ, επιλέξαμε να μελετήσουμε την επίδραση του γονικού δεσμού στην ανάπτυξη σεξουαλικού distress σε γυναίκες με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1.

Στη σχετική μελέτη της παρούσας διατριβής, οι γυναίκες με διαβήτη τύπου 1 έτυχαν συνολικά καλύτερης ανατροφής ως παιδιά σε σχέση με τις υγιείς. Η μητρική φροντίδα και υπερπροστασία ήταν καλύτερες σε διαβητικές γυναίκες χωρίς σεξουαλικό distress από τις διαβητικές με σεξουαλικό distress. Επιπλέον, η πατρική υπερπροστασία ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε αυτές οι γυναίκες. Ψυχοσωματικές διαταραχές, η κοινωνική δυσλειτουργία, και ζητήματα συντροφικής σχέσης βρέθηκαν επίσης να επηρεάζουν το σεξουαλικό distress. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, η μητρική φροντίδα και η πατρική υπερπροστασία βρέθηκαν να είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για το σεξουαλικό distress.

Οι τρέχοντες ορισμοί καταδεικνύουν ότι το σεξουαλικό distress είναι το βασικό κριτήριο για τη διάγνωση της ΓΣΔ.(29) Το σεξουαλικό distress θεωρείται ότι είναι

κρίσιμο για τον καθορισμό της διάγνωσης της ΓΣΔ και διάφορες μελέτες που διεξήχθησαν σε διαβητικούς και μη πληθυσμούς, διερεύνησαν παράγοντες που σχετίζονται με αυτό.(49,60,63,66,96,114,153,154) Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να ταξινομηθούν σε οργανικούς (ηλικία, ορμονική κατάσταση, σωματικά συμπτώματα),(49,66,96,114) γενικούς (κοινωνική δυσλειτουργία, η παρουσία συντρόφου, η δυσαρέσκεια με τη συντροφική σχέση και με την ανδρική σεξουαλική απόδοση)(63,66,96,153) και ψυχοσεξουαλικούς (κατάθλιψη, άγχος, χαμηλή σεξουαλική επιθυμία ή άλλα σεξουαλικά προβλήματα, και η έλλειψη επικοινωνίας για τα σεξουαλικά ζητήματα του ζεύγους).(49,60,63,66,96,154) Ωστόσο, δεν υπάρχουν μελέτες που να έχουν διερευνήσει τη σχέση μεταξύ του σεξουαλικού distress και γονικού δεσμού, ενός παράγοντα με γνωστές επιπτώσεις στην ψυχολογική κατάσταση.

Στη σχετική μελέτη της παρούσας διατριβής, οι γυναίκες με διαβήτη τύπου 1 ανέφεραν καλύτερη μητρική και πατρική φροντίδα και καλύτερα αποτελέσματα στη μητρική υπερπροστασία από τις μη πάσχουσες. Αυτή η παρατηρούμενη γονική συμπεριφορά προσεγγίζει την «βέλτιστη ανατροφή», κατά την οποία η παρατηρούμενη φροντίδα είναι υψηλή και η υπερπροστασία αντίστοιχα χαμηλή. Τα τρέχοντα δεδομένα για τους γονείς παιδιών με ΣΔ-1 δείχνουν ότι η ανατροφή των παιδιών εξαρτάται άμεσα από τον τρόπο με τον οποίο οι γονείς καλούνται να διαχειριστούν το στρες που σχετίζεται με τον διαβήτη, όπως ο γλυκαιμικός έλεγχος και ο φόβος της υπογλυκαιμίας και των επιπλοκών.

Για τον ίδιο λόγο, οι γονείς διαβητικών τέκνων είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο για υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.(155–157) Ως εκ τούτου, διαφορετικά

πρότυπα ανατροφής των παιδιών έχουν παρατηρηθεί σε αυτήν την ομάδα, που ποικίλλουν από αμελής, εξουσιαστική και με τάσεις ελέγχου έως ανεκτική και υποστηρικτική.(155) Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η βέλτιστη άσκηση του γονικού ρόλου δεν φαίνεται να σχετίζεται με βέλτιστη ρύθμιση της γλυκόζης αίματος.(156,158) Στη μελέτη μας, ο πτωχός γλυκαιμικός έλεγχος (υψηλή HbA1c) βρέθηκε να σχετίζεται με υψηλότερη μητρική φροντίδα. Πιθανόν ο κακός γλυκαιμικός έλεγχος να ενεργοποιεί μεγαλύτερη φροντίδα από τη μητέρα, σε μια προσπάθεια για την επίτευξη καλύτερων τιμών HbA1c.

Στην τρίτη μελέτη της διατριβής, οι γυναίκες με διαβήτη είχαν υψηλότερα επίπεδα σεξουαλικού distress σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, ένα εύρημα που βρίσκεται σε συμφωνία με αντίστοιχα στην υπάρχουσα βιβλιογραφία και τις προηγούμενες διαπιστώσεις μας.(42,96,103) Επιπλέον, στην ομάδα του ΣΔ, οι γυναίκες με σεξουαλικό distress ανέφεραν υψηλότερη μητρική υπερπροστασία, χαμηλότερη μητρική φροντίδα και χαμηλότερη πατρική υπερπροστασία σε σύγκριση με εκείνες χωρίς σεξουαλικό distress. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν μια συνολικά χειρότερη μητρική συμπεριφορά, που χαρακτηρίζεται από χαμηλή φροντίδα και υψηλή υπερπροστασία. Τα ευρήματα αυτά, με βάση όσα είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε, δεν έχουν αναφερθεί προηγουμένως σε γυναίκες με διαβήτη τύπου 1.

Σε μη διαβητικούς πληθυσμούς, τα πρότυπα ανατροφής έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζουν την εφηβική αλλά και ενήλικη σεξουαλική ζωή, με συμπεριφορές που χαρακτηρίζονται από υπερπροστασία, ελλιπή φροντίδα ή αμέλεια να σχετίζονται με προβλήματα στις σεξουαλικές πρακτικές και στη σεξουαλική λειτουργία.(138,142,144) Επιπλέον, διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά που

ανέφεραν μη βέλτιστες συμπεριφορές ανατροφής παρουσίαζαν υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά, με πρώιμη έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής, υψηλό αριθμό σεξουαλικών συντρόφων, σεξουαλικούς συντρόφους πολύ μεγαλύτερης ηλικίας, ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, και ελλιπή χρήση μέτρων αντισύλληψης.(139–143,159,160) Αυτή η υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά φαίνεται να σχετίζεται με κατάθλιψη,(161–168) έναν καλά αναγνωρισμένο καθοριστικό παράγοντα σεξουαλικού distress. Κατά αυτήν την έννοια, η καλύτερη ανατροφή θα μπορούσε να προστατεύσει τις διαβητικές γυναίκες της μελέτης μας από το σεξουαλικό distress, μειώνοντας την υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά.

Σε υγιείς γυναίκες, τα πρότυπα μητρικής συμπεριφοράς φαίνονται να αποτελούν ισχυρότερο καθοριστικό παράγοντα της σεξουαλικής λειτουργίας και στα δύο φύλα σε σύγκριση με τα αντίστοιχα πατρικά.(144,169) Οι κόρες και οι γιοί φαίνεται ότι συζητούν πιο συχνά για το σεξ με τη μητέρα τους και η μητρική έγκριση ή αποδοκιμασία των σεξουαλικών πεποιθήσεων και πρακτικών φαίνεται να έχει πιο σαφή αποτελέσματα στη μετέπειτα σεξουαλική ζωή.(160,169,170) Ο προστατευτικός ρόλος της μητρικής συμπεριφοράς στη γυναικεία σεξουαλική ζωή επεκτείνεται και ενισχύεται περαιτέρω από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης. Στις γυναίκες με διαβήτη της μελέτης μας, η μητρική φροντίδα βρέθηκε να αποτελεί σημαντικό αρνητικό προγνωστικό παράγοντα για σεξουαλικό distress. Επίσης, τα ευρήματά μας δείχνουν ότι οι διαβητικές γυναίκες με σεξουαλικό distress είχαν χαμηλότερα αποτελέσματα πατρικής υπερπροστασίας σε σύγκριση με εκείνες χωρίς σεξουαλικό distress, και ότι όσο υψηλότερη είναι η πατρική υπερπροστασία τόσο χαμηλότερο είναι το σεξουαλικό distress. Σύμφωνα με προηγούμενα ευρήματα, οι πατέρες δεν

αισθάνονται άνετα να συζητούν με τις θυγατέρες τους ζητήματα της σεξουαλικής τους ζωής και κύριο μέλημά τους είναι η δυνατή καθυστέρηση της έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας των θυγατέρων τους. Η πρόωρη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας έχει βρεθεί να σχετίζεται με υψηλού κινδύνου σεξουαλικές συμπεριφορές και σεξουαλικό distress. Επομένως, είναι πιθανό ότι σε αντίθεση με τη μητρική, η πατρική υπερπροστασία μπορεί πραγματικά να προστατεύσει περαιτέρω τις γυναίκες από τραυματικές σεξουαλικές εμπειρίες που θα μπορούσαν να προκαλέσουν σεξουαλικό distress.

Στη μελέτη που παρουσιάζεται στην παρούσα διατριβή, οι διαβητικές γυναίκες με σεξουαλικό distress είχαν σημαντικά χειρότερη υγεία στο σύνολο αλλά και στις επιμέρους παραμέτρους, σε σύγκριση με τις διαβητικές χωρίς σεξουαλικό distress. Προηγούμενα δικά μας ευρήματα αλλά και αποτελέσματα άλλων μελετών, έχουν δείξει ότι η κατάθλιψη, το άγχος, το χαμηλό επίπεδο σωματικής υγείας και η κοινωνική δυσλειτουργία είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για σεξουαλικό distress.(49,60,63,66,96,153,154)

Η μελέτη μας δείχνει ότι το σεξουαλικό distress σχετίζεται με την ανατροφή των παιδιών, αλλά τα χαρακτηριστικά της μητρικής και πατρικής συμπεριφοράς που οδηγούν σε σεξουαλικό distress είναι διαφορετικά. Ενώ η μητρική φροντίδα είναι παράγοντας που προστατεύει τις διαβητικές γυναίκες της μελέτης μας από το σεξουαλικό distress, ενδιαφέρον παρουσιάζει το ότι η πατρική υπερπροστασία έχει την ίδια δράση. Τα αποτελέσματά μας μπορούν να εξηγηθούν από το εύρημα της μελέτης μας που δείχνει ότι η υψηλή μητρική φροντίδα, η χαμηλή μητρική υπερπροστασία, και η υψηλή πατρική υπερπροστασία προστατεύουν από την

κατάθλιψη και την κοινωνική δυσλειτουργία, που αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για το σεξουαλικό distress. Τα αποτελέσματά μας υποστηρίζουν περαιτέρω τρέχοντα στοιχεία που καταδεικνύουν ότι η μητέρα και ο πατέρας έχουν διαφορετικούς ρόλους στον καθορισμό της σεξουαλικής συμπεριφοράς των παιδιών τους, καθώς και ότι η συμπεριφορά τους στην ανατροφή έχει εντελώς διαφορετική επίδραση στο σεξουαλικό distress.

Ένας από τους πιθανούς περιορισμούς στην τρίτη μελέτη της διατριβής αυτής είναι το σχετικά μικρό μέγεθος του δείγματος που μελετήθηκε. Επιπλέον, θα ήταν χρήσιμο να ελεγχθεί η ποιότητα της γονικής συντροφικής σχέσης και της ανατροφής των παιδιών από την πλευρά των γονέων. Ωστόσο, το τελευταίο δεν ήταν δυνατό, καθώς οι γονείς μερικών γυναικών δεν ήταν εν ζωή. Θα ήταν επίσης χρήσιμο να συλλεχθούν τα δεδομένα των πρώιμων σεξουαλικών πρακτικών και εμπειριών για να εκτιμηθούν πιθανές σεξουαλικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Παρά ταύτα, με βάση όσα γνωρίζουμε, αυτή είναι η πρώτη μελέτη που παρουσιάζει αποτελέσματα για τη σχέση μεταξύ σεξουαλικού distress και γονικού δεσμού σε γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της παρούσας διατριβής δείχνουν ότι οι σεξουαλικά ενεργές γυναίκες με ανεπίπλεκτο ΣΔ τύπου 1 παρουσιάζουν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης ΓΣΔ σε σύγκριση με την αντίστοιχη ομάδα υγιών γυναικών, όταν το κριτήριο του σεξουαλικού distress περιλαμβάνεται στο σχεδιασμό της μελέτης, με βάση τους τρέχοντες ορισμούς. Η επιθυμία, η διέγερση και η ικανοποίηση αποτελούν τους κύριους τομείς της σεξουαλικής λειτουργίας που φαίνεται να επηρεάζονται. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι η εκτίμηση της σεξουαλικής λειτουργίας με τη χρήση κατάλληλων ψυχομετρικών εργαλείων και η ενσωμάτωση του κριτηρίου του σεξουαλικού distress για τη διάγνωση, πρέπει να γίνουν μέρος της διαδικασίας εκτίμησης της ΓΣΔ σε τύπου 1 διαβητικές γυναίκες.

Επιπλέον, η παρούσα διατριβή παρουσιάζει δεδομένα από την εκτίμηση της σεξουαλικής λειτουργίας, του σεξουαλικού distress και της γενικής υγείας σε δύο ομάδες γυναικών με ΣΔΤ1 και 2. Με βάση τα αποτελέσματά μας, οι γυναίκες με ΣΔΤ2 έχουν υψηλότερη δυσχέρεια γενικά στη σεξουαλική τους λειτουργία σε σύγκριση με τις γυναίκες με ΣΔΤ1 και ειδικότερα στην επιθυμία, στη διέγερση, στη ύγρυνση και στον πόνο που σχετίζεται με τη σεξουαλική δραστηριότητα. Καμία διαφορά ωστόσο δε βρέθηκε μεταξύ των δύο ομάδων στα επίπεδα του σεξουαλικού distress καθώς και στην ψυχοσωματική τους κατάσταση. Και στις δύο υπό μελέτη ομάδες, ψυχοσωματικές παράμετροι όπως η κατάθλιψη σχετίστηκαν με τη σεξουαλική λειτουργία και το σεξουαλικό distress. Αντιθέτως, δε βρέθηκε συσχέτιση με παράγοντες σχετιζόμενους με το ΣΔ. Περαιτέρω μελέτες σχετικές με τη σεξουαλική

λειτουργία των τύπου 1 και 2 διαβητικών γυναικών απαιτούνται για την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων που παρουσιάζουμε.

Τέλος, η τρίτη μελέτη της παρούσας διατριβής δείχνει ότι ο γονικός δεσμός αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την εκδήλωση σεξουαλικού distress σε γυναίκες με μη επιπλεγμένο ΣΔ τύπου 1. Η χαμηλή μητρική φροντίδα και η χαμηλή πατρική υπερπροστασία είναι οι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε σεξουαλικό distress σε αυτές τις γυναίκες. Συνεπώς, η διεξοδική αξιολόγηση των στοιχείων της ανατροφής κατά την παιδική και εφηβική ηλικία κρίνεται απαραίτητη για να καθοριστούν πιθανοί παράγοντες που σχετίζονται με το σεξουαλικό distress και εξηγούν τη ΓΣΔ στις γυναίκες αυτές.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή

Διάφορες μελέτες καταδεικνύουν ότι οι γυναίκες με ΣΔ έχουν υψηλότερο επιπολασμό σεξουαλικών προβλημάτων σε σύγκριση με τις γυναίκες του γενικού πληθυσμού, χωρίς όμως να έχει μελετηθεί η επίδραση του σεξουαλικού distress στη διάγνωση των διαταραχών αυτών. Κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συχνότητας εμφάνισης της Γυναικείας Σεξουαλικής Δυσλειτουργίας (ΓΣΔ), εισάγοντας το κριτήριο του σεξουαλικού distress στον ορισμό της, σε γυναίκες με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) τύπου 1 και τύπου 2. Επίσης μελετήθηκαν διάφοροι οργανικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την εκδήλωση του σεξουαλικού distress και κατ' επέκταση της ΓΣΔ.

Μέθοδοι

Σε 44 προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με ΣΔ τύπου 1 και 47 υγιείς μάρτυρες, εκτιμήθηκε η σεξουαλική λειτουργία, το σεξουαλικό distress, και η γενική κατάσταση της υγείας με τη χρήση του δείκτη γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας (FSFI), της κλίμακας γυναικείου σεξουαλικού distress (FSDS), και του ερωτηματολογίου γενικής υγείας- 28 (GHQ-28), αντίστοιχα.

Επιπρόσθετα, σε 77 γυναίκες με τύπου 1 ΣΔ και 77 υγιείς μάρτυρες μελετήθηκε η επίδραση του γονικού δεσμού στην εκδήλωση σεξουαλικού distress και στη γενική

ποιότητα υγείας με τη χρήση της κλίμακας γυναικείου σεξουαλικού distress (FSDS), του εργαλείου γονικού δεσμού (PBI) και του ερωτηματολογίου γενικής υγείας - 28 (GHQ - 28).

Τέλος για τη σύγκριση της ΓΣΔ μεταξύ γυναικών με ΣΔ τύπου 1 και ΣΔ τύπου 2 μελετήθηκαν 40 γυναίκες σε κάθε ομάδα. Η εκτίμηση της σεξουαλικής λειτουργίας, του σεξουαλικού distress και της γενικής ποιότητας υγείας έγινε με τη χρήση του δείκτη γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας (FSFI), της κλίμακας γυναικείου σεξουαλικού distress (FSDS), και του ερωτηματολογίου γενικής υγείας- 28 (GHQ-28), αντίστοιχα.

Αποτελέσματα

1) Με βάση τα αποτελέσματά μας, ο επιπολασμός των σεξουαλικών διαταραχών και της ΓΣΔ βρέθηκε σημαντικά υψηλότερος στις γυναίκες με ΣΔ σε σύγκριση με τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου. Οι διαβητικές γυναίκες είχαν σημαντικά χειρότερη σεξουαλική λειτουργία και υψηλότερο σεξουαλικό distress σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Η επιθυμία, διέγερση και ικανοποίηση ήταν οι σεξουαλικοί τομείς που επηρεάστηκαν σημαντικά στην ομάδα των διαβητικών γυναικών. Στην ομάδα των διαβητικών γυναικών, η ΓΣΔ συσχετίστηκε με το άγχος, την κατάθλιψη, και το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης. Αντιθέτως, παράγοντες που σχετίζονται με τον διαβήτη δε βρέθηκαν να έχουν σχέση με τη ΓΣΔ.

2) Οι γυναίκες με τύπου 1 ΣΔ είχαν υψηλότερο σεξουαλικό distress σε σύγκριση με τις υγιείς μάρτυρες. Επιπλέον, οι γυναίκες με διαβήτη είχαν σημαντικά υψηλότερη μητρική και πατρική φροντίδα και χαμηλότερη μητρική υπερπροστασία σε σύγκριση με τις υγιείς. Η πατρική υπερπροστασία και η γενική υγεία ήταν παρόμοιες και στις δύο ομάδες. Οι διαβητικές γυναίκες με σεξουαλικό distress είχαν χαμηλότερη μητρική φροντίδα, υψηλότερη μητρική υπερπροστασία και χαμηλότερη πατρική υπερπροστασία σε σύγκριση με τις διαβητικές χωρίς σεξουαλικό distress, ενώ δε βρέθηκε διαφορά στην πατρική φροντίδα μεταξύ των δύο ομάδων. Στην ομάδα του διαβήτη, η χαμηλή μητρική φροντίδα και η χαμηλή γονική υπερπροστασία ήταν σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για σεξουαλικό distress.

3) Οι γυναίκες με ΣΔ τύπου 2 είχαν σημαντικά μεγαλύτερη ηλικία, βάρος, δείκτη μάζας σώματος (BMI) και διάρκεια ΣΔ σε σύγκριση με τις πάσχουσες από ΣΔ τύπου 1. Δε βρέθηκε διαφορά στα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c). Επιπλέον, σε σύγκριση με τις γυναίκες με ΣΔ τύπου 1, οι γυναίκες με τύπου 2 ΣΔ είχαν σημαντικά χειρότερη σεξουαλική λειτουργία, επιθυμία, διέγερση, κολπική ύγρανση και πόνο σχετιζόμενο με τη σεξουαλική δραστηριότητα. Δε βρέθηκε διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων στον οργανισμό, στην ικανοποίηση, στο σεξουαλικό distress και στο σύνολο και στις παραμέτρους της γενικής υγείας. Στην ομάδα των γυναικών με ΣΔ τύπου 1 οι διαταραχές σεξουαλικής λειτουργίας και το σεξουαλικό distress σχετίσθηκαν με τη γενική ποιότητα υγείας, τα σωματικά συμπτώματα, το άγχος και την κατάθλιψη. Επιπλέον, ο BMI σχετίσθηκε με τις σεξουαλικές διαταραχές. Στις γυναίκες με ΣΔ τύπου 2 οι διαταραχές σεξουαλικής λειτουργίας σχετίσθηκαν με τη γενική υγεία, το άγχος, την κοινωνική δυσλειτουργία και την

κατάθλιψη. Στην ίδια ομάδα γυναικών, το σεξουαλικό distress σχετίστηκε με όλες τις παραμέτρους γενικής υγείας καθώς και με τον BMI.

Συμπεράσματα

Οι προ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες με μη επιπλεγμένο ΣΔ τύπου 1 έχουν σημαντικά υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης σεξουαλικών διαταραχών και σεξουαλικού distress (και κατά συνέπεια υψηλότερο επιπολασμό ΓΣΔ) σε σύγκριση με τις υγιείς γυναίκες της ομάδας ελέγχου. Αντίθετα, οι γυναίκες με ΣΔ τύπου 1 είχαν καλύτερη σεξουαλική λειτουργία σε σύγκριση με τις πάσχουσες με ΣΔ τύπου 2, ειδικότερα στους τομείς της επιθυμίας, διέγερσης, ύγρانشης και πόνου ενώ δε βρέθηκε σημαντική διαφορά στο επίπεδο του σεξουαλικού distress μεταξύ των 2 ομάδων. Και στους δύο τύπους ΣΔ, ψυχοσωματικοί παράγοντες, αλλά όχι παράγοντες που σχετίζονται με το διαβήτη, σχετίστηκαν με τις σεξουαλικές διαταραχές και το σεξουαλικό distress. Στις γυναίκες με τύπου 1 ΣΔ η γονική φροντίδα και υπερπροστασία φαίνεται να συμμετέχουν στην εκδήλωση σεξουαλικού distress και ως εκ τούτου σε γυναικεία σεξουαλική δυσλειτουργία.

ABSTRACT

Introduction

Several studies indicate that women with diabetes have higher prevalence of sexual disorders compared with non-patients, however the impact of sexual distress on diagnosing these disorders has not been studied. The primary aim of this study was to assess the prevalence of female sexual dysfunction (FSD) in women with type 1 and type 2 diabetes mellitus (DM), after adding the criterion of sexual distress in FSD definition. Moreover, several psychological, organic and social parameters affecting sexual distress and therefore FSD, were evaluated.

Methods

Sexual functioning, sexual distress, and general health status were assessed in 44 premenopausal women with type 1 diabetes and in 47 healthy controls, using the Female Sexual Function Index (FSFI), the Female Sexual Distress Scale (FSDS), and the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28).

In addition, the impact of bonding with parents on sexual distress and general health was studied in 77 women with type 1 diabetes and 77 healthy controls with the use of the Parental Bonding Instrument (PBI), the Female Sexual Distress Scale (FSDS) and the General Health Questionnaire - 28 (GHQ - 28), respectively.

Finally, a group of 40 women with type 1 diabetes was compared with a group of 40 women with type 2 diabetes to evaluate differences in FSD between the two groups. Assessment of sexual functioning, sexual distress and general quality of health was done by using the Female Sexual Function Index (FSFI), the Female Sexual Distress Scale (FSDS) and General Health Questionnaire 28 (GHQ - 28) respectively.

Results

1) Based on our results, the prevalence of sexual disorders and FSD was found to be significantly higher in women with diabetes compared with women in the control group. Diabetic women had significantly worse sexual functioning and higher sexual distress compared with non-patients. Desire, arousal and satisfaction were the significantly impaired sexual domains in the group of diabetic women. In the diabetic group, FSD was found to be associated with anxiety, depression, and low educational level. In contrast, diabetes related factors were found to have no significant association with FSD.

2) Women with type 1 diabetes had higher sexual distress compared with healthy controls. Moreover, women with diabetes had significantly higher maternal and paternal care and lower parental overprotection compared with healthy ones. Paternal overprotection and general health were similar in both groups. Diabetic women with sexual distress had lower maternal care, higher maternal overprotection and lower paternal overprotection compared with diabetic women without sexual distress, while there was no difference in paternal care between the two groups. In

the diabetic group, low maternal care and low parental overprotection were significant risk factors for sexual distress.

3) Women with type 2 diabetes had significantly higher age, weight, body mass index (BMI) and duration of diabetes compared with type 1 DM women. No difference was found in HbA1c levels. Furthermore, compared with women with type 1 DM, women with type 2 diabetes had significantly worse overall sexual functioning, desire, arousal, lubrication, and pain associated with sexual activity. No differences were found between the 2 groups in orgasm, satisfaction, sexual distress and all parameters of general health. In the group of women with type 1 DM, sexual disorders and sexual distress were found to be associated with overall quality of health, physical symptoms, anxiety and depression. Furthermore, sexual disorders were found to be associated with BMI. In women with type 2 DM sexual functioning disorders were found to be associated with general health, anxiety, social dysfunction and depression. In the same group of women, sexual distress was found to be associated with all parameters of general health and BMI.

Conclusions

Pre-menopausal women with uncomplicated type 1 diabetes have a significantly higher prevalence of sexual disorders and sexual distress (and therefore higher prevalence of FSD) compared with healthy women of the control group. Furthermore, women with type 2 diabetes have worse sexual functioning compared with type 1 diabetes patients, especially in the domains of desire, arousal, lubrication and pain. No difference was found in sexual distress between the 2 groups of patients. In both

types of diabetes, psychosomatic factors, rather than factors associated with diabetes, correlated with sexual disorders and sexual distress. In women with type 1 diabetes, parental care and overprotection can lead to sexual distress and therefore FSD.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Mimoun S, Wylie K. Female sexual dysfunctions: definitions and classification. *Maturitas*. 2009 Jun 20;63(2):116–8.
2. Raina R, Pahlajani G, Khan S, Gupta S, Agarwal A, Zippe CD. Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management. *Fertil Steril*. 2007 Nov;88(5):1273–84.
3. Dimitropoulos K, Tzortzis V, Bargiota A, Melekos M. Female sexual response models. *Arch Hell Med*. 28(4):460–5.
4. Wylie K, Mimoun S. Sexual response models in women. *Maturitas*. 2009 Jun 20;63(2):112–5.
5. Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther*. 2000 Mar;26(1):51–65.
6. Pines M. “Human Sexual Response”--A discussion of the work of Masters and Johnson. *J Psychosom Res*. 1968 Jun;12(1):39–49.
7. Clayton AH, Hamilton DV. Female sexual dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2009 Dec;36(4):861–876, xi.
8. Aslan E, Fynes M. Female sexual dysfunction. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008 Feb;19(2):293–305.
9. Woodard TL, Diamond MP. Physiologic measures of sexual function in women: a review. *Fertil Steril*. 2009 Jul;92(1):19–34.

10. Pasqualotto EB, Pasqualotto FF, Sobreiro BP, Lucon AM. Female sexual dysfunction: the important points to remember. *Clinics (Sao Paulo)*. 2005 Feb;60(1):51–60.
11. Montgomery KA. Sexual desire disorders. *Psychiatry (Edgmont)*. 2008 Jun;5(6):50–5.
12. Burnett AL, Truss MC. Mediators of the female sexual response: pharmacotherapeutic implications. *World J Urol*. 2002 Jun;20(2):101–5.
13. Basson R. Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther*. 2001 Feb;27(1):33–43.
14. Balon R, Segraves RT, Clayton A. Issues for DSM-V: sexual dysfunction, disorder, or variation along normal distribution: toward rethinking DSM criteria of sexual dysfunctions. *Am J Psychiatry*. 2007 Feb;164(2):198–200.
15. Sobczak JA. Female sexual dysfunction: knowledge development and practice implications. *Perspect Psychiatr Care*. 2009 Jul;45(3):161–72.
16. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ*. 2005 May 10;172(10):1327–33.
17. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*. 2000 Mar;163(3):888–93.

18. Basson R. Pharmacotherapy for women's sexual dysfunction. *Expert Opin Pharmacother*. 2009 Jul;10(10):1631–48.
19. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Confirmatory factor analysis of a Spanish version of the sex fantasy questionnaire: assessing gender differences. *J Sex Marital Ther*. 2006 Apr;32(2):137–59.
20. Klusmann D. Sexual motivation and the duration of partnership. *Arch Sex Behav*. 2002 Jun;31(3):275–87.
21. Cain VS, Johannes CB, Avis NE, Mohr B, Schocken M, Skurnick J, et al. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN. *J Sex Res*. 2003 Aug;40(3):266–76.
22. Basson R. Are our definitions of women's desire, arousal and sexual pain disorders too broad and our definition of orgasmic disorder too narrow? *J Sex Marital Ther*. 2002 Sep;28(4):289–300.
23. Sand M, Fisher WA. Women's endorsement of models of female sexual response: the nurses' sexuality study. *J Sex Med*. 2007 May;4(3):708–19.
24. Marnach ML, Casey PM. Understanding women's sexual health: a case-based approach. *Mayo Clin Proc*. 2008 Dec;83(12):1382–1386; quiz 1387.
25. Ferguson DM. Clinical trial development in female sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther*. 2002;28 Suppl 1:77–83.
26. WHO | International Classification of Diseases (ICD) [Internet]. [cited 2010 Oct 9]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

27. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition. 4th ed. American Psychiatric Publishing, Inc.; 2000.
28. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003 Dec;24(4):221–9.
29. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2004 Jul;1(1):40–8.
30. Balon R, Wise TN. Update on diagnoses of sexual dysfunctions: controversies surrounding the proposed revisions of existing diagnostic entities and proposed new diagnoses. *Adv Psychosom Med*. 2011;31:1–15.
31. Krychman M, Kingsberg S, Spadt SK. Comment for Summary of the recommendations of sexual dysfunction in women: R Basson, M Wierman, J van Lankveld, L Brotto. *J Sex Med* 2010;7:314-26. *J Sex Med*. 2011 Jan;8(1):332–3.
32. Binik YM. The DSM diagnostic criteria for vaginismus. *Arch Sex Behav*. 2010 Apr;39(2):278–91.
33. Binik YM. The DSM diagnostic criteria for dyspareunia. *Arch Sex Behav*. 2010 Apr;39(2):292–303.
34. Brotto LA, Yule MA. Physiological and subjective sexual arousal in self-identified asexual women. *Arch Sex Behav*. 2011 Aug;40(4):699–712.

35. Carvalheira AA, Brotto LA, Leal I. Women's motivations for sex: exploring the diagnostic and statistical manual, fourth edition, text revision criteria for hypoactive sexual desire and female sexual arousal disorders. *J Sex Med.* 2010 Apr;7(4 Pt 1):1454–63.
36. Clayton AH, Derogatis LR, Rosen RC, Pyke R. Intended or Unintended Consequences? The Likely Implications of Raising the Bar for Sexual Dysfunction Diagnosis in the Proposed DSM-V Revisions: 1. For Women with Incomplete Loss of Desire or Sexual Receptivity. *J Sex Med.* 2012 Jul 12;
37. Fenner A. Sexual medicine: Experts debate--should DSM-V raise the bar for female sexual dysfunction diagnosis? *Nat Rev Urol.* 2012 Sep;9(9):475.
38. Brotto LA. The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Arch Sex Behav.* 2010 Apr;39(2):221–39.
39. Hendrickx L, Gijs L, Enzlin P. Distress, Sexual Dysfunctions, and DSM: Dialogue at Cross Purposes? *J Sex Med.* 2013 Mar;10(3):630–41.
40. Wheaton B. The twain meet: distress, disorder and the continuing conundrum of categories (comment on Horwitz). *Health (London).* 2007 Jul;11(3):303–319; discussion 321–326.
41. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res.* 2005 Feb;17(1):39–57.

42. Bargiota A, Dimitropoulos K, Tzortzis V, Koukoulis GN. Sexual dysfunction in diabetic women. *Hormones (Athens)*. 2011 Jul;10(3):196–206.
43. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999 Feb 10;281(6):537–44.
44. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2004 Jul;1(1):35–9.
45. Simons JS, Carey MP. Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. *Arch Sex Behav*. 2001 Apr;30(2):177–219.
46. Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *BMJ*. 2003 Aug 23;327(7412):423.
47. Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, Dudley E, Burger H. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertil Steril*. 2002 Apr;77 Suppl 4:S42–48.
48. Palacios S, Castaño R, Graziotin A. Epidemiology of female sexual dysfunction. *Maturitas*. 2009 Jun 20;63(2):119–23.
49. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol*. 2008 Nov;112(5):970–8.
50. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav*. 2003 Jun;32(3):193–208.

51. Frank JE, Mistretta P, Will J. Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. *Am Fam Physician*. 2008 Mar 1;77(5):635–42.
52. Avis NE, Zhao X, Johannes CB, Ory M, Brockwell S, Greendale GA. Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: results from the Study of Women’s Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*. 2005 Aug;12(4):385–98.
53. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J, Gomes FA. Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *J Sex Marital Ther*. 2006 Apr;32(2):173–82.
54. Jha S, Thakar R. Female sexual dysfunction. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010 Dec;153(2):117–23.
55. Esposito K, Giugliano F, Ciotola M, De Sio M, D’Armiento M, Giugliano D. Obesity and sexual dysfunction, male and female. *Int J Impot Res*. 2008 Aug;20(4):358–65.
56. Lutfey KE, Link CL, Rosen RC, Wiegel M, McKinlay JB. Prevalence and correlates of sexual activity and function in women: results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Arch Sex Behav*. 2009 Aug;38(4):514–27.
57. Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *J Sex Med*. 2008 Sep;5(9):2044–52.

58. Clayton AH, Pradko JF, Croft HA, Montano CB, Leadbetter RA, Bolden-Watson C, et al. Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *J Clin Psychiatry*. 2002 Apr;63(4):357–66.
59. Abdo CHN, Oliveira WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res*. 2004 Apr;16(2):160–6.
60. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Sidat M, Gurrin LC, Fairley CK. Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *J Sex Med*. 2008 Jul;5(7):1681–93.
61. Heiman JR. Sexual dysfunction: overview of prevalence, etiological factors, and treatments. *J Sex Res*. 2002 Feb;39(1):73–8.
62. Stavaras C, Pastaka C, Papala M, Gravas S, Tzortzis V, Melekos M, et al. Sexual function in pre- and post-menopausal women with obstructive sleep apnea syndrome. *International journal of impotence research*. 2012 Jun 7;
63. Dennerstein L, Guthrie JR, Hayes RD, DeRogatis LR, Leher P. Sexual function, dysfunction, and sexual distress in a prospective, population-based sample of mid-aged, Australian-born women. *J Sex Med*. 2008 Oct;5(10):2291–9.
64. Cayan S, Bozlu M, Canpolat B, Akbay E. The assessment of sexual functions in women with male partners complaining of erectile dysfunction: does treatment

- of male sexual dysfunction improve female partner's sexual functions? *J Sex Marital Ther.* 2004 Dec;30(5):333–41.
65. Feldhaus-Dahir M. The causes and prevalence of hypoactive sexual desire disorder: part I. *Urol Nurs.* 2009 Aug;29(4):259–60, 263.
66. Rosen RC, Shifren JL, Monz BU, Odom DM, Russo PA, Johannes CB. Correlates of sexually related personal distress in women with low sexual desire. *J Sex Med.* 2009 Jun;6(6):1549–60.
67. Shifren JL. The role of androgens in female sexual dysfunction. *Mayo Clin Proc.* 2004 Apr;79(4 Suppl):S19–24.
68. Jiann B-P, Su C-C, Yu C-C, Wu TT, Huang J-K. Risk factors for individual domains of female sexual function. *J Sex Med.* 2009 Dec;6(12):3364–75.
69. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care.* 2004 May;27(5):1047–53.
70. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. *N Engl J Med.* 1993 Sep 30;329(14):977–86.
71. Thomas AM, LoPiccolo J. Sexual functioning in persons with diabetes: Issues in research, treatment, and education. *Clinical Psychology Review.* 1994;14(1):61–86.

72. Veves A, Webster L, Chen TF, Payne S, Boulton AJ. Aetiopathogenesis and management of impotence in diabetic males: four years experience from a combined clinic. *Diabet Med.* 1995 Jan;12(1):77–82.
73. McCulloch DK, Campbell IW, Wu FC, Prescott RJ, Clarke BF. The prevalence of diabetic impotence. *Diabetologia.* 1980 Apr;18(4):279–83.
74. Close CF, Ryder RE. Impotence in diabetes mellitus. *Diabetes Metab Rev.* 1995 Oct;11(3):279–85.
75. Webster L. Management of sexual problems in diabetic patients. *Br J Hosp Med.* 1994 May 4;51(9):465–8.
76. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol.* 1994 Jan;151(1):54–61.
77. Fedele D, Bortolotti A, Coscelli C, Santeusano F, Chatenoud L, Colli E, et al. Erectile dysfunction in type 1 and type 2 diabetics in Italy. On behalf of Gruppo Italiano Studio Deficit Erettile nei Diabetici. *Int J Epidemiol.* 2000 Jun;29(3):524–31.
78. Bhasin S, Enzlin P, Coviello A, Basson R. Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. *Lancet.* 2007 Feb 17;369(9561):597–611.
79. Enzlin P, Mathieu C, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Diabetes mellitus and female sexuality: a review of 25 years' research. *Diabet Med.* 1998 Oct;15(10):809–15.

80. Pontiroli AE, Cortelazzi D, Morabito A. Female Sexual Dysfunction and Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Sexual Medicine*. 2013;n/a–n/a.
81. Enzlin P, Mathieu C, Van den Bruel A, Bosteels J, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: a controlled study. *Diabetes Care*. 2002 Apr;25(4):672–7.
82. Erol B, Tefekli A, Ozbey I, Salman F, Dincag N, Kadioglu A, et al. Sexual dysfunction in type II diabetic females: a comparative study. *J Sex Marital Ther*. 2002;28 Suppl 1:55–62.
83. Olarinoye J, Olarinoye A. Determinants of sexual function among women with type 2 diabetes in a Nigerian population. *J Sex Med*. 2008 Apr;5(4):878–86.
84. Abu Ali RM, Al Hajeri RM, Khader YS, Shegem NS, Ajlouni KM. Sexual dysfunction in Jordanian diabetic women. *Diabetes Care*. 2008 Aug;31(8):1580–1.
85. Fatemi SS, Taghavi SM. Evaluation of sexual function in women with type 2 diabetes mellitus. *Diab Vasc Dis Res*. 2009 Jan;6(1):38–9.
86. 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 Feb;26(2):409–14.
87. 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 Feb;51(1):1–6.

88. Mezones-Holguin E, Blümel JE, Huezó M, Vargas R, Castro J, Córdova W, et al. Impact of diabetes mellitus on the sexuality of Peruvian postmenopausal. *Gynecol Endocrinol*. 2008 Aug;24(8):470–4.
89. Dhatariya KK. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: long-term findings from the DCCT/EDIC study cohort: response to Enzlin et al. *Diabetes Care*. 2010 Jan;33(1):e19.
90. Veronelli A, Mauri C, Zecchini B, Peca MG, Turri O, Valitutti MT, et al. Sexual dysfunction is frequent in premenopausal women with diabetes, obesity, and hypothyroidism, and correlates with markers of increased cardiovascular risk. A preliminary report. *J Sex Med*. 2009 Jun;6(6):1561–8.
91. Wallner LP, Sarma AV, Kim C. Sexual Functioning among Women with and without Diabetes in the Boston Area Community Health Study. *J Sex Med*. 2009 Sep 29;7(2 pt2):881–7.
92. Ogbera AO, Chinenye S, Akinlade A, Eregie A, Awobusuyi J. Frequency and correlates of sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *J Sex Med*. 2009 Dec;6(12):3401–6.
93. Nowosielski K, Droszól A, Sipiński A, Kowalczyk R, Skrzypulec V. Diabetes mellitus and sexuality--does it really matter? *J Sex Med*. 2010 Feb;7(2 Pt 1):723–35.

94. Esposito K, Maiorino MI, Bellastella G, Giugliano F, Romano M, Giugliano D. Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. *Int J Impot Res.* 2010 Apr 8;22(3):179–84.
95. Tagliabue M, Gottero C, Zuffranieri M, Negro M, Carletto S, Picci RL, et al. Sexual Function in Women with Type 1 Diabetes Matched with a Control Group: Depressive and Psychosocial Aspects. *J Sex Med.* 2011 Apr 7;8(6):1694–700.
96. Dimitropoulos K, Bargiota A, Mouzas O, Melekos M, Tzortzis V, Koukoulis G. Sexual functioning and distress among premenopausal women with uncomplicated type 1 diabetes. *J Sex Med.* 2012 May;9(5):1374–81.
97. Farzaneh S, Mohaddeseh A, Nasser S, Kobra R-G, Mohsen R-H. Female sexual dysfunction in type 2 diabetes: a case control study. *Med Princ Pract.* 2012;21(6):554–9.
98. Shi YF, Shao XY, Lou QQ, Chen YJ, Zhou HJ, Zou JY. Study on female sexual dysfunction in type 2 diabetic Chinese women. *Biomed Environ Sci.* 2012 Oct;25(5):557–61.
99. Yencilek F, Attar R, Erol B, Narin R, Aydın H, Karateke A, et al. Factors affecting sexual function in premenopausal age women with type 2 diabetes: a comprehensive study. *Fertil Steril.* 2010 Oct;94(5):1840–3.

100. Enzlin P, Rosen R, Wiegel M, Brown J, Wessells H, Gatcomb P, et al. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: long-term findings from the DCCT/EDIC study cohort. *Diabetes Care*. 2009 May;32(5):780–5.
101. Guay AT. Sexual dysfunction in the diabetic patient. *Int J Impot Res*. 2001 Dec;13 Suppl 5:S47–50.
102. Jackson G. Sexual dysfunction and diabetes. *Int J Clin Pract*. 2004 Apr;58(4):358–62.
103. Giraldi A, Kristensen E. Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *J Sex Res*. 2010 Mar;47(2):199–211.
104. Erol B, Tefekli A, Sanli O, Ziylan O, Armagan A, Kendirci M, et al. Does sexual dysfunction correlate with deterioration of somatic sensory system in diabetic women? *Int J Impot Res*. 2003 Jun;15(3):198–202.
105. Duby JJ, Campbell RK, Setter SM, White JR, Rasmussen KA. Diabetic neuropathy: an intensive review. *Am J Health Syst Pharm*. 2004 Jan 15;61(2):160–173; quiz 175–176.
106. Rockliffe-Fidler C, Kiemle G. Sexual function in diabetic women: A psychological perspective. *Sexual and Relationship Therapy*. 2003;18(2):143.
107. Park K, Ahn K, Chang JS, Lee S-E, Ryu SB, Park YI. Diabetes induced alteration of clitoral hemodynamics and structure in the rabbit. *J Urol*. 2002 Sep;168(3):1269–72.

108. Park K, Ryu SB, Park YI, Ahn K, Lee SN, Nam JH. Diabetes mellitus induces vaginal tissue fibrosis by TGF-beta 1 expression in the rat model. *J Sex Marital Ther.* 2001 Dec;27(5):577–87.
109. Giraldi A, Persson K, Werkström V, Alm P, Wagner G, Andersson KE. Effects of diabetes on neurotransmission in rat vaginal smooth muscle. *Int J Impot Res.* 2001 Apr;13(2):58–66.
110. Kim NN, Stankovic M, Cushman TT, Goldstein I, Munarriz R, Traish AM. Streptozotocin-induced diabetes in the rat is associated with changes in vaginal hemodynamics, morphology and biochemical markers. *BMC Physiol.* 2006;6:4.
111. Wincze JP, Albert A, Bansal S. Sexual arousal in diabetic females: physiological and self-report measures. *Arch Sex Behav.* 1993 Dec;22(6):587–601.
112. Brown JS, Wessells H, Chancellor MB, Howards SS, Stamm WE, Stapleton AE, et al. Urologic complications of diabetes. *Diabetes Care.* 2005 Jan;28(1):177–85.
113. Labrie F, Bélanger A, Bélanger P, Bérubé R, Martel C, Cusan L, et al. Androgen glucuronides, instead of testosterone, as the new markers of androgenic activity in women. *J Steroid Biochem Mol Biol.* 2006 Jun;99(4-5):182–8.
114. Salonia A, Lanzi R, Scavini M, Pontillo M, Gatti E, Petrella G, et al. Sexual function and endocrine profile in fertile women with type 1 diabetes. *Diabetes Care.* 2006 Feb;29(2):312–6.

115. Schram MT, Baan CA, Pouwer F. Depression and quality of life in patients with diabetes: a systematic review from the European depression in diabetes (EDID) research consortium. *Curr Diabetes Rev.* 2009 May;5(2):112–9.
116. Leedom L, Feldman M, Procci W, Zeidler A. Symptoms of sexual dysfunction and depression in diabetic women. *J Diabet Complications.* 1991 Mar;5(1):38–41.
117. Newman AS, Bertelson AD. Sexual dysfunction in diabetic women. *J Behav Med.* 1986 Jun;9(3):261–70.
118. Schreiner-Engel P, Schiavi RC, Vietorisz D, Smith H. The differential impact of diabetes type on female sexuality. *J Psychosom Res.* 1987;31(1):23–33.
119. Basson R, Rucker B, Laird P, Conry R. Sexuality of women with diabetes. *J Sex Reprod Med.* 2001;1(1):11–20.
120. Chivers ML, Rieger G, Latty E, Bailey JM. A sex difference in the specificity of sexual arousal. *Psychol Sci.* 2004 Nov;15(11):736–44.
121. Laan E, Everaerd W, van Berlo R, Rijs L. Mood and sexual arousal in women. *Behav Res Ther.* 1995 May;33(4):441–3.
122. Chivers ML, Bailey JM. A sex difference in features that elicit genital response. *Biol Psychol.* 2005 Oct;70(2):115–20.
123. Laan E, Everaerd W, Evers A. Assessment of female sexual arousal: response specificity and construct validity. *Psychophysiology.* 1995 Sep;32(5):476–85.

124. Laan E, Everaerd W, van der Velde J, Geer JH. Determinants of subjective experience of sexual arousal in women: feedback from genital arousal and erotic stimulus content. *Psychophysiology*. 1995 Sep;32(5):444–51.
125. Suschinsky KD, Lalumière ML, Chivers ML. Sex differences in patterns of genital sexual arousal: measurement artifacts or true phenomena? *Arch Sex Behav*. 2009 Aug;38(4):559–73.
126. Althof SE, Rosen RC, DeRogatis L, Corty E, Quirk F, Symonds T. Outcome measurement in female sexual dysfunction clinical trials: review and recommendations. *J Sex Marital Ther*. 2005 Apr;31(2):153–66.
127. Sarkadi A, Rosenqvist U. Intimacy and women with type 2 diabetes: an exploratory study using focus group interviews. *Diabetes Educ*. 2003 Aug;29(4):641–52.
128. Eplov L, Giraldi A, Davidsen M, Garde K, Kamper-Jørgensen F. Sexual desire in a nationally representative Danish population. *J Sex Med*. 2007 Jan;4(1):47–56.
129. Fugl-Meyer AR, Fugl-Meyer K. Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scand J Sexology*. 2006 Feb;2:79–105.
130. Whitehouse CR. Sexuality in the older female with diabetes mellitus--a review of the literature. *Urol Nurs*. 2009 Feb;29(1):11–18, 29; quiz 19.
131. Hatzichristou D, Rosen RC, Derogatis LR, Low WY, Meuleman EJH, Sadovsky R, et al. Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2010 Jan;7(1 Pt 2):337–48.

132. Jones LRA. The use of validated questionnaires to assess female sexual dysfunction. *World J Urol.* 2002 Jun;20(2):89–92.
133. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* 2007 May;39(2):175–91.
134. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000 Jun;26(2):191–208.
135. Derogatis LR, Rosen R, Leiblum S, Burnett A, Heiman J. The Female Sexual Distress Scale (FSDS): initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *J Sex Marital Ther.* 2002 Sep;28(4):317–30.
136. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 1979 Feb;9(1):139–45.
137. Benjamini Y, Hochberg Y. Controlling the False Discovery Rate: A Practical and Powerful Approach to Multiple Testing. *Journal of the Royal Statistical Society Series B (Methodological).* 1995;57(1):289–300.
138. Bonell C, Allen E, Strange V, Oakley A, Copas A, Johnson A, et al. Influence of family type and parenting behaviours on teenage sexual behaviour and conceptions. *J Epidemiol Community Health.* 2006 Jun;60(6):502–6.

139. Commendador KA. Parental influences on adolescent decision making and contraceptive use. *Pediatr Nurs*. 2010 Jun;36(3):147–56, 170.
140. DeVore ER, Ginsburg KR. The protective effects of good parenting on adolescents. *Curr Opin Pediatr*. 2005 Aug;17(4):460–5.
141. Huebner AJ, Howell LW. Examining the relationship between adolescent sexual risk-taking and perceptions of monitoring, communication, and parenting styles. *J Adolesc Health*. 2003 Aug;33(2):71–8.
142. Miller BC. Family influences on adolescent sexual and contraceptive behavior. *J Sex Res*. 2002 Feb;39(1):22–6.
143. Newman K, Harrison L, Dashiff C, Davies S. Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008 Feb;16(1):142–50.
144. Rupp R, Rosenthal SL. Parental influences on adolescent sexual behaviors. *Adolesc Med State Art Rev*. 2007 Dec;18(3):460–470, vi.
145. Ter Kuile MM, Brauer M, Laan E. The Female Sexual Function Index (FSFI) and the Female Sexual Distress Scale (FSDS): psychometric properties within a Dutch population. *J Sex Marital Ther*. 2006 Sep;32(4):289–304.
146. Parker G. The Parental Bonding Instrument: psychometric properties reviewed. *Psychiatr Dev*. 1989;7(4):317–35.

147. Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS, Bagby RM. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J Affect Disord.* 1999 Dec;56(2-3):201–8.
148. Jacobson AM. The psychological care of patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 1996 May 9;334(19):1249–53.
149. Gåfvels C, Lithner F, Börjeson B. Living with diabetes: relationship to gender, duration and complications. A survey in northern Sweden. *Diabet Med.* 1993 Oct;10(8):768–73.
150. Snoek FJ, Kersch NYA, Eldrup E, Harman-Boehm I, Hermanns N, Kokoszka A, et al. Monitoring of Individual Needs in Diabetes (MIND): baseline data from the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) MIND study. *Diabetes Care.* 2011 Mar;34(3):601–3.
151. Sidi H, Puteh SEW, Abdullah N, Midin M. The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. *J Sex Med.* 2007 Mar;4(2):311–21.
152. Nowosielski K, Skrzypulec-Plinta V. Mediators of sexual functions in women with diabetes. *J Sex Med.* 2011 Sep;8(9):2532–45.
153. Oberg K, Sjögren Fugl-Meyer K. On Swedish women's distressing sexual dysfunctions: some concomitant conditions and life satisfaction. *J Sex Med.* 2005 Mar;2(2):169–80.

154. Connor MK, Maserejian NN, De Rogatis L, Meston CM, Gerstenberger EP, Rosen RC. Sexual desire, distress, and associated factors in premenopausal women: preliminary findings from the hypoactive sexual desire disorder registry for women. *J Sex Marital Ther.* 2011 May;37(3):176–89.
155. Kirk KD, Fedele DA, Wolfe-Christensen C, Phillips TM, Mazur T, Mullins LL, et al. Parenting characteristics of female caregivers of children affected by chronic endocrine conditions: a comparison between disorders of sex development and type 1 diabetes mellitus. *J Pediatr Nurs.* 2011 Dec;26(6):e29–36.
156. Barnard K, Thomas S, Royle P, Noyes K, Waugh N. Fear of hypoglycaemia in parents of young children with type 1 diabetes: a systematic review. *BMC Pediatr.* 2010;10:50.
157. Streisand R, Mackey ER, Elliot BM, Mednick L, Slaughter IM, Turek J, et al. Parental anxiety and depression associated with caring for a child newly diagnosed with type 1 diabetes: opportunities for education and counseling. *Patient Educ Couns.* 2008 Nov;73(2):333–8.
158. Frindik JP, Williams JP, Johnson RL, Dykman RA. Parental perception and factors associated with glycemic control in pediatric patients with type 1 diabetes. *Endocr Pract.* 2002 Apr;8(2):105–8.
159. Jaccard J, Dittus PJ. Adolescent perceptions of maternal approval of birth control and sexual risk behavior. *Am J Public Health.* 2000 Sep;90(9):1426–30.

160. Whitaker DJ, Miller KS, May DC, Levin ML. Teenage partners' communication about sexual risk and condom use: the importance of parent-teenager discussions. *Fam Plann Perspect*. 1999 Jun;31(3):117–21.
161. Seth P, Patel SN, Sales JM, DiClemente RJ, Wingood GM, Rose ES. The impact of depressive symptomatology on risky sexual behavior and sexual communication among African American female adolescents. *Psychol Health Med*. 2011 May;16(3):346–56.
162. Rubin AG, Gold MA, Primack BA. Associations between depressive symptoms and sexual risk behavior in a diverse sample of female adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009 Oct;22(5):306–12.
163. Shrier LA, Schillinger JA, Aneja P, Rice PA, Batteiger BE, Braslins PG, et al. Depressive symptoms and sexual risk behavior in young, chlamydia-infected, heterosexual dyads. *J Adolesc Health*. 2009 Jul;45(1):63–9.
164. Pratt LA, Xu F, McQuillan GM, Robitz R. The association of depression, risky sexual behaviours and herpes simplex virus type 2 in adults in NHANES, 2005-2008. *Sex Transm Infect*. 2012 Feb;88(1):40–4.
165. Turner AK, Latkin C, Sonenstein F, Tandon SD. Psychiatric disorder symptoms, substance use, and sexual risk behavior among African-American out of school youth. *Drug Alcohol Depend*. 2011 May 1;115(1-2):67–73.
166. Nduna M, Jewkes RK, Dunkle KL, Shai NPJ, Colman I. Associations between depressive symptoms, sexual behaviour and relationship characteristics: a

- prospective cohort study of young women and men in the Eastern Cape, South Africa. *J Int AIDS Soc.* 2010;13:44.
167. Wilson K, Asbridge M, Kisely S, Langille D. Associations of risk of depression with sexual risk taking among adolescents in Nova Scotia high schools. *Can J Psychiatry.* 2010 Sep;55(9):577–85.
168. Kosunen E, Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Laippala P. Risk-taking sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence--a school-based survey. *Child Care Health Dev.* 2003 Sep;29(5):337–44.
169. Wilson EK, Koo HP. Mothers, fathers, sons, and daughters: gender differences in factors associated with parent-child communication about sexual topics. *Reprod Health.* 2010;7:31.
170. Dilorio C, Kelley M, Hockenberry-Eaton M. Communication about sexual issues: mothers, fathers, and friends. *J Adolesc Health.* 1999 Mar;24(3):181–9.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ FSFI

FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI) ©

Δείκτης Γυναικείας Σεξουαλικής Λειτουργίας (FSFI) ©

Το ερωτηματολόγιο αναφέρεται στα σεξουαλικά σας αισθήματα και αντιδράσεις **κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων**. Απαντήστε με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ειλικρίνεια και σαφήνεια. Οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν απόλυτα εμπιστευτικές.

Για τις απαντήσεις σας ισχύουν οι ακόλουθοι ορισμοί:

- Η **σεξουαλική δραστηριότητα** μπορεί να περιλαμβάνει χάδια, προκαταρκτικά παιχνίδια, αυνανισμό ή και κολπική διείσδυση
- Η **συνουσία** ορίζεται ως διείσδυση (είσοδος) του πέους στον κόλπο
- Ο **σεξουαλικός ερεθισμός** περιλαμβάνει καταστάσεις όπως προκαταρκτικά με κάποιον/α σύντροφο, αυτο-ερεθισμό (αυνανισμό) ή και σεξουαλικές φαντασιώσεις.

ΕΠΙΛΕΞΤΕ ΜΟΝΟ ΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ.

Η **σεξουαλική επιθυμία** ή **ενδιαφέρον** είναι ένα αίσθημα που περιλαμβάνει την επιθυμία για κάποια σεξουαλική εμπειρία, το να νιώθουμε δεκτικοί απέναντι σε σεξουαλική πρωτοβουλία του/της συντρόφου, καθώς και σκέψεις ή φαντασιώσεις σχετικές με σεξουαλική δραστηριότητα.

1. Κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, πόσο **συχνά** αισθανθήκατε σεξουαλική επιθυμία ή ενδιαφέρον;

- Σχεδόν πάντα ή πάντα
- Τις περισσότερες φορές (περισσότερες από τις μισές)
- Μερικές φορές (περίπου τις μισές)
- Λίγες φορές (λιγότερες από τις μισές)
- Σχεδόν ποτέ ή ποτέ

2. Κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, ποιο ήταν το **επίπεδο** της σεξουαλικής σας επιθυμίας;

- Πολύ υψηλό
- Υψηλό
- Μέτριο
- Χαμηλό
- Πολύ χαμηλό ή ανύπαρκτο

Η **σεξουαλική διέγερση** είναι μια αίσθηση που περιλαμβάνει τόσο σωματικές όσο και νοητικές πλευρές του σεξουαλικού ερεθισμού. Μπορεί να περιλαμβάνει αίσθημα ζεστασιάς ή μυρμηγκιάσματος στα γεννητικά όργανα, λίπανση (ύγρανση) του κόλπου ή συσπάσεις των μυών.

3. Κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, πόσο **συχνά** αισθανθήκατε σεξουαλικά διεγερμένη ("αναμμένη") κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα ή συνουσία;

- Δεν είχα σεξουαλική δραστηριότητα
- Σχεδόν πάντα ή πάντα
- Τις περισσότερες φορές (περισσότερες από τις μισές)
- Μερικές φορές (περίπου τις μισές)
- Λίγες φορές (λιγότερες από τις μισές)
- Σχεδόν ποτέ ή ποτέ

4. Κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, ποιο ήταν το **επίπεδο** της σεξουαλικής σας διέγερσης κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα ή συνουσία;

- Δεν είχα σεξουαλική δραστηριότητα
- Πολύ υψηλό
- Υψηλό
- Μέτριο
- Χαμηλό
- Πολύ χαμηλό ή ανύπαρκτο

5. Κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, πόσο **σίγουρη** ήσασταν για το ότι θα διεγερθείτε σεξουαλικά κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα ή συνουσία;

- Δεν είχα σεξουαλική δραστηριότητα
- Πάρα πολύ σίγουρη
- Πολύ σίγουρη
- Μέτρια σίγουρη
- Λίγο σίγουρη
- Πολύ λίγο ή καθόλου σίγουρη

6. Κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, πόσο **συχνά** μείνατε ικανοποιημένη από τη διέγερση (ερεθισμό) σας κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα ή συνουσία;

- Δεν είχα σεξουαλική δραστηριότητα
- Σχεδόν πάντα ή πάντα
- Τις περισσότερες φορές (περισσότερες από τις μισές)
- Μερικές φορές (περίπου τις μισές)
- Λίγες φορές (λιγότερες από τις μισές)
- Σχεδόν ποτέ ή ποτέ

7. Κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, πόσο **συχνά** αισθανθήκατε υγρή κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα ή συνουσία;

- Δεν είχα σεξουαλική δραστηριότητα
- Σχεδόν πάντα ή πάντα

- Τις περισσότερες φορές (περισσότερες από τις μισές)
- Μερικές φορές (περίπου τις μισές)
- Λίγες φορές (λιγότερες από τις μισές)
- Σχεδόν ποτέ ή ποτέ

8. Κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, πόσο **δύσκολο** ήταν να αισθανθείτε υγρή κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα ή συνουσία;

- Δεν είχα σεξουαλική δραστηριότητα
- Εξαιρετικά δύσκολο ή αδύνατον
- Πολύ δύσκολο
- Δύσκολο
- Ελαφρώς δύσκολο
- Καθόλου δύσκολο

9. Κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, πόσο συχνά **διατηρηθήκατε** υγρή μέχρι την ολοκλήρωση της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας;

- Δεν είχα σεξουαλική δραστηριότητα
- Σχεδόν πάντα ή πάντα
- Τις περισσότερες φορές (περισσότερες από τις μισές)
- Μερικές φορές (περίπου τις μισές)
- Λίγες φορές (λιγότερες από τις μισές)
- Σχεδόν ποτέ ή ποτέ

10. Κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, πόσο **δύσκολο** σας ήταν να διατηρηθείτε υγρή μέχρι την ολοκλήρωση της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας;

- Δεν είχα σεξουαλική δραστηριότητα
- Εξαιρετικά δύσκολο ή αδύνατον
- Πολύ δύσκολο
- Δύσκολο
- Ελαφρώς δύσκολο
- Καθόλου δύσκολο

11. Κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, όταν είχατε σεξουαλικό ερεθισμό ή συνουσία, πόσο **συχνά** φτάσατε σε οργασμό (κορύφωση);

- Δεν είχα σεξουαλική δραστηριότητα
- Σχεδόν πάντα ή πάντα
- Τις περισσότερες φορές (περισσότερες από τις μισές)
- Μερικές φορές (περίπου τις μισές)
- Λίγες φορές (λιγότερες από τις μισές)
- Σχεδόν ποτέ ή ποτέ

12. Κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, όταν είχατε σεξουαλικό ερεθισμό ή συνουσία, πόσο **δύσκολο** σας ήταν να φτάσετε σε οργασμό (κορύφωση);

- Δεν είχα σεξουαλική δραστηριότητα
- Εξαιρετικά δύσκολο ή αδύνατον
- Πολύ δύσκολο

- Δύσκολο
- Ελαφρώς δύσκολο
- Καθόλου δύσκολο

13. Κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, πόσο **ικανοποιημένη** μείνατε από την ικανότητά σας να φτάσετε σε οργασμό (κορύφωση) κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα ή συνουσία;

- Δεν είχα σεξουαλική δραστηριότητα
- Πολύ ικανοποιημένη
- Μέτρια ικανοποιημένη
- Σχεδόν εξίσου ικανοποιημένη και ανικανοποίητη
- Μέτρια ανικανοποίητη
- Πολύ ανικανοποίητη

14. Κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, πόσο **ικανοποιημένη** μείνατε από το πόσο κοντά συναισθηματικά βρεθήκατε με τον/την σύντροφό σας κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα;

- Δεν είχα σεξουαλική δραστηριότητα
- Πολύ ικανοποιημένη
- Μέτρια ικανοποιημένη
- Σχεδόν εξίσου ικανοποιημένη και ανικανοποίητη
- Μέτρια ανικανοποίητη
- Πολύ ανικανοποίητη

15. Κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, πόσο **ικανοποιημένη** μείνατε από τη σεξουαλική σχέση με το σύντροφο σας;

- Πολύ ικανοποιημένη
- Μέτρια ικανοποιημένη
- Σχεδόν εξίσου ικανοποιημένη και ανικανοποίητη
- Μέτρια ανικανοποίητη
- Πολύ ανικανοποίητη

16. Κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, πόσο **ικανοποιημένη** ήσασταν από τη σεξουαλική σας ζωή συνολικά;

- Πολύ ικανοποιημένη
- Μέτρια ικανοποιημένη
- Σχεδόν εξίσου ικανοποιημένη και ανικανοποίητη
- Μέτρια ανικανοποίητη
- Πολύ ανικανοποίητη

17. Κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, πόσο **συχνά** νοιώσατε δυσχέρεια ή πόνο κατά τη διάρκεια της κολπικής διείσδυσης;

- Δεν είχα συνουσία
- Σχεδόν πάντα ή πάντα
- Τις περισσότερες φορές (περισσότερες από τις μισές)
- Μερικές φορές (περίπου τις μισές)
- Λίγες φορές (λιγότερες από τις μισές)
- Σχεδόν ποτέ ή ποτέ

18. Κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, πόσο **συχνά** νοιώσατε δυσφορία ή πόνο μετά το τέλος της κολπικής διείσδυσης;

- Δεν είχα συνουσία
- Σχεδόν πάντα ή πάντα
- Τις περισσότερες φορές (περισσότερες από τις μισές)
- Μερικές φορές (περίπου τις μισές)
- Λίγες φορές (λιγότερες από τις μισές)
- Σχεδόν ποτέ ή ποτέ

19. Κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, ποιο ήταν το **επίπεδο** της δυσφορίας ή πόνου κατά τη διάρκεια ή μετά το τέλος της κολπικής διείσδυσης;

- Δεν είχα συνουσία
- Πολύ υψηλό
- Υψηλό
- Μέτριο
- Χαμηλό
- Πολύ χαμηλό ή ανύπαρκτο

- ΤΕΛΟΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ -

Ευχαριστούμε για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ FSDS

FEMALE SEXUAL DISTRESS SCALE (FSDS)

ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΥ DISTRESS

Παρακάτω είναι μια λίστα αισθημάτων και προβλημάτων σχετικών με τη σεξουαλικότητα, που αναφέρουν κάποιες φορές οι γυναίκες.

Παρακαλούμε διαβάστε κάθε ερώτημα προσεκτικά και σημειώστε το πεδίο που περιγράφει καλύτερα πόσο **συχνά** το συγκεκριμένο πρόβλημα σας απασχόλησε ή σας στενοχώρησε.

Παρακαλούμε να σημειώνετε **μόνο ένα** πεδίο για κάθε ερώτημα, φροντίζοντας να μην παραλείψετε **κανένα**. Εάν αλλάξετε γνώμη, διαγράψτε την επιλογή σας προσεκτικά.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Πόσο συχνά νιώσατε **θλιμμένη για τη σεξουαλική σας ζωή;**

- ΠΟΤΕ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΠΑΝΤΑ

2. Πόσο συχνά νιώσατε **στενοχωρημένη για τη σεξουαλική σχέση με το σύντροφό σας;**

- ΠΟΤΕ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΠΑΝΤΑ

3. Πόσο συχνά νιώσατε **ενοχές για τυχόν σεξουαλικά σας προβλήματα;**

- ΠΟΤΕ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΠΑΝΤΑ

4. Πόσο συχνά νιώσατε **απογοητευμένη από τυχόν σεξουαλικά σας προβλήματα;**

- ΠΟΤΕ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΠΑΝΤΑ

5. Πόσο συχνά νιώσατε **άγχος για το σεξ;**

- ΠΟΤΕ

- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΠΑΝΤΑ

6. Πόσο συχνά νιώσατε **μειονεκτικά λόγω των πιθανών σεξουαλικών σας προβλημάτων;**

- ΠΟΤΕ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΠΑΝΤΑ

7. Πόσο συχνά νιώσατε **ανησυχία για το σεξ;**

- ΠΟΤΕ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΠΑΝΤΑ

8. Πόσο συχνά νιώσατε **σεξουαλικά ανεπαρκής;**

- ΠΟΤΕ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ

- ΣΥΧΝΑ
- ΠΑΝΤΑ

9. Πόσο συχνά νιώσατε **τύψεις για τη σεξουαλικότητά σας;**

- ΠΟΤΕ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΠΑΝΤΑ

10. Πόσο συχνά νιώσατε **αμηχανία για τα τυχόν σεξουαλικά σας προβλήματα;**

- ΠΟΤΕ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΠΑΝΤΑ

11. Πόσο συχνά νιώσατε **μη ικανοποιημένη από τη σεξουαλική σας ζωή;**

- ΠΟΤΕ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΠΑΝΤΑ

12. Πόσο συχνά νιώσατε **θυμωμένη για τη σεξουαλική σας ζωή;**

- ΠΟΤΕ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΠΑΝΤΑ

- ΤΕΛΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ -

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΗQ – 28

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – 28

(GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE - 28)

Παρακαλούμε διαβάστε τα παρακάτω προσεκτικά:

Θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχατε κάποια ενοχλήματα και γενικά πώς ήταν η υγεία σας τις τελευταίες εβδομάδες. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις παρακάτω ερωτήσεις, υπογραμμίζοντας την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα.

Προσέξτε μόνο, θα θέλαμε να ξέρουμε τα τωρινά και πρόσφατα ενοχλήματά σας, και όχι εκείνα που είχατε στο παρελθόν. Έχει σημασία να προσπαθήσετε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία σας.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

A1. Αισθάνεστε εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;	Καλύτερα από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα από ό,τι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ό,τι συνήθως
A2. Νιώθατε την ανάγκη για κάποιο δυναμωτικό;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
A3. Νιώθατε εξαντλημένη και κακοδιάθετη;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
A4. Είχατε αισθανθεί πως είστε άρρωστη;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως

		συνήθως	ό,τι συνήθως	ό,τι συνήθως
A5. Είχατε καθόλου πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
A6. Νιώθατε σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
A7. Είχατε περιόδους που αισθανόσαστε κρυάδες ή εξάψεις;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως

B1. Έχετε χάσει συχνά τον ύπνο σας επειδή ήσασταν ανήσυχη;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
B2. Έχετε δυσκολία να συνεχίσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
B3. Έχετε αισθανθεί ότι βρίσκεστε συνεχώς σε υπερένταση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
B4. Είστε οξύθυμη και αρπάζετε εύκολα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
B5. Νιώθατε φόβο ή πανικό χωρίς σοβαρό	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως

λόγο;			ό,τι συνήθως	
B6. Αισθάνεστε πως σας έχουν καταπλακώσει οι καθημερινές ασχολίες;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
B7. Αισθάνεστε συνεχώς νευρική και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως

C1. Έχετε καταφέρει να είσαστε δραστήρια και πάντα απασχολημένη;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
C2. Σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας;	Γρηγορότερα από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
C3. Αισθάνεστε πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνετε καλά;	Καλύτερα από ό,τι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα από ό,τι συνήθως	Πολύ χειρότερα
C4. Είστε ικανοποιημένη με τον τρόπο που κάνετε τις	Περισσότερο ικανοποιημένη	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο ικανοποιημένη από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένη

δουλειές σας;				
C5. Έχετε αισθανθεί ότι παίζετε χρήσιμο ρόλο σε ό,τι συμβαίνει γύρω σας;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο χρήσιμο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο χρήσιμο από ό,τι συνήθως
C6. Αισθάνεστε ικανή να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
C7. Μπορείτε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σας;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως

D1. Σκέφτεστε πως δεν αξίζετε τίποτε;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
D2. Αισθάνεστε πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
D3. Αισθάνεστε	Καθόλου	Όχι	Μάλλον	Πολύ περισσότερο

πως δεν αξίζει κανείς να ζει;		περισσότερο από ό,τι συνήθως	περισσότερο από ό,τι συνήθως	από ό,τι συνήθως
D4. Σας πέρασε απ' το μυαλό η πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	Σίγουρα όχι	Δε νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα τα σκέφτηκα
D5. Βρίσκετε μερικές φορές ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτε γιατί τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
D6. Πιάνετε τον εαυτό σας να εύχεται να είσατε πεθαμένη και να είχατε ξεμπερδέψει απ' όλα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
D7. Βρίσκετε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας, ερχόταν συνεχώς στο μυαλό σας;	Καθόλου	Δε νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα ναι

– ΤΕΛΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ –

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΡΒΙ

PARENTAL BONDING INSTRUMENT

ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΓΟΝΙΚΟΥ ΔΕΣΜΟΥ

Αυτό το ερωτηματολόγιο περιγράφει διάφορες στάσεις και συμπεριφορές των γονιών. Προσπαθώντας να θυμηθείτε τον πατέρα σας / τη μητέρα σας κατά τα πρώτα 16 χρόνια της ζωής σας, βάλ'τε σε κύκλο την πιο κατάλληλη απάντηση (αριθμό) δίπλα σε κάθε ερώτηση.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	Πολύ συχνά	Αρκετά συχνά	Λίγες φορές	Σχεδόν ποτέ
1. Μου μιλούσε με ζεστή και φιλική φωνή	3	2	1	0
2. Δε με βοηθούσε όσο θα ήθελα	0	1	2	3
3. Με άφηνε να κάνω πράγματα που με ευχαριστούσαν	0	I	II	III
4. Έδειχνε συναισθηματικά αδιάφορος/η απέναντι μου	0	1	2	3

5. Φαινόταν να καταλαβαίνει τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου	3	2	1	0
6. Ήταν τρυφερός/ή απέναντί μου	3	2	1	0
7. Του/της άρεσε να παίρνω μόνος/η μου αποφάσεις	0	I	II	III
8. Δεν ήθελε να μεγαλώσω	III	II	I	0
9. Προσπαθούσε να ελέγχει ό,τι έκανα	III	II	I	0
10. Εισέβαλε στην προσωπική μου ζωή	III	II	I	0
11. Του/της άρεσε να συζητάει μαζί μου	3	2	1	0
12. Συχνά μου χαμογελούσε	3	2	1	0
13. Του/της άρετε να με "νταντεύει"	III	II	I	0
14. Δεν φαινόταν να καταλαβαίνει τι χρειάζομαι ή τι θέλω.	0	1	2	3
15. Με άφηνε να παίρνω αποφάσεις για τον εαυτό	0	I	II	III

μου				
16. Με έκανε να μην αισθάνομαι ευπρόσδεκτος/η	0	1	2	3
17. Με έκανε να αισθάνομαι καλύτερα όταν ήμουν ταραγμένος/η	3	2	1	0
18. Δε μου μιλούσε πολύ	0	1	2	3
19. Προσπαθούσε να με κάνει να εξαρτώμαι από αυτόν/ήν	III	II	I	0
20. Αισθανόταν ότι χωρίς την παρουσία του/της δε θα μπορούσα να φροντίσω τον εαυτό μου	III	II	I	0
21. Μου έδινε όση ελευθερία χρειαζόμουν	0	I	II	III
22. Με άφηνε να βγαίνω όσο συχνά ήθελα	III	II	I	0
23. Ήταν υπερπροστατευτικός/ή απέναντι μου	III	II	I	0
24. Δεν με επαινούσε	0	1	2	3
25. Μου επέτρεπε να	0	I	II	III

ντύνομαι όπως επιθυμούσα				
--------------------------	--	--	--	--

-ΤΕΛΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ-

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ

ΠΑΝ/ΚΗ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Π.Γ.Ν.ΛΑΡΙΣΑΣ

ΜΕΛΕΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας στην έρευνα που διεξάγεται.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Παρακαλούμε να είστε ειλικρινής στις απαντήσεις σας

1. Έτος γέννησης.....

2. Ύψος..... 3. Βάρος.....

4. Επιλέξτε την παρούσα διαπροσωπική σας κατάσταση:

Παντρεμένη Σε μόνιμη σχέση Σε περιστασιακή σχέση

Διαζευγμένη Χήρα Χωρίς σύντροφο

5. Αναφέρετε το χρονικό διάστημα που βρίσκεστε στην παρούσα διαπροσωπική κατάσταση.....

6. Επιλέξτε το επίπεδο μόρφωσής σας:

Απόφοιτη δημοτικού Απόφοιτη γυμνασίου Απόφοιτη λυκείου

Απόφοιτη τεχνικής σχολής Απόφοιτη ΤΕΙ Απόφοιτη ΑΕΙ

Απόφοιτη μεταπτυχιακών / διδακτορικών σπουδών

7. Επιλέξτε το είδος του επαγγέλματός σας:

Άνεργη Οικιακά Ελ. επαγγελματίας

Ιδ. υπάλληλος Δημ. Υπάλληλος Φοιτήτρια / Σπουδάστρια

8. Μηνιαίο εισόδημα

0 – 500 € 500 – 1000 € 1000 – 1500 € >1500 €

9. Σχέση με τη θρησκεία

Καμία σχέση Πιστεύω, αλλά δε συμμετέχω ενεργά

Πιστεύω και συμμετέχω ενεργά

10. Αναφέρετε προβλήματα υγείας που τυχόν σας ταλαιπωρούν

.....
.....

11. Αναφέρετε χειρουργικές επεμβάσεις στις οποίες έχετε τυχόν υποβληθεί

.....
.....

12. Συστηματική λήψη φαρμάκων (αν ναι, αναφέρετε τα σκευάσματα, το σχήμα λήψης και το χρονικό διάστημα που τα λαμβάνετε)

.....
.....

13. Ηλικία εμμηναρχής..... 14. Εμμηνόπαυση Ναι Όχι

15. Ημερομηνία τελευταίας εμμήνου ρύσεως

16. Σταθερός κύκλος Ναι Όχι

17. Ημέρες εμμηνορυσίας / κύκλου/.....

18. Αριθμός κύσεων..... 19. Αριθμός τοκετών

20. Τρόπος τοκετού (φυσιολογικός/ καισαρική τομή)

21. Αριθμός τεχνητών εκτρώσεων

22. Αριθμός αυτόματων εκτρώσεων (αποβολών).....

23. Σας παρακολουθεί γυναικολόγος; Ναι Όχι

24. Αναφέρετε γυναικολογικές παθήσεις οι οποίες σας έχουν τυχόν διαγνωσθεί

.....

25. Αναφέρετε τυχόν σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα που σας έχουν τυχόν

διαγνωσθεί

.....

26. Άσκηση (είδος) ώρες/εβδομάδα

27. Καπνίζετε; Όχι Ναι (Παρακαλούμε αναφέρετε το είδος, την ποσότητα, τη συχνότητα και τη διάρκεια).....

28. Πίνετε αλκοόλ; Όχι Ναι (Αν ναι, αναφέρετε το είδος, την ποσότητα, τη συχνότητα, και διάρκεια).....

29. Κάνετε χρήση τοξικών / εξαρτησιογόνων ουσιών;

Όχι Ναι (Αναφέρατε το είδος).....

30. Από που λάβατε την πρώτη σας ενημέρωση για σεξουαλικά θέματα;

Οικογενειακό περιβάλλον Σχολικό περιβάλλον Φιλικό περιβάλλον

Σύντροφος Έντυπα / ΜΜΕ Διαδίκτυο (Internet)

31. Ποια ήταν η ηλικία της πρώτης σας σεξουαλικής επαφής;

Κάτω των 16 ετών 16 – 18 έτη 19 – 22 έτη

23 – 25 έτη 26 – 30 έτη Πάνω από τα 30 έτη

32. Πώς θα αξιολογούσατε την ποιότητα της πρώτης σας επαφής;

Κυκλώστε τον αριθμό που προσεγγίζει καλύτερα την άποψή σας

Πολύ αρνητική 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Πολύ θετική

33. Η πραγματοποίηση της πρώτης σας σεξουαλικής επαφής ήταν κάτι που:

Το επιθυμούσατε Δεχθήκατε, αν και δεν το θέλατε ιδιαίτερα

Που αναγκαστήκατε να κάνετε, παρά τη θέλησή σας

34. Ποιος είναι ο αριθμός των σεξουαλικών σας συντρόφων (έστω και για την πραγματοποίηση μιας επαφής) ;

35. Είχατε ποτέ κάποια σεξουαλική επαφή που να μην επιθυμούσατε να πραγματοποιηθεί/πραγματοποιήθηκε χωρίς τη θέλησή σας; Ναι Όχι

36. Κατά τη γνώμη σας πόσο έχει επιδράσει η θρησκεία στη σεξουαλική σας συμπεριφορά;

Καθόλου 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Πάρα πολύ

37. Επιλέξτε το σεξουαλικό σας προσανατολισμό

Ετεροφυλόφιλη Ομοφυλόφιλη Αμφιφυλόφιλη

38. Χρησιμοποιείτε μεθόδους αντισύλληψης;

Ναι : Αναφέρετε ποια μέθοδο χρησιμοποιείτε.....

Πόσο συχνά κάνετε χρήση της μεθόδου;

Λιγότερες από τις μισές φορές

Περίπου τις μισές φορές

Τις περισσότερες φορές

Πάντα

Όχι : Αναφέρετε το λόγο.....

39. Πόσο ευχαριστημένη νιώθετε από τη σεξουαλική λειτουργία του συντρόφου σας;

Καθόλου 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Πάρα πολύ

40. Πόσο ευχαριστημένη νιώθετε από τη δική σας σεξουαλική λειτουργία;

Καθόλου 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Πάρα πολύ

41. Παρακάτω παραθέτουμε κάποια προβλήματα που αναφέρουν κατά καιρούς οι γυναίκες στη σεξουαλική τους λειτουργία. Αν αντιμετωπίζατε ή αντιμετωπίζετε κάποιο, επιλέξτε το (μπορείτε να επιλέξετε πάνω από ένα):

Έχω λίγο ή καθόλου ενδιαφέρον για σεξουαλική επαφή

Νιώθω απέχθεια / αηδία προς το σεξ

Όταν ερεθίζομαι, νιώθω υγρή χαμηλά αλλά δεν αισθάνομαι αναμμένη

Όταν ερεθίζομαι αισθάνομαι αναμμένη αλλά όχι υγρή χαμηλά

Έχω πρόβλημα στο να φτάσω σε οργασμό

Νιώθω πόνο κατά τη διάρκεια της επαφής

Αν ναι, εντοπίζετε κάπου συγκεκριμένα τον πόνο; Πώς θα περιγράφατε τον πόνο (χαρακτήρας, ένταση, διάρκεια, χρονική περίοδος εμφάνισης στην επαφή, σε στάσεις κλπ)

.....

.....

42. Υπάρχει κάποιο από αυτά τα προβλήματα που να σας ενοχλεί περισσότερο;

Ναι Όχι Αν ναι, ποιο;.....

43. Η ένταση του προβλήματος είναι τέτοια που επηρεάζει σημαντικά την ψυχολογία σας ή την καθημερινότητά σας;

Ναι Όχι Δεν αντιμετωπίζω πρόβλημα

44. Παρακάτω παραθέτουμε μερικούς τρόπους με τους οποίους οι γυναίκες περιγράφουν τη σεξουαλική τους λειτουργία. Παρακαλώ επιλέξτε την απάντηση που σας ταιριάζει καλύτερα. (Σας δίνεται η δυνατότητα να επιλέξετε τον τρόπο που σας ταιριάζει με βάση τον τωρινό σεξουαλικό σας σύντροφο και με βάση τις παλαιότερες σεξουαλικές σας

εμπειρίες).

1. Κατά το ερωτικό παιχνίδι με το σύντροφό μου, νιώθω πρώτα “αναμμένη” από τα ερεθίσματα που δέχομαι. Η σεξουαλική έντασή μου κορυφώνεται, ίσως να φτάσω σε οργασμό και μετά, νιώθω χαλάρωση, συνοδευόμενη από αίσθημα ευτυχίας και ικανοποίησης.

(Τωρινή σεξ. σχέση) (Παλαιότερες σεξ. σχέσεις)

2. Πριν τη σεξουαλική δραστηριότητα νιώθω επιθυμία (φαντασιώσεις, σκέψεις, όνειρα) για σεξ και είμαι στην ανάλογη συναισθηματική κατάσταση του να δεχτώ σεξουαλικά ερεθίσματα, να ερεθιστώ και να φτάσω σε οργασμό. Όταν ξεκινήσει η επαφή με το σύντροφό μου, διεγείρομαι, νιώθω μεγάλη έξαψη, ίσως και οργασμούς, και ευχαριστιέμαι τη σεξουαλική επαφή.

(Τωρινή σεξ. σχέση) (Παλαιότερες σεξ. σχέσεις)

3. Δεν έχω πάντα σεξουαλικά κίνητρα για να ξεκινήσει η επαφή με το σύντροφό μου. Είναι τα αποτελέσματα της σεξουαλικής επαφής που με κάνουν να συμφωνήσω: Νιώθω όμορφα, ποθητή σα γυναίκα και σύντροφος, θέλω να τον ικανοποιήσω και να νιώσω ότι είμαστε κοντά σα ζευγάρι, χωρίς εντάσεις και προστριβές. Έτσι, ξεκινάει το σεξ με το σύντροφό μου και δέχομαι τα ερεθίσματα που μου παρέχει, όπως του παρέχω και εγώ. Όταν νιώσω ότι διεγείρομαι και είμαι αναμμένη, διαπιστώνω ότι πλέον επιθυμώ να συνεχιστεί η επαφή και για σεξουαλικούς λόγους. Για να δεχτώ και άλλα ερεθίσματα και να ερεθίσω και εγώ το σύντροφό μου, να “ανάψω” και άλλο και να φτάσω σε οργασμό. Τελικά, τα συναισθήματά μου κορυφώνονται και νιώθω μεγάλη ικανοποίηση από τη σεξουαλική επαφή, ανεξάρτητα από το αν έχω φτάσει σε οργασμό ή όχι.

(Τωρινή σεξ. σχέση) (Παλαιότερες σεξ. σχέσεις)

4. Δεν έχω σεξουαλικό σύντροφο αυτή την περίοδο.

5. Οι τρόποι που αναφέρετε δεν περιγράφουν αυτό που νιώθω εγώ.

(Αν θέλετε, περιγράψτε μας πώς εσείς βιώνετε τη σεξουαλική σας λειτουργία)

.....
.....
.....
.....

45. Πόσο ικανοποιημένη νιώθετε από τη συναισθηματική κάλυψη που σας παρέχει ο σύντροφός σας;

Καθόλου 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Πάρα πολύ

46. Πόσο ικανοποιημένη νιώθετε από τη σεξουαλική κάλυψη που σας παρέχει ο σύντροφός σας;

Καθόλου 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Πάρα πολύ

47. Πόσο ικανοποιημένη είστε από την ποιότητα της υγείας σας τελευταία;

Καθόλου 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Πάρα πολύ

48. Πόσο υγιής νιώθετε τον τελευταίο καιρό;

Καθόλου 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Πάρα πολύ

49. Πόσο ικανοποιημένη νιώθετε από την εικόνα του σώματός σας;

Καθόλου 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Πάρα πολύ

50. Πόσο ικανοποιημένη είστε από τις κοινωνικές σας σχέσεις;

Καθόλου 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Πάρα πολύ

51. Τον τελευταίο καιρό, πόσο συχνά νιώθετε πολύ μελαγχολική / στενοχωρημένη;

Ποτέ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συνεχώς

52. Τον τελευταίο καιρό πόσο συχνά νιώθετε ευτυχισμένη;

Ποτέ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συνεχώς

53. Αναφέρετέ μας τον αριθμό των σεξουαλικών σας επαφών κατά τον τελευταίο μήνα.....

54. Αναφέρετέ μας πόσες φορές τον τελευταίο μήνα αυτοϊκανοποιηθήκατε ερωτικά (αυνανιστήκατε);

55. Τι θα επιθυμούσατε να αλλάξει στη σεξουαλική της ζωή;

Τίποτα

.....

.....

.....

.....

- ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ -

