**Сексуальна дисфункція у пацієнтів з гастроентерологічними розладами**

**Ключові слова:** Сексуальна дисфункція; Сексуальне функціонування; Сексотерапія; Гастроентерологічні розлади; Запальне захворювання кишечника; Синдром подразненого кишечника; Сексуальна медицина

**Вступ**

Пацієнти з гастроентерологічними (ГІ) розладами мають підвищений ризик сексуальної дисфункції СД [1-3].

Більшість наявних досліджень СД у пацієнтів з ГІ розладами стосуються органічних захворювань, переважно запальних захворювань кишечника (ЗЗК), де СД є достоіврно значно вищою серед порівняно зі здоровими людьми і може варіювати залежно від статі [1,2,4-7]. У жінок із ЗЗК рівень СД коливається від 49% до 97% [1,2,5,7] порівняно з 19% до 28% у здорових людей [2,8]. Зокрема, жінки повідомляють про страх перед сексом, почуття провини, стрес, низький інтерес, низьке збудження, погане сприйняття свого тіла та утримання від сексу через наявний діагноз ЗЗК [9]. У чоловіків із ЗЗК рівень СД коливається від 14% до 39,1% порівняно з 7% у здорових людей. В дослідженні (11) 38% чоловіків із ЗЗК повідомили, що їх діагноз негативно вплинув на лібідо, 27% повідомляли, що це заважало сексуальній активності, а 18% свідчили про проблеми під час сексуальної активності [11].

Відносно новими є достілждення та спостереження за впливом на сексуальне функціонування пацієнтів без органічниз уражень травного каналу, серед яких домінуть розлади кишечно-мозкової взаємодії (РКМВ). Серед них найпоширенішим вважається синдром подразненої кишки (СПК). Сучасні досліддження свідчать про те, що синдром подразненого кишечника (СПК), який не є представниаком серйозних, органічних захворювань травного каналу, в дійсності справляє негативний вплив на сексуальні відносини [12,13]. Поширеність СД у пацієнтів із СПК варіюється від 26% до 83% [1,13-16]. Жінки з СПК частіше повідомляють про вищі рівні СД , ніж чоловіки з СПК, з показниками від 44,9% до 77% та від 26,4% до 39,4% відповідно [1,14]. Жінки найчастіше повідомляють про зниження бажання та диспареунію [14], тоді як чоловіки повідомляють про зниження бажання та еректильну дисфункцію (ЕД) [1,14]. Одне дослідження показало, що 54,7% чоловіків із СПК відчували ЕД порівняно з лише 12,5% здорових людей. [1]

І хоча досліджень з вивчення звязків захворювань органів травлення із СД на наш час небагато, СД також спостерагіється майде при усіз інших ГІ розладах, таких як ГЕРХ, диспепсії , здутті живота та інших розладах та захворюваннях [3,17]. Ловіно зі співавт. [18] виявили, що 21,7% хаорих на ГЕРХ (порівняно з 0% контрольної групи) повідомили про труднощі досягнення оргазму, а 14,4% пацієнтів з ГЕРХ (порівняно з 0% контрольної групи) відчували болісний секс. Фасс зі співавт. виявили, що поширеність СД у пацієнтів з функціональною диспепсією становила 38,8%. СД також виявлена у пацієнтів із захворюваннями нижнього відділу шлунково-кишкового тракту, включаючи целіакію, функціональний абдомінальний біль, запор, діарею та здуття живота [19].

**Біопсихосоціальна модель виникнення сексуальної дисфункції при гастроентерологічних розладах та захворюваннях.**

Розглянемо нижче важливі складові формування сексульної дисфункції.

***Сексуальне здоров'я* людини визначажться, як** не просто відсутність хвороби або наявної дисфункції, повязаної з сексуальною активністю, а й як стан фізичного, психічного, емоційного та соціального благополуччя, пов'язаного з сексуальністю.

 ***Емоційна близькість*, як важлива складова психічного та сексуального здоров’я людини,** обумовлена відчуттям комфорту та близькості між людьми, яке може виражатися як вербально, так і невербально.

***Біомедичні фактори***

 **Одним з важливих факторів, що впливає на СД гастроентерологічних пацієнтів, є дисфункція мязів тазового дна. Зрозуміло, що** м'язи тазового дна відповідають за сечовипускання, дефекацію та сексуальну функцію. Таким чином, дисфункція тазового дна стає спільною, аддитивною причиною сочетанної ГІ та сексуальної дисфункції. Дисфункція тазового дна є поширеною серед пацієнтів із «нижніми» ГІ розладами, такими як синдром подразненого кишечника (СПК) [20,21] та запори [22].

***Ліки та інші речовини***

За винятком кортикостероїдів і метотрексату [1], більшість ліків, призначених для лікування ГІ захворювань, безпосередньо не впливають на СД. Але використання супозиторіїв, клізм або ректальної піни в лікуванні аноректальної розладів може опосередковано сприяти виникненню СД, обмежуючи сексуальну спонтанність і десексуалізуючи статеві органи. Необхідно враховувати усі ліки та препарати, в тому числі - не пов'язані з лікуванням ГІ-розладів, які комплексно відповідають за формування СД. Серед них – антигіпертензивні, психотропні препарати, а також рекреаційні речовини (алкоголь, тютюн, амфетаміни), які можуть призводити до формування СД. Вплив канабісу на сексуальну функцію перебуває на ранніх стадіях вивчення, тому результати є неоднозначними [23-25].

*Перенесені хірургічні втручання активні захворювання*

Операції на шлунково-кишковому тракті (ШКТ) та гострі захворювання можуть безпосередньо викликати сексуальні дисфункції (СД) через анатомічні та фізіологічні зміни. Вони також можуть опосередковано сприяти СД через зміни у сприйнятті свого тіла, біль або втому.

**Біологічні та біомедичні Фактори**

* Дисфункція тазового дна
* Прийом Ліків/речовин
* Не-ШКТ – наявні медичні фактори (захворювання, порушення)
* Хірургічний анамнез
* Активність хвороби
* Біль і втома

**Психологічні Фактори**

* Настрій
* Досвід психічнох травми та насильства
* Образ та сприйняття власного тіла
* Тривога щодо сексуальної діяльності
* Когнітивні фактори

 Фактори соціальних взаємодій

**Міжособистісні Фактори**

* Статус відносин/партнера
* Реакція партнера
* Сексуальні проблеми партнера
* Добробут у стосунках

**Соціальні Фактори**

* Стрес
* Релігія
* Стигма
* Сексуальна освіта та переконання

**Рис.1** - ***Алаптований варіант біопсихосоціальної моделі виникнення та формування сексуальної дисфункції в гастроентерологічних пацієнтів***

Як слідує з схеми (рис 1), в підтримці достатнього загального рівня здоров ‘я, як і формування сексуальних дисфкнцій, приймають участь 4 види чинників – біологічні (або біомедичні), психологічні, соціальні та повзані з ними міжособистітні фактори. Розглянемо окремі з них.

**Група Біологічних та біомедичних Факторів**

***Хірургічний анамнез та активні захворювання***

Операції на шлунково-кишковому тракті (ШКТ) та гострі захворювання можуть безпосередньо викликати сексуальні дисфункції (СД) через анатомічні та фізіологічні зміни. Вони також можуть опосередковано сприяти СД через зміни у сприйнятті свого тіла, біль або втому.

***Біль та втома***

І біль, і втома є добре відомими факторами, що порушують сексуальний цикл реакції, і повинні розглядатися, як потенційні чинники для багатьох пацієнтів із захворюваннями ШКТ. У дослідженні 2013 року серед пацієнтів із запальними захворюваннями кишечника (ЗЗК) було показано, що 38% мали хронічний біль [30]. Синдром подразненого кишечника (СПК) сам по собі є станом, що супроводжується болем, і часто супроводжується хронічним тазовим болем [31,32]. Втома є загальним позакишковим симптомом серед пацієнтів із захворюваннями ШКТ 33,34], і була визнана визначною причиною погіршення сексуального життя у дослідженні 355 учасників із ЗЗК [2].

**Група Психологічних факторів**

***Настрій***

Дослідження виявили, що розлади настрою, особливо депресія, сильно корелюють як із СД [35,36], так і з захворюваннями ШКТ [37,38]. Систематичний огляд, проведений Мікокка-Валус та колегами [38], виявив значно вищі рівні депресії та тривоги у порівнянні з здоровими людьми. Збільшені рівні розладів настрою та тривоги серед пацієнтів із захворюваннями ШКТ можуть частково бути наслідком самих шлунково-кишкових проблем, таких як адаптація до наявного діагнозу, набуття навичок життя з непередбачуваними симптомами та впливами на соціальні активності. Останні дослідження виявили, що розлади настрою є посередньою перемінною та/або фактором ризику для формування СД у пацієнтів із захворюваннями ШКТ [1,11,39-41].

***Травма та насильство***

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) охоплює симптоми, які можуть розвинутися після безпосереднього впливу загрози життю, психічної травми та/або досвіду психічного або фізичного (особливо - сексуального) насильства (DSM-5). Дослідження показали, що формування сексуальних розладів відбувається по схожих із формуванням ПТСР нервових мережах, та призводить до зв'язку між травмою та СД у чоловіків і жінок [42]. У деяких випадках гастроентерологічні пацієнти можуть відчувати симптоми посттравматичного стресу через власний досвід, пов'язаний саме із наявними діагнозами, симптомами (стражданнями) та-або лікуванням або його наслідками [43,44]. Саме тому, триала «травматичний досвід - функціонування ШКТ - СД» потребує мультидисциплінарний підхід в лікуванні.

***Сприйняття власного тіла***

Сприйняття тіла визначається, як ставлення та уявлення про власне тіло та впливає на чоловіків, так і на жінок [45]. Вплив проблем зі сприйняттям тіла на сексуальне функціонування є особливо великим серед жінок [46]. 75% жінок та 50% чоловіків із ЗЗК повідомляють про проблеми зі сприйняттям власного тіла [47]. Проблеми зі сприйняттям тіла у пацієнтів із захворюваннями ШКТ дуже різноманітні, але можуть стосуватися страху або збентеження щодо відходження кишечних газів або дефекації під час сексуальних ситуацій, або невпевненості у власній вазі (надлишок або нестача), дефіцитом харчування або здуттям живота. Післяопераційні рубці є ще одним фактором, що впливає на сприйняття тіла та сексуальну функцію пацієнтів із ШКТ. В одному дослідженні 86% жінок, які перенесли операцію під час лікування колоректального раку, повідомили принаймні про одну проблему, пов'язану зі сприйняттям тіла. [48]. Стомовані пацієнти повідомляли про нижчий рівень сприйняття тіла та повязане з ним гірше сексуальне функціонування [49]. Перианальні захворювання значно знижуть сприйняття тіла та сексуальне функціонування .

Операції, пов'язані з ШКТ, мають різний вплив на сексуальне функціонування. У деяких дослідженнях пацієнти, які пройшли ілеоподібний анальний анастомоз [26,27] та відновну проктоколектомію [28], продемонстрували поліпшення сексуального функціонування [29]. Хоча на нач бракує емпіричних даних, важливо враховувати потребу в сексуальній стимуляції аноректальної ділянки, тому хірургічні втручання, або видалення прямої кишки чи наявне активне запалення прямої кишки призводять до значної втрати сексуального задоволення.

***Когнітивні фактори***

Когнітивні відволікання під час сексуальної активності відіграють визначну роль у формуванні СД, зокрема на етапі збудження та бажання [35]. Мастерс і Джонсон першими ввели це поняття й термін "спектаторинг" [50].

*Спектаторинг* - це процес надмірної усвідомленості та суворого оцінювання себе під час сексуального контакту. Спектаторинг відволікає від сексуального досвіду та сприяє розвитку СД.

Тривога щодо сексуальної продуктивності часто є значною проблемою серед пацієнтів із ЗЗК [5], особливо серед жінок [52] та стомованих пацієнтів[53].

**Група факторів соціальних взаємодій**

**Підрупа Соціальних факторів**

***Стрес***

Хоча дослідження щодо впливу гострих стресорів на сексуальну функцію неоднозначні [54,55], наявні більш послідовні відомості щодо несприятливого впливу перш за все тривалого, хронічного стресу [56,57].

***Культуральні та суспільні фактори***

Культурне походження людини, включаючи ставлення до сексуальної активності, сексуальності, гендеру та стосунків, є відомими причинами СД в загальній популяції. Люди із захворюваннями ШКТ, повязаними зі стигматизацією, можуть відчувати сором, провину чи збентеження значно вищі, ніж здорові .

**Підгрупа міжособистісних факторів**

***Інтимність та благополуччя у стосунках***

Інтимність та близкість можна виражати по-різному, наприклад, через чуттєві розмови, проведення часу разом з коханою людиною, сімейними святами та іншим. Сексуальна близкість є одним зі способів інтимності з партнером, а бажання інтимності та емоційної близькості є сильним мотиватором для сексу у людей, не зважаючи на наявні хвороби [61].

***Оцінка* *сексуальної функції***

Незважаючи на високий рівень СД у пацієнтів із захворюваннями ШКТ, не існує керівних принципів, які безпосередньо стосуються того, як гастроентерологи повинні оцінювати та лікувати СД у пацієнтів [62].

93% гастроентерологів вважають, що вони повинні обговорювати сексуальні проблеми зі своїми пацієнтами, лише 16% насправді це роблять; причини, зазначені для уникання цієї теми, включають відсутність знань (45%), страх засмутити пацієнта (29%) та особисте збентеження (18,8%) [63]. Незважаючи на те, що лише 16% лікарів обговорюють сексуальне функціонування зі своїми пацієнтами із захворюваннями ШКТ, 64% жінок та 50% чоловіків хотіли б, щоб їхні лікарі надали їм інформацію про взаємозв'язок між їхньою хворобою та сексуальним функціонуванням [2]. Два окремі дослідження показують, що дві третини жінок [9] та 78% [11] чоловіків почуваються комфортно, обговорюючи тему сексуального функціонування зі своїм гастроентерологом, але часто чекають, поки їхній лікар розпочне розмову.

Інтенсивна терапія: Направлення до спеціаліста.

Конкретна пропозиція:

На основі оцінки обговоріть потенційні варіанти лікування, включаючи медикаменти та/або направлення до колеги з сексуальної медицини, секс-терапії чи фізіотерапії для подальшого обстеження.

**Обговорення**

Проблеми сексуального здоров’я є поширеними серед пацієнтів із захворюваннями ШКТ. Гастроентерологи та інші члени команди медичного догляду повинні включати опитування своїх пацієнтів про сексуальну функцію та задоволення за допомогою клінічних інтерв’ю або інших методів й розвивати компетенцію в обговоренні питань сексуального здоров’я

Багато пацієнтів із захворюваннями ШКТ готові обговорити зі своїми гастроентерологами питання свого сексуального здоров’я. Для тих, хто зазнає сексуальної дисфункції, саме перша розмова може стати першим кроком у зменшенні стигми та вселити надію на те, що за належного лікування пацієнтим зможуть покращити і своє сексуальне благополуччя.

**Посилання**

1. Rivière P, Zallot C, Desobry P, et al. Frequency of and factors associated with sexual dysfunction in patients with inflammatory bowel disease. J Crohns Colitis. 2017;11(11):1347-1352.

2. Marín L, Mañosa M, Garcia-Planella E, et al. Sexual function and patients' perceptions in inflammatory bowel disease: a case-control survey. J Gastroenterol. 2013;48(6):713-720.

3. Romano L, Granata L, Fusco F, et al. Sexual dysfunction in patients with chronic gastrointestinal and liver diseases: a neglected issue. Sex Med Rev. 2021 doi: 10.1016/j.sxmr.2021.02.002.

4. Organization WH. Working Together for Health: The World Health Report. 2006.

5. Jedel S, Hood M.M, Keshavarzian A. Getting personal: a review of sexual functioning, body image, and their impact on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis. 2015;21(4):923–938.

6. Zhao S, Wang J, Liu Y, et al. Inflammatory bowel diseases were associated with risk of sexual dysfunction in both sexes: a meta- analysis. Inflamm Bowel Dis. 2019;25(4):699–707. 7. Shmidt E, Suárez-Fariñas M, Mallette M, et al. A longitudinal study of sexual function in women with newly diagnosed inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis. 2019;25(7):1262-1270.

8. Leenhardt R, Rivière P, Papazian P, et al. Sexual health and fertility for individuals with inflammatory bowel disease. World J Gastroenterol. 2019;25(36):5423-5433.

9. de Silva P.S, O'Toole A, Marc L.G, et al. Development of a sexual dysfunction scale for women with inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis. 2018;24(11):2350- 2359.

10. Shmidt E, Suárez-Fariñas M, Mallette M, et al. Erectile dysfunction is highly prevalent in men with newly diagnosed inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis. 2019;25(8):1408-1416.

11. O'Toole A, de Silva P.S, Marc L.G, et al. Sexual dysfunction in men with inflammatory bowel disease: a new IBD-specific scale. Inflamm Bowel Dis. 2018;24(2):310-316.

12. Sørensen J, Schantz Laursen B, Drewes A.M, et al. The incidence of sexual dysfunction in patients with irritable bowel syndrome. Sex Med. 2019;7(4):371-383..

13. Eugenio M.D, Jun S.E, Cain K.C, et al. Comprehensive self-management reduces the negative impact of irritable bowel syndrome symptoms on sexual functioning. Dig Dis Sci. 2012;57(6):1636-1646. 14. Fass R, Fullerton S, Naliboff B, et al. Sexual dysfunction in patients with irritable bowel syndrome and non-ulcer dyspepsia. Digestion. 1998;59(1):79-85.

15. Guthrie E, Creed F.H, Whorwell P.J. Severe sexual dysfunction in women with the irritable bowel syndrome: comparison with inflammatory bowel disease and duodenal ulceration. Br Med J (Clin Res Ed). 1987;295(6598):577-578.

16. Sławik P, Szul M, Fuchs A, et al. Could problems in the bedroom come from our intestines? A preliminary study of IBS and its impact on female sexuality. Psychiatr Danub. 2019;31(Suppl 3):561-567.

17. Bouchoucha M, Devroede G, Mary F, et al. Both men and women with functional gastrointestinal disorders suffer from a high incidence of sexual dysfunction. Clin Res Hepatol Gastroenterol. 2017;41(6):e93-e96. 18. Iovino P, Pascariello A, Limongelli P, et al. The prevalence of sexual behavior disorders in patients with treated and untreated gastroesophageal reflux disease. Surg Endosc. 2007;21(7):1104–1110.

19. Traa M.J, De Vries J, Roukema J.A, et al. Sexual (dys)function and the quality of sexual life in patients with colorectal cancer: a systematic review. Ann Oncol. 2012;23(1):19-27.

20. Prott G, Shim L, Hansen R, et al. Relationships between pelvic floor symptoms and function in irritable bowel syndrome. Neurogastroenterol Motil. 2010;22(7):764-769.

21. Suttor V.P, Prott G.M, Hansen R.D, et al. Evidence for pelvic floor dyssynergia in patients with irritable bowel syndrome. Dis Colon Rectum. 2010;53(2):156–160.

22. Bharucha A.E, Lacy B.E. Mechanisms, evaluation, and management of chronic constipation. Gastroenterology. 2020;158(5):1232- 1249.e3.

23. Kasman A.M, Bhambhvani H.P, Wilson- King G, et al. Assessment of the association of cannabis on female sexual function with the female sexual function index. Sex Med. 2020;8(4):699–708.

24. Shiff B, Blankstein U, Hussaen J, et al. The impact of cannabis use on male sexual function: a 10-year, single-center experience. Can Urol Assoc J. 2021;15(12):E652- E657.

25. Wiebe E, Just A. How cannabis alters sexual experience: a survey of men and women. J Sex Med. 2019;16(11):1758-1762.

26. Davies R.J, O'Connor B.I, Victor C, et al. A prospective evaluation of sexual function and quality of life after ileal pouch-anal anastomosis. Dis Colon Rectum. 2008;51(7):1032-1035.

27. Wang J.Y, Hart S.L, Wilkowski K.S, et al. Gender-specific differences in pelvic organ function after proctectomy for inflammatory bowel disease. Dis Colon Rectum. 2011;54(1):66- 76.

28. Berndtsson I, Oresland T, Hultén L. Sexuality in patients with ulcerative colitis before and after restorative proctocolectomy: a prospective study. Scand J Gastroenterol. 2004;39(4):374–379.

29. Hueting W.E, Buskens E, van der Tweel I, et al. Results and complications after ileal pouch anal anastomosis: a meta-analysis of 43 observational studies comprising 9,317 patients. Dig Surg. 2005;22(1-2):69-79.

30. Morrison G, Van Langenberg D.R, Gibson S.J, et al. Chronic pain in inflammatory bowel disease: characteristics and associations of a hospital-based cohort. Inflamm Bowel

Dis. 2013;19(6):1210-1217..

31. Choung R.S, Herrick L.M, Locke G.R, et

al. Irritable bowel syndrome and chronic pelvic pain: a population-based study. J Clin

Gastroenterol. 2010;44(10):696-701.

32. Williams R.E, Hartmann K.E, Sandler R.S, et al. Prevalence and characteristics of irritable bowel syndrome among women with chronic pelvic pain. Obstet Gynecol. 2004;104(3):452- 458.

33. Han C.J, Yang G.S. Fatigue in irritable bowel syndrome: a systematic review and meta- analysis of pooled frequency and severity of fatigue. review article. Asian Nurs Res. 2016;10(1):1-10.

34. Nocerino A, Nguyen A, Agrawal M, et al. Fatigue in inflammatory bowel diseases: etiologies and management. Adv Ther. 2020;37(1):97-112.

35. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. J Sex Med. 2016;13(4):538–571.

36. Kendurkar A, Kaur B. Major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, and generalized anxiety disorder: do the sexual dysfunctions differ? Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2008;10(4):299–305.

37. Shah E, Rezaie A, Riddle M, et al. Psychological disorders in gastrointestinal disease: epiphenomenon, cause or consequence? Ann Gastroenterol. 2014;27(3):224-230.

38. Mikocka-Walus A, Knowles S.R, Keefer L, et al. Controversies revisited: a systematic review of the comorbidity of depression and anxiety with inflammatory bowel diseases. Inflamm Bowel Dis. 2016;22(3):752-762.

39. Bel L.G, Vollebregt A.M, Van der Meulen-de Jong A.E, et al. Sexual dysfunctions in men and women with inflammatory bowel disease: the influence of IBD-related clinical factors and depression on sexual function. J Sex Med. 2015;12(7):1557-1567.

40. Timmer A, Bauer A, Dignass A, et al. Sexual function in persons with inflammatory bowel disease: a survey with matched controls. Clin Gastroenterol Hepatol. 2007;5(1):87-94.

41. Yanartas O, Kani H.T, Bicakci E, et al. The effects of psychiatric treatment on depression, anxiety, quality of life, and sexual dysfunction in patients with inflammatory bowel disease. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016;12:673- 683.

42. Yehuda R, Lehrner A, Rosenbaum T.Y. PTSD and sexual dysfunction in men and women. J Sex Med. 2015;12(5):1107-1119. 43. Taft T.H, Bedell A, Craven M.R, et al. Initial assessment of post-traumatic stress in a US cohort of inflammatory bowel disease patients. Inflamm Bowel Dis. 2019;25(9):1577- 1585.

44. Pothemont K, Quinton S, Jayoushe M, et al. Patient perspectives on medical trauma related to inflammatory bowel disease. J Clin Psychol Med Settings. 2021 doi: 10.1007/s10880- 021-09805-0.

45. Ramseyer Winter V, O'Neill E.A, Cook M, et al. Sexual function in hook-up culture: the role of body image. Body Image. 2020;34:135-144.

46. Woertman L, van den Brink F. Body image and female sexual functioning and behavior: a review. J Sex Res. 2012;49(2-3):184-211.

47. Muller K.R, Prosser R, Bampton P, et al. Female gender and surgery impair relationships, body image, and sexuality in inflammatory bowel disease: patient perceptions. Inflamm Bowel Dis. 2010;16(4):657–663.

48. Benedict C, Philip E.J, Baser R.E, et al. Body image and sexual function in women after treatment for anal and rectal cancer. Psychooncology. 2016;25(3):316–323. 49. Ayaz-Alkaya S. Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature. Int Wound J. 2019;16(1):243-249.

50. Masters W, Johnson V. Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown; 1970..

51. McCabe M.P, Connaughton C. Psychosocial factors associated with male sexual difficulties. J Sex Res. 2014;51(1):31–42.

52. Maunder R.G, de Rooy E.C, Toner B.B, et al. Health-related concerns of people who receive psychological support for inflammatory bowel disease. Can J Gastroenterol. 1997;11(8):681-685.

53. Carlsson E, Berndtsson I, Hallén A.M, et al. Concerns and quality of life before surgery and during the recovery period in patients with rectal cancer and an ostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2010;37(6):654–661.

54. Palace E.M, Gorzalka B.B. Differential patterns of arousal in sexually functional and dysfunctional women: physiological and subjective components of sexual response. Arch Sex Behav. 1992;21(2):135–159.

55. Ter Kuile M.M, Vigeveno D, Laan E. Preliminary evidence that acute and chronic daily psychological stress affect sexual arousal in sexually functional women. Behav Res Ther. 2007;45(9):2078-2089.

56. Hamilton L.D, Meston C.M. Chronic stress and sexual function in women. J Sex Med. 2013;10(10):2443-2454.

57. Basson R. The recurrent pain and sexual sequelae of provoked vestibulodynia: a perpetuating cycle. J Sex Med. 2012;9(8):2077-2092.

58. Waldinger M.D, Quinn P, Dilleen M, et al. A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. J Sex Med. 2005;2(4):492-497.

59. Herbenick D, Fu T.J, Arter J, et al. Women's experiences with genital touching, sexual pleasure, and orgasm: results from a U.S. probability sample of women ages 18 to 94. J Sex Marital Ther. 2018;44(2):201–212.

60. King B.M. Average-size erect penis: fiction, fact, and the need for counseling. J Sex Marital Ther. 2021;47(1):80-89.

61. Meston C.M, Buss D.M. Why humans have sex. Arch Sex Behav. 2007;36(4):477-507. 62. Perez de Arce E, Quera R, Ribeiro Barros J, et al. Sexual dysfunction in inflammatory bowel disease: what the specialist should know and ask. Int J Gen Med. 2021;14:2003-2015.

63. Rivière P, Poullenot F, Zerbib F, et al. Quality of sex life in patients with inflammatory bowel disease: the gastroenterologists' perspective. Inflamm Bowel Dis. 2017;23(10):E51-E52.

64. Annon J. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. J Sex Educ Ther. 1976;2:1-15.

65. Hafeez H, Zeshan M, Tahir M.A, et al. Health care disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: a literature review. Cureus. 2017;9(4):e1184.

66. Kattari S.K, Bakko M, Langenderfer- Magruder L, et al. Transgender and nonbinary experiences of victimization in health care. J Interpers Violence. 2021;36(23- 24):NP13054-NP13076.

67. Dibley L, Norton C, Schaub J, et al. Experiences of gay and lesbian patients with inflammatory bowel disease: a mixed methods study. Gastrointest Nurs. 2014;12(6):19-30. 68. Rosen R, Brown C, Heiman J, 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;26(2):191–208.

69. Rosen R.C, Riley A, Wagner G, et al. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology. 1997;49(6):822- 830..

70. Flynn K.E, Lindau S.T, Lin L, et al. Development and validation of a single- item screener for self-reporting sexual problems in U.S. adults. J Gen Intern Med. 2015;30(10):1468-1475.

71. Patrick D.L, Drossman D.A, Frederick I.O, et al. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome: development and validation of a new measure. Dig Dis Sci. 1998;43(2):400 411.