

Seksualnost kod žena

Women and Sexuality

NINA BAŠIĆ MARKOVIĆ^{1,2}, NATAŠA MRDULJAŠ ĐUJIĆ³, ROBERTA MARKOVIĆ^{1,2}

¹Ustanova za primarnu zdravstvenu zaštitu Srdoči, Rijeka; ²Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Katedra za obiteljsku medicinu, Rijeka; ³Ordinacija opće medicine dr. Mrduljaš-Đujić, Postira

SAŽETAK _____ Zadovoljavajući i zdrav seksualni život važna je sastavnica zdravlja žene te samim time značajno utječe na kvalitetu života. Žensko seksualno zdravlje obuhvaća širok spektar fizičkih, emocionalnih, mentalnih i društvenih faktora koji utječu na žensku seksualnost i seksualno funkcioniranje. Studije su pokazale da oko 22 do 43 % žena ima problema u seksualnom životu, ali svega 21 % njih traži pomoć liječnika. Kronične bolesti kao što su bolesti kardiovaskularnog sustava, šećerna bolest, artritis i depresija mogu imati duboke posljedice na seksualno funkcioniranje smanjujući seksualnu želju, izazivajući bol tijekom odnosa ili otežavajući postizanje uzbuđenja i orgazma. Etiologija seksualne disfunkcije često je višestruka. Stoga se predlaže biopsihosocijalni pristup seksualnosti, uključujući fizičke, emocionalne, relacijske i sociokulturološke aspekte. Osnaživanje žena kroz edukaciju, dostupnost zdravstvenih usluga i otvorenost prema vlastitim potrebama i željama može značajno doprinijeti njihovu zadovoljstvu i kvaliteti života.

KLJUČNE RIJEČI: seksualno zdravlje žene, seksualna disfunkcija, kronične bolesti

SUMMARY _____ A satisfying and healthy sex life is an important component of women's health and therefore has a significant impact on the quality of life. Women's sexual health encompasses a broad spectrum of physical, emotional, mental, and social factors that affect female sexuality and sexual functioning. Studies have shown that approximately 22 to 43% of women experience problems in their sexual life, but only 21% seek medical help. Chronic conditions such as cardiovascular disease, diabetes, arthritis, and depression can have profound effects on sexual functioning, reducing sexual desire, causing pain during intercourse, or making it difficult to achieve arousal and orgasm. The etiology of sexual dysfunction is often multifactorial. Thus, a biopsychosocial approach to sexuality is suggested, including physical, emotional, relational, and sociocultural aspects. Empowering women through education, access to healthcare services, and openness to their own needs and desires can significantly contribute to their satisfaction and quality of life.

KEY WORDS: women's sexual health, sexual dysfunction, chronic diseases



Uvod

Žensko seksualno zdravlje je važan i često zanemaren aspekt cjelokupnog zdravlja i dobrobiti. Svjetska zdravstvena organizacija seksualno zdravlje definira kao stanje potpunoga tjelesnog, emocionalnog, mentalnog i socijalnog blagostanja u domeni seksualnosti, a ne samo odsustvo bolesti, disfunkcije ili iznemoglosti. Pozitivan stav prema vlastitom tijelu, informiranost o rizicima te razvoj odnosa koji uključuju povjerenje, komunikaciju i intimnost ključni su za seksualno zdravlje (1).

Razumijevanje i očuvanje seksualnog zdravlja može pridonijeti kvalitetnijim i ispunjenijim odnosima, boljem samopoštovanju i općem zadovoljstvu životom.

Seksualna disfunkcija kod žena često je povezana s kroničnim bolestima, što može značajno utjecati na kvalitetu života i emocionalno blagostanje. Kronične bolesti kao što su bolesti kardiovaskularnog sustava, šećerna bolest, artritis i depresija mogu imati duboke posljedice na seksualno funkcioniranje smanjujući seksualnu želju, izazivajući bol tijekom odnosa ili otežavajući postizanje uzbuđenja i orgazma. Mnogobrojna istraživanja potvrđuju da su seksualni pro-

blemi kod žena prisutni u 22 – 43 % slučajeva. Međutim, smatra se da je taj broj značajno veći s obzirom na to da samo 21 % žena razgovara s liječnikom o svome seksualnom zdravlju (2).

Ciklus seksualnog odgovora žene

Za bolje razumijevanje seksualnog zdravlja žene potrebno je imati uvid u složenost anatomije ženskoga genitalnog trakta, kao i temeljno razumijevanje seksualne fiziologije koje uključuje poznavanje četiri organska sustava: živčanog, genitourinarnog, kardiovaskularnog te endokrinog sustava. Ciklus seksualnog odgovora žene proces je koji obuhvaća tjelesne i emocionalne reakcije na seksualnu stimulaciju, a sastoji se od četiri faze: uzbuđenje, plato, orgazam i razrješavanje. Ovaj su model prvi put opisali Master i Johnson 1966. On predstavlja linearni model kojem je kasnije Helen Kaplan pridodala pojam seksualne želje (1).

Prva faza je *uzbuđenje*, a odnosi se na promjenu protoka krvi izazvanu refleksnom vazodilatacijom u genitalnim krvnim žilama. Sljedeća faza je *plato*, faza najvećega fiziološkog uzbuđenja. Postiže se kad genitalni organi imaju maksimalnu

količinu krvi. Treća faza *orgazam*, odnosi se na ritmičku kontrakciju glatkih mišića u i oko genitalija. Četvrta faza je *razrješenje*, razdoblje nakon orgazma u kojem se mišići opuštaju i krv napušta genitalije (3 – 5).

Za razliku od muškaraca, faze seksualnog odgovora kod žena nisu strogo odvojene, već se međusobno značajno preklapaju. Važno je napomenuti da ciklus seksualnog odgovora kod žena može varirati te da individualne razlike, kao i čimbenici poput emocionalnog stanja, odnosa s partnerom i fizioloških čimbenika, mogu utjecati na doživljavanje svake faze. Također, seksualni odgovor kod žena nije uvijek linearan i može uključivati faze koje se preklapaju ili izostaju.

Cirkularni model seksualnog odgovora žene, koji je predložila Rosemary Basson početkom 2000-ih godina, predstavlja značajnu alternativu tradicionalnim linearnim modelima seksualnog odgovora. U ovom modelu naglašava se da seksualno uzbuđenje kod žena često nije pokrenuto spontanom fiziološkim nagonima (poput seksualne želje), već je složenije i pod snažnim utjecajem emocionalnih i psiholoških čimbenika, kao i partnerskog odnosa. Seksualna aktivnost može započeti zbog različitih drugih razloga, kao što su emotivna bliskost, želja za povezivanjem s partnerom ili kao odgovor na neku vrstu tjelesne ili emotivne stimulacije. Žena može osjetiti uzbuđenje i uživati u tjelesnim i emocionalnim senzacijama, što može potaknuti osjećaj reaktivne seksualne želje. Ovaj model prepoznaje da žene ponekad započinju seksualnu aktivnost ne iz želje za orgazmom već iz potrebe za emocionalnim zadovoljstvom, povezivanjem i intimnošću. Cirkularni model koristan je za zdravstvene djelatnike i terapeute jer naglašava važnost emocionalnih i relacijskih čimbenika u seksualnosti žena, što može pomoći u rješavanju seksualne disfunkcije, i to pogotovo u slučaju smanjene seksualne želje kod žena (3, 4). Ženski je mozak inače vrlo aktivan, a za vrijeme seksualnog odnosa dodatno potiče dio mozga koji je odgovoran za potencijalnu opasnost. Stoga se žene trebaju osjećati sigurno i opušteno da bi uživale u seksu. Još jedan podatak koji može pomoći u rješavanju ženske seksualne disfunkcije vezane uz orgazam je činjenica da žene sebe mogu mislima dovesti do orgazma bez ikakve tjelesne stimulacije (6).

Klasifikacija seksualnih disfunkcija kod žena

Seksualna disfunkcija odnosi se na trajne ili ponavljajuće poteškoće u bilo kojoj fazi seksualnog odgovora koje pojedincu ili paru uzrokuju stres, nezadovoljstvo ili frustraciju. Seksualna disfunkcija može zahvatiti različite aspekte seksualne funkcije, uključujući želju, uzbuđenje, orgazam ili zadovoljstvo. Razvoj znanosti o seksualnosti doveo je do promjena u terminologiji i opisu seksualnih disfunkcija. U prošlosti su se seksualni poremećaji smatrali prvenstveno psihogenim,

no danas se češće smatra da su uzroci kombinacija psiholoških i fizioloških čimbenika. Po najnovijem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za psihijatrijske i bihevi oralne poremećaje (DSM 5) seksualna disfunkcija kod žena odnosi se na četiri različita poremećaja: poremećaj ženskoga seksualnog interesa/uzbuđenja, poremećaj ženskog orgazma, poremećaj boli/penetracije u području genitalija i seksualnu disfunkciju uzrokovanu supstancijama/lijekovima. Da bi se dijagnosticirao bilo koji od ovih poremećaja, simptomi moraju biti prisutni najmanje 6 mjeseci, uzrokovati klinički značajnu tjeskobu kod pojedinca, ne samo kod seksualnog partnera/partnerice, te ne smiju biti posljedica nekoga drugog problema, poput problema u vezi ili drugih stresora (7). Značajno je odrediti je li disfunkcija cjeloživotna (od samog početka seksualne aktivnosti žene) ili stečena (započela nakon razdoblja relativno normalnoga seksualnog funkcioniranja), zatim radi li se o generaliziranom poremećaju (nije ograničen na određenu vrstu podražaja, situacije ili partnera) ili situacijskom poremećaju (pojavljuje se samo uz određenu vrstu stimulacije, u određenim situacijama ili uz pojedinog partnera). Isto tako, potrebno je odrediti sadašnju težinu patnje. Ranija izdanja dijagnostičkog priručnika nisu naglašavala relacijske čimbenike seksualnosti koji mogu biti uzrok seksualnog nezadovoljstva i problema poput nedostatka intimnosti, nepovjerenja, loše komunikacije, međusobnog optuživanja i slično. Ako postoji partnerski disbalans, nasilje u vezi ili drugi egzogeni stresori koji bolje opisuju seksualne smetnje, onda se ne navodi dijagnoza seksualne disfunkcije (1, 7).

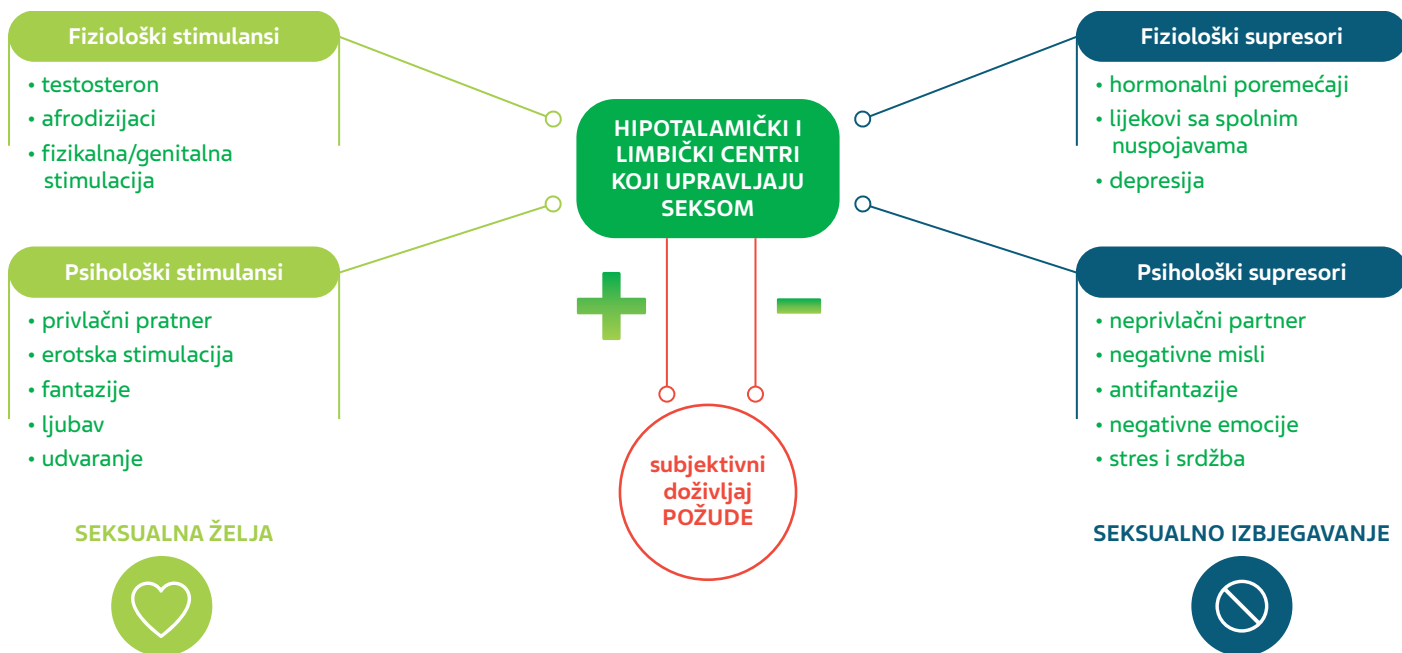
Etiologija seksualne disfunkcije često je višestruka, a može uključivati psihološke probleme poput depresije ili anksioznosti, stres, umor, sukobe unutar veze, nedostatak privatnosti, probleme povezane s prethodnim fizičkim ili seksualnim zlostavljanjem, lijekove ili fizičke probleme koji čine seksualnu aktivnost neugodnom, kao što su endometrioza ili genitourinarni sindrom menopauze (8). Samim time, ponekad ovisno o uzroku, liječenje uključuje kombinaciju medicinskih i psiholoških pristupa.

Stoga je biopsihosocijalni model koji integrira biomedicinske, psihološke i socijalne aspekte pri analizi etiologije i predlaganju terapijskih intervencija prikladan za pristup u radu sa složenim problemom kao što je seksualna disfunkcija kod žena (9).

Poremećaj seksualnog interesa i/ili uzbuđenja kod žena

U revidiranom izdanju DSM 5 kod žena se faze seksualne želje i uzbuđenja sjedinjuju u kategoriju seksualni poremećaji interesa/uzbuđenja. Seksualna je želja složen motivacijski mehanizam koji proizlazi iz specifičnih neurofizioloških procesa u mozgu. Bilateralne nakupine hipotalamičkih jezgara igraju ključnu ulogu u regulaciji različitih životnih

SLIKA 1. Stimulansi i supresori seksualne želje



Prilagođeno prema ref. 4.

funkcija, uključujući hranjenje, pijenje i reprodukciju. Kao što osjećamo glad ili žeđ, seksualna želja također proizlazi iz aktivnosti posebnih neuralnih struktura odgovornih za održavanje homeostaze i emocionalne ekspresije. Stoga se seks može promatrati kao jedan od osnovnih nagona, ključnih za preživljavanje pojedinca i vrste. Kao rezultat toga, liječnici bi, osim uobičajenih pitanja o apetitu, spavanju i drugim fiziološkim funkcijama, trebali razmatrati i seksualni život pacijenata. Kupferman je 1991. predložio tezu o „dvostrukom upravljanju“ seksualnom motivacijom prema kojoj postoje dva sustava – inhibitorni (kočeći) i ekscitatorni (pobuđujući) (1). Kada osoba neko vrijeme ne iskusi seksualnu aktivnost, seksualni centri mogu biti dodatno stimulirani izgledom, mirisom i dodirrom zainteresiranoga seksualnog partnera. Međutim, nakon seksualne aktivnosti dolazi do zasićenja, osobito kod muškaraca, dok je točka zasićenja kod žena varijabilnija. Emocionalni faktori, poput straha ili stresa, također mogu inhibirati seksualnu želju. Današnje društvo, suočeno s visokim razinama stresa, često pati od smanjenoga seksualnog apetita. Osobe koje nemaju seksualne konflikte instinktivno upravljaju seksualnim podražajima te povećavaju erotske osjećaje u pravim uvjetima s pravim partnerom. Nasuprot tome, supresori seksualne motivacije mogu se aktivirati kada bi seks bio neprikladan ili opasan. Kada seksualna želja opada zbog psiholoških razloga, ljudi često rabe normalne mehanizme supresije na neadekvatan način vodeći se neurotskim strahovima i konfliktima. Brojni čimbenici, uključujući biološke, socijalne, psihološke i hormonalne

aspekte, mogu utjecati na razvoj seksualnih poremećaja. Primjerice, smanjenje seksualne želje može biti povezano s tjelesnim stanjem, poput hormonskih poremećaja, anksioznosti, depresije ili stresa. Također, istraživanja pokazuju da pušenje, alkohol i smanjena tjelesna aktivnost negativno utječu na seksualnu želju (4).

Hormonalne promjene, posebice tijekom menopauze, često dovode do promjena u stupnju seksualne želje. Žene u kasnoj menopauzalnoj tranziciji ili postmenopauzi često se suočavaju s opadanjem libida zbog smanjenja razina estrogena i testosterona. Kronične bolesti, poput dijabetesa ili kardiovaskularnih bolesti, također mogu negativno utjecati na seksualno funkcioniranje. Starija dob može smanjiti seksualnu aktivnost, ali multimorbiditet (prisutnost više kroničnih bolesti) ima značajniji utjecaj na seksualno zadovoljstvo nego sama dob (5).

Sociokulturni čimbenici, poput društvenih očekivanja i ženskih uloga u zajednici, također igraju važnu ulogu. Kronični stres značajno utječe na seksualnu funkciju, s povećanim razinama kortizola koji remeti hormonalni balans i narušava autonomni živčani sustav. Žene koje su pod stresom često doživljavaju smanjenje seksualne želje, što se očituje kako na fizičkom tako i na emocionalnom planu (1).

U konačnici, seksualna želja i zadovoljstvo povezani su s cjelokupnim zdravljem. Žene koje su tjelesno aktivne, izbjegavaju alkohol i pušenje te doživljavaju manje stresa, često navode veće seksualno zadovoljstvo. Hormonska nadomjesna terapija također može pozitivno utjecati na seksualnu želju kod žena u menopauzi (1, 3, 4).

Poremećaj orgazma

Orgazam je vrhunac seksualnog uzbuđenja praćen ritmičkim kontrakcijama mišića vaginalnog zida, maternice, zdjeličnog dna i anusa. Ove kontrakcije traju od nekoliko sekundi do pola minute. Protok krvi i mišićna napetost dostižu maksimum. U vidu emocionalnih reakcija orgazam pruža osjećaj intenzivnog užitka, emocionalnog oslobađanja i euforije. Kod žena orgazmi mogu biti višestruki ili se mogu javiti u valovima, što razlikuje ženski od muškog orgazma. Prema DSM 5 klasifikaciji, orgazmički poremećaji u žena odnose se na teškoće u doživljavanju orgazma i/ili značajno smanjenog intenziteta orgazmičkih osjećaja unatoč pravilnoj seksualnoj stimulaciji. Doživljaj orgazma u žena je subjektivan te se različito opisuje vrsta i intenzitet samog orgazma (6). U istraživanjima se navodi da 10 – 15 % žena uopće ne postiže orgazam tijekom svog života, do 41 % žena izvještava o povremenim poteškoćama s postizanjem orgazma, a otprilike 5 – 10 % žena ima trajni poremećaj orgazma, što znači da nikada ili vrlo rijetko doživljavaju orgazam, čak i uz adekvatnu seksualnu stimulaciju i uzbuđenje (7, 8).

Početak 20. stoljeća Freud uvodi podjelu na nezrele, manje vrijedan, klitoralni orgazam te zrele, vaginalni orgazam. Ta je podjela dugi niz godina mnoge žene obilježila kao neurotične i seksualno nezrele. Danas mnogobrojna istraživanja potvrđuju kako je najčešći način postizanja orgazma upravo stimulacijom klitoralne regije (6).

Ženska anorgazmija češće je uzrokovana psihološkim ili psihosocijalnim čimbenicima. U samo 5 % slučajeva uzrok anorgazmije je organskog porijekla. Kronične nezarazne bolesti poput šećerne bolesti, bolesti kardiovaskularnog sustava, neurološke smetnje, hormonalne promjene i u ovom slučaju najučestalije su povezane s orgazmičkim poremećajem. Od medikamentozne terapije najveći utjecaj imaju lijekovi koji utječu na povećanje serotoninergičke aktivnosti te oni koji snižavaju djelovanje dopamina, poput inhibitora ponovne pohrane serotonina i venlafaksin. Nepovoljno djeluju i benzodiazepini, karbamazepin, fenitoin, gabapentin, topiramid i pregabalin. Antihipertenzivi, pogotovo neselektivni beta-blokatori, mogu prouzročiti odgodu orgazma, doživljaj nezadovoljavajućeg orgazma ili anorgazmiju (10, 11).

Genitalno zdjelična bol/penetracijski poremećaj

U kliničkoj praksi vaginizam i dispareunija često su povezani i teško ih je razlikovati. Stoga su po DSM 5 klasifikaciji ovi poremećaji svrstani pod nazivom genitalno zdjelična bol/penetracijski poremećaj. Ovaj poremećaj vezan je uz bolni snošaj koji uzrokuje stres i/ili nezadovoljstvo i može se javiti u svim fazama seksualnog odnosa. Postoje četiri dimenzije simptoma, a ako uzrokuje patnju, dovoljna je samo jedna za postavljanje dijagnoze: 1. teškoće u snošaju, 2. genito-pelvična bol, 3. strah od boli ili vaginal-

ne penetracije, te 4. napetost mišića dna zdjelice (7, 12). Brojna stanja mogu uzrokovati bol tijekom ili nakon seksualnog odnosa. Najčešći uzroci bolnog odnosa prije menopauze izazvani su sindromom boli u području vulve, sindromom miofascijalne boli zdjelice, zatim dermatološka stanja vulve, endometriozna i intersticijski cistitis/sindrom bolnog mjehura. Genitourinarni sindrom menopauze je najčešći uzrok ovog poremećaja nakon menopauze. Estrogen je ključan za održavanje cjelokupnog integriteta vaginalnog tkiva i odgovoran za debljinu i elastičnost vaginalne sluznice te omogućava dobru lubrikaciju, širenje i produljenje vagine tijekom seksualnog uzbuđenja. Procjenjuje se da najmanje 50 % žena u postmenopauzi ima vaginalnu atrofiju kao rezultat smanjenih razina estrogena.

Iako bilo koja infekcija zdjelice može rezultirati bolnim odnosom, najčešća infektivna stanja uključuju kandidijazu, spolno prenosive infekcije (primjerice, gonoreju, klamidiju i virus herpes simpleksa), upalnu bolest zdjelice, cistu i apsces Bartholinijeve žlijezde te infekciju mokraćnog sustava. Od upalnih bolesti u literaturi kao mogući etiološki čimbenici se navode *lichen sclerosus*, *lichen planus*, upalne bolesti crijeva te Sjögrenov sindrom. Neurološke bolesti povezane s ovim poremećajem uključuju multiplu sklerozu, fibromialgiju, sindrom kronične boli, Parkinsonovu bolest, pudendalnu i druge periferne neuropatije te bolesti kralježnice. Uzrok mogu biti i maligne bolesti u genitourinarnom području kao i njihovo liječenje. Potrebno je ispitati psihičku podlogu bolnog odnosa poput depresije, kroničnog stresa, somatizacijskog poremećaja. Partnerski odnosi, stavovi prema slici vlastitog tijela, stavovi prema seksualnosti, seksualno zlostavljanje i trauma također mogu biti u podlozi ovog poremećaja. U različitim studijama navodi se pojavnost ovog poremećaja u 6 do 40 % slučajeva (7, 13, 14).

Kronične bolesti i seksualno zdravlje

Kronične bolesti utječu na seksualnost kroz mnoge različite čimbenike. Osim što donose određene simptome i ograničenja, i sama terapija (farmakoterapija, operativni zahvati) može nepovoljno djelovati na seksualni život, sliku o sebi i samopoštovanje, te na sposobnost održavanja seksualnih odnosa i očuvanja bliskosti s partnerom (13). Istraživanja su potvrdila da najznačajniji utjecaj na seksualno zdravlje imaju preventabilne kronične bolesti poput kardiovaskularnih bolesti i to u 33 % slučajeva, zatim šećerna bolest 24 %, a slijede ih metabolički sindrom, kronična opstruktivna bolest pluća i kronična bubrežna bolest (1, 14 – 17).

Seksualna disfunkcija česta je među osobama sa šećernom bolesti: za tip 1 šećerne bolesti prevalencija je otprilike 40 %, dok je za tip 2 oko 70 %. Šećerna bolest biološki uzrokuje dugotrajna oštećenja na mikrovaskularnom nivou, što može imati utjecaja na male živce i krvne žile u klitoris i povezanim strukturama smanjujući uzbuđenje i vlažnost. Na

sličan način hipertenzija nosi tri puta veći rizik od razvoja seksualne disfunkcije kod žena, s najizraženijim učincima na smanjenje lubrikacije. Oko 30 % pacijenata kojima su dijagnosticirane kardiovaskularne bolesti smatra da njihovi lijekovi uzrokuju probleme sa seksualnom funkcijom. U šestogodišnjoj retrospektivnoj studiji o iskustvima pacijenata nakon moždanog udara pacijenti su prijavili smanjen interes za seks. Iako su ranija istraživanja upućivala na to da neki antihipertenzivi, posebice beta-blokatori, mogu negativno djelovati na seksualnu funkciju kod žena, novije studije nisu potvrdile ovu povezanost. Štoviše, neki antihipertenzivni lijekovi koji djeluju na renin-angiotenzinski sustav mogli bi biti povezani s poboljšanjem seksualne funkcije (15).

Rak dojke može imati negativan utjecaj na seksualnu funkciju i to dugoročno. Oko polovice žena koje su preboljele rak dojke prijavljuje seksualne poteškoće, a taj postotak raste na 70 % kod žena s invazivnim oblikom raka. Kemoterapija je jedan od najvažnijih čimbenika rizika, osobito ako izazove preranu menopauzu. Inhibitori aromataze su povezani s vaginalnom suhoćom i bolovima tijekom seksa, dok tamoksifen nema značajan utjecaj na seksualnu funkciju. Mastektomija može negativno utjecati na tjelesnu sliku, što posljedično može smanjiti seksualnu funkciju. Depresija je često povezana sa seksualnom disfunkcijom kod žena koje boluju od šećerne bolesti, hipertenzije ili raka dojke, naglašavajući važnost probira i liječenja poremećaja raspoloženja u ovim skupinama (14, 15). U istraživanju o bolesnicama s ginekološkim rakom i rakom dojke 70 % žena bilo je zabrinuto zbog svoje seksualne funkcije. Najčešće su prijavljivale suhoću rodnice (55 %) i gubitak libida (51 %). Iako su željele da liječnici započnu razgovor o seksualnom zdravlju, gotovo 50 % tih pacijentica nikada nije razgovaralo o svome seksualnom zdravlju sa zdravstvenim djelatnicima (17 – 22).

Mentalne bolesti ili lijekovi za liječenje psihičkih bolesti također često utječu na seksualno zdravlje. U jednoj je studiji gotovo 30 % pacijenata s anksioznim ili depresivnim poremećajima prijavilo seksualnu disfunkciju, a učestalost se znatno povećala nakon početka uzimanja antidepresiva. Osim toga, depresija može smanjiti samopouzdanje i negativno utjecati na percepciju vlastitog tijela, što dodatno otežava seksualnu aktivnost (11, 23).

Kada je riječ o seksualnom zdravlju bolesnika s kroničnim bolestima, liječnici često pretpostavljaju da je bolesnik previše star ili bolestan da bi bio seksualno aktivan. Međutim, navodi se da je 40 % žena i 50 % muškaraca s partnerima starijim od 65 godina seksualno aktivno. Osim toga, sve se više naglašava da je seksualnost važan aspekt života, što ističe potrebu za uključivanjem pitanja seksualnog zdravlja starijih pacijenata u medicinske preglede (17).

Utjecaj kroničnih respiratornih bolesti poput astme i kronične opstruktivne plućne bolesti na seksualnu aktivnost žene je višestruk. Zaduha koja se javlja tijekom napora može

utjecati na uživanje i trajanje spolnog odnosa. Lijekovi poput beta-blokatora i kortikosteroida djelovat će na kardiovaskularnu funkciju te pridonijeti promjeni srčanog ritma, što dodatno umanjuje seksualnu aktivnost. Od psiholoških čimbenika navode se anksioznost i stres za vrijeme samoga spolnog odnosa, kao i strah od pojave astmatskog napada. Samopoštovanje i samopouzdanje u vezi sa slikom vlastitog tijela zbog promjena u tjelesnoj težini uzrokovanoj primjenom lijekova ili tjelesnih ograničenja, kao i produktivni kašalj, značajno umanjuju opće seksualno zadovoljstvo žene. S obzirom na to da simptomi astme često pokazuju dnevne varijacije, dogovor za odabir pravog vremena za spolnu aktivnost može pomoći u smanjenju negativnog utjecaja na seksualno zadovoljstvo. Istraživanja su potvrdila da čak 82,9 % žena koje boluju od kronične opstruktivne plućne bolesti izvještava o seksualnom nezadovoljstvu (24). Na kvalitetu života i seksualno zadovoljstvo i u ovom slučaju nepovoljno utječu dispneja, kašalj, slabost, smanjena tjelesna kondicija.

Ponekad seksualna aktivnost može biti okidač za alergijsku reakciju. Alergeni iz lijekova i hrane mogu se prenijeti putem tjelesnih tekućina poput sline i sperme, kao i putem samog kontakta s kožom partnera. Lateks u kondomima, tvari u lubrikantima, spermicidima, topikalnim lijekovima i kozmetici potencijalni su okidači za alergijsku reakciju (25, 26). Kronična bol i ograničena pokretljivost kod artritisa mogu otežati fizički aspekt seksualnog odnosa. Bol, ukočenost i nelagoda često odvrćaju žene od seksualne aktivnosti smanjujući libido i mogućnost uživanja u seksu (15).

Cijeli je niz kroničnih bolesti koje utječu na seksualnost poput neuroloških bolesti, kronične bubrežne bolesti, inkontinencije i drugih. Inkontinencija smanjuje učestalost seksualnih odnosa, smanjena je seksualna želja, kao i zadovoljstvo svojim tijelom (27, 28).

Zaključak

Briga o seksualnom zdravlju važan je aspekt cjelokupnog zdravlja svake žene. Pristup seksualnosti treba biti biopsihosocijalni, uključujući fizičke, emocionalne, relacijske i sociokulturološke aspekte. Osnajivanje žena kroz edukaciju, dostupnost zdravstvenih usluga i otvorenost prema vlastitim potrebama i željama može značajno doprinijeti njihovu zadovoljstvu i kvaliteti života.

LITERATURA

1. Bašić-Marković N, Marković R, Tiljak H. Poremećaj seksualne želje i uzbuđenja u žena. *Medix*. 2017;126:131-135. Dostupno na: <https://www.medix.hr/poremecaj-seksualne-zelje-i-uzbudenja-u-zena>. Datum pristupa: 9. 10. 2024.
2. Thomas HN, Thurston RC. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas*. 2016 May;87:49-60. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.02.009.
3. Paraskevi-Sofia K. Female Sexual Desire Disorders. U: Reisman Y i sur. *The ESSM Manual of Sexual Medicine*. Amsterdam, Medix, 2015. str. 758-780.
4. Singer Kaplan H. Psihoterapija poremećaja seksualne želje. Naklada Slap. Jastrebarsko. 2003. str. 35-77
5. Bašić-Marković N. Povezanost prekomjerne tjelesne mase i debljine s pojedinim aspektima seksualnosti (Doktorska disertacija). Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku. Medicinski fakultet. 2012.
6. Nekić M. Razlike i sličnosti između muške i ženske seksualnosti. U: Mrduljaš-Đujić N i sur. *Osnove seksualne medicine*. Redak. Split. 2017. str. 27-40.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association. Washington, D.C. 2013. 433-440.
8. Shifren JL. Overview of sexual dysfunction in females: Epidemiology, risk factors, and evaluation. U: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. Dostupno na: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-sexual-dysfunction-in-females-epidemiology-risk-factors-and-evaluation/print>. Datum pristupa: 9. 10. 2024.
9. Sharma JB, Kalra B. Female sexual dysfunction: Assessment. *J Pak Med Assoc*. 2016 May;66(5):623-6.
10. Burri AV. Female Orgasmic Disorder. U: Reisman Y i sur. *The ESSM Manual of Sexual Medicine*. Amsterdam, Medix, 2015. str. 804-823.
11. Mrduljaš-Đujić N. Poremećaji seksualnih funkcija uzrokovani lijekovima. U: Mrduljaš-Đujić N i sur. *Osnove seksualne medicine*. Redak. Split. 2017. str. 111-22
12. Šamanović I. Najčešći seksualni poremećaji u žena. U: Mrduljaš-Đujić N i sur. *Osnove seksualne medicine*. Redak. Split. 2017. str. 57-68.
13. Kingsberg S, Kellog Spadt S. Female sexual pain: Evaluation. U: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. Dostupno na: <https://www.uptodate.com/contents/female-sexual-pain-evaluation>.]. Datum pristupa: 9. 10. 2024.
14. Kim SJ, Kim J, Yoon H. Sexual pain and IC/BPS in women. *BMC Urol*. 2019 Jun 6;19(1):47. doi: 10.1186/s12894-019-0478-0.
15. Vrdoljak D. Kronične nezarazne bolesti i njihov utjecaj na seksualnost. U: Mrduljaš-Đujić N i sur. *Osnove seksualne medicine*. Redak. Split. 2017. str. 103-110.
16. Thomas HN, Neal-Perry GS, Hess R. Female Sexual Function at Midlife and Beyond. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018 Dec;45(4):709-722. doi: 10.1016/j.ogc.2018.07.013.
17. Manninen SM, Polo-Kantola P, Vahlberg T, Kero K. Patients with chronic diseases: Is sexual health brought up by general practitioners during appointments? A web-based study. *Maturitas*. 2022 Jun;160:16-22. doi: 10.1016/j.maturitas.2022.01.014.
18. Bašić-Marković, N., Marković, R. Arterijska hipertenzija i šećerna bolest – partneri u seksualnom životu. *Medix*. 2018;24(133/144): 134-7.
19. Balon R, Segraves RT. *Clinical manual of sexual disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2009.
20. Calmasini FB, Klee N, Webb RC, Priviero F. Impact of Immune System Activation and Vascular Impairment on Male and Female Sexual Dysfunction. *Sex Med Rev*. 2019 Oct;7(4):604-613. doi: 10.1016/j.sxmr.2019.05.005.

21. Zhong Q, Anderson Y. Management of Hypertension with Female Sexual Dysfunction. *Medicina (Kaunas)*. 2022 May 5;58(5):637. doi: 10.3390/medicina58050637.
22. Arthur SS, Dorfman CS, Massa LA, Shelby RA. Managing female sexual dysfunction. *Urol Oncol*. 2022 Aug;40(8):359-365. doi: 10.1016/j.urolonc.2021.06.006.
23. Lorenz T, Rullo J, Faubion S. Antidepressant-Induced Female Sexual Dysfunction. *Mayo Clin Proc*. 2016 Sep;91(9):1280-6. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.04.033.
24. Arzu Özkarağaçlı M, Kutsal C. Female sexual dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease. *Colomb Med (Cali)*. 2023 Jun 18;54(2):e2025633. doi: 10.25100/cm.v54i2.5633.
25. Farver-Vestergaard I, Frederiksen Y, Zachariae R, Rubio-Rask S, Løkke A. Sexual Health in COPD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2022 Feb 9;17:297-315. doi: 10.2147/COPD.S347578.
26. Soriano JB, Polverino F. Sexual activity and respiratory disease: A systematic review. *Respir Med*. 2024 Jul;228:107665. doi: 10.1016/j.rmed.2024.107665.
27. Bašić Marković N, Marković R, Popović B, Zavidčić T. Inkontinencija i seksualna funkcija kod žena starije dobi. *World of Health* 2022;(5):68-73. Dostupno na: https://www.fzsri.uniri.hr/files/IZ-DAVACKA_DJELATNOST/CasopisWOH/10_Markovic_world-of-health-2022-n5-68-73.pdf. Datum pristupa: 9. 10. 2024.
28. Szmidt MK, Granda D, Madej D, Sicinska E, Kaluza J. Adherence to the Mediterranean Diet in Women and Reproductive Health across the Lifespan: A Narrative Review. *Nutrients*. 2023 Apr 28;15(9):2131. doi: 10.3390/nu15092131.

**ADRESA ZA DOPIŠIVANJE:**

doc. dr. sc. Nina Bašić Marković, dr. med.
Ustanova za primarnu zdravstvenu zaštitu Srdoči
Srdoči 65d, 51 000 Rijeka
e-mail: nina.basic@hi.t-com.hr

PRIMLJENO/RECEIVED:

15. rujna 2024./September 15, 2024

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

9. listopada 2024./October 9, 2024

