

# PRESEČNA PREVALENČNA EPIDEMIOLOŠKA RAZISKAVA: SPOLNE MOTNJE PRI ŽENSKAH V SLOVENIJI

1

<b>Sodelujoč</b>	<b>Institucija</b>
<b>doc. dr. Andrej Starc</b>	Zdravstvena fakulteta – Katedra za javno zdravje
<b>doc. dr. Raja Gošnak Dahmane</b>	Zdravstvena fakulteta – Predstojnica Katedre za biomedicino v zdravstvu
<b>doc. dr. Polona Mivšek</b>	Zdravstvena fakulteta – Predstojnica Oddelka za babištvo
<b>prof. dr. Ivan Eržen</b>	Direktor Nacionalnega inštituta za javno zdravje
<b>prim. prof. dr. Marjan Bilban</b>	Medicinska fakulteta – Predstojnik Katedre za javno zdravje
<b>prof. dr. Ksenija Geršak</b>	Medicinska fakulteta – Predstojnica Katedre za ginekologijo in porodništvo
<b>prof. dr. Peter Pregelj</b>	Medicinska fakulteta – Predstojnik Katedre za psihiatrijo

**Oktober, 2014**

## KAZALO

<b>1. PREPOZNAVANJE IN OPREDELJEVANJE PROBLEMA TER UTEMELJEVANJE IZHODIŠČ ZA RAZISKAVO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. OPREDELJEVANJE NAMENA IN CILJEV TER HIPOTEZ RAZISKAVE.....</b>	<b>4</b>
<b>2.1 Kratka razlaga (ženskih) spolnih motenj.....</b>	<b>4</b>
<b>2.2 Fiziologija spolnega odnosa .....</b>	<b>5</b>
<b>3. OPREDELJEVANJE ISKANE INFORMACIJE IN POIZVEDOVANJE O MOREBITNI RAZPOLOŽLJIVOSTI ISKANE INFORMACIJE .....</b>	<b>12</b>
<b>4. PRESOJA IZVEDLJIVOSTI NAČRTOVANE RAZISKAVE.....</b>	<b>12</b>
<b>5. PROTOKOL PRESEČNE PREVALENČNE RAZISKAVE ŽSD NA SLOVENSKEM PODROČJU .....</b>	<b>13</b>
<b>6. Reference .....</b>	<b>17</b>

## 1. PREPOZNAVANJE IN OPREDELJAVANJE PROBLEMA TER UTEMELJEVANJE IZHODIŠČ ZA RAZISKAVO

Raziskave na svetoven merilu opozarjajo, da je prevalenca ženskih spolnih disfunkcij (ŽSD) in s tem problematika v družbi zelo pereča. Na področju ŽSD se raziskave osredotočajo na zmanjšano seksualno željo. Avtorji različnih raziskav opozarjajo, da se ŽSD epidemiološko pojavlja kot prevalenca v 40 % (Rosen et al., 1993; Laumann et al., 1994; Laumann, Paik, Rosen, 1999; Lindau et al., 2007; Hayes et al., 2008; Palacios et al., 2009). Na ameriškem področju ocenjujejo prevalenco ŽSD med 25 in 63% (Brock et al., 2003), azijskem področju do 30% (Hong Kong, Kitajska, Koreja, Tajvan in Singapur) (Nicolosi et al., 2004) in v Maleziji je ena od večjih problemov za ločitve (Hatta et al., 2006).

Tradicionalno, ŽSD vključuje motnje poželenja/libido, vzbujenosti, bolečine/nelagodje in inhibicijo orgazma (Rosen et al., 2000). Avtorji navajajo, da se nezanemarljivo število žensk srečuje z motnjami spolne želje, vzbujenosti, navlaženosti, orgazma, zadovoljenosti, bolečinami (med in po koitusu), upoštevanje dispareunije in vaginizem (Basson et al., 2000; Phillips, 2000; Geiss et al., 2003). Smith, Beadle in Shuster (2008) opozarjajo, da ostaja ta problem zdravstveno neobdelan.

Specifično visoka prevalenca ŽSD napoveduje slabšo seksualno delovanje pri ženskah (Chang, Klein, Gorzalka, 2013) v različnih starostnih skupinah, posebej, doseže visoko prevalenco pri starejših ženskah (Derogatis et al., 2008; Burri et al., 2009).

(Ne)normalno spolno delovanje pri ženskah slabo razumemo. Mnogo krat se srečujemo z različnimi težavami pri laboratorijski evalvaciji kot eden od pristopov za diagnosticiranje in/ali zdravljenja<sup>1</sup>. Na področju zdravljenja ostaja vzel koristi hormonskih in ne hormonskih zdravil (npr. testosteron: izboljšuje spolno funkcijo pri postmenopavzalnih ženskah, ki imajo diagnosticirano HSDD (Hipoactive Sexual Desire Dysfunction). Pri tej obliki zdravljenja ni na razpolago dovolj podatkov o učinkih dolgotrajnega zdravljenja in varnosti pacientov; npr. estrogen: izboljšuje dispareunijo, ki je v povezavi z vulvovaginalno atrofijo pri postmenopavzalnih ženskah; npr. inhibitor fosfodiesteraze: dokazan omejen učinek na podskupine ŽSD (Am Fam Physician 2008

Področje ženskih spolnih disfunkcij je zelo kompleksno, saj lahko prizadene ženske v različnih starostnih skupinah. Razprave na tem področju omenjajo, da so bile ženske spolne disfunkcije rekonceptualizirane, in sicer kot ciklični redkeje kot linearna proces (Basson, 2005). Spolni problemi so lahko klasificirani kot seksualni očitki, disfunkcije ali motnje. Torej, motnje obsegajo disfunkcijo v povezavi z osebnostno stisko. Potemtakem, abnormalna funkcija ali spolno nelagodje lahko obstaja četudi motnje (še) niso prisotne (Clayton et al., 1997).

<sup>1</sup> Avtorji Frank, Mistretta in Will (2008) navajajo, da bi lahko za odpravo »tabujak« o ŽSD uporabljali PLISSIT (angl. Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy; ali ALLOW (angl. Ask, Legitimize, Limitations, Open up, Work together), ki bi pripomogli kolajšani diskusiji in pričetku terapije.

Kot terapijo lahko navedemo še kognitivno, individualno in partnersko terapijo, psihoterpijo. Slednje je nekoliko bolj indicirano tiste ženske pri katerih se je ugotovilo fizične abnormalnosti ali druge domnevne komorbiditete.

## 2. OPREDELJEVANJE NAMENA IN CILJEV TER HIPOTEZ RAZISKAVE

Ker avtorji različnih raziskav opredeljujejo kot pomemben in pereč problem velikost prevalece ŽSD med spolno aktivni ženskami je poglavitni namen naše raziskave:

- ugotavljanje prevalece ŽSD med spolno aktivni ženskami različnih starostnih skupin v slovenski populaciji s ciljem
  - a) preglednosti pojava in
  - b) izdelave ustrezne strategije izobraževanja laične in strokovne javnosti ter
  - c) planiranje ustreznih načinov zdravljenja.

Leta 1992 je nacionalna in raziskava (National Health and Social Life Survey) prikazala 43% prevalece pojava ŽSD (Laumann, Paik, Rosen, 1999).

Novjša raziskava, ki je vključevala ženske in moške (27.500) predstavnike v starostni skupini od 40 do 80 let pa je pokazala, da 39% seksualno aktivni žensk poroča o težavah spolne aktivnosti (Nicolosi et al., 2004). Prevalenco ŽSD je težko določiti, ker različne študije uporabljajo različne definicije o normalni ženski spolni funkciji in izvedene so bile v heterogenih populacijah. Vendar skupni imenovalac vseh študijah je zmanjšanje spolne želje, ki ji sledi orgazmična disfunkcija (Carey, 2001; Lewis, et al, 2004; Simons, 2010).

Avtorji Simon in Carey (2001) navajajo prevalenco ŽSD kot sledeče (Tabela1):

Tabela 1. Prevalenca ŽSD

Motnja	Ocenjena prevalenca
<b>Motnje spolne želje</b> Hipoaktivne motnje spolne želje Seksualna averzija	10 do 46 % redke
Motnje ženskega seksualnega vzburjenja	6 do 21 %
Motnje ženskega doživljanja orgazma	4 do 7 % (splošna populacija) 5 do 42 % (v okviru prim. zdr. varstva)
<b>Boleči spolni odnosi</b> Dispareunija	3 do 18 % (splošna populacija) 3 do 46 % (v okviru prim. zdr. varstva) 9 do 21 % (postmenopavzalne ženske) 0.5 do 1 % (splošna populacija)
Vaginizem	do 30 % (v okviru prim. zdr. varstva)

Vir: DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.

### 2.1 Razlaga (ženskih) spolnih motenj

Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (APA, 2011a) je sestavljen iz treh glavnih delov in opredeljuje diagnostične klasifikacije, diagnostičnih meril in opisnega besedila.

Klasifikacija vsebuje seznam duševnih motenj, ki so del diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (DSM). Za vsako motnjo obstajajo diagnostična merila, ki navajajo kateri

simptomi morajo biti prisotni, da se lahko sestavi diagnoza. APA (2000) razvršča spolne motnje v poglavje Spolne motnje in motnje spolne identitete. Spolne disfunkcije so motnje v spolni želji in psihofizioloških spremembah, ki jih opredeljuje spolni odziv cikla in povzročajo stiske ter medsebojne težave. Sem so uvrščene :

- Motnje spolne želje.
- Hipoaktivna motnja spolne želje.
- Motnja seksualne averzije, motnje spolne vznburjenosti.
- Motnja spolnega orgazma.
- Bolečinske spolne motnje (dispareunija, vaginizem).
- Spolne motnje zaradi zdravstvenega stanja.
- Spolne motnje, ki jih povzroča zloraba zdravila in drog ali izpostavljenost toksinu in spolne motenje, ki niso navedene drugje.

Spolne disfunkcije, ki jih ne povzroča organska motnja ali bolezen spadajo v skupino vedenjskih simptomov, povezanih s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki. Značilno za to skupino je da oseba ni sposobna sodelovati pri spolnem odnosu, kot bi sam(-a) to žele(-a). Disfunkcija se pojavlja pogosto, vendar je lahko v nekaterih situacijah odsotna, prisotna je vsaj 6 mesec in je ni mogoče pripisati katerim drugim duševnim in vedenjskim motnjam, telesnim motnjam ali zdravljenju od drog. Gre za naslednje motnje (WHO, 1993):

- Pomanjkanje ali izguba spolne želje.
- Seksualna averzija in pomanjkanje spolnega uživanja.
- Neuspešnost genitalnega odziva.
- Orgazmična disfunkcija.
- Prezgodnja ejakulacija.
- Neorganski vaginizem.
- Neorganska dispareunija.
- Prekomerni spolni nagon.
- Druge spolne disfunkcije, ki jih ne povzroča organska motnja ali bolezen.
- Neopredeljena spolna disfunkcija, ki je ne povzroča organska motnja ali bolezen.

Ženske spolne disfunkcije so bile kategorizirane znotraj štirih kategorij (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV):

1. spolne želje,
2. spolna vznburjenost
3. orgazem in
4. boleč spolni odnos.

Slednje je bilo kritizirano in v nadaljevanju je bila sprejeta definicija ter klasifikacija ženskih spolnih motenj

## 2.2 Fiziologija spolnega odnosa

Fiziološki proces normalnega spolnega odziva pri zdravih moških in ženskah sestavlja štiri faze (Tabela 2).

Tabela 2. Fiziološki proces spolnega odziva

POŽELENJE	želja človeka po spolni dejavnosti
VZBURJENJE	odziv na spolni dražljaj
ORGAZEM	vrhunec spolnega užitka in sprostitve napetosti
RESOLUCIJA	uplahnitev spolovil, refraktarna doba pri moških

### VZBURJENJE

Po vzdraženju se pri ženskah nožnica ovlaži po 10-30 minutah. Sluznica nožnice začne nabrekati pri čemer se nožnica začne širiti, klitoris nabrekne in se podaljša, prsne bradavice otrdijo, velikost prsi se poveča za četrtno zaradi venozne kongestije in ravno tako se poveča tudi areola. Maternica se dvigne v veliko medenico in pričnejo se kontrakcije uterusa kot pri porodu. Pri ženski faza vzbujenja traja dalj časa in jo imenujemo tudi plato faza.

Pri moškem erekcija nastopi v 10-30 sekundah, skrotalna koža odebeli, testisi se nekoliko dvignejo in povečajo za polovico.

Pri obeh spolih je zaznati pospešeni srčni utrip in zvišan krvni tlak. Pri obeh spolih je prisoten občutek spolnega ugodja in užitka.

### ORGAZEM

V poteku spolnega odnosa predstavlja orgazem vrhunec odnosa, za katerega je značilen velik občutek ugodja. Spremljajo ga kontrakcije spodnjih medeničnih mišic, ki obdajajo spolne organe in anus. Orgazem je pogosto povezan z drugimi nehotenimi občutki, kot so kontrakcije na številnih delih telesa, občutek evforije, različni gibi telesa in vokalizacija.

Orgazem predstavlja fiziološki odgovor na vzdraženje. Pri ženski pride do ritmičnih kontrakcij zunanje tretjine nožnice, maternice in

perinealnih mišic. Opažajo, da nekatere ženske ne doživijo ritmičnih kontrakcij medeničnih mišič, druge pa poleg teh kontrakcij doživljajo tudi druge (npr. v ramenih). Pri ženski traja orgazem približno 20 sek. Pri moškem pride do ejakulacije, ko se iz prostate in semenskih mešičkov stvori semenska tekočina, ki se s pomočjo ritmičnih kontrakcij uretre izloči kot seme.

Orgazem traja 3-25 sek. in je povezan z rahlo zameglitvijo zavesti. Spremlja ga povišan srčni utrip in pospešeno dihanje.

### RESOLUCIJA

Faza relaksacije za katero je značilno izločanje hormona oksitocina in prolaktina. V tej fazi nastopi detumescenca ali uplahnitev spolovil – kri izteče iz organov in ti se povrnejo v prvotno stanje, srčni utrip in dihanje se umirita. Če je bil dosežen orgazem je resolucija kratka, v primeru da ne, pa lahko traja 2-6 ur in je povezana z razdražljivostjo in nelagodjem. Resolucija po orgazmu pa prinese občutek zadovoljstva, splošne sprostitve in mišične relaksacije. Moški imajo po orgazmu refraktarno dobo, ki traja nekaj minut ali ur in v tem času ne morejo doseči nadaljnega orgazma. Pri ženskah, ki so sposobne t.i. multiplega orgazma refraktarna doba ne obstaja.

## SPOLNE MOTNJE ali SPOLNA DISFUNKCIJA (SD)

Nanaša se na težave s katerimi se soočata partnerja ali posameznik pri doživljanju spolnega odnosa v kateri koli fazi spolnega odnosa. Najpogosteje se težave kažejo na področju želje po spolnem odnosu, doživljanju vznburjenja in orgazma.

Za terapijo tovrstnih motenj je pomembna psihoterapija in v nekaterih primerih tudi medikamentozno zdravljenje. Pomembno je, da se s pacientom pogovorimo o njegovem splošnem počutju/zdravju in o njegovih težavah s spolnostjo, ter njegovemu spolnemu življenju.

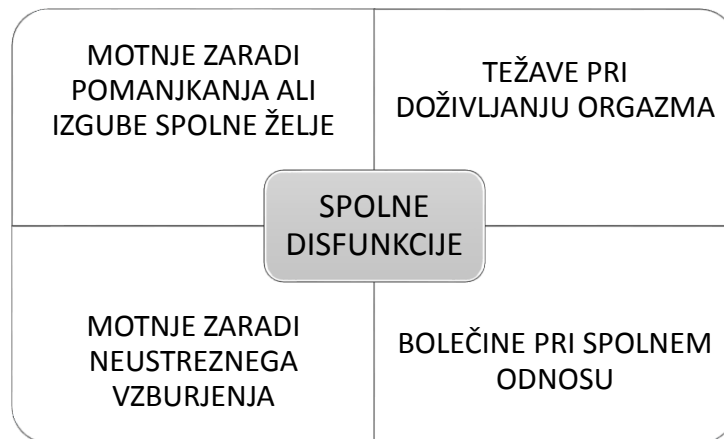
Pri obravnavi pacientov s spolno disfunkcijo moramo biti pozorni na posameznikove občutke krivde, anksioznost, stres in skrbi. Če teh motenj ne obravnavamo ustrezno se bodo po določenem času ponovile in ponovne neustrezne obravnave bodo ustvarile začaran krog neustreznega zdravljenja tovrstnih motenj, kar lahko posledično privede do tega da ljudje ne bodo več iskali pomoči in bodo trpeli tovrstna stanja celo življenje.

Internetne informacije, ki jih pacienti lahko preberejo na različnih spletnih straneh so koristne za širjenje znanja o spolnosti in delovanju človeškega telesa med spolnim odnosom ter težavah, ki pri tem lahko nastanejo, niso pa ustrezne za postavljanje diagnoz in/ali samozdravljenje.

Med najpogostejše SD pri ženskah spadajo pomanjkanje ali izguba spolne želje, neuspešnost genitalnega odziva in bolečina pri spolnem odnosu – dispareunija. Pri moških sta najpogostejši SD erektilna disfunkcija (ED) in prezgodnja ejakulacija. Natančnih podatkov o epidemiologiji ED pri nas nimamo, lahko pa na podlagi kliničnih izkušenj domnevamo, da je stanje pri nas primerljivo z ostalim svetom. Po podatkih iz Velike Britanije je prevalenca SD 35-60%, med najpogostejšimi SD pri ženskah je orgazmična disfunkcija, sledi pomanjkanje spolne želje. Pri moških je prevalenca SD okrog 40%; najpogostejša je erektilna disfunkcija, sledi prezgodnja ejakulacija.

7

Spolne disfunkcije lahko razdelimo v štiri skupine:



## **MOTNJE ZARADI POMANJKANJA ALI IZGUBE SPOLNE ŽELJE**

**POMANJKANJE ALI IZGUBA SPOLNE ŽELJE** je primarna motnja, ki je lahko prisotna pri moškem in ženski. Je posledica pomanjkanja libida-spolne želje do nasprotnega spola in zmanjšan nivo spolne aktivnosti.

**SEKSUALNA AVERZIJA** je motnja pomanjkanja spolne želje-libida, ki je sekundarne narave-posledica neke travmatske izkušnje v otroštvu, posilstva. Človek se izogiba vsakršnim spolnim stikom, spolni odnos mu je neprijeten in ob njem čuti odpor, gnus, tesnobo, strah.

## **MOTNJE ZARADI NEUSTREZNEGA VZBURJENJA EREKILNA DISFUNKCIJA PRI MOŠKIH**

Eretilna disfunkcija (ED) ali impotenca je opredeljena kot nesposobnost doseči in vzdrževati erekcijo za zadovoljiv spolni odnos. Vključuje tudi stanja, ko erekcija za uspešno penetracijo ni dosežena po fiziološki poti. Pojavlja se lahko v več oblikah: kot trajna popolna nesposobnost doseči erekcijo, kot nesposobnost erekcije, ki omogoči zadovoljivo penetracijo, ali kot nesposobnost vzdrževati erekcijo za zadovoljiv spolni odnos.

Vzroki za nastanek te motnje so lahko psihološkega ali fiziološkega izvora. Eden od glavnih fizioloških vzrokov za ED je kontinuirana ali huda poškodba nn. erigentes, kar se lahko zgodi med operacijo prostate in pri kolono-rectalnih posegih. Drugi fiziološki vzroki so še diabetes, ateroskleroza, procesi povezani s staranjem (fibroza, kalcifikacija in obliteracija kavernoznega žilja), venookluzivna disfunkcija kavernoznih prostorov.

Dejavniki tveganja za nastanek ED so: zvišan krvni tlak, dislipidemija, sladkorna bolezen, kajenje, sedeč poklic, hipertrofija prostate itd. ED lahko nastane tudi iatrogeno zaradi jemanja določenih zdravil (antipsihotiki, antidepresivi, zdravila za zniževanje krvnega tlaka).

Pri moških po totalni prostatektomiji zaradi raka prostate je ED neizbežen izid.

Glavni psihološki vzrok za ED je anksioznost.

Pri 90% moških starih nad 50 let najdemo organski vzrok težave ali pa je ED posledica uporabe zdravil, samo v 10% gre za psihogene vzroke.

## **SPECIFIČNE TEŽAVE PRI VZBURJENJU PRI ŽENSKAH**

### **TEŽAVE PRI DOŽIVLJANJU ORGAZMA**

**ANORGAZMIJA** pomeni težave pri doživljanju orgazma. Pri tej motnji se orgazem sploh ne pojavi ali pa je zakasnel. Povzroča stisko pri posamezniku in je mnogo pogostejša pri ženskah, kot pri moških. Približno 15% žensk poroča o težavah pri doživljanju orgazma. 50-60% žensk ne bo nikoli doživelo orgazma pri vaginalnem spolnem odnosu, vendar le s stimulacijo klitorisa. Le 30% žensk doživi orgazem pri vaginalnem odnosu.

Vzroki zanjo so lahko psihogeni (depresija, anksioznost), organski ali zaradi zdravil. Ženske po histerektomiji izgubijo prispevek kontrakcije maternice pri orgazmu. Orgazmično disfunkcijo lahko spremlja zmanjšan libido, suhost nožnice in dispareunija.



## **BOLEČINE PRI SPOLNEM ODNOSU**

**DISPAREUNIJA** pomeni boleči spolni odnos. Lahko je psihogena ali organska. Psihogena je redkejša, vzrok pa je strah pred penetracijo, nerešen psihični kompleks. Vzroki organske dispareunije so: nezadostna vaginalna lubrikacija, vulvovaginitis, lokalna travma, uretritis, cervicitis, genitalni rak, spremenjena anatomija ženskih genitalij (retrovertiran uterus).

**VAGINIZEM** je nehoteni spazem mišic vaginalne stene med spolnim odnosom (nehoteni krč mišice pubococygeus, ki je del medeničnega dna). Organska vzroka sta vaginalna infekcija in iritacija, psihogena pa strah pred bolečino in penetracijo.

**VULVODINIJA ALI VULVARNI VESTIBULITIS** predstavlja občutek pekoče bolečine pri spolnem odnosu, ki naj bi bila povezana s težavami na koži vulve in sluznici vagine. Vzrok za to motnjo je neznan.

## **DRUGE SPOLNE MOTNJE PRI MOŠKIH**

**EREKILNA DISFUNKCIJA ZARADI ŽILNIH BOLEZNI** (star bolnik z aterosklerozo – dejavniki tveganja so visok krvni tlak, sladkorna bolezen, periferna žilna bolezen, kajenje)

**EREKILNA DISFUNKCIJA ZARADI POMANJKANJA HORMONOV** Klinefelterjev sindrom, obsevanje, kemoterapija, okužba z virusom mumpsa v otroštvu, možganski tumorji, hipertiroidizem, hipotiroidizem, motnje v delovanju nadledvične žleze.

## **STRUKTURNE ABNORMALNOSTI PENISA**

**(Peyronijeva bolezen)** Peyronijeva bolezen je neprijetno in neželjeno krivljenje uda pri erekciji. V ovojnici brecilnih teles začnejo nastajati zatrdline, ki jih največkrat povzročijo majhne poškodbe tkiva v penisu. Poškodovano tkivo ni sposobno akumulirati krvi pri čemer se penis lahko ukrivi.

**ZDRAVILA IN EREKILNA DISFUNKCIJA** (zdravila za zniževanje krvnega tlaka, antipsihotiki, antidepresivi, sedativi, narkotiki, antacidi, alkohol, finasterid-zdravilo za zdravljenje hipertrofije prostate).

**PRIAPIZEM** (boleča erekcija, ki lahko traja več ur in se pojavlja v odsotnosti spolnega vzdraženja, do tega stanja pride zaradi motenj v krvnem pretoku v spolnem udu - ni odvajanja krvi iz spolnega uda, če stanja ne zdravimo lahko pride do brazgotinjenja tkiva in izgube erektilne funkcije).

**PREZGODNJA EJAKULACIJA** Moški ne zmore hotno nadzorovati ejakulatornega refleksa, pride do prehitrega izliva semena. Vzrok prezgodnje ejakulacije je najpogosteje anksioznost (strah pred neuspehom, strah ali ambivalenca do dominantne partnerke).

## **KOMORBIDNOST DEPRESIJE IN SPOLNE DISFUNKCIJE**

Komorbidnost depresije in SD je zelo pogosta. Eden od simptomov in hkrati eden od diagnostičnih kriterijev za depresijo je motena spolnost. Dokazano je bilo, da imajo depresivni moški zmanjšan libido, motnje erekcije in so na splošno manj spolno aktivni.

Mehanizem erekcije se kaže kot zmanjšanje nočne erekcije (ki po zdravljenju depresije izzveni). SD je lahko tudi vzrok za motnje razpoloženja. Pri moških z ED so ugotovili višjo incidenco anksioznosti, somatskih težav in ŽSD so lahko definirane tudi kot primarne (trajajo celo

življenje) ali sekundarne (pridobljene) ali kot situacijske (pripetijo se samo v določenih situacijah ali z določenim partnerjem) ali generalizirane (pripetijo se v vseh situacijah in z vsemi partnerji) (Basson, Althof, Davis, 2004; Crowley, Richardson, Goldmeier, 2006).

## PATOFIZIOLOGIJA

Identificirani so številni vzročni dejavniki in dejavniki, ki vplivajo na ŽSD (tabela 3)

Table 3. Vzroki ŽSD

<b>Vzrok</b>	<b>Primeri</b>	<b>Seksualna simptomatika</b>
Hormonalno /endokrino	Motnja Hipotalamične-hipofizne osi, kirurška /medicinska KASTRACIJA, menopavza, dolgotrajno uživanje oralnih KONTRACEPTIVOV, preurana odpoved jajčnikov	zmanjšan libido/želja, vaginalna suhost, zmanjšanje vzburjenosti
Mišična	Hiper ali hipotonija mišic medeničnega dna	Hipertonija: boleč spolni odnos Hipotonija: vaginalna hipoestezija, koitalna anorgazmija, urinska inkontinenca v povezavi s seksualno aktivnostjo
Nevrogeno	Poškodbe hrbtenjače; motnje centralnega ali perifernega živčnega sistema (e.g., diabetes, poškodbe zgornjega motoričnega nevrona)	Anorgazmija
Psihogeno	Težave v odnosu z drugo osebo, slaba samopodoba, zmanjšano samospoštovanje, motnje razpoloženja, stranski učinki psihotropnih snovi	zmanjšan libido/želja, zmanjšanje vzburjenosti, hipoestezija, anorgazmija
Vazogeno	Zmanjšan krvni pretok v področje genitalij zaradi ateroskleroze, vpliv hormonov, travma	Vaginalna suhost, dispareunija

Normalna spolna funkcija je delno odvisna od spolnih hormonov in nevrotansmitorjev na ravni centralnega in perifernega živčevja (tabela 4):

Tabela 4. Spolni hormoni in učinki

Spolni hormoni ali nevrotansmitorji	Prizadeta spolna funkcija	Vrsta učinka	Pripomba
Dopamin	želja, vzburjenost	Pozitivno	Lahko promovira pripravljenost k nadaljevanju seksualne aktivnosti, četudi se je pričela
Estrogen	vzburjenost, želja	Pozitivno	Pomanjkanje estrogena je v povezavi z vaginalno atrofijo, zmanjšano navlaženost, odebelitvijo genitalij in občutenjem
Dušikov oksid	odebelitev klitoričnega tkiva	Pozitivno	Ustrezne ravni estrogena in testosterona so potrebne, da lahko dušikov oksid omogoči odebelitev genitalij
Noradrenalin	vzburjenost	Pozitivno	-
Oksitocin	dovzetnost, orgazem	Pozitivno	V povezavi s povečano perinealno kontrakcijo in orgazmom
Progesteron	dovzetnost	Pozitivno	Lahko je neestrogeno
Prolactin	vzburjenost	<i>Negativno</i>	-
Serotonin	vzburjenost, želja	Pozitivno in negativno	Inhibitor noradrenalina in dopamina; lahko pripomore k lažji kontrakcij uterusa med orgazmom ali pa lahko inhibirajo orgazem z različnimi mehanizmi
Testosterone	želja, inhibicija seksualne aktivnosti	Pozitivno	Zmanjšane vrednosti testosterona v obtoku ni jasne povezave z zmanjšano seksualno željo
Vasoaktivni intestinalni peptid	Odebelitev klitoričnih tkiv	Pozitivno	-

Spolno željo razumemo kot spontana želja na podlagi seksualnih misli, sanj ali fantazij ali sekundarno na podlagi kognitivne motivacije. Pri nekaterih ženskah posebej pri tistih v dolgotrajni vezi lahko neseksualni motivatorji vplivajo na spolne želje (čustvena bližina, občutek biti ljubljen) (Basson et al., 2004).

Pri spolni vzburjenosti pride do otekline genitalij, ki omogoča vaginalno navlaženost, odebelitev in podaljšanje vagine; dilatacijo vaginalnih sten in

povečanje klitorisa in vestibobulbarnih žlez. Fiziološki učinki vzburjenosti so slabo korelirani z subjektivno vzburjenost. Potemtakem, ženska, ki trpi za motnjo vzburjenosti ima lahko genitalno odebelitvijo kot odgovor na seksualne stimulse, vendar ni prisoten občutek subjektivne vzburjenosti. Ženska je lahko tudi fizično zadovoljena četudi ne doživi orgazma. Pozitivni fizični občutek pripomore kasnejšo motivacijo in dovzetnost.

### 3. OPREDELJEVANJE ISKANE INFORMACIJE IN POIZVEDOVANJE O MOREBITNI RAZPOLOŽLJIVOSTI ISKANE INFORMACIJE

- Informacije bomo poiskali z validiranim instrumentom FSDI (Female Sexual Disorder Index). Slednji nam bo služili za ovrednotenje prevalece ŽSD v Sloveniji.
- FSDI ima močne merilne značilnosti, zaradi preproste faktorske strukture in dobro notranjo konsistenco (Masheb et al., 2004; Wiegel et al., 2005; Heino et al., 2007; Sidi et al., 2007; Forbes, Baillie, Schniering, 2014). Je odličen specifični in občutljiv za izvedbo screening HSDD (Hipoactive Sexual Desire Disorder) (Isidori et al., 2009; Gerstenberger et al., 2010), validacijo žensk s primarno diagnozo FOD (Female Orgasmic Disorder) in HSDD (Mestom, 2003).

*Primer:*

*Študija Isidori et al. (2010): 165 žensk: 19% bolečine, 38% motnje orgazma, 40% motenj lubrikacije, 43% motenje vzburjenja, 73% imajo HSDD*

*Študija Meston in Derogatis (2003): n= 71, FOD in n=44 HSDD*

12

### 4. PRESOJA IZVEDLJIVOSTI NAČRTOVANE RAZISKAVE

- Rezultati študije bodo podajali temelje za nadaljnjo spremljanje prevalece in iztočnice za ustrezno obravnavanje in zdravljenje ŽSD.
- Izvedba zahteva nesebično sodelovanje vseh specialističnih ambulant za ginekologijo in porodništvo ter ambulant za spolne motnje na primarni in sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti (razdeljevanje anketnih vprašalnikov, hranjenje le teh do izročitve).
- Raziskava je izvedljiva na slovenski ženski in spolno aktivni populaciji različnih starostnih skupin.
- Raziskava je odločilnega pomena, da lahko pridemo to informacije o prevalenci ŽSD.
- Zbrani podatki in rezultati bodo služili kot izhodišča za nadaljnja raziskovanja; nudili bodo pregled trenutnega stanja ŽSD; rezultati bodo služili za oblikovanje zdravstvenih strategij, izobraževalnih programov za laično in strokovno javnost in detabuizacijo problema.

## 5. PROTOKOL PRESEČNE PREVALENČNE RAZISKAVE ŽSD NA SLOVENSKEM PODROČJU

### 1. Načrtovanje izvedbe raziskave

#### a. Izbor metod dela

Opredelitev in/ali utemeljitev:

- **Pilotna študija:** za testiranje prevedenega anketnega vprašalnika bomo na študentkah Zdravstvene fakultete izvedli pilotno študijo. S pomočjo pilotne študije bomo ugotavljali notranjo konzistentnost vprašalnika (Chronbachov alfa).
- **Ciljna populacija:** ženska spolno aktivna populacija različnih starostnih skupin.
- **Metoda vzorčenja:** preprosto naključno vzorčenje s pomočjo presečne prevalečne epidemiološke raziskave, slednja bo potekala znotraj desetih (10) območnih enotah (OE) (po ZZS, glej str. 15), in sicer v vsaki OE bomo naključno izbrali eno ambulanto za ginekologijo in porodništvo ter ambulanto za duševne motnje na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. V kolikor bo v OE tudi sekundarna dejavnost, znotraj katere se izvaja specialistična ginekološka in porodniška ter psihiatrična dejavnost, bomo ne naključno izbrali tudi slednje. Nenaključno bomo izbrali tudi Spolno ambulanto, ki se izvaja znotraj Psihiatrične klinike na terciarni zdravstveni dejavnosti.
- **Velikost vzorca:** v vzorec bodo vključene ženske, ki bodo v terminu od xx.xx.xxxx do xx.xx.xxxx obiskale ginekološko ambulanto/dispanzer in ambulanto za spolne motnje ter ambulanto za duševne bolezni. Predvidevamo, da bo vzorec vseboval od 6.000 do 8.000 enot ter katere bodo v celoti izpolnile anketna vprašalnika.
- **Metoda:** uporabili bomo kvantitativno metodo pri čemer bomo za analizo uporabili računalniški program SPSS; uporabili naslednje statistične analize: dvorazsežnostne frekvenčne preglednice (bivariatna analiza, hi-kvadrat statistika); uporabljena bo metoda ugotavljanja notranje konsistentnosti (Cronbachov alfa) za oceno zanesljivosti merjenja indeksov (faktorska analiza); ugotavljanje povezanosti med predlaganimi kontrolnimi spremenljivkami bo temeljilo na indeksaciji, F-testu, linearni regresiji; faktorsko analizo in hi-kvadrat.
- **Izsledki** bodo predstavljeni v končnem poročilu, članku in v ustrezni publikaciji.

#### b. Opredelitev etičnih načel

Etično komisijo Republike Slovenije bomo zaprosili za soglasje. Sodelujoče v epidemioloških raziskavi bomo seznanili, da bodo s sodelovanjem storili nekaj koristnega za svoje zdravje in zdravje drugih ljudi. Vsako sodelujočo v raziskavi bomo ustno in pisno seznanili z namenom in potekom raziskave. Vsaka ženska, ki se bo odločila za sodelovanje v raziskavi bo imela pravico, da lahko kadarkoli izstopi iz raziskave. Za pristanek k raziskavi se bo štelo, če prostovoljno vrne izpolnjen vprašalnik.

Zaradi spoštovanja pravice do zasebnosti posameznika in zaupnosti podatkov bos anketni vprašalnik popolnoma anonimen.

### **c. Načrtovanje izvedbe raziskave v času.**

Čas trajanja: od xx.xx.xxxx. do xx.xx.xxxx.

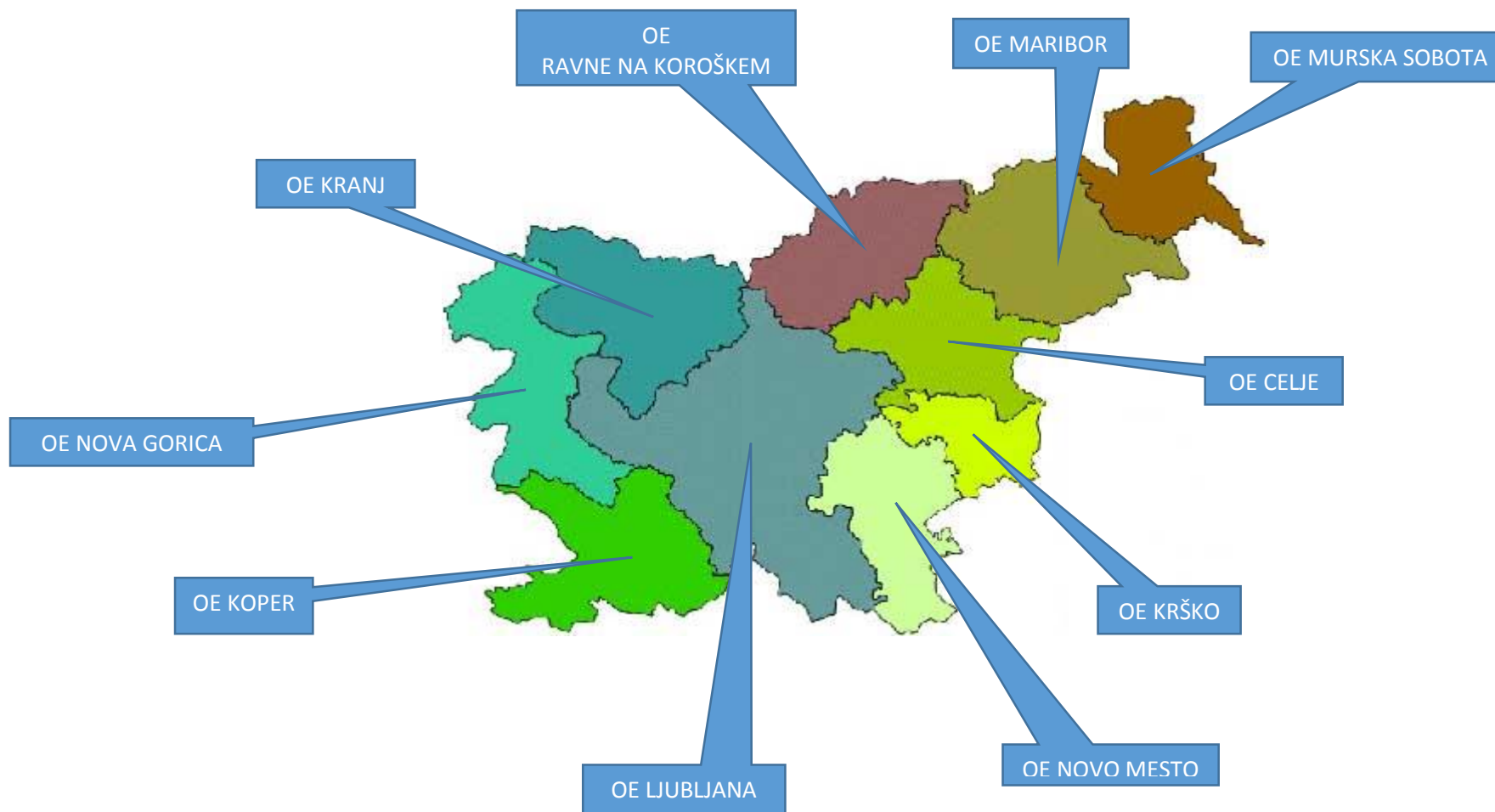
V grobem lahko izvedene faze empiričnega raziskovanja razčlenimo v naslednje korake:

1. priprava prevedenega merskega instrumenta in vzorčnih načrtov za zbiranje podatkov med pripadniki opazovanih segmentov populacije,
2. anketiranje vzorca ženske spolno aktivne populacije različnih starostnih skupin,
3. urejanje zbirk podatkov (ankete),
4. opisna (uni- in bivariatna) analiza odgovorov na anketo,
5. opredelitev kontrolnih spremenljivk, bivariatna povezava indeksov s kontrolnimi spremenljivkami, preverjanje zanesljivosti in veljavnosti merjenja konceptov na dva načina: neposredno (Cronbachov alfa) in posredno (eksploratorna faktorska analiza vseh v analizo vključenih spremenljivk),
6. primerjava delnih ugotovitev, interpretacija, priporočila.

### **d. Opredeljevanje odnosa med raziskavo in javnostjo.**

Zbrani podatki in analiza rezultatov bo v obliki publikacije dostopno širši laični in strokovni javnosti.

## Območne enote – EO



## OE - SPECIFIKACIJA

<b>OE KOPER</b> <b>ZDRAVSTVENI DOM:</b> ILIRSKA BISTRICA IZOLA KOPER PIRAN SEŽANA	<b>OE NOVA GORICA</b> <b>ZDRAVSTVENI DOM:</b> AJDOVŠČINA OSNOVNO VARSTVO NOVA GORICA TOLMIN	<b>OE KRANJ</b> <b>ZDRAVSTVENI DOM:</b> OSNOVNO ZDRAVSTVO GORENJSKE
<b>OE LJUBLJANA</b> <b>ZDRAVSTVENI DOM:</b> ŽELEZNIŠKI ZDRAVSTVENI DOM LJUBLJANA DOMŽALE DR. BOŽIDARJA LAVRIČA – CERKNICA DR. JANEZA ORAŽMA RIBNICA DR. JULIJA POLCA KAMNIK GROSUPLJE HRASTNIK IDRIJA IVANČNA GORICA KOČEVJE LITIJA LJUBLJANA LOGATEC MEDVODE TRBOVLJE VRHNIKA ZA ŠTUDENTE UNIVERZE V LJUBLJANI ZAGORJE OB SAVI	<b>OE RAVNE NA KOROŠKEM</b> <b>ZDRAVSTVENI DOM:</b> DRAVOGRAD RADLJE OB DRAVI RAVNE NA KOROŠKEM SLOVENJ GRADEC VELENJE ZGORNJESAVINJSKI ZDRAVSTVENI DOM NAZARJE	<b>OE CELJE</b> <b>ZDRAVSTVENI DOM:</b> CELJE DR. JOŽETA POTRATE ŽALEC LAŠKO RADEČE SLOVENSKE KONJICE ŠENTJUR ŠMARJE PRI JELŠAH
<b>OE KRŠKO</b> <b>ZDRAVSTVENI DOM:</b> BREŽICE KRŠKO SEVNICA	<b>OE NOVO MESTO</b> <b>ZDRAVSTVENI DOM:</b> ČRNOMELJ METLIKA NOVO MESTO TREBNJE	<b>OE MARIBOR</b> <b>ZDRAVSTVENI DOM:</b> ORNJA RADGONA ZDR.POST.VIDEM LOKACIJA VIDEM OB ŠČAVNICI DR. ADOLFA DROLCA MARIBOR LENART ORMOŽ
<b>OE MURSKA SOBOTA</b> <b>ZDRAVSTVENI DOM:</b> GORNJA RADGONA LENDAVAL LJUTOMER MURSKA SOBOTA		



## 6. Reference

1. Am Fam Physician 2008;77(5):635-642
2. Basson R (2005). Women's sexual dysfunction: Revise and expanded definitions [review]. CMAJ 172: 1327-1333.
3. Basson R et al. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definition and classifications. J Urol 183: 888-893.
4. Brock G et al. (2003). Prevalence of sexual dysfunction among mature men and women in USA, Canada, Australia and New Zealand. In: American Urological Association 98th Annual Meeting: Chicago, Illinois.
5. Burri AV, Cherkas LM, Spector TD (2009). The genetics and epidemiology of female sexual dysfunction: A review. J Sex Med 6: 646-657.
6. Clayton, AH, McGarvey EL, Clavet GJ (1997). The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): Development, reliability, and validity. Psychopharmacology Bulletin 33: 731-745.
7. Derogatis LR et al. (2008). Development and evaluation of the Women's Sexual Interest Diagnostic Interview (WSID): A structured interview to diagnose hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in standardized patients. J Sex Med 5: 2827-2841.
8. Frank JE, Mistretta P, Will J (2008). Diagnosis and Treatment of Female Sexual Dysfunction. American Family Physician 77(5): 635-642.
9. Geiss IM et al. (2003). Prevalence of female sexual dysfunction in gynecologic and urogynecologic patients according to the international consensus classification. Urology 62: 514-518.
10. Gerstenberger EP et al. (2010). Sexual desire and the Female Sexual Function Index (FSFI): A sexual desire cutpoint for clinical interpretation of the FSFI in women with and without hypoactive sexual desire disorder. J Sex Med 7: 3096-3103.
11. Harlow BL, Stewart EG (2003). A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: Have we underestimated the prevalence of vulvodynia? Journal of the American Medical Women's Association, 58: 82-88.
12. Harlow BL, Wise LA, Stewart EG (2001). Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 185: 545-550.
13. Hatta S, Abdullah N, Puteh SEW, Midin M (2007). The Female Sexual Function Index (FSFI): Validation of the Malay Version. J Sex Med 2007 4: 1642-1654.
14. Hatta S, Hatta SM, Ramli H (2006). Seksualiti Manusia: Keharmonian Jalinan Antara Jantina. Dewan Bahasa dan Pustaka. Edisi-Ke 2 [Human sexuality: The harmony between sexes. 2nd edition]. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa Pustaka Publisher.
15. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Fairley CK (2008). What is the "true" prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? J Sex Med 2008 5:777-787.

16. Isidori MA, Pozza C, Esposito K, Giugliano, Morano S, Vignozzi L, Corona G, Lenzi A, Jannini (2010). Development and Validation of a 6-Item Version of the Female Sexual Function Index (FSFI) as a Diagnostic Tool for Female Sexual Dysfunction. *J Sex Med* 7:1139-1146.
17. Laumann EO, Paik A, Rosen R (1999). Sexual dysfunction in the United States. *JAMA* 281: 537–544.
18. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
19. Legocki LJ, Aikens JE, Sen A, Haefner HK, Reed BD (2013). Interpretation of the Sexual Functioning Questionnaire in the Presence of Vulvar Pain. *J Low Genit Tract Dis*. July 17(3): 273–279.
20. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O’Muircheartaigh CA, Waite LJ (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 357: 762–774.
21. Meston CM (2003) Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Ther* 29(1):39–46.
22. Meston CM, Derogatis LR (2002). Validated instruments for assessing female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy* 28: 155-164.
23. MEYER-BAHLBURG HFL, DOLEZAL C (2007). The Female Sexual Function Index: A Methodological Critique and Suggestions for Improvement. *Journal of Sex & Marital Therapy* 33 :217–224.
24. Forbes MK, Baillie AJ, Schniering CA (2014). Critical Flaws in the Female Sexual Function Index and the International Index of Erectile Function. *Journal of Sex Research* 51(5): 485–491.
25. Nicolosi A et al. (2004). Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology* 64(5): 991-997.
26. Palacios S, Castano R, Graziotin A (2009). Epidemiology of female sexual dysfunction. *Maturitas* 63:119–23.
27. Phillips NA (2000). Female sexual dysfunction: Evaluation and treatment. *Am Fam Physician* 62: 127–136, 141–142.
28. Quirk FH et al. (2002). Development of a sexual function questionnaire for clinical trials of female sexual dysfunction. *J Womens Health Gen Med* 11: 277–289.
29. Reed BD et al. (2004). Pain at the vulvar vestibule: a Web-based survey. *J Lower Genit Tract Dis*. 8(1): 48–57.
30. Reed BD et al. (2012). Prevalence and demographic characteristics of vulvodynia in a population-based sample. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 206(2): 170, e1–e9.
31. Masheb RM et al. (2004). Assessing Sexual Function and Dyspareunia with the Female Sexual Function Index (FSFI) in Women with Vulvodynia. *Journal of Sex & Marital Therapy* 30: 315-324.
32. Rosen R et al. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 26: 191–208.
33. Rosen R et al. (1993). Prevalence of sexual dysfunction in women. Results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 19, 171–188.
34. Chang SCH, Klein C, Gorzalka BB (2013). Perceived Prevalence and Definitions of Sexual Dysfunction as Predictors of Sexual Function and Satisfaction. *Journal of sex research* 50(5): 502–512.

35. Simons JS, Carey MP (2001) Sexual and gender identity disorders. In: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000:493-538.
36. Smith WJ, Beadle K, Shuster EJ (2008). The impact of a group psychoeducational appointment on women with sexual dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 198: 697–6.
37. WHO (1993). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. [http://www.who.int/classifications/icd\(en/GRNBOOK.pdf](http://www.who.int/classifications/icd(en/GRNBOOK.pdf).
38. Wiegel M, Meston C, Rosen R (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther* 31: 1–20.