

Seksualnost pacijentica oboljelih od ginekoloških karcinoma

Ilijašić, Barbara

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:012335>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-13**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Barbara Ilijašić

**Seksualnost pacijentica oboljelih od
ginekoloških karcinoma**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2022.

Ovaj diplomski rad izrađen je u KBC – Zagreb, Klinika za ženske bolesti i porode, Zavod za ginekološku onkologiju pod vodstvom doc. dr. sc. Goran Vujić i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2021./2022.

Popis i objašnjenje kratica

HZJZ – Hrvatski zavod za javno zdravstvo

EU – Europka unija

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

HPV – humani papiloma virus

VIN – vulvarnaintraepitelnaneoplazija

VaIN – vaginalna intraepitelna novotvorina

MKB – međunarodna klasifikacija bolesti

FSD – ženska seksualna disfunkcija

RH – radikalna histerektomija

RT – radioterapija

PED – psihoedukacijska intervencija

Sadržaj

| | | |
|--------|---|----|
| 1. | UVOD | 1 |
| 1.1. | Karcinom tijela maternice | 2 |
| 1.2. | Karcinom jajnika i jajovoda | 3 |
| 1.3. | Karcinom vrata maternice | 4 |
| 1.4. | Karcinom stidnice i rodnice | 5 |
| 2. | KLASIFIKACIJA SEKSUALNIH DISFUNKCIJA..... | 7 |
| 2.1. | MKB-11 klasifikacija u odnosu na MKB-10 | 7 |
| 2.2. | MKB-11 klasifikacija u odnosu na DSM-5..... | 8 |
| 2.2.1. | Istraživanje ženske seksualne disfunkcije kod preživjelih od ginekoloških karcinoma pomoću DSM-5 kriterija – rezultati studije..... | 9 |
| 3. | ČIMBENICI RIZIKA POVEZANI SA SEKSUALNOM DISFUNKCIJOM KOD GINEKOLOŠKIH KARCINOMA | 10 |
| 3.1. | Fizički čimbenici | 10 |
| 3.1.1. | Operativni zahvat - histerektomija | 10 |
| 3.1.2. | Radioterapija | 12 |
| 3.1.3. | Kemoterapija | 14 |
| 3.2. | Psihološki čimbenici..... | 14 |
| 4. | SEKSUALNI POREMEĆAJI OBOLJELIH OD GINEKOLOŠKIH KARCINOMA | 18 |
| 4.1. | Poremećaji seksualne želje..... | 18 |
| 4.1.1. | Učinak histerektomije na seksualnu želju | 18 |
| 4.2. | Poremećaji seksualnog uzbuđenja | 19 |
| 4.2.1. | Učinak histerektomije na seksualno uzbuđenje..... | 20 |
| 4.3. | Poremećaji doživljavanja orgazma..... | 21 |
| 4.3.1. | Učinak histerektomije na orgazam | 21 |
| 4.4. | Poremećaji vezani za seksualnu bol – dispareunija i vaginizam | 22 |
| 4.4.1. | Učinak histerektomije na dispareuniju | 23 |
| 4.5. | Poremećaji vezani za seksualno zadovoljstvo | 23 |
| 4.5.1. | Učinak histerektomije na seksualno zadovoljstvo..... | 24 |
| 4.6. | Vaginalna stenoza i suhoća | 24 |
| 4.6.1. | Učinak histerektomije na vaginalnu suhoću..... | 25 |
| 5. | LIJEČENJE SEKSUALNIH POREMEĆAJA | 26 |
| 6. | KVALITETA ŽIVOTA I SPOLNO FUNKCIONIRANJE NAKON LIJEČENJA GINEKOLOŠKIH MALIGNITETA | 29 |
| 7. | ZAKLJUČAK | 32 |
| | ZAHVALE | 33 |
| | LITERATURA:..... | 34 |
| | ŽIVOTOPIS: | 38 |

SEKSUALNOST PACIJENTICA OBOLJELIH OD GINEKOLOŠKIH KARCINOMA

Barbara Ilijašić

SAŽETAK

Seksualnost predstavlja vrlo važan aspekt ljudskog funkcioniranja i pod utjecajem je interakcije brojnih bioloških, psihosocijalnih, duhovnih, ekonomskih, političkih i povijesnih čimbenika. Seksualnost uključuje osjećaje o vlastitom tijelu, potrebu za fizičkom bliskošću, želju za seksualnom aktivnošću te razgovor s partnerom o seksualnim potrebama kao i sposobnost sudjelovanja u seksualnim aktivnostima.

Sve maligne bolesti uključujući i ginekološke karcinome kao što su karcinom jajnika i jajovoda, karcinom vrata i trupa maternice, karcinom rodnice, te karcinom stidnice utječu na intimnost i seksualnost osobe, a njihovo liječenje često dovodi do seksualne disfunkcije.

Seksualna disfunkcija je poremećaj jednog ili oba partnera tijekom bilo koje faze seksualne aktivnosti koji se mogu manifestirati kao gubitak seksualne želje, poremećaji seksualnog uzbuđenja, poteškoće u postizanju orgazma, te poremećaji vezani uz bol (vaginizam i dispareunija).

Liječenje ginekoloških karcinoma najčešće uključuje operaciju, kemoterapiju, zračenje, te hormonalnu terapiju. Bilo koji od navedenih oblika liječenja može ostaviti privremene ili trajne posljedice na seksualnost i to mijenjanjem osjećaja kao što su ljutnja, strah, tjeskoba, tuga i slično; može utjecati na proizvodnju i lučenje hormona neophodnih za ugodan seksualni odnos, na tjelesnu sposobnost osobe da osjeća seksualnu ugodu, na sliku o vlastitom tijelu, te na emocionalne odnose s partnerom.

Cilj ovog rada je sustavnim pregledom literature prikazati s kojim se seksualnim poteškoćama susreću pacijentice oboljele od ginekoloških karcinoma, koliko sama dijagnoza i postupci liječenja utječu na zadovoljstvo spolnim životom, a samim time i na kvalitetu života.

Ključne riječi: seksualnost, seksualna disfunkcija, ginekološki karcinomi, liječenje, kvaliteta života

SEXUALITY OF PATIENTS WITH GYNECOLOGICAL CANCER

Barbara Ilijašić

SUMMARY

Sexuality is an important aspect of human functioning and is influenced by the interaction of many biological, psychosocial, spiritual, economic, political, and historical factors. Sexuality includes feelings about one's own body, the need for physical intimacy, the desire for sexual activity and communicating with partner(s) about sexual needs, as well as the ability to participate in sexual activities.

All malignancies including gynecological cancers such as ovarian and fallopian tube cancers, cervical and trunk cancers, vaginal cancers, and vulvar cancers affect person's intimacy and sexuality. Cancer treatments often lead to sexual dysfunction.

Sexual dysfunction is a disorder of any of the partners during any phase of sexual activity that can manifest itself as loss of sexual desire, sexual arousal disorders, difficulty to reach orgasm, and pain-related disorders (vaginismus and dyspareunia).

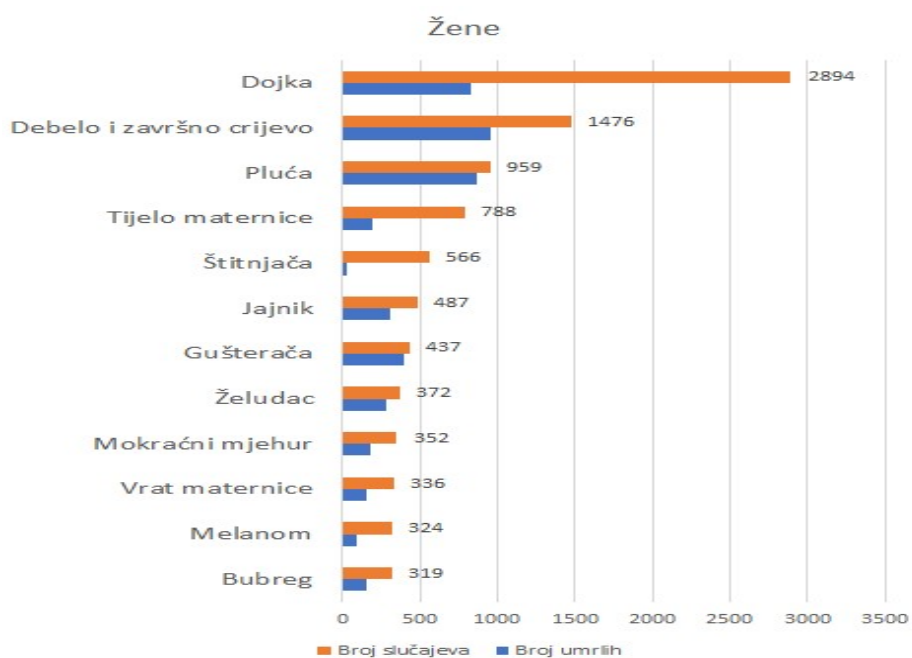
Treatments for gynecological cancers most often include surgery, chemotherapy, radiation, and hormonal therapy. Any of the above forms of treatment can leave temporary or permanent adverse effects on sexuality including experiencing feelings such as anger, fear, anxiety, sadness, and the like. It can affect the production and secretion of hormones necessary for pleasant sexual intercourse, a person's physical ability to feel sexual pleasure, the positive image of their own body, and fulfilling emotional relationships with partner(s).

The aim of this paper is to systematically review the relevant literature examining sexuality and difficulties faced by patients with gynecological cancer; to understand how much the diagnosis and treatment procedures affect sexual satisfaction and the overall quality of life.

Key words: sexuality, sexual dysfunction, gynecological cancers, treatment, quality of life

1. UVOD

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) ginekološki karcinomi čine 18 do 20 posto svih karcinoma u žena. Karcinom tijela maternice je najčešći karcinom genitalnog sustava, karcinom jajnika zauzima drugo mjesto, treći je karcinom vrata maternice dok su karcinom stidnice i primarni karcinom rodnice rijetki.



Grafički prikaz 1. Najčešća sijela raka u Hrvatskoj, žene, 2020. (Preuzeto sa: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/incidencija-i-mortalitet-od-raka-u-eu-27-zemljama-za-2020-godinu/>)

Genitalni karcinomi mogu pogoditi žene svih dobnih skupina i povezani su s nekoliko emocionalnih, seksualnih i reproduktivnih problema.

Kako žene oboljele od ginekološkog karcinoma imaju patologiju koja izravno utječe na spolne organe, veliki dio žena s ginekološkim karcinomom prijavljuju neki oblik seksualnog problema. Psihička uznemirenost zbog dijagnoze karcinoma te fizička bol i nelagoda povezana s operacijom, te adjuvantno liječenje također mogu negativno utjecati na spolno zdravlje (1).

Često očuvanje spolne funkcije od početka može biti jedan od najvećih problema bolesnika i samim tim utječe na izbor liječenja karcinoma. Strah da će liječenje karcinoma smanjiti

privlačnost ili oštetiti spolnu funkciju dovodi do odgađanja postavljanja dijagnoze i primjene adekvatnog liječenja bolesnika.

Zbog prirode i lokacije bolesti, pacijentice oboljele od ginekoloških karcinoma izložene su velikom riziku od razvoja seksualne disfunkcije, neplodnosti i promjene tjelesne slike zbog načina liječenja, deformiteta genitalnih organa povezanih s liječenjem i hormonalnih promjena. Mogu se pojaviti odmah nakon liječenja, pa čak i tijekom dugotrajnog praćenja. Nedavno su naponi usmjereni na to kako identificirati ovu populaciju i poboljšati kvalitetu života preživjelih. Međutim, seksualno zdravlje je još uvijek nedovoljno istraženo područje u ginekološkoj onkologiji i rijetko se raspravlja sa zdravstvenim osobljem zbog nedostatka znanja (2). Osobe s karcinomom vrata maternice jedina su ginekološka skupina koja je prošla seksualne studije. Također, u našoj sredini većina ljudi smatra razgovor o spolnom životu nepristojnim, te je to još uvijek tabu tema čak i u razgovoru sa zdravstvenim osobljem.

Kako je danas zbog sve većeg uspjeha u liječenju malignih oboljenja produljena životna dob, poseban naglasak se stavlja na kvalitetu bolesnikova života. Kvaliteta života temeljena na zdravlju u onkologiji sadrži subjektivni doživljaj pozitivnih i negativnih aspekata oboljenja na tjelesne, emocionalne, socijalne i kognitivne funkcije, te učestalost simptoma i nuspojava tretmana (3).

1.1. Karcinom tijela maternice

U većini razvijenih zemalja karcinom tijela maternice ili uobičajeno – karcinom endometrija je najčešća invazivna neoplazma ženskog spolnog sustava. Karcinom endometrija je ponajprije bolest starije dobi. Prosječna dob pacijentica se kreće u rasponu od 55 – 65 godina (4).

Rizični faktori:

- pretilost
- sterilnost
- visoki krvni tlak
- šećerna bolest
- bolesti jetre
- hormonski aktivni tumori jajnika
- primjena vanjskih estrogena

Prema zadnjim podacima Registra za rak iz 2017. godine u Republici Hrvatskoj, karcinom tijela maternice nalazi se na četvrtom mjestu po učestalosti, a na osmom mjestu po smrtnosti. Dijagnoza karcinoma endometrija postavlja se patohistološkim pregledom tkiva dobivenog frakcioniranom kiretažom, biopsijom sluznice maternice uzete tijekom histeroskopije ili operacijom. U većine žena bolest se otkriva u lokaliziranom stadiju te se uspješno liječi operativno, a ovisno o patohistološkom nalazu i primjenom odgovarajuće adjuvantne terapije. Bolest koja je lokalno uznapredovala najčešće se liječi kirurški uz adjuvatnu terapiju, a metastatska primjenom kemoterapije ili hormonalne terapije (5).

1.2. Karcinom jajnika i jajovoda

Karcinom jajnika i jajovoda, odnosno adneksa, i primarni karcinom potrbušnice jest šesta po učestalosti zloćudna bolest žena i najsmrtonosniji je ginekološki karcinom u Hrvatskoj. Klasifikacija novotvorina jajnika vrlo je složena, a oko 80% čine dobroćudne novotvorine koje se pretežno pojavljuju u mlađih osoba u dobi od 20 do 45 godina života, dok se zloćudne novotvorine pojavljuju pretežno u žena čija je dob između 40 i 65 godina. Specifičnog testa za rano otkrivanje karcinoma jajnika nažalost nema, pa je mortalitet već desetljećima vrlo visok (6).

Rizični faktori su:

- menopauza
- menarhe prije 12. godine i menopauza nakon 50. godine života
- prvo dijete nakon 30. godine
- nadomjesna terapija estrogenima tijekom više od 5 godina
- uzimanje lijekova za plodnost, posebno ako nisu rezultirali trudnoćom, faktor je rizika za razvoj tumora jajnika niskog malignog potencijala
- prehrana bogata mastima i rafiniranim ugljikohidratima
- anamneza raka dojke (zajednički rizični faktori)
- genetski faktori – oko 10 % slučajeva karcinoma jajnika nastaje zbog nasljedne sklonosti (važnu ulogu imaju geni BRCA 1 i BRCA 2)

Većina žena sa uznapredovalim karcinomom jajnika se javlja s nespecifičnim simptomima kao što su dispepsija, napuhnutost, rano zasićenje gladi, vjetrovi i križobolja. Kasnije se obično razvijaju bol u zdjelici, anemija, kaheksija i oticanje trbuha ili ascites.

Dijagnoza se potvrđuje patohistološkim nalazom, a iznimno nalazom citološkog bloka nakon provedene dijagnostičke obrade. O liječenju i praćenju pacijentica odlučuje multidisciplinarni tim uzimajući u obzir osobitosti pacijentice kao što su dob, opće stanje i komorbiditete, te obilježja samog tumora (stadij bolesti, histološki tip i stupanj zloćudnosti tumora, status homologne rekombinacije, odnosno gena BRCA 1 i 2 kao i odgovor na prethodno liječenje i popratnu toksičnost ako se radi o povratu bolesti). Liječenje primarnog karcinoma jajnika, jajovoda i potrbušnice temelji se na kirurškom liječenju, sistemske primjeni kemoterapije, imunoterapije, ciljane terapije i hormonske terapije kao i suportivno-simptomatskih mjera tijekom cijelog liječenja (7).

1.3. Karcinom vrata maternice

Karcinom vrata maternice, u odnosu na novotvorine drugih ginekoloških sijela, bolest je žena mlađe životne dobi koja se može prevenirati zdravstvenim odgojem i cijepljenjem adolescentske populacije te preventivnim i redovitim ginekološkim pregledima, a u ranim stadijima bolesti i učinkovito liječiti. U 2017. godini u Hrvatskoj je od karcinoma vrata maternice oboljelo 305 žena dok je mortalitet od karcinoma vrata maternice iznosio 5,1 (dobno standardizirane stope smrtnosti na 100.000 stanovnika) naspram 3,5 u EU (8).

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) je revidirala klasifikaciju karcinoma vrata maternice u 3 skupine:

1. planocelularni karcinom
2. adenokarcinom
3. ostali epitelni tumori (4)

Karcinom vrata maternice nastaje iz cervikalne intraepitelneneoplazije (CIN) za koju se čini kako je povezana s infekcijom humanim papilomavirusom (HPV). Čimbenici rizika za razvoj karcinoma vrata maternice uključuju mlađu životnu dob u vrijeme prvog spolnog odnosa, promiskuitetno ponašanje, te spolni odnos s muškarcima čije su prethodne partnerice imale karcinom cerviksa. Isto tako, razvoju karcinoma vrata maternice pridonose i čimbenici poput pušenja cigareta i imunodeficijencije.

Dijagnoza karcinoma vrata maternice postavlja se isključivo patohistološkom analizom uzorka tkiva dobivenog nekim od kirurških postupaka: biopsijom, ekscizijom, konizacijom, jednostavnom ili radikalnom histerektomijom.

Metode liječenja uključuju kirurgiju, radioterapiju i sistemnu terapiju, ovisno o stadiju bolesti i općem stanju pacijentica. Odluku o liječenju donosi multidisciplinarni tim u koji trebaju biti uključeni ginekolozi, radiolozi, klinički onkolozi, patolozi, citolozi i po potrebi kirurzi i urolozi. Uspjeh liječenja uvelike ovisi o njihovoj međusobnoj suradnji i kvalitetnoj komunikaciji u razmjeni iskustava i nalaza (8).

1.4. Karcinom stidnice i rodnice

Karcinom stidnice čini svega 3-5% ginekoloških zloćudnih oboljenja. Incidencija je viša u razvijem zemljama nego u zemljama u razvoju. Najviša je u dobnim skupinama iznad 50 godina. U Hrvatskoj su od karcinoma stidnice u 2000. godini oboljele 72, a umrle 33 žene. U mnogim slučajevima karcinomu stidnice prethodi pojava kondiloma ili intraepitelne neoplazije stidnice (VIN) odnosno displazije. Kako se HPV povezuju s nastankom kondiloma, razmatra se i mogućnost utjecaja ovih virusa na nastanak zloćudne promjene.

Rizični faktori:

- infekcija HPV-om (odgovorna za 30 – 50% slučajeva karcinoma stidnice)
- niski socioekonomski status - smatra se da je objašnjenje za ovaj rizični faktor manja dostupnost ginekološke zdravstvene zaštite, odnosno neredoviti pregledi
- vulvarna intraepitelna neoplazija (VIN) i lichen sclerosus
- kronična upala stidnice
- pušenje

Dugotrajan svrbež, pečenje ili čvor na stidnici simptomi su koji su nazočni u više od 50 % oboljelih. Od prvih simptoma do postavljanja dijagnoze prođe 2 do 16 mjeseci. Karcinom stidnice je uglavnom bezbolan, sporo raste i relativno kasno metastazira.

Dijagnoza se postavlja na temelju kliničkog nalaza i biopsijom suspektnih lezija (čvor, ulkus) ili pigmentiranih područja čak i kada pacijentica nema simptome poput pečenja i svrbeža (4).

Standardni način liječenja je kirurški zahvat. Parcijalna ili radikalna vulvektomija s odstranjenjem površinskih i dubokih ingvinalnih čvorova. U novije vrijeme brojni izvještaji su pokazali da je karcinom stidnice radiosenzibilan i radiokurabilan. Radioterapija se može primjeniti kao jedini oblik liječenja, združena s kirurgijom te uz konkomitantnu primjenu radiosenzibilizirajućih citostatika (9).

Karcinom rodnice je izuzetno rijedak i čini svega 1 do 2% svih ginekoloških zloćudnih oboljenja. U Hrvatskoj je od karcinoma rodnice 2000. godine oboljelo 16, a umrlo 6 žena. Najveći broj novooboljelih je bio između 65. – 74. godine.

Rizični faktori:

- infekcija HPV – om
- karcinom i displazija vrata maternice (zajednički faktori rizika kao što je infekcija HPV-om)
- kronična iritacija rodnice
- adenoza rodnice
- pušenje

Najčešći simptomi su abnormalno krvarenje iz rodnice. Neke se pacijentice također javljaju i sa vodenastim iscjetkom na rodnicu ili dispareunijom. Vezikovaginalne i rektovaginalne fistule su znakovi uznapredovale bolesti.

Kao i ostale intraepitelne promjene anogenitalnog trakta, ni VaIN nema neku specifičnu simptomatologiju te se uglavnom otkriva u sklopu citološkog screeninga vrata maternice tj. PAPA testom. Dijagnostika se temelji na standardnom trijasu – citologiji (PAPAtestu), kolposkopiji s ciljanom biopsijom i na patohistološkoj obradi bioptata (4).

Ne postoji jedinstveni konsezus o načinu liječenja primarnog karcinoma rodnice. Kako se radi o rijetkom karcinomu nisu moguća jedinstvena stajališta. Liječenje mora biti individualizirano, a prvenstveno ovisi o stadiju bolesti i lokalizaciji samog tumora. Tumori stadija 0 se liječe samo širokom lokalnom ekscizijom. Tumori stadija I ograničeni na gornju 1/3 rodnice se mogu liječiti radikalnom histerektomijom, gornjom vaginektomijom i odstranjenjem zdjeličnih limfnih čvorova. Većina ostalih primarnih tumora se liječi zračenjem, obično kombinacijom vanjskog zračenja i brahiterapije. Ako je liječenje zračenjem kontraindicirano zbog vezikovaginalne ili rektovaginalne fistule, radi se egzenteracija zdjelice (9).

2. KLASIFIKACIJA SEKSUALNIH DISFUNKCIJA

Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB) je najpoznatija i najprihvaćenija klasifikacija bolesti u svijetu, koja se primjenjuje i u Republici Hrvatskoj. Svjetska zdravstvena organizacija je 2018. godine objavila jedanesto izdanje Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-11) za koju teku pripreme za njezinu primjenu. Prvo izdanje MKB-a, pod nazivom Međunarodni popis uzroka smrti, objavljeno je 1893. godine. Otada je otprilike svakih deset godina izlazilo novo, revidirano izdanje. Deseto izdanje (MKB-10), trenutno i vrijedeća verzija, izišlo je 1990. godine, a počelo se primijenjivati 1992. g. Razmak između desete i jedanaeste revizije je dosad najveći razmak između dvije verzije. Prvih pet izdanja MKB-a su bili popisi (klasifikacije) uzroka smrti, a tek od šestog izdanja MKB postaje klasifikacija bolesti (10).

2.1. MKB-11 klasifikacija u odnosu na MKB-10

U MKB-11, u odnosu prema MKB-10, došlo je do velike promjene u području seksualnog zdravlja. Stanja povezana sa seksualnim zdravljem, odnosno seksualne smetnje izdvojene su u zasebnu kategoriju (dosad, u MKB-10, one su se nalazile smještene u kategoriji F – Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja, a jednim dijelom u kategoriji N – Bolesti genitourinarnog sustava). Ovakva promjena ima dvije velike posljedice. Prvo, izdvajanjem kategorije Stanja povezana sa seksualnim zdravljem daje se do znanja da se seksualne smetnje ne smatraju duševnim (psihičkim) poremećajima. Dosad su seksualne smetnje bile uključene u dva poglavlja, ono o duševnim poremećajima i ono o genitourinarnim, tj. somatskim poremećajima, ovisno o uzroku seksualne smetnje (npr., erektilna disfunkcija za koju se pretpostavljalo da je psihogenog uzroka dijagnosticirala bi se kao F52.2 – Neuspješnost genitalnog odgovora, a ona za koju se pretpostavljalo da je fizičkih uzroka kao N48.4 – Impotencija organskog podrijetla (zanimljivo je i da se za psihogenu smetnju rabi naziv erektilna disfunkcija, a za organsku impotencija!). Osim za erektilnu disfunkciju, ova podjela na psihogenu i organsku postojala je još za vaginizam i dispareuniju. U kategoriju Stanja povezana sa seksualnim zdravljem, osim seksualnih disfunkcija, uključene su i kategorije Poremećaja sa seksualnom boli i Rodne neusklađenosti koja više nije duševni poremećaj (jer se više ne nalazi u kategoriji F, tj. duševnih poremećaja) (10). Dosada su u MKB-10, poremećaji vezani uz seksualno zdravlje bili podijeljeni u nekoliko kategorija: F52 – Seksualne smetnje koje nisu uzrokovane organskim poremećajem ili bolešću; F64 – Poremećaji spolnog identiteta; F65 – Poremećaji seksualnih sklonosti; F66 – Psihološki poremećaji i poremećaji ponašanja vezani uz seksualni razvoj i orijentaciju; N48.4 –

Impotencija organskog podrijetla; N94.1 – (Organska) dispareunija i N94.2 – (Organski) vaginizam.

Sada se Stanja vezana uz seksualno zdravlje dijele u četiri kategorije: Seksualne disfunkcije (HA0) (prijašnja kategorija F52), Poremećaji sa seksualnom boli (HA2) (prije je ova kategorija bila podijeljena, ovisno o etiologiji, u kategorije F52 i N94) i Rodna neusklađenost (HA6) (prijašnja kategorija F64). Osim ove tri kategorije, uvodi se i opisna kategorija Etiološka razmatranja seksualnih disfunkcija i seksualne boli u kojoj se uzrok (etiologija) seksualne disfunkcije ili boli šifrira kao onaj povezan s tjelesnim (fizičkim) uzrocima, psihološkim (ponašajnim) uzrocima, psihoaktivnim tvarima i/ili lijekovima, nedostatkom znanja, uzrocima u odnosu s partnerom ili povezan s kulturološkim čimbenicima (10).

Seksualne disfunkcije uključuju hipoaktivnu seksualnu želju (HA00) (prije F52.0 – Nedostatak ili gubitak seksualne želje), disfunkcije seksualnog uzbuđenja (HA01) (prije F52.2 – Neuspješnost genitalnog odgovora), orgazmičke disfunkcije (HA02) (prije F52.3 – Smetnje orgazma), disfunkcije ejakulacije (HA03) (prije F52.4 – Prijevremena ejakulacija i kategorija F52.3 – Odgođena ejakulacija, koje su sada povezane u zajedničku skupinu). Disfunkcije seksualnog uzbuđenja dijele se na tu disfunkciju u žena (HA01.0) i na erektilnu disfunkciju kod muškaraca (HA01.1). Disfunkcije ejakulacije podijeljene su na ranu ejakulaciju (HA03.0) i odgođenu ejakulaciju (HA03.1). U MKB-10 vaginizam i dispareunija su bile zasebne dijagnoze, u DSM-5 oni su spojeni u zajedničku kategoriju, a sada, u MKB-11, novostvorena kategorija poremećaja sa seksualnom boli uključuje vaginizam, ali ne i dispareuniju, koja je izdvojena u potpuno drugu kategoriju (10).

2.2. MKB-11 klasifikacija u odnosu na DSM-5

Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition), peto je klasifikacijsko izdanje Američkog psihijatrijskog udruženja nastalo 2013. godine i, za razliku od MKB-a koji klasificira sve poznate bolesti čovjeka, DSM sadrži isključivo psihijatrijske bolesti i poremećaje (11).

U DSM-5 seksualni poremećaji klasificirani su u tri kategorije: seksualne disfunkcije, rodna disforija i parafilni poremećaji. U DSM-5 poremećaj sa smanjenom seksualnom željom i poremećaj seksualnog uzbuđenja kod žena spojen je u jedinstvenu kategoriju Poremećaj seksualne želje/uzbuđenja kod žena. Poremećaj s genito-zdjeličnom boli/boli pri penetraciji dio je seksualnih disfunkcija, dok je u MKB-11 on izdvojen u zasebnu kategoriju (HA20), budući da se bol pri seksualnom odnosu može javiti u bilo kojoj fazi ciklusa seksualne

reakcije. Dijagnosticiranje rodne disforije (rodne neusklađenosti) ne razlikuje se u MKB-u ni u DSM-u, osim prema nazivu tog poremećaja. DSM-5 uveo je novost u pogledu parafilicnih poremećaja s obzirom na to da razlikuje parafiliju (koja se ne smatra patologijom, poremećajem) i parafilicni poremećaj (koji je patologija, poremećaj). U DSM-5 uključeni su još poremećaj sa seksualnim mazohizmom i transvestitski poremećaj, koji se u MKB-11 više ne smatraju patologijom (10).

2.2.1. Istraživanje ženske seksualne disfunkcije kod preživjelih od ginekoloških karcinoma pomoću DSM-5 kriterija – rezultati studije

U radu kojeg su objavili Lin H, Fu HC, Wu CH i sur. proveli su presječnu analizu žena u predmenopauzi u dobi od 20 do 50 godina s različitim ginekološkim karcinomima najmanje godinu dana nakon liječenja između siječnja 2017. i prosinca 2019. u ginekološkoj onkološkoj ambulanti u Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital, Tajvan, a odobrio ju je Institucionalni odbor za reviziju. Svrha istraživanja je bila procijeniti prevalenciju FSD-a (Female Sexual Dysfunction) povezanog s osobnim distresom pomoću dijagnostičkih kriterija DSM-5 i identificirati rizične podskupine koje bi mogle imati koristi od rane intervencije. Domene koje su korištene za definiranje ženske seksualne disfunkcije (FSD) temeljile su se na dijagnostičkim kriterijima DSM-5. Ženama je dijagnosticiran FSD ako je bio prisutan barem jedan od tri poremećaja (poremećaj seksualnog interesa/uzbuđenja, poremećaj orgazma i genitopelvična bol/poremećaj penetracije). Statistička analiza provedena je pomoću Studentovog t testa, Chi-kvadrat testa i višestruke logističke regresije. Ukupno 126 žena preživjelih od ginekoloških karcinoma prosječne dobi od 42,4 godine uključeno je u analizu, a kod njih 55 (43,7%) dijagnosticiran je FSD povezan s distresom na temelju kriterija DSM-5. Više od polovice žena (65,1%) prijavilo je smanjeno seksualno zadovoljstvo nakon liječenja karcinoma. Prema definiciji DSM-5, najčešći ženski seksualni poremećaji bili su poremećaj seksualnog interesa/pobuđenosti (70,9%), a slijede ga genitopelvična bol/poremećaj penetracije (60,0%) i poremećaj orgazma (20,0%). Žene koje su preživjele karcinom endometrija bile su pod niskim rizikom za razvoj FSD-a nakon liječenja (2).

Seksualne disfunkcije u DSM-5 zahtijevaju razdoblje od približno 6 mjeseci simptoma kako bi se ispunili kriteriji za dijagnozu. DSM-5 također uključuje zahtjev za doživljavanjem poremećaja 75-100% vremena kako bi se smanjila prekomjerna dijagnoza seksualnih disfunkcija. Samo nekoliko objavljenih studija mjerilo je FSD povezan s osobnim stresom. U nacionalnom istraživanju Sjedinjenih Američkih Država o zdravim ženama u dobi od 18

godina i više, autori su otkrili prevalenciju od 43% bilo kojeg seksualnog problema, ali je pala na 12% ako je prisutan osobni stres (2).

3. ČIMBENICI RIZIKA POVEZANI SA SEKSUALNOM DISFUNKCIJOM KOD GINEKOLOŠKIH KARCINOMA

Mnogi čimbenici u životu žene mogu ometati seksualnu funkciju što često dovodi do slabije kvalitete života za nju i njezinog partnera. Istraživanja pokazuju da do 40 posto žena doživljava određeni stupanj seksualne disfunkcije, a oko 12 posto prijavljuje uznemirujuće probleme seksualnog zdravlja. Bolesti, operacije i hormonalne promjene povezane s menopauzom su neki od fizičkih čimbenika uključeni u žensku seksualnu disfunkciju (12).

Osim fizičkih čimbenika, na seksualnu disfunkciju oboljelih od malignih bolesti također utječu i različiti psihološki čimbenici poput stresa, depresije i anksioznosti koju pacijent i njezin partner doživljavaju tijekom dijagnostičiranja i liječenja malignih bolesti.

3.1. Fizički čimbenici

3.1.1. Operativni zahvat - histerektomija

Histerektomija je najčešća ginekološka operacija, a oko 20% žena nakon operacije prijavljuje pogoršanje u spolnom funkcioniranju. Ona uključuje totalnu histerektomiju, koja uklanja cijelu maternicu i cerviks, djelomičnu ili subtotalnu histerektomiju, što je uklanjanje maternice držeći vrat maternice na mjestu, ili radikalnu histerektomiju, koja uklanja maternicu kao i struktura oko nje, kao što su jajnici i limfni čvorovi. Uklanjanje maternice i jajnika uzrokuje veliki pad spolnih hormona. Hormonska nadomjesna terapija - sa ili bez zamjene testosterona - može pomoći u vraćanju spolne funkcije kod žena koje imaju seksualne poteškoće nakon ove operacije. Istraživanja pokazuju da terapija estrogenom u žena u postmenopauzi koje su imale histerektomije može poboljšati protok krvi u vagini, suhoću rodnice i nemogućnost orgazma. Terapija testosteronom može poboljšati seksualnu želju i uzbuđenje. Neke žene smatraju da post-histerektomija propušta kontrakcije maternice koje su prethodno bile povezane s orgazmom. Uklanjanje cerviksa može rezultirati promjenom fizičkog osjećaja doživljenog tijekom dubokog prodiranja tijekom spolnog odnosa. Postoji široka varijacija u seksualnom funkcioniranju nakon histerektomije (12).

Samo uklanjanje maternice, bilo abdominalno ili vaginalno, zahtijeva samo privremeno ograničenje seksualne aktivnosti. Nakon početnog razdoblja oporavka od oko šest tjedana sa

spolnim odnosom se može oprezno nastaviti. Zbog privremenog skupljanja rodnica se u početku može činiti uskom i skraćenom iako nije izgubljen vaginalni epitel. Postoperativna infekcija može pogoršati ovu sklonost i može značiti dulje odgađanje prije nego što se redoviti snošaj može nastaviti bez nelagode. Pacijenticu i njezinog partnera treba savjetovati kako ne bi bili obeshrabreni. Objašnjenje da mora proći vrijeme prije nego što vagina nastavi svoje izvorno gipko stanje uvjerit će par, a osim ako još uvijek postoji aktivna upala zdjelice, ne treba ih odvrćati od nastavka spolne aktivnosti. Snošaj će pomoći tkivima da se rastegnu, a ukidanje medicinskih ograničenja pružit će važan psihološki poticaj. Dugoročno gledano, daleko od toga da histerektomija označava fazu opadanja seksualne funkcije, uklanjanje maternice trebalo bi rezultirati povećanjem seksualne aktivnosti i užitka. Mnoge pacijentice koje su podvrgnute histerektomiji imati će problematične menstruacije, bilo zbog trajanja ili količine krvarenja, zbog predmenstrualne napetosti ili depresije ili zbog povremene boli. Kod mlađih žena histerektomija može pružiti dodatno olakšanje u konačnom eliminiranju mučnog straha od začeca (13). Većina pacijentica sa dijagnozom karcinoma vrata maternice u ranom stadiju mlađe su do srednje dobi. Imaju izvrsno dugotrajno preživljavanje i često žive s posljedicama liječenja koje su primili. Mogućnosti liječenja uključuju samo radikalnu histerektomiju (RH), radioterapiju ili kombinaciju oboje, kao i istodobnu kemoterapiju u odabranim pacijenata. Pacijentice sa srednjim čimbenicima rizika kao što je zahvaćenost kapilarnog limfnog prostora mogu imati koristi od adjuvantne radioterapije nakon RH. Međutim, za kod većine pacijenata bez zahvaćenosti limfnih čvorova, nema dokaza da je jedan modalitet liječenja bolji od drugog u pogledu preživljavanja. Postoji ograničeno znanje o utjecaju same RH na spolnu funkciju pacijentica s ranim stadijem karcinoma vrata maternice (14).

Prema studiji koju su proveli Pernille T. Jensen, Mogens Groenvold, Marianne C. Klee i sur. koji su istraživali longitudinalni tijek samoprocjenjene seksualne funkcije nakon RH, pacijentice u usporedbi s kontrolnim ženama su imale ozbiljne probleme s orgazmom i neugodan spolni odnos zbog smanjene veličine vagine tijekom prvih 6 mjeseci nakon RH, teške dispareunije tijekom prva 3 mjeseca i seksualnog nezadovoljstva tijekom 5 tjedana nakon RH. Uporni nedostatak seksualnog interesa i lubrikacije zabilježen je tijekom prve 2 godine nakon RH. Dugotrajni nedostatak seksualnog interesa i nedovoljno vaginalno podmazivanje potvrđeni su kod pacijentica koje su same prijavile promjene 12 mjeseci nakon RH u usporedbi s onima prije dijagnoze karcinoma. Međutim, većina pacijentica koje su bile

seksualno aktivne prije dijagnoze karcinoma ponovno su bile seksualno aktivne i 12 mjeseci nakon operacije (91%), iako je zabilježeno smanjenje učestalosti spolnih odnosa (14).

Bergmark i sur. su pružili analize specifične za liječenje u svojoj studiji poprečnog presjeka dugotrajno preživjelih od ranog stadija karcinoma vrata maternice. Izvijestili su da su pacijentice doživjele štetne vaginalne promjene samo nakon RH. Suprotno tome, u maloj studiji od 20 pacijenata s karcinomom vrata maternice, Grumann i sur. su sugerirali da te pacijentice nisu doživjele veće seksualne posljedice samo nakon RH. Stoga ostaje kontroverzno ima li RH negativan utjecaj na seksualnu funkciju bolesnika s ranim stadijem karcinoma vrata maternice. Ako RH utječe na spolnu funkciju, postavlja se pitanje kakva je priroda seksualnih problema i kakav je njihov tijek (14).

Raznolikost, tijek i ozbiljnost problema s kojima se susreću pacijentice sa ranim stadijem karcinoma vrata maternice naglašavaju da se o riziku od seksualnih problema nakon RH treba razgovarati s pacijentima prije operacije i nakon operacije.

3.1.2. Radioterapija

Radioterapija puno više ometa vaginalnu funkciju nego radikalna operacija. Fenomeni lubrikacije te produljenja i širenja rodnice tijekom spolne aktivnosti nikada nisu mogući nakon punog tijeka radioterapije, što dovodi do ozbiljnog izobličenja donjeg genitalnog trakta u preko 80% slučajeva. Inferiorni funkcionalni rezultati zračenja ukazivali bi na sklonost operaciji umjesto radioterapiji u liječenju ranog karcinoma vrata maternice u mlađih pacijentica. Dok potpuno iskorjenjivanje bolesti mora biti glavna pažnja u svim slučajevima malignosti zdjelice, razumijevanje vjerojatnih funkcionalnih učinaka pomoći će i liječniku i pacijentu u odabiru između alternativnih oblika liječenja i u suočavanju sa značajnim problemima prilagodbe. Iako možda nije moguće izbjeći anatomske učinke radikalnog liječenja, nema sumnje da će smanjenje straha, tjeskobe i krivnje objašnjenjem i suosjećanjem uvelike učiniti za ublažavanje posljedica (13).

Kod pacijentica s uznapredovalim, rekurentnim ili perzistentnim karcinomom vrata maternice liječene radioterapijom, Bergmark i sur. nisu pronašli nikakvo dugoročno smanjenje seksualnog interesa pacijenata u usporedbi sa zdravim kontrolnim ženama, niti su pronašli bilo kakav dodatni rizik od nedovoljnog vaginalnog podmazivanja s kombiniranim modalitetima liječenja uključujući operaciju i radioterapiju (14). Jensen i sur. izvijestili su o rezultatima samoprocijenjenih seksualnih i vaginalnih problema za pacijentice koje su bile bez bolesti nakon radioterapije. Mnoge pacijentice u toj studiji prijavile su trajne i teške

seksualne i vaginalne probleme tijekom 2 godine nakon radioterapije uz samo male promjene tijekom vremena. Dugotrajni seksualni i vaginalni problemi nisu bili ograničeni na nedostatak seksualnog interesa i nedovoljno podmazivanje vagine u pacijentica s uznapredovalim, rekurentnim ili perzistentnim karcinomom vrata maternice, već su također uključivali većinu drugih kratkotrajnih seksualnih i vaginalnih problema prijavljenih nakon RH. Nisu pronađene razlike između pacijenata liječenih radikalnom radioterapijom (vanjsko zračenje zdjelice i brahiterapija) i onih pacijenata koji su primili zračenje zdjelice kao pomoćnu terapiju nakon RH (14).

Mnoge fizičke promjene nastale od radioterapije mogu dovesti do poteškoća sa slikom tijela uz fiziološke nuspojave liječenja. Na primjer, neke žene doživljavaju zadebljanje kože, kontrakture i promjene u teksturi i boji u zdjelichnoj regiji. Vaginalna fibroza i skraćivanje vaginalnog svoda mogu biti uzrokovani intravaginalnim tretmanima. To može rezultirati smanjenom sposobnošću penetrativnog snošaja i smanjenom osjetljivošću na klitoris i okolne genitalije. Opći tjelesni simptomi, kao što su umor, proljev, mučnina, povraćanje i često mokrenje, kao i gubitak dlaka na genitalijama, također mogu doprinijeti ženinom nedostatku interesa za seksualnu intimnost. Osim toga, pacijentice i njihovi partneri su često zabrinuti uz mit da terapija zračenjem može uzrokovati da pacijenti budu trajno „radioaktivni“ (15).

U istraživanju preživjelih od karcinoma vrata maternice liječenih terapijom zračenjem, uočena je statistički značajna razlika ($p = 0,001$) u incidenciji umora, smanjenja kvalitete života, tjeskobe i depresije u usporedbi s pacijenticama bez anamneze malignih bolesti do 5 godina nakon završetka liječenja. Ova razlika je ponovljiva, a također je dokazana i u pacijentica s anamnezom neoplazmi vulve i vagine (15).

Pernille T. Jensen, Mogens Groenvold, Marianne C. Klee i sur. istražili su longitudinalni tijek spolne funkcije samoprocjene i vaginalnih promjena u pacijentica bez bolesti nakon radioterapije (RT) za lokalno uznapredovali, rekurentni ili perzistentni karcinom vrata maternice. Rezultati su uspoređeni s kontrolnom skupinom odgovarajuće dobi iz opće populacije. Trajna seksualna disfunkcija i štetne vaginalne promjene prijavljene su tijekom 2 godine nakon RT-a, s malim promjenama tijekom vremena: približno 85% imalo je slab ili nikakav seksualni interes, 35% imalo je umjeren do ozbiljan nedostatak lubrikacije, 55% je imalo blagi do teški oblik dispareunije, a 30% je bilo nezadovoljno svojim seksualnim životom. Smanjenu vaginalnu dimenziju prijavilo je 50% pacijentica, a 45% nikada ili samo povremeno nije moglo dovršiti spolni odnos. Unatoč spolnoj disfunkciji, 63% spolno aktivnih žena prije oboljevanja od karcinoma ostalo je seksualno aktivno nakon liječenja, iako sa

znatno smanjenom učestalošću. Zaključak longitudinalne studije je da pacijentice koje su nakon RT bez bolesti zbog lokalno uznapredovalog, rekurentnog ili perzistentnog karcinoma vrata maternice su izložene velikom riziku od trajnih seksualnih i vaginalnih problema koji ugrožavaju njihovu seksualnu aktivnost i zadovoljstvo (16).

3.1.3. Kemoterapija

Kao i kod terapije zračenjem, antineoplastični agensi također mogu dovesti do fizičkih i psihičkih stresora kod pacijenata koji imaju potencijal utjecati na spolno funkcioniranje. Mnogi lijekovi uzrokuju mučninu, proljev i iritaciju sluznice, što može utjecati na usta, grlo, rodnicu i anus. Gubitak kose na glavi, gubitak obrva i trepavica je uznemirujući i može utjecati na percepciju seksualne privlačnosti žene. Rano zatajenje jajnika uzrokovano kemoterapijom često dovodi do valunga, poremećaja spavanja, labijalnosti raspoloženja i vaginalne atrofije. Ti uvjeti mogu negativno utjecati na želju, seksualni interes, uzbuđenje i u konačnici, na razinu užitka koji se postiže snošajem. Prijevremena menopauza može uzrokovati mnoge stresne faktore, uključujući uznemirenost i tjeskobu kada pacijentica shvati da više neće moći rađati djecu (17).

U studiji koju su proveli Mateusz Kozłowski, Paula Gargulinska i Łukasz Ustianowski, 121 žena nije bila podvrgnuta postoperativnoj kemoterapiji i/ili radioterapiji, što sugerira da razlog operacije nije bio maligni, dok je 15 žena bilo podvrgnuto takvom adjuvantnom liječenju. Među pacijenticama koje nisu bile podvrgnute postoperativnoj kemo- i/ili radioterapiji, seksualna aktivnost se nije promijenila nakon operacije, a oralno gotovo nikada nisu osjetili nelagodu ili bol tijekom spolnog odnosa. S druge strane, među pacijenticama liječenim postoperativnom kemoterapijom i/ili radioterapijom, unatoč manjoj veličini skupine, otkriveno je da većina nije pokušala započeti spolni odnos. U 2,2% ispitanika nelagoda ili bol tijekom snošaja javlja se više od polovice vremena, dok se u drugih 2,2% javlja nikada ili gotovo nikada. Međutim, nije sigurno je li smanjena učestalost spolnih odnosa uzrokovana suhoćom i skraćivanjem rodnice tijekom radioterapije, ili je pozadina psihološka. Međutim, čini se da to proizlazi iz fizičkih i psihičkih čimbenika (18).

3.2. Psihološki čimbenici

Kada se osoba suoči s dijagnozom maligne bolesti ona ne razmišlja o seksualnim odnosima, utjecaju bolesti i liječenja na samopoštovanje, o tjelesnom izgledu, odnosima s partnerom i sl. Njezine snage su usmjerene na liječenje i suočavanje s bolešću. Većina osoba koja se liječi ili je imala malignu bolest proživljava brojna emocionalna stanja poput:

- LJUTNJE – osobe se mogu ljutiti jer je bolest prekinula njihovo dotadašnje funkcioniranje, poremetilo planove, utjecalo na većinu životnih aspekata uključujući i seksualnost ili mogućnost imanja djece.
- ANKSIOZNOSTI - pomisao na imanje seksualnih odnosa nakon liječenja može izazvati anksioznost. Osoba može osjećati nesigurnost, bojati se dodirivanja, strahovati da će odnos biti bolan ili se osjećati neugodno kad je gola pred partnerom. Osobe koje nisu u emocionalnom odnosu, mogu strahovati i biti tjeskobne oko ulaska u novu emocionalnu vezu, oko upoznavanja novih partnera i ostvarenja nekog duljeg odnosa.
- STRAHA – osoba može osjećati zabrinutost oko toga hoće li i dalje biti privlačna odnosno je li promijenjeno tijelo nakon liječenja partneru odbojno i hoće li biti odbačena. Strah može dovesti do toga da se osoba teško može zamisliti u nekoj seksualnoj situaciji.
- KRIVNJE - mnogi ljudi smatraju da bi trebali biti samo zahvalni što su pobijedili rak, osjećajući krivnju jer razmišljaju o svojim seksualnim potrebama.
- SRAMA – nije rijetkost da se osobe srame radi svih onih doživljenih promjena koje utječu na seksualnost, na izgled ili na način na koji tijelo funkcionira.
- DEPRESIJE - simptomi depresije mogu uključivati osjećaj tuge, razdražljivosti ili tjeskobe, probleme sa spavanjem, gubitak interesa za aktivnosti u kojima je osoba ranije uživala, slab apetit i smanjeni interes za seks (nizak libido).
- TUGE – osoba može žaliti za bivšim izgledom svoga tijela i za seksualnim životom kakav je imala prije liječenja.

Sve ove emocije mogu utjecati na samopoštovanje, seksualnost i stav prema intimnosti (19).

Edukacija i savjetovanje pacijenata mogu biti važni u ublažavanju navedenih poteškoća, osobito seksualnih, koji su rijetko dostupni. Vincent i njegovi suradnici izvijestili su da je 35 od 50 žena (70%) liječenih od karcinoma vrata maternice izjavilo da nisu primile nikakve informacije o seksualnoj prilagodbi prije, tijekom ili nakon terapije. Dok je samo 20% žena izjavilo da ne želi takvu informaciju, više od 75% žena je reklo da ne bi same pokrenule tu temu. Za učinkovitu psihosocijalnu skrb potrebni su podaci za definiranje specifičnih problema s kojima se susreću različite skupine ginekološko onkoloških pacijentica (20).

Utjecaj ginekoloških karcinoma na seksualno zdravlje je višefaktoran, s etiologijom ovisnom o psihoseksualnim i biološkim čimbenicima. Psihoseksualni čimbenici mogu ovisiti o dobi

pacijenta kod postavljanja dijagnoze (mlađi pacijenti imaju lošiji ishod s većim utjecajem na seksualni identitet), premorbidnu osobnost i seksualnu dobrobit ili postojanje već postojećih psiholoških/psihijatrijskih problema. Vrsta karcinoma i potrebni tretmani mogu utjecati na spolni identitet, sliku tijela, te može doći do depresije koja je rezultat dijagnoze životno opasnog stanja (21).

U istraživanju koje je proveo Leonard R. Derogatis otkriveno je da je pozitivna slika tijela ključna za učinkovito seksualno funkcioniranje, čak i kod osoba koje nemaju fizičke bolesti. Posljedice unakaženih bolesti i tretmana mogu poslužiti samo za pojačavanje utjecaja bilo koje postojeće negativne tjelesne percepcije na seksualno funkcioniranje, a također moraju značajno doprinijeti lošem imidžu tijela. Osim toga, budući da samopoimanje obično uvelike ovisi o zadovoljstvu žene svojim tijelom i osjećaju seksualne adekvatnosti, gubitak ili unakazivanje značajnog dijela tijela gotovo uvijek uključuje značajan udarac samopoštovanju. Ako je ozljeda samopoštovanja dovoljna, i/ili premorbidna psihološka integracija pojedinca nije sigurna, tada se otvaraju vrata poremećaju psihološke prilagodbe i nastanku reaktivnog psihičkog poremećaja. Premorbidna prilagodba, kako u širem smislu sveukupne psihološke integracije, tako i u specifičnijem kontekstu seksualnog funkcioniranja, igra očitu ulogu u određivanju prirode prilagodbe nakon što žena razvije karcinom dojke ili ginekološki karcinom. Čvrsto psihološko držanje prije postavljanja dijagnoze, uz dokaze o zadovoljavajućem rješavanju prijašnjih životnih kriza i izazova, obično je dobar pokazatelj da će se pojedinac učinkovito nositi sa stresom bolesti. Slično, dobro spolno funkcioniranje prije bolesti ima tendenciju predvidjeti povratak na zadovoljavajuću seksualnu prilagodbu nakon aktivnih faza liječenja. Stavovi i očekivanja koje žena ima o svojoj bolesti i njenom liječenju također su važne varijable povezane s psihološkim ishodom. Ako je upućena u svoje stanje, te pozitivne stavove i očekivanja aktivno podržava medicinsko osoblje, obično će pacijent imati manje poteškoća s prilagodbom. Uočeno je, u pogledu seksualnog funkcioniranja općenito, da žene koje posjeduju visoko polarizirane definicije rodni uloga su sklone manje zadovoljavajućim seksualnim odnosima u usporedbi sa ženama s androgenijim (uravnoteženijim) rodni ulogama. Iako je širina ginekoloških karcinoma mnogo veća nego što je to slučaj s karcinomom dojke, analogna se slika pojavljuje kako bolest postaje sve dublja, a tretmani agresivniji. Polivyjev pregled ovog područja otkrio je da su reakcije na ginekološke zahvate, uključujući smanjen libido, tjeskobu zbog gubitka ženstvenosti i smanjeno samopoštovanje, prilično česte. U formalnijem istraživanju prevalencije psihijatrijskih poremećaja među oboljelima od karcinoma, Derogatis i sur. procijenili su 215

pacijenata u 3 centra putem psiholoških mjera i psihijatrijskog intervjua. Ovi istraživači su uočili stopu prevalencije psihijatrijskih dijagnoza od 47%, pri čemu je većina ovih poremećaja reaktivne prirode. Ograničavajući svoj fokus posebno na depresije, Massie i Holland također su nedavno pregledali probleme u dijagnozi i liječenju psiholoških poremećaja u pacijenata s karcinomom i zaključili da oni predstavljaju značajan, ali vrlo liječiv problem u medicini. Prema Leonard R. Derogatisu karcinom dojke i ginekološki karcinom predstavljaju "posebne" bolesti za žene, koje posjeduju poseban i nerazmjern potencijal da naruše psihološki integritet i dobrobit onih koji ih doživljavaju (22).

Lori A. Brotto, Julia R. Heiman i Barbara Goffsu, razvili su pilot test te testirali kratku psihoedukacijsku intervenciju u tri sesije (PED) usmjerenu na poremećaj ženskog seksualnog uzbuđenja (FSAD) u 22 žene sa ranim stadijem ginekološkog karcinoma (karcinom vrata maternice i endometrija). PED se sastojao od 3 sesije od 1 sata koje su kombinirale elemente kognitivne i bihevioralne terapije s edukacijom i treningom svjesnosti. Žene su ispunile upitnike i imale su fiziološko mjerenje genitalnog uzbuđenja prije i nakon PED-a (sesije 1 i 4) te su sudjelovale u polustrukturiranom intervjuu (sesija 4) tijekom kojeg su prikupljenje njihove povratne informacije o PED-u. Postojao je značajan pozitivan učinak PED-a na seksualnu želju, uzbuđenje, orgazam, zadovoljstvo, seksualni stres, depresiju i opću dobrobit, te trend prema značajnom poboljšanju fiziološkog genitalnog uzbuđenja i percipiranog genitalnog uzbuđenja. Kvalitativna povratna informacija naznačila je da su PED materijali vrlo jednostavni za korištenje, jasni i korisni. Žene su posebno navele da je komponenta svjesnosti najkorisnija. Ovi nalazi upućuju na to da kratki PED od 3 sesije može značajno poboljšati aspekte seksualnog odgovora, raspoloženja i kvalitete života kod ginekoloških pacijentica s karcinomom, te ima implikacije na uspostavljanje komponenti programa psihološkog liječenja za poremećaje ženskog seksualnog uzbuđenja (23).

4. SEKSUALNI POREMEĆAJI OBOLJELIH OD GINEKOLOŠKIH KARCINOMA

4.1. Poremećaji seksualne želje

Nedostatak ili gubitak seksualne želje koja je ujedno i najučestalija seksualna disfunkcija u žena, definira se kao stalni ili povremeni manjak ili odsutnost seksualnih maštarija i želje za seksualnim odnosom što uzrokuje distres ili teškoće u vezi, a koje nisu posljedica nekog drugog organskog ili psihičkog uzroka (24). U etiologiju hipoaktivne seksualne želje često spada hormonska neravnoteža, uglavnom nizak testosteron i visok prolaktin, neravnoteža inhibitora i ekscitatora, kao i stres, interpersonalne teškoće, određeni psihološki problemi poput depresije i poremećaja raspoloženja te uzimanje određenih lijekova. Također, nedostatak seksualne želje može biti uzrokovan tjelesnom nesposobnošću partnera (25). Klinička slika uključuje smanjenu motivaciju za seksualnom aktivnošću, bilo zbog smanjene spontane želje za istom, smanjene želje i nakon erotskih inicijacija ili stimulacija partnera, ili nemogućnost održavanja želje kroz cijelu seksualnu aktivnost. Za dijagnozu poremećaja mora biti prisutna promjena u želji za seksualnom aktivnošću (u odnosu na ranije) u trajanju od minimalno tri mjeseca, moraju biti prisutni simptomi osobnog distresa kao što su frustracija, tuga, osjećaj inkompetentnosti i ljutnje, nisko samopouzdanje, zbunjenost i zabrinutost (24).

4.1.1. Učinak histerektomije na seksualnu želju

U preglednoj studiji koju su proveli Danesh, Hamzehgardeshi, Moosazadeh i sur., dvije studije izvijestile su da većina pacijentica nije doživjela nikakve promjene u svojoj seksualnoj želji. U studiji su žene koje su bile seksualno aktivne prije operacije zadržale svoju seksualnu aktivnost nakon operacije i prijavile istu učestalost seksualne aktivnosti nakon 6 mjeseci. Druga studija izvijestila je da se ni slika tijela ni libido nisu smanjili nakon histerektomije, te da se u tom pogledu nisu dogodile važne promjene. Međutim, žene koje su bile podvrgnute histerektomiji u nekim studijama doživjele su značajno poboljšanje seksualne želje. Nadalje, u studiji Gutl i sur., seksualne disfunkcije, kao što je gubitak seksualne želje, značajno su se smanjile nakon abdominalne i vaginalne histerektomije, a žene su izvijestile o poboljšanju svoje seksualne želje i seksualnog zadovoljstva 3 mjeseca i 2 godine nakon operacije. Jensen i sur. su otkrili da postoji dugotrajan nedostatak seksualnog interesa kod pacijenata 12 mjeseci nakon radikalne histerektomije, no mnogi pacijenti koji su bili spolno aktivni prije dijagnoze karcinoma ponovno su postali aktivni 12 mjeseci nakon operacije iako su prijavili manje spolnih odnosa. Studija je otkrila da je slab libido jedan od seksualnih problema prijavljenih nakon histerektomije. Neke druge studije također su pokazale da su se seksualna želja i

učestalost snošaja značajno smanjili. Nadalje, problemi vezani uz seksualnu želju i osjećaj kod žena podvrgnutih histerektomiji bili su značajno veći od onih prije operacije. Bayram i Sahin su otkrili da se seksualna aktivnost značajno smanjila 3 mjeseca nakon histerektomije i dokazali očite simptome depresije koji su negativno utjecali na spolno funkcioniranje. Tangjitgamol i sur. studija na ženama koje su bile podvrgnute radikalnoj histerektomiji za liječenje početnih stadija karcinoma vrata maternice izvijestila je o disfunkciji svih seksualnih aspekata, uključujući smanjenje seksualne želje koje je bilo niže od smanjenja u drugim aspektima. Kuscui i sur. studija je također pokazala da totalna abdominalna histerektomija (TAH) i totalna abdominalna histerektomija sa bilateralnom salpingooforektomijom (TAH+BSO) uglavnom smanjuju seksualnu želju (26).

U prospektivnoj kohortnoj studiji koju su proveli Rhodes, Kjerulff i sur., a koja je ispitala promjene u spolnom funkcioniranju pacijentica koje su bile podvrgnute histerektomiji zbog benignih stanja neposredno prije operacije, te 3, 6, 12, 18 i 24 mjeseca nakon operacije. Rezultati studije upućuju na to da se učestalost seksualne želje značajno povećala nakon histerektomije: značajno se povećao postotak žena koje su željele seks jednom tjedno ili češće, a značajno se smanjio postotak žena koje su željele seks manje od jednom mjesečno. Više od 70% žena s niskim libidom prije histerektomije prijavilo je olakšanje od niskog libida 12 mjeseci nakon histerektomije. Osim toga, nekoliko žena među onima koje nisu prijavile nizak libido prije histerektomije i među onima koje nisu bile seksualno aktivne prije histerektomije imalo je nizak libido nakon histerektomije. Niski libido nakon histerektomije bio je povezan s niskim libidom prije histerektomije. Depresija prije histerektomije također je povezana s niskim libidom nakon histerektomije (27).

4.2. Poremećaji seksualnog uzbuđenja

Jedna od najčešćih seksualnih disfunkcija žena je i poremećaj seksualnog uzbuđenja ili pobuđenosti. Prema McCabe i sur. poremećaj seksualnog uzbuđenja je konstantna ili ponavljajuća nemogućnost postizanja ili održavanja uzbuđenja do završetka seksualne aktivnosti odnosno subjektivna procjena genitalnog odgovora. Hormonska neravnoteža, smanjena prokrvljenost genitalne regije, oštećenja živčanog sustava, depresija, stres, interpersonalne teškoće, uporaba droga ili lijekova poput antidepresiva nerijetko se navode uzrocima poremećaja sa seksualnim uzbuđivanjem. Kao posljedica nedostatnog seksualnog uzbuđenja uz prikladnu stimulaciju, često se javlja i poteškoća nedostatka ovlaženosti (lubrikacije) što otežava ugodno iskustvo seksualnog odnosa. Prema DSM 5 hipoaktivna

seksualna želja i poremećaj uzbuđenja predstavljaju jedan sindrom (25). Prema istraživanjima, učestalost poremećaja seksualnog uzbuđenja je 5-51%, smetnje lubrikacije prijavljuje 8-60% žena, a učestalost perzistentnog poremećaja seksualnog uzbuđenja otprilike je 1% (24).

4.2.1. Učinak histerektomije na seksualno uzbuđenje

Neke studije su pokazale pozitivne učinke histerektomije na spolno uzbuđenje, a neke druge studije su pokazale negativne učinke u tom pogledu. Većina žena u Goetschevoj studiji doživjela je veće seksualno uzbuđenje nakon abdominalne i vaginalne histerektomije, a samo 25% žena prijavilo je smanjeno seksualno uzbuđenje. Anonymous je također izvijestio da su se problemi povezani sa spolnim uzbuđenjem općenito smanjili nakon histerektomije. U nekim studijama vaginalna se suhoća smanjila nakon histerektomije, a seksualna uzbuđenost i aktivnost se poboljšala 3 mjeseca i 2 godine nakon histerektomije. Međutim, neke druge studije izvijestile su da je histerektomija povećala suhoću rodnice i abnormalne vaginalne kontrakcije. Jedan od seksualnih problema nakon histerektomije bilo je neadekvatno podmazivanje rodnice, što je bio stalniji ishod i na kraju smanjeno seksualno zadovoljstvo. U Mestonovoj studiji, žene koje su bile podvrgnute histerektomiji prijavile su smanjeno vaginalno podmazivanje što je impliciralo potencijalno seksualno-mentalno uzbuđenje nakon histerektomije. Lowenstein i sur. studija je izvijestila o značajnom pogoršanju osjeta hladnog i toplog podražaja u prednjoj i stražnjoj stijenci rodnice nakon histerektomije. Tangjitgamolova studija izvijestila je o poremećajima u svim aspektima seksualnog funkcioniranja, uključujući smanjeno seksualno uzbuđenje i vaginalno podmazivanje, jer su najočitije promjene bile smanjena spolna učestalost i vaginalno podmazivanje, a seksualno uzbuđenje je bilo smanjeno u manjoj mjeri. U Pieterse et al. studiji, pacijentice koje su podvrgnute radikalnoj histerektomiji za liječenje početnih stadija karcinoma vrata maternice izvijestile su o negativno značajnom učinku operacije, u odnosu na njihovo stanje prije operacije i pacijentica u kontrolnoj skupini, na spolno funkcioniranje, kao što je smanjeno podmazivanje, skraćivanje i sužavanje vagine te utrnulost područja oko stidnih usana, tijekom 24 mjeseca praćenja. Štoviše, Maas i sur. otkrili su da su žene s poviješću radikalne histerektomije pokazale značajno smanjenje maksimalne amplitude vaginalnog pulsa tijekom seksualnog uzbuđenja, a varijacija u amplitudi vaginalnog pulsa tijekom seksualnog uzbuđenja dogodila se s obzirom na činjenicu da su sve pacijentice doživjele jednako snažno seksualno uzbuđenje (26).

4.3. Poremećaji doživljavanja orgazma

Anorgazmija jest nesposobnost postizanja orgazma ili značajno smanjen subjektivni doživljaj orgazma. Čest je seksualni problem kod žena, osobito kod mlađih žena. Uzroci su brojni (npr. antidepresivi mogu biti uzrok nemogućnosti postizanja orgazma; osobni stavovi žene o seksualnosti kao nečem prljavom i ružnom, mogu dovesti do nemogućnosti prepuštanja i uživanja u seksu). Vrlo važan čimbenik jest prepuštanje trenutku, tj. isključivanje razmišljanja, razuma i intelekta. Metode slikovnog prikaza mozga pokazuju da je za doživljaj orgazma bitno da se „isključe“ prefrontalna aktivnost (tj. misli i razmišljanje) i da se aktiviraju niži moždani centri. Upravo zbog toga u terapiji anorgazmije se koriste različite psihološke tehnike kojima se ženu podučava relaksaciji, smanjenju anksioznosti, usmjeravanju na osjete, prepuštanju trenutku, povećanju uzbuđujućih elemenata (npr. uvođenje različitih vidnih, mirisnih i dodirnih podražaja koji mogu povećati seksualno uzbuđenje). Primarna anorgazmija ima vrlo visok stupanj izlječenja (28).

4.3.1. Učinak histerektomije na orgazam

U nekim studijama većina pacijentica nije doživjela nikakve promjene u učestalosti i intenzitetu orgazma. Goetsch je također otkrio da su intenzitet orgazma i stimulacije bradavica nakon vaginalne i abdominalne histerektomije bili slični onima prije operacije ili povećani, a 13% žena izvijestilo je o smanjenju intenziteta orgazma nakon operacije. Štoviše, Rahimzadeh i sur. studija je pokazala da je histerektomija uzrokovala seksualne poremećaje, poput smanjenog užitka nakon snošaja i postizanja orgazma. Neke studije su prijavile izostanak orgazma kao jedan od seksualnih problema nakon histerektomije, koji je bio znatno veći nego prije operacije. Tangjitgamol i sur. prijavili su poremećaje u svim seksualnim funkcijama, uključujući smanjenje učestalosti orgazma nakon radikalne histerektomije. U studiji koju su proveli Thakar i sur., pacijentice su tijekom 6 mjeseci nakon radikalne histerektomije imale teške probleme s orgazmom i neugodnim spolnim odnosima zbog skraćene vagine u usporedbi s bolesnicama u kontrolnoj skupini. Međutim, neke druge studije spominju poboljšanje orgazma nakon histerektomije. S tim u vezi, dvije druge studije izvijestile su da su se problemi s orgazmom smanjili nakon operacije, a bilo je vrlo malo pogoršanih problema. U nekim sličnim studijama, žene su doživjele značajno poboljšanje orgazma nakon histerektomije, a seksualni užitak se značajno poboljšao u većine pacijentica bez obzira na vrstu operacije. U Rhodesovoj studiji učestalost orgazma se povećala nakon histerektomije, a izostanak orgazma značajno se smanjio 12 mjeseci i 24 mjeseca nakon operacije (26).

U prospektivnoj kohortnoj studiji koju su proveli Rhodes, Kjerulff i sur., učestalost orgazma se povećala nakon histerektomije. Ta je brojka porasla na 72,4 % i 71,5 % 12 i 24 mjeseca nakon histerektomije. Otprilike dvije trećine žena koje nisu doživjele orgazam prije histerektomije, doživjele su 12 mjeseci nakon histerektomije, a nekoliko žena koje su imale orgazam prije histerektomije je prestalo imati nakon histerektomije. Snaga orgazma također je porasla nakon histerektomije. 44,6 % žena prije histerektomije doživljavalo je jake orgazme, a 12 i 24 mjeseca nakon histerektomije ta je brojka porasla na 58,4 % i 57,3 % (27).

4.4. Poremećaji vezani za seksualnu bol – dispareunija i vaginizam

Bol tijekom spolnih odnosa kod žena naziva se dispareunija i može se pojaviti u području genitalija (u vulvi, području oko otvora vagine ili unutar vagine) te unutar zdjelice prije, tijekom ili nakon spolnog odnosa. Bol može biti oštra i intenzivna i može se javiti kod žena svih dobničkih skupina, pa čak i kod onih koje su do pojave bolnih odnosa nesmetano uživale u seksualnim odnosima. Dispareunija ne izaziva samo lokalnu bol i neugodu već može biti uzrok nezadovoljstva i frustracija, razočaranosti i emocionalnih problema. Pojava boli također posljedično može dovesti do problema u odnosu između partnera. Bol može biti posljedica raznih psihičkih i tjelesnih čimbenika. Psihički uzroci (strah, krivnja, sram, sramežljivost ili neugodnost) uzimaju se u obzir tek nakon što se isključe organski uzroci (29).

Organski uzroci bolova su: smanjena lubrikacija (vlaženje), alergijski vulvovaginitis, vulvodinija, vaginizam, spolno prenosive infekcije, upalna stanja rodnice i vrata maternice, endometriozna, ciste jajnika, miomi i drugi tumori spolnih organa, upalna bolest zdjelice, izvanmaternična trudnoća, hormonske promjene (29). Prema DSM 5 klasifikaciji dispareunija i vaginizam, koji je rjeđa pojava, predstavljaju sindrom nazvan genitalnozdzelična bol odnosno poremećaj penetracije. Rjeđi poremećaji seksualne funkcije žena su vaginizam, poremećaj konstantnog genitalnog uzbuđenja, postkoitalni sindrom, hipohedonični orgazam i bolan orgazam (25).

Dispareunija je česta seksualna tegoba kod žena koje su oboljele od ginekoloških karcinoma. Najčešći uzrok za dispareuniju u ovoj populaciji je vulvovaginalna atrofija koja je posljedica hipoestrogenizma zbog menopauze izazvanih operacijom, kemoterapijom ili zračenjem zdjelice, ili može biti uzrokovana endokrinom terapijom, uglavnom za karcinom dojke, npr. inhibitori aromataze i tamoksifen (30).

4.4.1. Učinak histerektomije na dispareuniju

U prospektivnoj kohortnoj studiji koju su proveli Rhodes, Kjerulff i sur., postotak žena koje su imale dispareuniju se dramatično smanjio: s 40,8 % prije na 18,4 % nakon 12 mjeseci i 14,9 % nakon 24 mjeseca nakon histerektomije. 84,4 % žena iskusi dispareuniju dobar dio vremena prije histerektomije (27).

Iako su libido i učestalost spolnih odnosa nakon abdominalne histerektomije bili značajno niži od onih prije operacije u studiji koju su proveli Kuscu i sur. nije uočena razlika u smislu dispareunije i seksualnog zadovoljstva. Na temelju rezultata studije koju su proveli Rahimzadeha i sur., histerektomija je utjecala na neobične vaginalne kontrakcije te na strah i izbjegavanje spolnog odnosa, ali ne i na bol tijekom spolnog odnosa. Badakhsh i sur. također su izvijestili o smanjenju dispareunije, povećanju suhoće vagine i smanjenju seksualnog zadovoljstva nakon histerektomije. Thakar i sur. otkrili su da se duboka dispareunija smanjila za 6-12 mjeseci nakon histerektomije, dok se površinska dispareunija smanjila 6 mjeseci nakon operacije, ali se povećala nakon 12 mjeseci. Prema Dragišiću i sur., čini se da histerektomija uzrokuje bol tijekom spolnog odnosa. Seksualne disfunkcije u Pietersovoj studiji tijekom 24 mjeseca praćenja nakon histerektomije uključivale su suženje i skraćivanje vagine i dispareuniju. Jensen i sur. izvijestili su da su pacijentice koje su bile podvrgnute radikalnoj histerektomiji za liječenje početnih stadija karcinoma vrata maternice doživjele tešku dispareuniju tijekom prva 3 mjeseca nakon operacije, a radikalna histerektomija imala je štetne dugotrajne i kratkoročne učinke na spolno funkcioniranje, uključujući dispareuniju te bol i tjeskobu zbog skraćivanja rodnice tijekom spolnog odnosa kao kratkotrajne nuspojave. Neke studije su također spomenule dispareuniju uzrokovanu smanjenjem vaginalnog podmazivanja te suženost i skraćivanje rodnice kao utjecajne seksualne probleme nakon radikalne histerektomije. Međutim, neke druge studije pokazale su smanjenje poremećaja krvarenja i dispareunije nakon histerektomije, što je rezultiralo poboljšanjem spolnog funkcioniranja, zadovoljstva i kvalitete života. U studiji koju su proveli Gult i sur., seksualne disfunkcije, kao što su dispareunija i vaginizam, značajno su se smanjile nakon abdominalne i vaginalne histerektomije (26).

4.5. Poremećaji vezani za seksualno zadovoljstvo

Procjena seksualnog zadovoljstva jedan je od standardnih indikatora seksualnog zdravlja. Seksualno zadovoljstvo je mjera za procjenu zadovoljstva vlastitim seksualnim životom koju čini niz faktora. Mnogi autori seksualno zadovoljstvo objašnjavaju na različite načine, ali se

dimenzije koje ga sačinjavaju često isprepliću. Carpenter sur. razmatraju tri razine fenomena seksualnog zadovoljstva: individualnu, onu koja se odnosi na intimnu vezu i interpersonalnu dinamiku, te kulturološku. Štulhofer i Buško seksualno su zadovoljstvo objasnili kao složen konstrukt sastavljen od pet dimenzija. Dije ih u one koji se odnose na osobna obilježja, a uključuju seksualne osjete/doživljaje i seksualnu usredotočenost. Dimenzija seksualnih osjeta i doživljaja opisuje ono što se najčešće naziva seksualni užitak. Za seksualno zadovoljstvo oba spola od velike važnosti su bliskost i emocionalna povezanost (25). Na seksualno zadovoljstvo svakako utječe dijagnoza karcinoma te njegovo liječenje koje ostavlja posljedice na sliku tjela i osjećaj seksualnosti.

4.5.1. Učinak histerektomije na seksualno zadovoljstvo

Na temelju pregleda relevantnih studija, učinak histerektomije na seksualno zadovoljstvo razlikovao se od jedne studije do druge. S tim u vezi, dvije studije nisu pronašle nikakvu razliku u seksualnom zadovoljstvu prije i nakon operacije. Međutim, žene koje su bile podvrgnute histerektomiji zbog svojih benignih ginekoloških stanja u dvije druge studije imale su visok stupanj seksualnog zadovoljstva. Anonymous je također izvijestio da je povoljno seksualno zadovoljstvo nakon operacije bilo slično onome prije operacije ili čak poraslo, što nije bilo neočekivano zbog smanjenih problema vezanih uz bol, uzbuđenje i orgazam. Međutim, neke studije su pokazale smanjenje seksualnog zadovoljstva nakon histerektomije. Na primjer, Badakhsh i sur. utvrdili su značajno povećanje broja osoba bez seksualnog zadovoljstva ili sa slabim seksualnim zadovoljstvom nakon histerektomije te smanjenje broja osoba s povoljnim i optimalnim seksualnim zadovoljstvom, što je nastalo psihološkim promjenama nakon operacije i povećanom suhoćom rodnice (26).

4.6. Vaginalna stenoza i suhoća

Vaginalna stenoza je teška komplikacija koja se javlja kod nekih žena koje se liječe terapijom zračenjem zdjelice ili alogenom transplantacijom hematopoetskih matičnih stanica (HCT). Opstrukcija rodnice koja isključuje vaginalni odnos je potencijalno poražavajući ishod. Zračenje zdjelice najčešće se koristi za liječenje ginekoloških bolesti, kod zloćudnih tumora endometrija, vrata maternice, vagine i vulve. Terapija radijacijom može rezultirati radijacijskim vaginitisom ili vaginalnom fibrozom s moguće skraćivanjem rodnice ili stenozi. Učestalost vaginalne opstrukcije nakon zračenja zdjelice je nesigurno; prijavljena stopa varira u širokom rasponu od 1,2% do 88%. Prirodna povijest vaginalne stenozе povezane s RT nije dobro dokumentirana. Vaginalno tkivo obično ima izbjeljeni izgled, a rodnica gubi svoju

savitljivost. Većina radioloških onkologa savjetuje pacijentice u vezi s rizicima vaginalne fibroze nakon RT zdjelice i daju im upute o korištenju vaginalnog dilatatora. Učinkovitost terapije vaginalnim dilatatorom nije dokazana, a neki su istražitelji podigli zabrinutosti oko toga povećava li uporaba dilatatora rizik od fistula genitalnog trakta. Međutim, nema alternative za dilatatornu terapiju, a fistula je rijetka komplikacija koja može biti povezana sa RT zdjelice, čak i u odsutnosti korištenja dilatatora. Liječenje žena sa vaginalnom stenozom koja je posljedica RT zdjelice ovisi o stupnju opstrukcije. Može se dobiti određeno povećanje vaginalne duljine ili kalibra od terapije vaginalnim dilatatorom, a pacijentice često imaju koristi od upućivanja fizioterapeutu (30).

4.6.1. Učinak histerektomije na vaginalnu suhoću

U prospektivnoj kohortnoj studiji koju su proveli Rhodes, Kjerulff i sur., ukupna distribucija vaginalne suhoće se poboljšala nakon histerektomije jer postotak koji su prijavili suhoću vagine nikada se nije povećao sa 37,3 % prije na 46,7 % nakon 12 i 24 mjeseca nakon histerektomije. 35,2 % žena sa suhoćom rodnice prije histerektomije imalo je trajnu suhoću rodnice, a 8,7 % žena koje nisu imale problema sa suhoćom rodnice prije histerektomije razvilo je problem 12 mjeseci nakon histerektomije. Nakon prilagodbe na suhoću vagine prije histerektomije, depresija prije histerektomije također je bila povezana sa suhoćom vagine nakon histerektomije kao i nedostatkom podrške partnera (27).

5. LIJEČENJE SEKSUALNIH POREMEĆAJA

Seksualna želja i poremećaji subjektivnog uzbuđenja najučinkovitije se dijagnosticiraju i liječe korištenjem psiho-bihevioralnog pristupa. Fiziologija ciklusa ženskog spolnog odgovora nije dobro shvaćena. Međutim, studije su pokazale da percipirano seksualno zadovoljstvo i nezadovoljstvo kod žena uvelike korelira s mentalnim zdravljem, prošlim seksualnim iskustvima, emocionalnim odnosom s partnerom i mislima tijekom seksualne aktivnosti. Psihološku i bihevioralnu terapiju, uz seksualnu terapiju, treba poticati kod pacijentica i njezinog partnera kako pojedinačno tako i zajedno. Sveobuhvatna skrb za pacijentice sa karcinomom uključuje seksualno savjetovanje i terapiju po mogućnosti od strane certificiranog seksualnog terapeuta koji je obrazovan i kvalificiran za rješavanje psihoseksualnih tegoba povezanih s onkologijom (21).

Iako se brojne hormonske i farmakološke terapije prodaju za liječenje poremećaja seksualne želje i uzbuđenja, nijedna nije odobrena od strane Američke agencije za hranu i lijekove - FDA (Food and Drug Administration) niti je dokazana učinkovitom u kliničkim ispitivanjima. Unatoč tome, hormonska manipulacija je bila glavni oslonac u liječenju. Do prije 5 godina, sustavni i lokalni nadomjestak estrogena bila je ključna komponenta za farmakološko liječenje ženskih seksualnih disfunkcija. Kada su rezultati Inicijative za zdravlje žena objavljeni i pokazali potencijal za povećanje karcinoma dojke i kardiovaskularnih bolesti, mnogi su pružatelji usluga prestali sustavno pružati ova sredstva za liječenje ženske seksualne disfunkcije. Osim toga, određene neoplazme maternice i jajnika imaju receptore za estrogen i mogu rasti u njegovoj prisutnosti. Stoga je njegova sustavna primjena kontraindicirana zbog rizika od poticanja recidiva ili širenja bolesti (15).

Međutim, žensko uzbuđenje, centralno, periferno ili u genitalijama, ovisi o razinama estrogena, što pacijente i pružatelje usluga stavlja u dilemu u pogledu liječenja ženske seksualne disfunkcije. Estrogen ima izravan učinak na urogenitalni sustav pospješujući sazrijevanje i proliferaciju epitela, povećavajući krvožilnost i stimulirajući protok krvi. Također može potaknuti izlučivanje žlijezda. Snižene razine estrogena utječu na reproduktivni trakt pojačanim atrofičnim vaginitisom uzrokujući bolan snošaj ili dispareuniju i mogu napredovati do reaktivno smanjene želje. Za većinu preživjelih od malignih bolesti maternice ili jajnika, sustavno hormonsko liječenje nije niti opravdan niti prihvatljiv kao tretman (32).

Lokalni tretmani s minimalno apsorbiranim vaginalnim estrogenskim pripravcima, kao što je tableta 17- β -estradiola, nedavno su postali privlačni u ginekološkoj onkološkoj zajednici za liječenje atrofičnog vaginitisa. Pacijenti su izvijestili da su tablete lakše za korištenje i manje

neuredne od pripravaka kreme i tehnički lakše umetnuti od estrogenskih prstenova. Međutim, do danas ne postoje studije koje ocjenjuju sigurnost i učinkovitost ovih sredstava u pacijentica s karcinomom u anamnezi. Osim toga, zbog položaja ovih pripravaka u području primarnog tumora u ginekološko onkoloških pacijentica, posebnu pozornost treba posvetiti sigurnosti ako se preporučuju ti lijekovi te se treba održavati pomno praćenje i savjetovanje (31).

Nehormonski lijekovi pokazali su se u randomiziranim kontroliranim ispitivanjima kako bi olakšali valunge. Bupropion, dopaminskiagonist antidepresiva s niskim seksualnim nuspojavama, pokazao je u malom dvostruko slijepom, placebom kontroliranom ispitivanju povećanje seksualnog uzbuđenja, dovršetka orgazma i seksualnog zadovoljstva kod žena. Neseksualne nuspojave koje treba pratiti uključuju nesanicu, nervozu, blago do umjereno povećanje krvnog tlaka i rizik od snižavanja praga napadaja. Inhibitorifosfodiesteraze, koji su odobreni za liječenje erektilne disfunkcije u muškaraca, nisu pokazali učinkovitost u žena u randomiziranim kliničkim ispitivanjima (33).

Kao dio sveobuhvatne sheme liječenja seksualne disfunkcije, trebao bi biti uključen obrazovni program koji potiče otvorene rasprave o alternativnim oblicima seksualnog izražavanja. Pacijentima sa seksualnim pritužbama često se daju specifični seksualno strukturirani zadaci kao što su fokusiranje osjeta, tehnika zaustavljanja stiskanja za poboljšanje intimnosti, vođene slike, tehnike opuštanja i istraživanje seksualnih fantazija. Pacijentima se mogu dati zadaci kućnog učenja u strukturi seksualnog istraživanja s negenitalnim dodirivanjem, tehnikama samostimulacije i vježbama za povećanje samopoštovanja. Osim toga, alternativne seksualne položaje treba objasniti ilustracijama i dijagramima. Najčešći seksualni položaj je misionarski položaj, koji može olakšati duboku penetraciju. Ovaj seksualni položaj često je bolan za žene sa skraćenom vaginom kao rezultat liječenja ginekološkog maligniteta. Parove treba poticati na spolni odnos u alternativnim položajima, uključujući položaje bočne strane ili ženske nadređene položaje. Ovi seksualni položaji mogu ograničiti duboko zabijanje zdjelice, što može smanjiti vaginalnu nelagodu tijekom penetracije. Također treba poticati naizmjenično spolno pozicioniranje jer može pojačati izravnu stimulaciju klitorisa i uzbuđenje ženskih genitalija (15).

Preživjele od ginekološkog karcinoma treba poticati da koriste lokalne nemedicinske, nehormonskehidratantne kreme za rodnicu uključujući čepiće s vitaminom E. Ova sredstva, koja se trebaju koristiti dva do tri puta tjedno, mogu pružiti alternativno olakšanje simptoma vaginalne atrofije održavanjem elastičnosti i savitljivosti sluznice vagine. Osim toga, potrebno je poticati dodatnu upotrebu vaginalnih lubrikanata na bazi vode uz spolni odnos.

Različiti uređaji mogu se koristiti za smanjenje boli ili nelagode tijekom seksualne aktivnosti, kao i za poboljšanje seksualne želje, osjetljivosti i orgazma. Gradirani, nerigidni vaginalni dilatatori propisani su kako bi se olakšalo produljenje i proširenje rodnice kod pacijenata sa skraćanjem, sužavanjem i/ili ožiljcima, kao što su one koje su primile zračenje zdjelice ili opsežne kirurške zahvate. Dilatatore je potrebno koristiti redovito, jednom dnevno 10-15 minuta s lubrikantom. Komercijalno dostupni vibrator/samostimulatori također mogu biti od pomoći ženama koje trebaju dodatnu stimulaciju u osjetljivim erotskim područjima vagine i klitorisa. Zbog rizika od perforacije, kruti dilatatori se ne preporučuju u populaciji pacijenata nakon zračenja. Osim toga, stimulatori klitorisa mogu se propisati pacijentima s anamnezom raka vrata maternice, rektuma i vagine. Mala studija, na pacijentima koji su prethodno bili podvrgnuti terapiji zračenjem za rak vrata maternice, pokazala je da je nekoliko mjeseci ove terapije poboljšalo seksualnu želju, uzbuđenje, orgazam i zadovoljstvo (32).

Pacijentice oboljele od karcinoma sa seksualnim tegobama često se potiče na promjenu načina života. Dobro uravnotežena prehrana, aerobna tjelovježba, prestanak uzimanja duhana i zabranjenih droga i minimalna konzumacija alkohola potiču se za poboljšanje oksigenacije tkiva, povećanje metabolizma, smanjenje indeksa tjelesne mase i poticanje oslobađanja endorfina. Vještine upravljanja stresom i vremenom također su važne u upravljanju ženskim seksualnim tegobama. Bodenmann i sur. otkrili su da je stres unutar intimnog odnosa veći uzrok seksualne disfunkcije od općih svakodnevnih i radnih obaveza i neintimnih odnosa. Stoga bi pacijent i partner trebali dati prednost angažmanu u emocionalnoj komunikaciji, neseksualnoj naklonosti, rješavanju sukoba i zajedničkom suočavanju s bolešću (15).

Palijativna i terminalna skrb pacijentica s karcinomom može prvenstveno biti usmjerena na samopodobu, dostojanstvo, upravljanje boli i stresom. Brige o intimnosti, seksualnosti i odnosima rijetko se raspravljaju, ostaju nedovoljno istražene i nedovoljno se prijavljuju u okruženju palijativne skrbi. Pružatelji usluga moraju uvjeriti pacijente i njihove partnere da čak i na kraju života, kada snošaj možda nije izvediv, treba poticati intimnost i emocionalnu bliskost. Razmjena intimnosti i seksualnog užitka može se postići senzualnom masažom, oralnom i digitalnom stimulacijom i nekoitalnim dodirivanjem. Nježno milovanje može biti vrlo ugodno i ne smije se zanemariti na kraju života (15).

6. KVALITETA ŽIVOTA I SPOLNO FUNKCIONIRANJE NAKON LIJEČENJA GINEKOLOŠKIH MALIGNITETA

U posljednja tri desetljeća kvaliteta života postala je važan predmet istraživanja u različitim disciplinama. Danas je procjena kvalitete života sastavni dio evaluacije rehabilitacijskih i terapijskih postupaka. Pitanje čimbenika osobne kvalitete života vrlo je aktualno kako na području zdravstvene zaštite kroničnih i onkoloških bolesnika, tako i opće populacije. Iako se koncept kvalitete života učestalo koristi, teško ga je definirati. Definicije kvalitete života razlikuju se, kao i načini kojima se ona procjenjuje. Raphael i sur. navode kako i metoda procjene može utjecati na definiranje kvalitete života. Tako, na primjer, medicinski pristup će naglašavati utjecaj bolesti i teškoća na kvalitetu života, dok će se pristup usmjeren na zdravlje fokusirati na zdravlje i sposobnosti koje su nužne u svakodnevnom životu. Istraživači se, međutim, slažu da je koncept kvalitete života multidimenzionalan i subjektivan (3)

Kvaliteta života temeljena na zdravlju (HRQOL) u onkologiji sadrži subjektivni doživljaj pozitivnih i negativnih aspekata oboljenja na tjelesne, emocionalne, socijalne i kognitivne funkcije, te učestalost simptoma i nuspojava tretmana. Međutim, iako je HRQOL bila dio mnogih međunarodnih istraživanja, njeno uključivanje u onkologiju nije bilo jednostavno. Problem je bio kako razumjeti subjektivnu prirodu rezultata HRQOL, a dodatne prepreke dolazile su od strane medicinskog osoblja. S vremenom, usporedo s razvojem psihosocijalne onkologije, mnogi liječnici uvidjeli su važnost HRQOL kao značajnog dijela onkološke skrbi. Krajem 80-tih godina 20. st. Europska organizacija za istraživanje i liječenje raka (EORTC-European Organisation for Research and Treatment of Cancer) pokrenula je istraživački program s ciljem razvoja integriranog, modularnog pristupa za evaluaciju kvalitete života onkoloških pacijenata koji sudjeluju u međunarodnim kliničkim istraživanjima. Upitnici su konstruirani tako da procjenjuju ispitanikovo tjelesno, psihološko, kognitivno i socijalno stanje, te postojanje simptoma povezanih s oboljenjem. Aaronson i suradnici započeli su 1987. godine s razvojem upitnika kvalitete života za različite vrste malignih oboljenja pod nazivom EORTC QLQ-C30 (The Core Quality of Life Questionnaire of the European Organization for Research and Treatment of Cancer) koji se može koristiti samostalno ili s drugim, različitim modulima koji se odnose na različite vrste malignog oboljenja (3).

Tijekom posljednjih desetljeća, stope preživljavanja ginekoloških malignih tumora su se poboljšale zahvaljujući napredku medicine zbog bolje tehnike izvođenja operativnih zahvata i pomoćne terapije. Osim stope kontrole tumora, aspekti kvalitete života su jednako važan cilj u terapiji raka koja utječe na zadovoljstvo pacijenata i stoga bi to trebalo uzeti u obzir i uključiti

proces liječenja. Iako su različite studije pokazale da seksualni poremećaji negativno utječu na kvalitetu života pacijenata, do danas je samo nekoliko aspekata seksualnosti opširno ispitivano među bolesnicima sa rakom. Liječenje ginekoloških malignih bolesti može izazvati značajne promjene u tjelesnom, psihičkom i društvenom aspektu života žene, potencijalno snažnije utječući na njezinu seksualnost i percepciju sebe. Promjene tjelesnih funkcija, kao i hormonalne promjene, te gubitak spolnih organa i anatomskih struktura, može imati ogroman utjecaj na seksualnost, a time i na kvalitetu života. Štoviše, neizbježan i nužan dodatak terapije kao što su radioterapija ili anti-hormonska sredstva, mogu uzrokovati dodatne negativne utjecaje na seksualnu sposobnost oboljele žene. Znatno psihološki utjecaj na samopoštovanje i vlastitu sliku o sebi je od dodatne važnosti. Trenutni podaci jasno pokazuju da je pitanje seksualnosti i slike o sebi još uvijek nedovoljno obrađeno u literaturi, posebno među pacijentima sa karcinomom vulve i jajnika koji su nedovoljno zastupljeni (34).

Model kvalitete života koju su predložili Ferrell i sur. (1995.) usredotočuje se općenito na definiciju Svjetske zdravstvene organizacije - apsolutna dobrobit od fizičkog, psihičkog, socijalnog i duhovnog stanja. Za oboljele od karcinoma svi ti aspekti negativno utječu na kvalitetu života. Na primjer, bol, povraćanje, nesanicu, iscrpljenost, intenzivan strah i tjeskoba uzrokovana radioterapijom i kemoterapijom, kirurško i hormonsko liječenje utječu na tjelesno i psihosocijalno zdravlje, dok problemi kod kuće i neizvjesnost vezana za rad i budućnost mogu uništiti društveno i duhovno zdravlje. Kirurški zahvati kao što su radikalna histerektomija i vulvektomija koji se koriste kod ginekoloških karcinoma, kao i primjena radioterapije dovode do zdravstvenih problema koji utječu na tijelo žene, samopoštovanje i seksualno iskustvo sa svojim partnerom na negativan način. Bruner i Boyd (1998) naznačili su četiri aspekta seksualnog zdravlja koji su bili poremećeni kod žena s karcinomom dojke i ginekološkim karcinomom: slika o tijelu (tj. povećanje/gubitak težine, unakaženost), funkcioniranje rodne uloge (tj. majka, supruga), funkcioniranje u seksualnim odnosima (tj. želja, uzbuđenje, orgazam, itd.) i plodnost (tj. stvarna i potencijalna želja za rađanjem). Seksualnost je važno pitanje kvalitete života koje zdravstveno osoblje ne bi smjelo zanemarivati iz dva razloga. Prvo, pacijenti očekuju i zaslužuju kvalitetnu, cjelovitu zdravstvenu skrb; sestrinska i liječnička skrb koja zanemaruje ovaj važan aspekt života je podstandardna. Drugo, postoje standardi prakse koji se odnose na seksualnost. Usluge potrebne za povećanje kvalitete skrbi su moguće uz utvrđivanje zahtjeva pojedinca za ovo pitanje i čimbenike koji utječu na njezinu kvalitetu života (35).

U prospektivnoj studiji koju su proveli Pigler, Richter i sur., u kojoj je sudjelovalo 55 pacijentica (srednja dob=61, raspon=22-74 godine) a koja ispituje seksualnost i kvalitetu života (QoL) žena s ginekološkim malignitetima nakon liječenja. Korišteni su validirani upitnici-ženski indeks spolne funkcije (FSFI-d), polustrukturirani upitnik i ocjena kvalitete života SF12. Dijagnoze karcinoma bile su 54% jajnika, 26% dojke, 13% vrata maternice, 6% vulve i 2% karcinom endometrija. Dvadeset pacijentica (55,6%) tvrdilo je da su nakon toga doživjele promjene u svojoj seksualnosti nakon liječenje karcinoma. Glavni razlozi toga bili su distorzija njihove slike o sebi (45%; n=9), suha vaginalna sluznica (25%; n=5), strah od tjelesne ozljede (20%; n=4) i bol tijekom spolnih odnosa (20%; n=4). 40 posto pacijentica nije dalo nikakve informacije o njihovoj seksualnosti nakon terapije karcinoma. Pacijentice s karcinomom vrata maternice, endometrija ili vulve imale su značajno veće promjene u njihovoj spolnosti u usporedbi s pacijentima sa karcinom jajnika čak i nakon prilagodbe na dob, stopu recidiva i status partnerstva. Procjena SF12 pokazala je značajno viši psihološki funkcionalni rezultat s porastom dobi. Prikazani su i pacijenti koji su prijavili promjene svoje spolnosti te su imali niži ukupni rezultat SF12.

Seksualna disfunkcija kod žena uglavnom je karakterizirana smanjenjem želje, manji interes za bilo kakve seksualne aktivnosti, gubitak uzbuđenja i dispareunije, ali i teškoća u dosezanju orgazama. Navedena studija pokazuje veliki utjecaj seksualnih poremećaja na kvalitetu života u pacijentica s ginekološkim malignitetima. Buduće prospektivne studije su opravdane kako bi se bolje razumio utjecaj raznih terapija na seksualnost, sliku o sebi i kvalitetu života ovih žena s ciljem poboljšanja situacije pacijentica s ginekološkim malignim bolestima (34).

7. ZAKLJUČAK

Seksualni problemi česti su kod pacijentica oboljelih od ginekoloških maligniteta. Disfunkcija može biti posljedica terapija usmjerenih na liječenje ili suzbijanje bolesti ili kao posljedica psihološke boli koju pacijentica ili njezin partner doživljavaju tijekom dijagnoze i liječenja maligne bolesti.

Najvažnije je prije kirurškog zahvata, tj općenito kod liječenja ginekoloških karcinoma razgovarati sa pacijenticom o njezinoj seksualnosti što se danas vrlo često podcjenjuje i zanemaruje što zbog nedostatka obuke i vještina za rješavanje spomenutih problema, te stida kada se govori o spolnom funkcioniranju. Uzimajući to u obzir, zdravstveno osoblje ima potencijal uvelike olakšati adekvatnu pripremu za pomoć pri psihoseksualnoj prilagodbi pacijentica.

Program seksualne rehabilitacije u onkološkom okruženju, uz primjenu multidisciplinarnog pristupa, nužan je za pružanje sveobuhvatne brige za pacijenticu i njezinog partnera.

Osobni seksualni ciljevi ginekološko onkoloških pacijentica se mogu razlikovati od onih zdravih žena ili čak drugih žena s karcinomom na drugom mjestu. Možda je najveći razlog za istraživanje u ovom području potreba za poboljšanom kvalitetom života preživjelih. Uz napredak u liječenju ginekoloških maligniteta i sve veće stope preživljenja, fokus ovih žena treba se pomaknuti s "ostati na životu" na "živjeti".

ZAHVALE

Zahvaljujem se mentoru doc. dr. sc. Goran Vujić, te članovima stručnog Povjerenstva, prof. dr. sc. Dinka Pavičić Baldani i doc. dr. sc. Joško Lešin koji su svojim znanjem, iskustvom i utrošenom vremenu pridonijeli kvaliteti ovoga rada.

Zahvaljujem se Glavnoj sestri Klinike za ženske bolesti i porode, mag. med. techn. Đurđica Zlodi koja mi je izlazila u susret kada god je trebalo, te svim radnim kolegicama koje su bile obazrive i susretljive tijekom cijelog školovanja.

Posebno hvala mojim roditeljima što su vjerovali u mene i bili mi velika podrška u ostvarenju svojih ciljeva.

Ovaj rad posvećujem svojoj obitelji!

LITERATURA:

1. Bretschneider CE, Bensen JT, Geller EJ, Gehrig PA, Wu JM, Doll KM. Perioperativesexualinterestinwomenwithsuspectedgynecologicmalignancies. *GynecologicOncology*. 2017;146(1):109-113.[Internet].[pristupljeno20.03.2022.]Dostupnona: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2017.04.001>
2. Lin H, Fu HC, Wu CH, Tsai YJ, Chou YJ, Shih CM, i sur. Evaluationof sexualdysfunctionin gynecologiccancersurvivorsusing DSM-5 diagnosticcriteria. *BMC Women'sHealth*.2022Jan 05;22:1. [Internet]. [pristupljeno18.02.2022.] Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01559-z>
3. Pinjatela R. Neke karakteristike kvalitete života osoba sa i bez malignog oboljenja.Izvorni znanstveni rad, Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja. [Internet]. 2008 [pristupljeno 02.03.2022.]; Vol 44, br 2:79-98. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/48609>
4. Čorušić A, Babić D, Šamija M, Šobat H. Ginekološka onkologija. Medicinska naklada: Zagreb; 2005.
5. Frobe A, Jakšić B, Matković V, Haller H, Petrić Miše B, Butorac D, i sur. Kliničke smjernice za dijagnozu, liječenje i praćenjebolesnica oboljelih od zloćudnih tumora tijela maternice. *Liječnički Vjesnik*. 2021;143:404-415
6. Habek D. Ginekologija i porodništvo. Medicinska naklada: Zagreb; 2017.
7. Petrić Miše B, Matković V, Belac Lovasić I, Frobe A, Boraska Jelavić T, Katić K. Kliničke smjernice za dijagnozu, liječenje i praćenje bolesnica oboljelih od raka jajnika, jajovoda i potrbušnice. *Liječnički Vjesnik*. 2021;143:416-428
8. Aleksandrova Stanojević A, Paradžik Pašalić V, Katić K, Haller H, Matković V, Vujić G. Kliničke smjernice za dijagnozu, liječenje i praćenje bolesnica oboljelih od raka vrata maternice. *Liječnički Vjesnik*. 2021;143:395-403
9. Haller H. Zloćudni tumori stidnice i rodnice. Naklada ljevak: Zagreb; 2001. Str. 402 – 406.
10. Arbanas G. Novosti u MKB-11 u području seksualnog zdravlja. *Liječnički Vjesnik*. 2020;142:414–419
11. Begić D. Psihopatologija. Treće, nepromijenjeno izdanje. Medicinska naklada: Zagreb; 2016.

12. Diphealth. Najčešći uzroci seksualne disfunkcije u žena – seksualno zdravstvenih – 2022. [Internet]. [pristupljeno 20.03.2022.]. Dostupno na: <https://hr.diphealth.com/303-female-sexual-dysfunction-hysterectomy-vaginismus-3521035-17>
13. Amias AG. Sexual Life after Gynaecological Operations-I. BMJ. 1975 June 14;2(5971):608-609. doi:10.1136/bmj.2.5971.608 [Internet]. [pristupljeno 20.02.2022.]. Dostupno na: <https://sci-hub.se/10.1136/bmj.2.5971.608>
14. Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, Thranov I, Petersen MA, Machin D. Early-Stage Cervical Carcinoma, Radical Hysterectomy, and Sexual Function. A Longitudinal Study. American Cancer Society. 2003;100(1):97-106. doi:10.1002/cncr.11877 [Internet]. [pristupljeno 19.02.2022.]. Dostupno na: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1002/cncr.11877>
15. Amsterdam A, Krychman M. Sexual Function in Gynecologic Cancer Survivors. Medscape Nurses. 2008;3(3):331-337. [Internet]. [pristupljeno 02.03.2022.]. Dostupno na: https://www.medscape.com/viewarticle/573936_1
16. Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, Thranov I, Petersen MA, Machin D. Longitudinal Study of Sexual Function and Vaginal Changes after Radiotherapy for Cervical Cancer. International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics. 2003;56(4):937-949. doi:10.1016/S0360-3016(03)00362-6 [Internet]. [pristupljeno 19.02.2022.]. Dostupno na: [https://sci-hub.se/10.1016/S0360-3016\(03\)00362-6](https://sci-hub.se/10.1016/S0360-3016(03)00362-6)
17. Krychman ML, Pereira L, Carter J, Amsterdam A. Sexual Oncology: Sexual Health Issues in Women with Cancer. Oncology. 2006;71(1-2):18-25. doi:10.1159/000100521 [Internet]. [pristupljeno 28.02.2022.]. Dostupno na: <https://sci-hub.se/10.1159/000100521>
18. Kozłowski M, Gargulinska P, Ustianowski L, Lewandowska R, Kwiatkowski S, Cymbaluk-Ploska A. Sexuality of Women after Gynecological Surgeries. Healthcare. 2020;8(4):393. [Internet]. [pristupljeno 28.02.2022.]. Dostupno na: <https://sci-hub.se/10.3390/healthcare8040393>
19. Centar za psihološko savjetovanje, edukaciju i istraživanje – Sirius. Rak i seksualno zdravlje: kako poboljšati seksualni život nakon raka [Internet]. Hrvatska. [pristupljeno 20.03.2022.]. Dostupno na: <https://centar-sirius.hr/-/wp-content/uploads/2020/04/Rak-i-seksualno-zdravlje.pdf>
20. Andersen BL, Hacker NF. Psychosexual Adjustment of Gynecologic Oncology Patients: A Proposed Model for Future Investigation. Gynecologic Oncology. 1983;15(2):214-223.

[Internet]. [pristupljeno 20.02.2022.]. Dostupno na: [https://doi.org/10.1016/0090-8258\(83\)90077-X](https://doi.org/10.1016/0090-8258(83)90077-X)

21. Grénman S, Boa R. Psychosexualhealthingynecologiccancer. International Journal ofGynecology&Obstetrics. 2018;143(2):147-152. doi:10.1002/ijgo.12623 [Internet]. [pristupljeno 20.02.2022.]. Dostupno na: <https://sci-hub.se/10.1002/ijgo.12623>

22. Derogatis LR. The Unique ImpactofBreastandGynecologicCancers on BodyImageandSexualIdentityinWomen: A Reassessment.BodyImage, Self-Esteem, andSexualityinCancerPatients. 1986:1-14. doi:10.1159/000412336 [Internet]. [pristupljeno 20.02.2022.]. Dostupno na: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1159/000412336>

23. Brotto LA, Heiman JR, Goff B, Greer B, Lentz GM, Swisher E, i sur. A PsychoeducationalIntervention for SexualDysfunctioninWomenwithGynecologicCancer. ArchivesofSexualBehavior. 2007;37(2):317-329. doi:10.1007/s10508-007-9196-x [Internet]. [pristupljeno 28.02.2022.]. Dostupno na: <https://sci-hub.se/10.1007/s10508-007-9196-x>

24. Menjak I. Liječenje seksualne disfunkcije [Internet]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2018 [pristupljeno 19.02.2022.]. Dostupno na: <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A1794/datastream/PDF/view>

25. Lešk L. Povezanost razine tjelesne aktivnosti sa seksualnim zdravljem i zadovoljstvom tjelesnim izgledom [disertacija]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Kineziološki fakultet; 2018 [pristupljeno 02.03.2022.]. Dostupno na: <https://repozitorij.kif.unizg.hr/islandora/object/kif%3A676/datastream/PDF/view>

26. Danesh M, Hamzehgardeshi Z, Moosazadeh M, Shabani-Asrami F. TheEffectofHysterectomy on Women’sSexualFunction: a NarrativeReview. MedicalArchives. 2015;69(6):387-392 doi:10.5455/medarh.2015.69.387-392 [Internet]. [pristupljeno 28.02.2022.]. Dostupno na: <https://sci-hub.se/10.5455/medarh.2015.69.387-392>

27. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, Guzinski GM. HysterectomyandSexualFunctioning. JAMA. 1999 Nov 24;282(20):1934-1941 doi:10.1001/jama.282.20.1934 [Internet]. [pristupljeno 20.02.2022.]. Dostupno na: <https://scihub.se/10.1001/jama.282.20.1934>

28. Ratner ES, Foran KA, Schwartz PE, Minkin MJ. Sexualityandintimacyaftergynecologiccancer. Maturitas. 2010;66(1):23-26

doi:10.1016/j.maturitas.2010.01.015 [Internet]. [pristupljeno 19.02.2022.]. Dostupno na: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.01.015>

29. Hrvatska udruga za borbu protiv HIV-a i virusnog hepatitisa. Hrvatski zavod za javno zdravstvo [Internet]. Bolni spolni odnosi kod žena. [pristupljeno 20.03.2022.]. Dostupno na: <https://spolnozdravlje.hr/clanak.php?id=12478>

30. Falk SJ, Dizon DS. Sexualdysfunctioninwomenwithcancer. FertilityandSterility. 2013;100(4):916-921 doi:10.1016/j.fertnstert.2013.08 [Internet]. [pristupljeno 28.02.2022.]. Dostupno na: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.08.018>

31. Pitcher S, Fakie N, Adams T, Denny L, Moodley J. Sexuality post gynaecologicalcancertreatment: a qualitativestudywithSouthAfricanwomen. BMJ Open. 2020;10(9) doi:10.1136/bmjopen-2020-038421 [Internet]. [pristupljeno 19.02.2022.]. Dostupno na: <https://sci-hub.se/10.1136/bmjopen-2020-038421>

32.Brassil DF, Keller M. FemaleSexualDysfunction: Definitions, Causes, andTreatment. [Internet]. 2022 August [pristupljeno 28.02.2022.];22(4). Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12242895/>

33. Clayton AH, Hamilton DV. FemaleSexualDysfunction. PsychiatricClinicsof North America. 2010;33(2):323-338 doi:10.1016/j.psc.2010.01.011 [Internet]. [pristupljeno 28.02.2022.]. Dostupno na: <https://sci-hub.se/10.1016/j.psc.2010.01.011>

34. Pilger A, Richter R, Fotopoulou C, Beteta C, Klapp C, Sehouli J. Qualityof Life andSexualityofPatientsafterTreatment for GynaecologicalMalignancies: Resultsof a ProspectiveStudyin 55 Patients. [Internet]. 2012 Nov [pristupljeno 19.02.2022.];32(11):5045-5049. Dostupno na:

<https://ar.iiarjournals.org/content/32/11/5045.long>

35. Reis N, Beji NK, Coskun A. Qualityoflifeandsexualfunctioninginyneecologicalcancerpatients: Resultsfromquantitativeandqualitative data. European Journal ofOncologyNursing. 2010;14(2):137-146. doi:10.1016/j.ejon.2009.09.004 [Internet]. [pristupljeno 19.02.2022.]. Dostupno na: <https://sci-hub.se/10.1016/j.ejon.2009.09.004>

ŽIVOTOPIS:

Osobni podaci

Ime i prezime: Barbara Ilijašić

Adresa: Garićgradska 14, 10000 Zagreb

Kontakt: 097/798-1138

E-mail: bilijasic@gmail.com

Datum rođenja: 10.01.1989.

Školovanje

2019. – danas – Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Diplomski studij sestrinstva

2008. – 2012. – Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek, Stručni studij sestrinstva

2003. – 2007. Srednja medicinska škola Slavonski Brod, Medicinska sestra/tehničar

Radno mjesto

11./2013. – danas – KBC Zagreb, Klinika za ženske bolesti i porode, Zavod za ginekološku onkologiju, Odjel radioterapije i kemoterapije

02./2013. – 11./2013. - KBC Zagreb, Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata; Odjel za operacije glave i vrata

2007.-2008. Klinički bolnički centar Osijek, pripravnički staž, medicinska sestra/tehničar

Član sam Hrvatskog društva medicinskih sestara-tehničara i primalja, Hrvatskog društva onkoloških medicinskih sestara i tehničara, te Hrvatskog nacionalnog saveza sestrinstva. Kako bih se stalno stručno usavršavala, često sudjelujem kao aktivni član na raznim tečajevima i kongresima. Suradnica sam udžbenika odobrenog od strane Ministarstva znanosti i obrazovanja za srednjoškolsko obrazovanje medicinskih sestara „Zdravstvena njega majke“.