

Funkcjonowanie seksualne kobiet w średnim wieku – przegląd piśmiennictwa

Sexual functioning of middle-aged women: a literature review

Jarosław Stusiński, Zbigniew Lew-Starowicz

Zakład Seksuologii Medycznej i Psychoterapii, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Warszawa;
kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Zbigniew Lew-Starowicz

Przeгляд Menopauzalny 2012; 2: 87–92

Streszczenie

Niniejszy artykuł stanowi przegląd piśmiennictwa medycznego na temat funkcjonowania seksualnego kobiet w średnim wieku. W badaniach poświęconych tej kwestii, poza dążeniem do ulepszenia farmakoterapii zaburzeń seksualnych, równie duży nacisk kładziony jest na aspekty psychospołeczne i relacyjne seksualności w omawianej grupie. Wszystkie te kwestie wydają się bowiem istotne dla skutecznego leczenia problemów seksualnych u kobiet w każdym wieku.

Słowa kluczowe: funkcjonowanie seksualne, wiek średni, kobieca seksualność.

Summary

This article is a review of medical literature on the sexual functioning of middle-aged women. In studies on this issue, apart from the aspiration to improve the pharmacotherapy of sexual dysfunction, an equally strong emphasis is put on psychosocial and relational aspects of sexuality in this group. All these issues seem to be important for effective treatment of sexual problems in women of all ages.

Key words: sexual functioning, middle age, female sexuality.

Wbrew potocznym opiniom, problematyka funkcjonowania seksualnego osób w starszym wieku spotyka się z względnie dużym zainteresowaniem – nie tylko w aspekcie medycznym, ale także i psychospołecznym. Niniejsza praca stanowi przegląd piśmiennictwa naukowego poświęconego problematyce funkcjonowania seksualnego kobiet w średnim wieku. Przegląd ten ograniczono do publikacji, które ukazały się w ciągu ostatnich 5 lat w „The Journal of Sexual Medicine” oraz „Menopause” – czasopismach subiektywnie uznanych za najbardziej reprezentatywne dla światowego piśmiennictwa naukowego poświęconego omawianemu zagadnieniu, a także w „Przeглядzie Menopauzalnym”, aby uwzględnić również publikacje na ten temat, które ukazały się w Polsce.

Shifren w swojej analizie poświęconej badaniom dotyczącym funkcjonowania seksualnego kobiet, w tym *National Social Life, Health, and Aging Project, Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)* i *Menopause Epidemiology Study*, stwierdza, że większość kobiet w średnim wieku nie tylko współżyje seksualnie, ale

także uważa seksualność za istotną część swojego życia. Autor ten wymienia czynniki, które przyczyniają się do satysfakcjonujących funkcji seksualnych u starzejących się kobiet. Obejmują one stan zdrowia – zarówno w aspekcie fizycznym, jak i psychicznym, zmienne odnoszące się do relacji uczuciowych, a także dostępność partnera, nietrzymanie moczu oraz suchość pochwy. Ponadto uważa on, że objawowe leczenie atrofii sromu i pochwy sprzyja poprawie funkcji seksualnych. Shifren zwraca także uwagę na pewne niepokojące i często spotykane zjawisko. Otóż większość kobiet nadal nie omawia ze swoimi lekarzami doświadczanych przez siebie problemów seksualnych, a większość klinicystów nie pyta o to swoich pacjentek [1].

Wierman i wsp. przedstawili podsumowanie naukowych dowodów dotyczących mechanizmów, dzięki którym zmiany hormonalne związane ze starzeniem się, a także zaburzenia endokrynologiczne przyczyniają się do powstawania zaburzeń seksualnych u kobiet. Zdaniem autorów, wyniki wielu badań sugerują, że testosteron w osoczu i/lub stężenia estradiolu nie korelują

Adres do korespondencji:

Zbigniew Lew-Starowicz, Zakład Seksuologii Medycznej i Psychoterapii CMKP, ul. Czerniakowska 231, 00-416 Warszawa

z funkcjami seksualnymi u kobiet. Jednakże ograniczenie dostępnych testów hormonalnych i normalne zakresy referencyjne dla kobiet sugerują, że są potrzebne dodatkowe badania. Niejasne pozostaje podłoże lokalnej produkcji i działania hormonów, a także dobrze udokumentowanego, związanego z wiekiem zmniejszenia ich stężenia, na funkcje seksualne. Na funkcjonowanie seksualne kobiet mogą mieć wpływ naturalna i chirurgiczna menopauza oraz zaburzenia endokrynologiczne. Skutki stosowania terapii hormonalnej, polegającej na podawaniu selektywnych modulatorów receptora estrogenowego i inhibitorów ALs w przypadkach obejmujących podwzgórzowy brak miesiączki, przedwczesną niewydolność jajników, chirurgiczną i naturalną menopauzę czy wywołany chemicznie niedobór estrogenów są zmienne, ale wskazują na korzyści wynikające z terapii hormonalnej w małych dawkach u poszczególnych pacjentek. Badania nad wpływem nadmiaru hormonów obserwowanym w zespole wielotorbielowatych jajników, hormonalnie czynnych jajnikach lub nowotworach nadnerczy, wrodzonym przyroście nadnerczy i wywołanym otyłością hiperandrogenizmem mogą sugerować, że optymalna równowaga hormonalna jest kluczowa do prawidłowego funkcjonowania seksualnego. Do tej pory nie został udowodniony wpływ poprawy kontroli metabolicznej na funkcje seksualne. Warto wspomnieć, że autorzy na zakończenie zaznaczają, że hormony stanowią tylko jeden spośród wielu czynników, które przyczyniają się do normalnego funkcjonowania seksualnego kobiet [2].

Cayan i wsp. porównali efekty stosowania terapii hormonalnej w postaci doustnego i dopochwowego podawania estradiolu oraz estradiolu w połączeniu z drospironem i tibolonem na funkcjonowanie seksualne zdrowych kobiet po menopauzie. Łącznie przebadano 169 kobiet, z których 111 poddano terapii hormonalnej, a pozostałe 58 stanowiło grupę kontrolną. W grupie badawczej 23 kobiety po menopauzie chirurgicznej otrzymywały doustnie 17 β -estradiol. Pozostałe kobiety po naturalnej menopauzie podzielono losowo: 22 codziennie podawano doustnie 17 β -estradiol w połączeniu z drospironem, 42 podawano doustnie tibolon, a 24 otrzymało dopochwowo 17 β -estradiol. Funkcjonowanie seksualne oceniano ze pomocą kwestionariusza FSFI (*Female Sexual Function Index*) przed rozpoczęciem leczenia oraz 6 miesięcy po jego zakończeniu. Badanie wykazało, że terapia hormonalna warunkuje znaczącą poprawę funkcji seksualnych w porównaniu z kobietami nieotrzymującymi leczenia. Aby unaocznić to ustalenie, warto wspomnieć, że całkowity wynik funkcjonowania seksualnego zwiększył się w grupie badawczej z 19,81 \pm 7,15 do 22,9 \pm 6,44 i zmniejszył się w grupie kontrolnej z 21,6 \pm 8,69 do 17,6 \pm 5,7. Największą poprawę całkowitego wyniku i pobudzenia zanotowano przy doustnym podawaniu 17 β -estradiolu (odpowiednio $p = 0,000$ i $p = 0,000$). Największą poprawę nawilżenia osiągnięto

przy podawaniu doustnie i dopochwowo 17 β -estradiolu ($p = 0,000$). Przy tibolonie obserwowano największą poprawę orgazmu ($p = 0,000$). Największe zmniejszenie bólu zaś zostało osiągnięte w grupie przyjmującej dopochwowo 17 β -estradiol ($p = 0,000$). Autorzy w podsumowaniu sugerują, że terapia hormonalna powinna być uwzględniana w uzyskiwaniu poprawy funkcjonowania seksualnego u kobiet po menopauzie [3].

Gast i wsp. ocenili wpływ terapii polegającej na podawaniu w niewielkich dawkach estrogenu w połączeniu z progesteronem (*estrogen plus progesteron therapy* – EPT) – zarówno dopochwowo, jak i doustnie – na częstość i nasilenie dyspareunii, funkcje seksualne oraz jakość życia u kobiet, które niedawno przeszły menopauzę. Ich losowe, podwójnie ślepe i kontrolujące placebo badanie objęło 285 zdrowych i seksualnie aktywnych kobiet po menopauzie w wieku 45–65 lat. Należy tu zaznaczyć, że było to pierwsze międzynarodowe badanie prowadzone na grupach kobiet o dużej liczebności, oceniające zmiany w zakresie funkcji seksualnych oraz postrzeganie seksualności przy stosowaniu małych dawek doustnej EPT. Badane kobiety otrzymywały doustnie jedną dobową małą dawkę skoniugowanych estrogenów (0,45 mg) lub medroksyprogesteronu (1,5 mg) przez 6 28-dniowych cykli wraz z 1 g skoniugowanych estrogenów w postaci kremu (0,625 mg) dopochwowo przez pierwsze 6 tygodni badania. W grupie kontrolnej podawano odpowiednio placebo w postaci zarówno tabletki, jak i kremu dopochwowego. Do oceny skuteczności autorzy wykorzystali kwestionariusz MFSQ (*McCoy Female Sexuality Questionnaire*), sporządzone samodzielnie przez badane codzienne zapiski, BISF-W (*Brief Index of Sexual Functioning-Women*) oraz WHQ (*Women's Health Questionnaire*). Na podstawie analizy odpowiedzi w MFSQ wykazano, że w grupie badawczej wystąpił istotny spadek w zakresie częstości występowania dyspareunii w porównaniu z zarówno wartościami wyjściowymi, jak i grupą kontrolną. Choć nie zanotowano żadnego wpływu EPT na częstość podejmowanych stosunków, to jednak okazało się, że przyjmowanie EPT wiązało się z istotną poprawą w zakresie poziomu seksualnego zainteresowania, częstości orgazmów, a także przyjemności z orgazmu. Spośród wymiarów BISF-W grupa badawcza wykazywała istotną poprawę w zakresie wrażliwości/inicjowania oraz satysfakcji ze związku w porównaniu z grupą kontrolną. Znaczna poprawa w grupie badawczej w odniesieniu do grupy kontrolnej była obserwowana także w większości odpowiedzi w WHQ. Pozytywne rezultaty stosowania EPT były szczególnie wyraźne u kobiet, które na początku badania skarżyły się na dyspareunię. Stosowanie EPT wiązało się również z poprawą w zakresie poszczególnych parametrów jakości życia. Autorzy badania konkludują, że EPT może odgrywać ważną rolę w zwiększaniu seksualnej przyjemności oraz seksualnej jakości życia, choć wymaga to wykonywanej na bieżą-

co i ostrożnej oceny [4]. Badania Gasta i wsp. zostały docenione przez Kingsberg, głównie z powodu tego, że autorzy ocenili wpływ testowanej przez siebie terapii na różne aspekty funkcjonowania seksualnego kobiet po menopauzie, które obejmowały dyspareunię, seksualne zainteresowanie, częstość orgazmu oraz przyjemność z niego płynącą, a także inne wymiary funkcjonowania związane z postrzeganą jakością życia. Autorka zwraca także uwagę na to, że lekarze nadal nie poświęcają należytej uwagi problemom seksualnym swoich pacjentek po menopauzie [5].

Obok kwestii poszukiwania nowych i skutecznych form farmakologicznego leczenia problemów seksualnych kobiet w wieku okołomenopauzalnym, w piśmiennictwie dużą uwagę poświęca się także czynnikom psychospołecznym, a zwłaszcza relacyjnym w tej grupie osób. Odzwierciedla to dążenie współczesnych nauk o seksualności człowieka do bardziej holistycznego ujmowania tego aspektu życia.

Spośród różnych opracowań można wyodrębnić listę predyktorów satysfakcji seksualnej, które obejmują czynniki relacyjne i psychologiczne. Jednak dostępnych jest bardzo mało informacji na temat bezpośrednich skutków tych predyktorów dla kobiet w wieku średnim, niezależnie od wpływu funkcji seksualnych na satysfakcję seksualną. Dundon i Rellini postawiły sobie za cel dostarczenie empirycznego uzasadnienia dla czynników, na podstawie których można przewidywać seksualną satysfakcję u kobiet w wieku średnim, wykraczając poza wyjaśnienie dotyczące funkcji seksualnych. Autorki zbadały 86 kobiet w wieku 40–70 lat, które wypełniły kwestionariusze na temat satysfakcji seksualnej oraz potencjalnych jej predyktorów, włączając w to dobrostan psychologiczny, postawy w stosunku do ciała, symptomy menopauzy oraz dopasowanie w związku. Okazało się, że predyktory satysfakcji seksualnej – niezależnie od seksualnego funkcjonowania – stanowiły dopasowanie w związku, dobrostan psychologiczny oraz w mniejszym stopniu symptomy menopauzy. Co ciekawe, postawy w stosunku do ciała nie stanowiły predyktorów satysfakcji seksualnej u kobiet w wieku średnim. Ważnym wnioskiem płynącym z niniejszego badania jest to, że satysfakcja seksualna może być tylko częściowo wyjaśniana poprzez funkcje seksualne. Autorki uznają, że ocena satysfakcji seksualnej kobiet w wieku średnim powinna uwzględniać ocenę ich satysfakcji z aspektów seksualności w odniesieniu do związku w takim samym stopniu, jak do ogólnej satysfakcji seksualnej. Dalej stwierdzają one, że leczenie braku satysfakcji seksualnej z ogólnego życia seksualnego może być skuteczniejsze przy skoncentrowaniu się na psychologicznych i medycznych symptomach bardziej niż na czynnikach relacyjnych, podczas gdy brak satysfakcji z poszczególnych aspektów seksualności związanych z aspektem relacyjnym wymaga silniejszego skoncentrowania się na wzajemnym dopasowaniu [6].

Różnice między kobietami przed menopauzą i po niej w zakresie popędu seksualnego zostały zbadane przez McCall i Meston. Autorki uwzględniły cztery grupy kobiet: przed menopauzą bez seksualnych problemów ($n = 35$), w okresie przedmenopauzalnym z osłabionym pożądaniem ($n = 30$), po menopauzie bez seksualnych problemów ($n = 21$) oraz po menopauzie z niskim popędem seksualnym ($n = 39$), które zostały ocenione za pomocą FSFI oraz CSDS (*Cues for Sexual Desire Scale*), która ocenia cztery różne aspekty motywacyjne pożądania: 1) miłość/więź emocjonalną, 2) erotykę/wyraźne sygnały, 3) aspekt wizualny/bliskość i 4) aspekt utajony/romantyzm. Stwierdzono istotne różnice między kobietami z problemami z pożądaniem seksualnym i bez tych problemów w wymiarach miłość/więź emocjonalna, erotyka/wyraźne sygnały, aspekt utajony/romantyczny, a także w wyniku ogólnym CSDS. Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic między kobietami przed menopauzą i po niej w wymiarach erotyka/wyraźne sygnały, aspekt wizualny/bliskość lub aspekt utajony/romantyzm. Co ciekawe, u kobiet po menopauzie z zespołem obniżonego popędu płciowego (*hypoactive sexual desire disorder* – HSDD) i bez niego odnotowano wyższe wyniki w wymiarze miłość/więź emocjonalna, powodujące uczucie pożądania seksualnego w porównaniu z kobietami przed menopauzą. Niniejsze ustalenia, zdaniem autorek, oznaczają, że u kobiet po menopauzie z niskim libido ważne jest podnoszenie świadomości i uwagi na uczucia miłości i więzi emocjonalnej, co w rzeczywistości może być istotnym elementem zwiększającym ogólny poziom pożądania seksualnego [7].

Oceny funkcji seksualnych oraz stosunku emocjonalnego kobiet poprzez porównanie kobiet po menopauzie i przed menopauzą dokonali Berra i wsp. w grupie 100 zdrowych kobiet zarówno przed menopauzą, jak i po niej za pomocą FSFI oraz FSDD (*Female Sexual Distress Scale*). Wyniki potwierdziły, że menopauza wiąże się ze zmianami w zakresie funkcji seksualnych, które mogą być zgodne z seksualnymi dysfunkcjami. Jednakże stres spowodowany tymi zmianami w życiu seksualnym wydaje się być mniejszy wśród kobiet po menopauzie (36,2%) w porównaniu z kobietami przed menopauzą (64,5%). Zdaniem autorów, dane te sugerują, że opieka medyczna w zakresie zdrowia seksualnego w przypadku menopauzy powinna cechować się zindywidualizowanym i delikatnym podejściem. Podkreślają oni także kwestię unikania leczenia farmakologicznego problemów o charakterze psychologicznym [8].

W celu dokonania analizy czynników wiążących się z seksualnością u kobiet w średnim wieku, Valadares i wsp. przeprowadzili badanie grupy 276 urodzonych w Brazylii kobiet w wieku 40–65 lat, które miały za sobą przynajmniej 11 lat nauki szkolnej. W badaniu zastosowano anonimowy kwestionariusz samodzielnie wypełniany przez respondentki, który oparty był na *Short Personal Experiences Questionnaire*. Wyniki wykazały,

że wiek oraz objawy menopauzy, a szczególnie bezsenność miały negatywny wpływ na kobiecą seksualność. Okazało się także, że kobiety cieszące się dobrym samopoczuciem oraz mające partnera seksualnego, z mniejszym prawdopodobieństwem osiągały niższe wyniki w zakresie seksualności. Zdaniem autorów, badania te podkreślają rolę zdrowego stylu życia w seksualności oraz sugerują możliwość minimalizowania przez lekarzy objawów związanych z menopauzą u kobiet w okresie menopauzalnym oraz po menopauzie [9]. Ten sam zespół badawczy zbadał także czynniki wiążące się z seksualnością kobiet w wieku średnim, które miały partnera seksualnego. Badaniem objęto 219 kobiet, które spełniały te same kryteria, które opisano powyżej oraz za pomocą tego samego narzędzia. Wyniki ujawniły ujemny związek między seksualnością kobiet w średnim wieku a mieszkaniem z partnerem seksualnym, aktualnym przechodzeniem menopauzy lub byciem po menopauzie, a także z nadciśnieniem tętniczym. Ponadto odkryto, że satysfakcja z partnera jako kochanka oraz z seksu z penetracją stanowiły czynniki chroniące przed niską jakością życia seksualnego. Autorzy konkludują, że uzyskane przez nich dane mogą sugerować, że obecność partnera seksualnego może przyczynić się do poprawy seksualności, choć czynnik ten sam w sobie jest niewystarczający, aby zagwarantować satysfakcjonujące życie seksualne. Podstawową przyczyną tego stanu rzeczy jest to, że pogorszenie w zakresie seksualności spowodowane przez inne czynniki mogą odczuwać nawet kobiety mające partnera seksualnego [10].

Zależność między stylem życia i czynnikami relacyjnymi a seksualnym funkcjonowaniem kobiet w średnim wieku została zgłębiona przez Hess i wsp. w trwającym 5 lat longitudinalnym badaniu w grupie 677 kobiet w wieku 41–68 lat. W badanej grupie 68% kobiet było aktywnych seksualnie w ciągu 6 miesięcy poprzedzających badanie. Ogólnie, aktywne seksualnie badane były młodsze, zamężne, lepiej wykształcone, miały większe ogólne wsparcie społeczne, niższy wskaźnik masy ciała (*body mass index* – BMI), stwierdzano u nich mniej współwystępujących problemów zdrowotnych, choć częściej występowała u nich suchość pochwy. Wśród aktywnych seksualnie badanych wyniki w zakresie angażowania się w aktywności seksualne (od pocałunków do stosunku seksualnego) były wyższe przy aktywności fizycznej, otrzymywaniu większego wsparcia społecznego oraz braku problemów ze snem. Zadowolenie seksualne także było wyższe przy aktywności fizycznej, większym wsparciu społecznym oraz braku suchości pochwy. Bycie zamężną oraz inne czynniki nie były powiązane z wynikami w zakresie zaangażowania i zadowolenia. Głównymi powodami niepodejmowania aktywności seksualnej były kolejno: brak partnera (70%), brak zainteresowania seksem (12%) lub obecnym partnerem (5%) oraz problemy fizyczne (4%). Niniejsze dane wykazały związek

między większym seksualnym zaangażowaniem oraz seksualnym zadowoleniem a otrzymywaniem wsparcia społecznego oraz aktywnością fizyczną, tym samym potwierdzając hipotezę o roli wpływu czynników psychospołecznych na kobiecą seksualność podczas przechodzenia przez menopauzę [11].

W celu zbadania życia seksualnego kobiet aktywnych seksualnie, zarówno będących w związku, jak i aktualnie nieposiadających partnera, ze szczególnym naciskiem na zbadanie różnic między kobietami w zależności od deklarowanej satysfakcji z ich życia seksualnego lub jej braku, Davison i wsp. zbadali 349 pochodzących z Australii kobiet w wieku 20–65 lat za pomocą strukturalizowanych dzienniczek, które badane wypełniały przez 4 tygodnie oraz Skali Depresji Becka. Drugim celem tego badania było uchwycenie różnicy w opisywanym życiu seksualnym kobiet przed menopauzą i po niej. Badanie to wykazało, że częstość występowania myśli seksualnych i aktywności seksualnej u kobiet, które oceniają swoje życie seksualne jako zadowolające, jest większa niż kobiet, które są niezadowolone z życia seksualnego. Seksualnie spełnione kobiety (zarówno przed menopauzą, jak po niej) miały wyższą średnią ocenę seksualnych zainteresowania i myśli. Odnotowano u nich większą liczbę dni, w których występowała aktywność seksualna, a także większą liczbę zdarzeń o charakterze seksualnym miesięcznie, w porównaniu z niezadowolonymi kobietami o tym samym statusie pod względem menopauzy. Należy jednak wspomnieć o różnicach między zadowolonymi kobietami przed menopauzą i po niej, które polegały na znacznym obniżeniu wszystkich wyników poza zainteresowaniem seksualnym wśród kobiet po menopauzie. Autorzy bardzo ostrożnie interpretowali uzyskane wyniki, stwierdzając, że mogą one po prostu reprezentować różnice między starszymi i młodszymi kobietami ze względu na szeroki przedział wiekowy badanych. Warto jednak wspomnieć, że badane, które deklarowały niezadowolenie seksualne, w dalszym ciągu prowadziły aktywność seksualną co, zdaniem autorów, jest zgodne z tym, że kobiety często zachowują aktywność seksualną dla utrzymania związku. Wyniki wykazały również, że stosowanie środków antykoncepcyjnych podawanych doustnie może negatywnie wpłynąć na zainteresowanie seksualne i aktywność u kobiet przed menopauzą [12].

Prairie i wsp. odkryli, że większe poczucie celu w życiu wiąże się z większym zadowoleniem z aktywności seksualnej, przy uwzględnieniu innych czynników wpływających na dobrostan seksualny oraz niezależnie od menopauzy, leczenia hormonalnego czy czynników demograficznych. Autorzy ci przeprowadzili longitudinalne badania kohorty złożonej z 677 zakwalifikowanych kobiet w wieku 40–65 lat, w których dokonali porównania wyników z *Life Engagement Test*, miary poczucia celu, oraz longitudinalnego dobrostanu seksualnego.

Okazało się, że większe poczucie celu w życiu związane było z wyższym poziomem zadowolenia (współczynnik 2,89; $p < 0,001$), lecz nie z uczestnictwem w aktywności seksualnej z partnerem (współczynnik 0,49; $p = 0,63$) czy zaangażowaniem w seksualnie intymne aktywności z partnerem (współczynnik 1,0; $p = 0,30$). Wyższe poziomy zadowolenia wiązały się z większym wsparciem społecznym, lepszym dobrostanem emocjonalnym i mniejszą suchością pochwy. Uczestnictwo w aktywności seksualnej z partnerem wiązało się natomiast z młodszym wiekiem, niższym BMI, pozostawianiem w związku małżeńskim, niezgłaszaniem suchości pochwy oraz lepszym dobrostanem emocjonalnym. Warto zaznaczyć, że związek między uczestnictwem w aktywności seksualnej z partnerem a przyjmowaniem terapii hormonalnej nie osiągnął w tym przypadku istotności statystycznej. Zaangażowanie w seksualnie intymne aktywności z partnerem powiązane było z kolei z młodszym wiekiem, większym wsparciem społecznym i lepszym dobrostanem emocjonalnym. Tylko u kobiet, które były 5 lat lub dłużej po menopauzie, występował związek z obniżającym się uczestnictwem w aktywności seksualnej z partnerem. Menopauza nie wiązała się natomiast z zadowoleniem czy zaangażowaniem w seksualnie intymne aktywności [13].

Jakiel i wsp. poświęcili osobne opracowanie problematyce roli partnera w funkcjonowaniu partnerskim/malżeńskim i seksualnym kobiety w wieku okołomenopauzalnym. Zdaniem autorów, to mniejsze zainteresowanie seksualne oraz „kryzys wieku średniego” męża stanowią główne przyczyny kryzysu małżeńskiego w przypadku kobiet menopauzalnych. Zaburzenia erekcji i obniżony popęd seksualny mogą prowadzić do zmniejszenia liczby stosunków, a nawet do całkowitego zaprzestania współżycia. Autorzy zwracają uwagę na wpływ czynników kulturowych, religijnych i społecznych na funkcjonowanie seksualne męskich partnerów kobiet menopauzalnych. Większym popędem seksualnym cechują się bowiem mężczyźni lepiej sytuowani i mający wyższe wykształcenie. Dalej autorzy zwracają uwagę na pewien istotny problem, mianowicie wznowienie współżycia seksualnego przez kobiety żyjące przez pewien czas w abstynencji seksualnej z powodu przewyciężenia na skutek farmakoterapii problemów seksualnych przez partnera. Autorzy przypominają także, że zaangażowanie emocjonalne i otwartość na potrzeby partnera odgrywa większą rolę jako motyw angażowania się we współżycie seksualne przez kobiety menopauzalne niż atrakcyjność fizyczna partnera [14].

Omawiając funkcjonowanie seksualne kobiet w średnim wieku, warto także wspomnieć o problematyce późnego macierzyństwa. Gadomska i wsp. przywołują ustalenia statystyczne, wg których kobiety, u których miesiączka zanikła przed 50. rokiem życia, mogą zająć w ciąży jeszcze w ciągu 2 lat. Okres ten skraca się do roku, jeżeli miesiączka zanikła po 50. roku życia.

Autorzy odnotowują zwiększenie liczby kobiet w wieku przedmenopauzalnym decydujących się na macierzyństwo oraz omawiają zagrożenia z tym związane, zwłaszcza wyraźnie większe ryzyko cukrzycy ciążowej i nadciśnienia tętniczego, a także przedwczesnego porodu. U rodzących w wieku przedmenopauzalnym wyraźnie wzrasta także liczba wykonywanych cesarskich cięć. Zaznaczają jednak, że nie stwierdza się zwiększenia częstości występowania zaburzeń rozwojowych płodu, wad wrodzonych u noworodków czy wyraźnych odchyłeń w masie urodzeniowej noworodków [15]. Także Kubiak-Forteka i Wilczyński, w swoim opracowaniu poświęconym problematyce ciąży i porodu po 35. roku życia, zwracają uwagę na większe ryzyko występowania nadciśnienia tętniczego, cukrzycy ciążowej i porodów przedwczesnych, jak również innych powikłań, takich jak obumarcie wewnątrzmaciczne płodu, poronienia czy wady genetyczne. Autorzy także podkreślają wzrost częstości wykonywanych cesarskich cięć u rodzących powyżej 35. roku życia. Zaznaczają oni jednak, że w przypadku kobiet dojrzałych wyniki położnicze nie odbiegają od wyników młodszych kobiet [16].

Przy dokonywaniu przeglądów piśmiennictwa na ogół pojawia się problem z porównywaniem wyników, co zazwyczaj wynika z braku ujednoliconych planów badawczych. Problem ten został odnotowany przez badaczy również w aspekcie funkcjonowania seksualnego kobiet w średnim wieku. Kingsberg sygnalizuje potrzebę stosowania ujednoliconych i powszechnie akceptowanych skal o zadowalającej trafności i rzetelności do pomiaru kobiecego funkcjonowania seksualnego w badaniach epidemiologicznych. Zdaniem autorki, powinno być to normą, a nie wyjątkiem, zwłaszcza biorąc pod uwagę łatwość ich zastosowania oraz obliczania wyników [17]. Denerstein natomiast podkreśla rolę odpowiedniego planu badawczego oraz zastosowania właściwych technik statystycznych w prowadzeniu badań nad seksualnością kobiet w wieku średnim, zwłaszcza w aspekcie hormonalnym. Autorka uważa, że badania longitudinalne pozwalają na najlepsze określenie tego, jak wyniki każdej kobiety mogą być dostosowane do poziomu jej funkcjonowania przed wystąpieniem jakiegokolwiek przemiany reprodukcyjnej. Ponadto, wpływ poszczególnych zmiennych biopsychospołecznych i zdrowotnych może być w ten sposób określany dla każdej kobiety, a ich interakcja następnie modelowana. Zastosowanie właściwych metod statystycznych może natomiast pomóc ujawnić względny wpływ zmian hormonalnych na inne czynniki [18].

Konkludując – seksualność kobiet w średnim wieku staje się coraz częściej dostrzeganą i badaną kwestią w piśmiennictwie medycznym. W publikacjach poświęconych tej problematyce, obok kwestii zastosowania nowych i skuteczniejszych form leczenia farmakologicznego, dużym zainteresowaniem cieszy się także wpływ czynników psychologicznych, społecznych i relacyjnych na seksualny dobrostan omawianej grupy. Z uwagi na

brak ujednoliconej metodologii badań dokonywanie bezpośrednich porównań wyników jest utrudnione. Mimo to wydaje się, że autorzy na ogół zgodnie zaznaczają to, że kobieca seksualność jest bardzo złożona i dlatego, aby stosowane oddziaływania terapeutyczne były skuteczne, należy odnosić się możliwie jak najbardziej adekwatnie do czynników ją konstruujących.

Piśmiennictwo

- Shifren JL. Increasing our understanding of women's sexuality at midlife and beyond. *Menopause* 2011; 18: 1149-51.
- Wierman ME, Nappi RE, Avis N, et al. Endocrine aspects of women's sexual function. *J Sex Med* 2010; 7: 561-85.
- Cayan F, Dilek U, Pata O, Dilek S. Comparison of the effects of hormone therapy regimens, oral and vaginal estradiol, estradiol + drospirenone and tibolone, on sexual function in healthy postmenopausal women. *J Sex Med* 2008; 5: 132-8.
- Gast MJ, Freedman MA, Vieweg AJ, et al. A randomized study of low-dose conjugated estrogens on sexual function and quality of life in postmenopausal women. *Menopause* 2009; 16: 247-56.
- Kingsberg SA. The sexual health benefits of oral low-dose estrogen plus progestogen and vaginal estrogen for postmenopausal women. *Menopause* 2009; 16: 224-5.
- Dundon CM, Rellini AH. More than sexual function: predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40-70. *J Sex Med* 2010; 7: 896-904.
- McCall K, Meston C. Differences between pre- and postmenopausal women in cues for sexual desire. *J Sex Med* 2007; 4: 364-71.
- Berra M, De Musso F, Matteucci C, et al. The impairment of sexual function is less distressing for menopausal than for premenopausal women. *J Sex Med* 2010; 7: 1209-15.
- Valadares AL, Pinto-Neto AM, Osis MJ, et al. Sexuality in Brazilian women aged 40 to 65 years with 11 years or more of formal education: associated factors. *Menopause* 2008; 15: 264-9.
- Valadares AL, Pinto-Neto AM, Conde DM, et al. The sexuality of middle-aged women with a sexual partner: a population-based study. *Menopause* 2008; 15: 706-713.
- Hess R, Conroy MB, Ness R, et al. Association of lifestyle and relationship factors with sexual functioning of women during midlife. *J Sex Med* 2009; 6: 1358-68.
- Davison SL, Bell RJ, LaChina M, et al. Sexual function in well women: stratification by sexual satisfaction, hormone use, and menopause status. *J Sex Med* 2008; 5: 1214-22.
- Prairie BA, Scheier MF, Matthews KA, et al. A higher sense of purpose in life is associated with sexual enjoyment in midlife women. *Menopause* 2011; 18: 839-44.
- Jakiel G, Pilewska-Kozak AB, Łepecka-Klusek C i wsp. Mężczyźni kobiet menopauzalnych. Część II. Relacje partnerskie i seksualne. *Przeegl Menopauz* 2009; 13: 97-101.
- Gadomska H, Głuszak M, Wielgoś M. Prokreacja w wieku przedmenopauzalnym. *Przeegl Menopauz* 2010; 14: 84-6.
- Kubiak-Fortecka A, Wilczyński J. Ciąża i poród u kobiet w wieku dojrzłym. *Przeegl Menopauz* 2009; 13: 67-71.
- Kingsberg SA. Sexual function in middle-aged Latin American women as determined by the Female Sexual Function Index: improving global acceptance of the use of validated measures of sexual function. *Menopause* 2009; 16: 1089-91.
- Dennerstein L. Sexuality, midlife, and menopause. *Menopause* 2008; 15: 221-2.