

# INKONTINENCIJA I SEKSUALNA FUNKCIJA KOD ŽENA STARIJE DOBI

Nina Bašić-Marković<sup>1,2,3</sup>, Roberta Marković<sup>1,2,3</sup>, Branislava Popović<sup>2,3,4</sup>, Tina Zavidic<sup>2,3,5</sup>

<sup>1</sup> Ustanova za primarnu zdravstvenu zaštitu Srdoči, Rijeka, Hrvatska

<sup>2</sup> Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Katedra za obiteljsku medicinu, Rijeka, Hrvatska

<sup>3</sup> Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine

<sup>4</sup> Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Branislava Popović, Rijeka, Hrvatska

<sup>5</sup> Istarski domovi zdravlja, Pazin, Hrvatska

autor za korespondenciju: dr.sc.Nina Bašić-Marković, dr.med

Škrljevo 88a, 51223 Škrljevo

nina.bm@medri.uniri.hr

<https://orcid.org/0000-0001-6296-6394>

Nina Bašić-Marković <https://orcid.org/0000-0001-6296-6394>

## SAŽETAK

Pojavnost urinarne inkontinencije raste s životnom dobi, a osim što predstavlja zdravstveni, higijenski i socijalni problem, značajno utječe na kvalitetu života svakog pojedinca. Ona uključuje smetnje od povremenog oskudnog „bježanja” mokraće do potpune nemogućnosti zadržavanja mokraće.

Seksualnost je značajan dio različitih faza života žene te bi svakoj od njih trebala donijeti užitak, ispunjenje i zadovoljstvo. Nažalost, gubitak urina tijekom spolnog odnosa većinom to ne dopušta. Strah od samog nehotičnog otecanja urina često dovodi do odustajanja od seksualne aktivnosti. Općenito, uz prisustvo inkontinencije kod žena, smanjuje se učestalost seksualnih odnosa, smanjena je seksualna želja, kao i zadovoljstvo svojim tijelom.

U starijoj životnoj dobi biološke, psihološke i socijalne promjene utječu na seksualnost, a često su međusobno isprepletene. Zbog problema sa seksualnom funkcijom u menopauzi koji su povezani sa značajnim osobnim problemima, često dolazi do smanjenja ega, osjećaja vlastite vrijednosti i samopoštovanja, kao i značajnog smanjenja životnog zadovoljstva i kvalitete pojedine žene i njezinog partnerskog odnosa. Stoga je temeljni dio skrbi pružiti ženama priliku da razgovaraju o seksualnim problemima. U liječenju urinarne inkontinencije postoje različiti modaliteti ovisno o vrsti inkontinencije, a uključuju konzervativne metode (jačanje miškulature zdjelice), promjene životnog stila, farmakološke pripravke te kirurški pristup.

Liječnici bi trebali biti svjesni činjenice da starije odrasle osobe nisu aseksualne te da pad njihove seksualne aktivnosti ili želje i početak seksualnih problema mogu ukazivati na loše zdravlje. Neophodan je multidisciplinarni pristup liječenju urinarne inkontinencije i seksualne disfunkcije u žena, a on može uključiti liječnika obiteljske medicine, ginekologa, urologa, fizioterapeuta te seksualnog psihoterapeuta.

*Cljučne riječi: menopauza, seksualnost, urinarne inkontinencija*

## ABSTRACT

Urinary incontinence increases with age and is a significant health and social problem that has a negative impact on sex life. It includes disorders ranging from an occasional leakage of urine to a complete inability to retain it. Sexuality plays a significant role in different stages of a woman's life. It should bring pleasure, fulfillment and satisfaction. Fear of leakage of urine during intercourse often causes withdrawal from sexual activity. Generally speaking, incontinence in women decreases the frequency of sexual relations, sexual desire and satisfaction with one's body.

In the elderly, biological, psychological and social changes affect sexuality, and are often intertwined. Problems with sexual dysfunction in menopause can be associated with significant personal problems, resulting in reduced self-esteem and self-respect, reduced life satisfaction and quality of partnership. Therefore, a fundamental part

of care is to give women the opportunity to discuss sexual issues. There are different modalities in the treatment of urinary incontinence depending on the type of incontinence, and they include conservative methods (strengthening the pelvic muscles), lifestyle changes, pharmacological preparations and surgical treatment.

Physicians should keep in mind that older adults are not asexual and that a decline in their sexual activity or desire and the onset of sexual problems may indicate poor health. Given the high prevalence of UI and sexual dysfunction, this problem should be addressed by means of a multidisciplinary approach which can include a family medicine doctor, a gynecologist, a urologist, a physiotherapist and a sexual psychotherapist.

*Key words: menopause, sexuality, urinary incontinence*

## UVOD

Životni se vijek produžio, znanost pronalazi sve učinkovitije načine liječenja kroničnih bolesti i poboljšanja kvalitete života. Starenje je prirodan i nepovratan fiziološki proces koji kod pojedinih ljudi napreduje različitim brzinom, a karakteriziran je slabljenjem intelektualnih i somatskih funkcija. Nažalost, stariji ljudi neka zdravstvena stanja poput inkontinencije urina neopravdano smatraju normalnim dijelom procesa starenja (1). Urinarna inkontinencija definira se kao nevoljno otecanje mokraće i predstavlja zdravstveni, higijenski i socijalni

problem (2). Prevalencija inkontinencije raste sa životnom dobi, a izrazito je visoka, 43 - 77% u osoba smještenih u ustanovama za starije i nemoćne. Urinarna inkontinencija može imati značajan utjecaj na kvalitetu života. Povezana je uz stigmatizaciju, strah, sram, nisko samopoštivanje i socijalnu samoizolaciju te posljedično utječe i na seksualni život. Bez obzira na godine, ne treba zanemariti seksualnost kao važan aspekt kvalitete života. Seksualna aktivnost, interes i općenito značenje seksa mijenjaju se tijekom života. Zrela dob označava razdoblje života od 20.do 65.godine, a dijeli se na ranu (20.do 40.dodine), srednju (40. do 50.godine ) te stariju zrelu životnu dob (od 50.do 65. godine života). Ljudima u starijoj zreloj životnoj dobi značajniji je osjećaj privrženosti u odnosu. U osnovi želje za seksualnim kontaktom ponajviše se krije želja za zadovoljstvom, opuštanjem i emocionalnom povezanošću (3). Seksualnost u starijoj životnoj dobi uvjetovana je psihofizičkim stanjem, socijalnim i partnerskim odnosima te svjetonazorom, odnosno stavom pojedinca o seksualnosti (1).

## PROMJENE U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI

Promjene koje utječu na seksualnost osoba u starijoj životnoj dobi su biološke, psihološke i socijalne, a često su međusobno isprepletene. U općenite fizičke promjene koje su posljedica starenja spadaju promjene vezane uz gubitak mišićne mase, slabiji tonus kože, promjene boje kose, opće stanje vitalnosti i poletnosti. Sve to utječe na samopouzdanje i mijenja percepciju slike svog tijela. Biološke promjene koje nastaju starenjem i ostavljaju traga na seksualnost uključuju fizičko zdravlje, mentalno zdravlje te terapiju koja se uzima ovisno o zdravstvenom stanju osobe. Fizičke promjene se zbivaju postupno i nisu jednake kod svih. Istraživanja su pokazala da pojedini zdravstveni problemi značajnije negativno utječu na kvalitetu seksualnog života i seksualnu funkciju kod žena u odnosu na muškarce (4,5). U istraživanjima provedenim među seksualno aktivnim ženama u dobi između 60 i 75 godina života, do 50,2% njih je navelo jedan ili više seksualnih problema unatrag godinu dana koja su trajala najmanje tri mjeseca (6). Najčešće smetnje su bile vaginalna suhoća, nemogućnost dostizanja orgazma te gubitak seksualne želje s prevalencijom 37- 59% (7). Starenjem kod žena

za vrijeme seksualnog uzbuđenja dolazi do manjeg povećanja bradavica premda osjetljivost na dodir dojki postoji. Isto tako, za vrijeme seksualnog uzbuđenja, razvija se manja mišićna napetost, osobito u fazi platoa što jednim dijelom može biti i razlog za smanjen intenzitet orgazma (3). Dispareunija je najčešće posljedica snižene koncentracije estrogena te posljedično izražene vaginalne suhoće i atrofije. Menopauza je razdoblje koje različito utječe na seksualnost žena. Kod žena koje poistovjećuju ženstvenost s majčinstvom, dolazi do smanjenja seksualne želje jer "nema više pravog razloga za seksualne odnose" Nasuprot njima, neke žene ne osjećaju više pritisak zbog moguće neželjene trudnoće te se lakše i opuštenije upuštaju u seksualne odnose, osjećaju više seksualne želje i uzbuđenja. Ženama je snažan afrodizijak seksualni odnos u kome ona daje i prima, u kome je svjesna da muškarac treba baš nju da bi doživljaj bio potpun i bolji. Činjenica da je potrebna njezina angažiranost i stimulacija čini seksualnu aktivnost u ovim godinama puno složenijim, kompleksnijim te on postaje potpun doživljaj. Zdrav pristup seksualnosti je da se dodir i stimulacija prihvate te uživa u toj promjenjivoj, fleksibilnoj seksualnoj reakciji što uključuje prihvaćanje kreativnih i ponekad nepredvidljivih seksualnih scenarija (1).

Mentalno zdravlje ima značajan utjecaj na seksualnost u ovoj životnoj dobi. Povišena anksioznost uzrokuje smanjenje seksualne želje, a kod žena je povezana s većim postotkom anorgazmije i smanjenim seksualnim zadovoljstvom (5). Nažalost, u ovoj dobi briga za bolesnog partnera ili drugog člana obitelji nerijetko je uzrok ovih smetnji. Te osobe mogu osjećati iscrpljenost, krivnju ili ljutnju, financijski pritisak i cijeli niz drugih smetnji koje su uzrok seksualnom nezadovoljstvu.

Lindau i Gavrilova (2010) računali su očekivanu seksualnu aktivnost, a ona bi se definirala kao prosječni broj godina u kojima će osoba biti seksualno aktivna. Procijenili su da u dobi od 55 godina taj broj za žene iznosi dodatnih 10,6 godina. Za žene sa dobrim fizičkim zdravljem dodaje 3-6 godina seksualno aktivnog života, a prediktor seksualne aktivnosti je seksualna želja i zdravlje partnera. I dalje je stav i mišljenje pojedinca o vlastitoj seksualnosti najvažniji čimbenik za učestalost seksualnih odnosa (8).

Kronične bolesti koje najčešće utječu na sek-

sualnost su šećerna bolest, kardiovaskularne bolesti, hipertenzija i artritis. Prve tri bolesti prvenstveno zbog poremećaja mikrocirkulacije, a šećerna bolest i zbog poremećaja autonomnog živčanog sustava (1).

Istraživanje koju je provodila Američka udruga umirovljenika (engl. American Association of Retired Person, AARP) iz 2010.godine potvrdila je da, ako su dobro regulirane, ni ove bolesti ne moraju nužno utjecati na seksualnost (9). S porastom godina raste i potrošnja lijekova pa tako nakon 50-te godine života 47% ljudi uzima antihipertenzive, nešto manje antilipemike, antikoagulanse i analgetike. Navedeni lijekovi prvenstveno utječu na seksualnu želju u oba spola. DeLamater i Moorman (2012) su proučavali što sve utječe na seksualno ponašanje i učestalost odnosa u starijoj dobi. Najviše utjecaja imaju odnos s partnerom i seksualni stavovi, i to znatno više nego dijagnostificirane bolesti i uporaba lijekova. Životna dob ima utjecaja tek nakon što su svi navedeni čimbenici dobro kontrolirani i isključeni kao mogućnost smanjenja seksualne aktivnosti (9).

Psihološki faktori koji utječu na seksualnost u starijoj životnoj dobi povezani su s pozitivnim stavom o seksualnosti te informiranosti o seksualnosti. Različite studije provedene diljem svijeta pokazale su da osobe koje smatraju da je seksualna aktivnost značajna i u starijoj životnoj dobi, imaju izraženiju seksualnu želju te učestalije seksualne odnose. Nedostatak pravih informacija o seksualnosti u starijoj životnoj dobi često dovodi do suzdržavanja od seksualnih odnosa (1).

Socijalni faktori povezani uz seksualnost u starijoj životnoj dobi odnose se prvenstveno na status partnerske veze. Lindau i Gavrilova (2010) navode da muškarci i žene u braku imaju češće seksualne odnose naspram osobama koje su bez stalnog partnera (8). U skandinavskim zemljama starije osobe koje nisu u braku, ostaju živjeti odvojeno i zadržavaju svoju autonomiju. Međutim, život u odvojenim rezidencijama ipak uvjetuje i manju učestalost seksualnih odnosa. Naravno da samo prisustvo partnera nije dovoljno, značajno je i zadovoljstvo u partnerskom odnosu (1).

Liječnici bi trebali imati na umu da starije odrasle osobe nisu aseksualne i da pad njihove seksualne aktivnosti ili želje i početak seksualnih problema mogu ukazivati na loše zdravlje. U Velikoj Britaniji provedena je longitudinalna studija na uzorku od 2577

muškaraca i 3195 žena starijih od 50 godina, a istraživana je značaj pada seksualne aktivnosti na opće zdravstveno stanje u navedenoj dobi (10). U različitim stupnjevima kod muškaraca i žena, smanjenje seksualne aktivnosti i želje te povezanje seksualnih problema bili su povezani s većim rizikom od raka, kroničnih kardiovaskularnih bolesti, moždanog udara te općenito lošijim zdravstvenim stanjem pojedinca (11).

Očigledna zaštitna uloga seksualne aktivnosti za zdravlje može se, barem djelomično, pripisati oslobađanju endorfina tijekom seksualne aktivnosti. Razine endorfina povezane su s većom aktivnošću prirodnih stanica ubojica što je povezano s nižim rizikom od nekoliko zdravstvenih komplikacija, uključujući rak (12,13).

Studija u kojoj je ispitano 3000 starijih odraslih osoba pokazala je da, iako je razina interesa za seksualnost bila niža među starijim odraslim osobama, 59% sudionika u dobi od 75 do 85 godina izvijestilo je o važnosti seksualnosti u njihovim životima (14).

## URINARNA INKONTINENCIJA

Prema definiciji Međunarodnog udruženja za kontinenciju (engl. International Continence Society, ICS) urinarna inkontinencija (UI) definira se kao nevoljno otjecanje mokraće te predstavlja zdravstveni, higijenski i socijalni problem. Obuhvaća smetnje od povremenog oskudnog „bježanja” mokraće do kompletne nemogućnosti zadržavanja mokraće. Prevalencija raste s godinama života i kod žena starijih od 60 godina iznosi od 9-39% (15,16). Obzirom da se pacijentice ustručavaju zame prve postaviti pitanje i zatražiti medicinsku pomoć, najčešće zbog osjećaja srama i straha od stigmatizacije, pretpostavlja se da je taj broj puno veći.

Komorbiditeti UI uključuju smanjenje kvalitete života i produktivnosti, povećanu anksioznost i depresiju, učestalije infekcije mokraćnog sustava i kože, povećan rizik od padova i netraumatskih prijeloma u starijih žena te povećano opterećenje njegovatelja (17).

Inkontinencije možemo podijeliti na više načina. Prema nastanku dijele se na prirođene ili stečene, prema uzroku na neurogene ili neneurogene, prema mjestu na uretralne ili ekstrauretralne, a prema načinu na apsolutne ili relativne (2,16).

Uretralne inkontinencije su:

1. Statička ili stresna inkontinencija: karak-

terizirana je nevoljnim, neželjenim istjecanjem mokraće tijekom fizičkog napora, kašlja, kihanja, smijeha, tj. svih postupaka koji izazivaju povišenje tlaka u trbuhu koji uzrokuje i pojačan pritisak na mokraćni mjehur.

2. Urgentna (hitna) inkontinencija: glavni simptom kojim se manifestira je nevoljno i nekontrolirano istjecanje mokraće koje se može pojaviti u bilo kojem trenutku, pa i za vrijeme spavanja. Pojavljuje se kao iznenadni, hitni (urgentni) poticaj na mokrenje koji je nemoguće odgoditi.
3. Miješana inkontinencija: karakterizirana je elementima hitne (urgente) i stresne inkontinencije, pa se stoga pojavljuje u naporu i u mirovanju.
4. Funkcionalna inkontinencija (idiopatski hiperaktivni detruzor): radi se o poremećenoj fazi dijestole gdje bolesnice navode pojačani nagon na mokrenje, učestalo mokrenje i noćno mokrenje, a isključeni su poznati čimbenici nestabilnosti detruzora.
5. Hiperrefleksija mjehura: nastaje zbog poremećenog živčanog kontrolnog mehanizma. Mjehur se napuni do otprilike 150 mL, a nakon toga spontano isprazni.
6. Neurogeni mjehur: nastaje kao posljedica ozljeda središnjega živčanog sustava.
7. Preljevna inkontinencija (ischuria paradoxa): zbog prenapunjenosti i prerastegnutosti mokraćnog mjehura te nemogućnosti njegova pražnjenja dolazi do nastanka preljevne inkontinencije. Klinički se to stanje manifestira nekontroliranim mokrenjem te učestalim izmokranjem (2,16).

## ČIMBENICI RIZIKA ZA RAZVOJ INKONTINENCIJE

Čimbenici rizika ili stanja koja mogu pogoršati urinarnu inkontinenciju uključuju dob, opstetričku anamnezu (paritet i način poroda), ginekološki status (prisutnost prolapsa zdjelčnih organa, defekacijske disfunkcije ili analne inkontinencije, seksualne disfunkcija i urogenitalnog sindroma menopauze), opće zdravstveno stanje (demencija, delirij, šećerna bolest ili dijabetes insipidus, kardiorespiratorni poremećaji, kronični kašalj, pretilost i opstruktivna apneja u snu) te farmakološki status (primjena hormonske nadomjesne terapije,  $\alpha$ -adrenergičkih agonista i antagonista, blokatora kalcijevih kanala, diuretika, terapije litijem, opioid-

nih analgetika, antikolinergika i inhibitora angiotenzina). Osim toga, tijekom procjene trebalo bi uzeti u obzir stil životnih navika, kao što su pušački status, tjelesna aktivnost i učestalost dizanja teških tereta (18).

Utjecaj urinarne inkontinencije na seksualni život žene

Najrasprostranjeniji oblik urinarne inkontinencije povezan je sa stresom, dok su mješovita te urgentna urinarna inkontinencija nešto manje zastupljene. Reproductivni i mokraćni sustav žene dijele anatomske strukture te na taj način urinarne smetnje ometaju seksualni život žena. Inkontinencija može na nekoliko načina utjecati na probleme povezane sa seksualnim životom, i to kao nevoljno otjecanje mokraće tijekom koitusa (koitalna inkontinencija), inkontinencija tijekom noći povezana sa urgencijom i strahom od mokrenja u krevet, ili pak strah od neugodnih mirisa. Smatra se da u menopauzi 25% žena ima smetnje urinarne inkontinencije te da je ona povezana uz smanjenu lubrikaciju, orgazmičku disfunkciju i dispareuniju (19,20,21). Općenito, uz inkontinenciju smanjuje se učestalost seksualnih odnosa, smanjena je seksualna želja kao i zadovoljstvo svojim tijelom. Seksualnost igra značajnu ulogu u različitim fazama života žene, a u svakom od njih seksualnost bi trebala donijeti užitak, ispunjenje i zadovoljstvo. Nažalost, nevoljno otjecanje urina tijekom spolnog odnosa, u velikoj mjeri to ne dopušta. Strah od samog gubitka urina vrlo često dovodi do odustajanja od seksualne aktivnosti. Žene se počinju osjećati manje ženstveno, a time manje seksualno privlačnima. To rezultira iskrivljenim stavom prema vlastitom tijelu, što negativno utječe na njihovo mentalno zdravlje i može se dovesti do distresa u partnerskim odnosima (1). Smanjenje seksualne želje bilježi se u svim dobnim skupinama žena i iznosi 46,5%. Urgentna urinarna inkontinencija uzrokuje smanjeno seksualno uzbuđenje te povećava učestalost dispareunije kod stresne inkontinencije, u 40% slučajeva povezuje se primarno sa smanjenom seksualnom aktivnošću, dok se uz mješoviti tip inkontinencije češće javljaju promjene raspoloženja, anksioznost, depresivnost te smanjeno opće seksualno zadovoljstvo (22,23,24,25).

Procjenjuje se da svaka četvrta žena sa inkontinencijom urina ima i koitalni oblik inkontinencije. Prema izvješću Međunarodne uroginekološke udruge i Međunarodnog društva za kontinenciju iz 2010. koitalna inkontinencija definirana je

kao "pritužba na nehotični gubitak urina tijekom koitusa" (26,27).

Povezana je s promjenom doživljaja tijela i samopoštovanja te je odgovorna za smanjenu učestalost seksualnih aktivnosti među inkontinentnim osobama. Urinarna inkontinencija tijekom koitusa može biti neugodan problem koji dovodi do smanjene seksualne želje, smanjene sposobnosti postizanja orgazma, te može biti štetna za partnersku vezu. Premda je česta pojava (procjenjuje se da je pojavnosti do 67%) i ima negativni utjecaj na seksualno zdravlje žene, ovu vrstu inkontinencije seksualno aktivne žene rijetko prijavljuju liječniku te je nedovoljno istražena (28).

Jedan od razloga može biti taj što se čini da se žene vrlo rijetko same traže savjet po pitanju koitalne inkontinencije, osim ako ih liječnici izravno ne zamole ili ih zamole da ispune upitnike vezane uz inkontinenciju. Glavni patofiziološki mehanizmi mogu biti cerviko-uretralna hiperobilnost, nesposobnost sfinktera, nestabilnost uretre te prekomjerna aktivnost detruzora. Prema kliničkim nalazima Hiltona i sur., koitalna inkontinencija tijekom penetracije češća je u žena sa stresnom inkontinencijom, dok je inkontinencija za vrijeme orgazma češća u žena s prekomjernom aktivnošću detruzora. Dakle, koitalna inkontinencija se općenito dijeli na dva oblika, inkontinencija tijekom penetracije i inkontinencija pri orgazmu. Hui-Hsuana i suradnici u svom radu opisali su istraživanje koje je proučavalo 228 žena s koitalnom inkontinencijom bilo tijekom penetracije ili tijekom orgazma. Izvijestili su da je koitalna inkontinencija češća u bolesnika s inkontinencijom urodinamskog stresa, a nije česta kod pretjerane aktivnosti detruzora. Među njihovim pacijentima, 80% je imalo inkontinenciju tijekom penetracije, 93% je imalo inkontinenciju za vrijeme orgazma, što ukazuje na koitalnu inkontinenciju, kao uobičajeni simptom tijekom seksualne aktivnosti kod žena sa stresnom inkontinencijom (28).

Neke su žene iskusile samo oblik koitalne inkontinencije i to u 7,6 do 20% slučajeva. Ova vrsta inkontinencije može se dogoditi bez obzira na fazu koitusa: pri lokalnoj stimulaciji (20-30%), uzbuđenju (13-18%), penetraciji (62,9-68%), pokreti naprijed-natrag, orgazam (27-37,1%) (27).

Pojedini položaji poput misionarskog položaja gdje žena leži ispod svog partnera mogu najviše potaknuti koitalnu inkontinenciju, dok se najmanje smetnji uočava pri

posterioralno-lateralnom položaju u seksualnom odnosu (19).

## **OSNOVNI TERAPIJSKI PRISTUP OSOBI SA INKONTINENCIJOM I SEKSUALNOM DISFUNKCIJOM**

Neophodan je multidisciplinarni pristup liječenju urinarne inkontinencije i seksualne disfunkcije u žena. Poželjno je uključiti liječnika obiteljske medicine, ginekologa, urologa, fizioterapeuta te seksualnog psihoterapeuta. U liječenju urinarne inkontinencije postoje različiti modaliteti ovisno o vrsti inkontinencije, a uključuju konzervativne metode (jačanje miškulature zdjelice), promjene životnog stila, farmakološke pripreme te kirurški pristup. Žene koje su inače zdrave daju više prednosti promjenama životnog stila i jačanju miškulature, dok, za razliku od njih, žene s drugim ozbiljnim zdravstvenim problemima, inkontinenciju doživljaju kao popratni kronični simptom i manje energije ulažu u liječenje. Stoga su i ciljevi liječenja različiti, od potpunog rješavanja problema s eventualno malo simptoma zatim ovisne kontinencije u kojoj bolesnica ostaje suha do odlaska na toalet ili ograničene kontinencije kad se primjenjuju pomagala u obliku uložaka ili pelena (18).

## **KONZERVATIVNO LIJEČENJE**

Promjene životnog stila i navika mogu smanjiti simptome statičke inkontinencije. One uključuju prestanak pušenja, smanjen unos kofeina, gaziranih napitaka, alkohola, gubitak prekomjerne tjelesne mase, kontrolu unosa količine i vrste tekućine.

Vođenje dnevnika unosa tekućine i mokrenja može uvelike pomoći u korekciji unosa tekućine. Osobito treba pripaziti na unos veće količine tekućine prije spavanja ili na obrazac rijetkog unosa, ali većih količina tekućine.

Smanjenje tjelesne težine u žena s prekomjernom tjelesnom masom ili pretelih žena može značajno poboljšati simptome. Studija koja je pratila žene koje su izgubile 3-5% svoje početne tjelesne mase potvrdila je da je kod istih zabilježeno smanjenje epizoda stresne i urgentne inkontinencije od 47%. Slična iskustva potvrđena su nakon drugih metoda mršavljenja poput barijatrijske metode (29).

Vježbe za jačanje mišićnog dna zdjelice im-

aju najviše učinka kod žena sa stres inkontinencijom, dok je njihova učinkovitost značajno manja kod urgentne inkontinencije. Metode koje su usmjerene prema voljnoj kontroli mokrenja su bihevioralna terapija i trening mokraćnog mjehura. Trening mokraćnog mjehura odnosi se na mokrenje u točno određeno vrijeme s postupnim povećanjem intervala između mokrenja. Počinje s programiranim mokrenjem u vremenskim intervalima od 30 do 60 minuta te se svaka dva tjedna interval između mokrenja povećava se za 15 do 60 minuta. Program traje uglavnom šest tjedana. Rehabilitacija dna zdjelice poboljšava seksualnu funkciju žena sa stresnom urinarom inkontinencijom ne samo zato što smanjuje epizode curenja mokraće već i zato što jača mišić dna zdjelice (30-34).

Manji dio žena, svega 5% sa statičkom inkontinencijom, kod kojih se želi izbjeći ili odgoditi kirurška metoda liječenja, a nisu u mogućnosti pridržavati se drugih metoda konzervativnog liječenja, koristi mehanička sredstva. Tad se primjenjuju vaginalni pesari, vaginalni prsteni ili uretralni ulošci (16). Farmakološko liječenje UI uključuje primjenu antikolinergika (propiverin, oksibutinin, darifenacin, solifenacin i dr.) koji se koriste za snižavanje kontraktilnosti detruzora te se primjenjuju u liječenju urgentne inkontinencije mokraće. Osim njih moguća je primjena beta-3-agonista (mirabegron) kao i intravaginalna primjena estrogena (2). U novije vrijeme proučava se utjecaj vaginalnog mikrobioma na pojavnost i liječenje urinarne inkontinencije. Smatra se da je mikrobiom općenito odgovoran za dio patofiziologije urinarne inkontinencije te da je sastav vaginalnog mikrobioma značajan u samom liječenju inkontinencije. Potrebno je napomenuti kako žene vrlo često ne traže pomoć i savjet oko liječenja inkontinencije te koriste neadekvatna pomagala kao što su higijenski ulošci koji su predviđeni za menstrualno krvarenje. Uporaba neadekvatnih uložaka stvara milje za nastanak urinarne infekcije. Vrste poput *Lactobacillus acidophilus* i *L.rhamnosus* proizvode vodikov peroksid te pomažu u vraćanju normalnog pH u rodnicu koji iznosi između 3,8 i 4,5. Ove vrste istovremeno su odlična pomoć u smanjivanju urinarne infekcije uzrokovane *E.colli*.(35)



## PSIHOSEKSUALNA TERAPIJA

Problemi sa seksualnom funkcijom u menopauzi mogu biti povezani sa značajnim osobnim problemima i rezultiraju smanjenjem ega, osjećaja vlastite vrijednosti i samopoštovanja, kao i značajnim smanjenjem životnog zadovoljstva i kvalitete žene kao i partnerskog odnosa. Stoga je temeljni dio skrbi pružiti ženama priliku da razgovaraju o seksualnim problemima. Informacije o normalnim promjenama u seksualnosti i ohrabrenju koje se odnose na dob, zajedno sa savjetima kako nastaviti sa seksualnim odnosima, mogu imati ključnu ulogu u promjeni negativnih stavova. Značajno je ne zanemariti seksualnu funkciju prilikom liječenja urinarne inkontinencije. Nekoliko je načina na koji si žene pomažu kad se susreću s nevoljnim otjecanjem mokraćne

tijekom spolnog odnosa, a to su mokrenje prije spolnog odnosa, zatim seksualni kontakti samo na sigurnim mjestima, smanjenje tjelesne aktivnosti tijekom spolnog odnosa, te smanjenje učestalosti i trajanja samog seksualnog odnosa. Ponekad prekidaju seksualni odnos odmah nakon postizanja orgazma partnera, a pri tome odustaju od postizanja vlastitog orgazma (36-39). Obzirom na visoku prevalenciju UI te povezanost sa seksualnom disfunkcijom, ovom problemu trebali bi pristupiti multidisciplinarno imajući na umu ne samo zdravstveno stanje žene, već i kvalitetu života.

## ZAKLJUČAK

O seksualnoj disfunkciji žena starije životne dobi malo se govori. Ako su probl-

emu pridružene tegobe UI, žene se osjećaju stigmatizirano. UI doprinosi smanjenju učestalosti i/ili odustajanju od seksualnih odnosa. Smanjen libido, umor, nedostatak želje te neprihvatanje vlastitog tijela, strah od neispunjavanja partnerovih očekivanja čimbenici su koji smanjuju seksualnu aktivnost žena. U liječenju urinarne inkontinencije i seksualne disfunkcije u žena neophodan je multidisciplinarni pristup. Liječnici obiteljske medicine, kao osobe prvog kontakta u zdravstvenom sustavu, grade tijekom godina odnos povjerenja sa svojim bolesnicama što im daje prednost da potaknu razgovor o problemu seksualnosti i savjetima pomognu ženama da učine određene promjene s ciljem poboljšanja kvalitete života.

## LITERATURA

8. Bašić – Marković N. Seksualnost u starijoj životnoj dobi. U: Mrduljaš – Đujić N. et al. Osnove seksualne medicine. Redak. Split. 2017. 95 – 102
9. Krištofić I, Haller H, Barbić M. Urinarna inkontinencija u žena. *Medicina fluminensis*. 2017. 53 (3): 308-313
10. Master WH, Johnson VE, Kolodny RC. Ljudska seksualnost. Naklada Slap. 2006;283-91.
11. Erens B, Mitchell KR, Gibson L, Datta J, Lewis R, Field N. et al. Health status, sexual activity and satisfaction among older people in Britain: A mixed methods study. *PLoS One*. 2019.14(3):e0213835. doi: 10.1371/journal.pone.0213835
12. Laumann EO, Waite LJ. Sexual dysfunction among older adults: prevalence and risk factors from a nationally representative U.S. probability sample of men and women 57-85 years of age. *J Sex Med*. 2008. 5(10):2300-11. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00974.x
13. Graham CA, et al. Prevalence and Predictors of Sexual Difficulties and Associated Distress Among Partnered, Sexually Active Older Women in Norway, Denmark, Belgium, and Portugal. *Archives of Sexual Behavior*. 2020. 49: 2951–2961
14. Traeen B, Hald GM, Graham CA, Enzlin P, Janssen E et al. Sexuality in Older Adults (65+)-An Overview of the Literature, Part 1: Sexual Function and Its Difficulties. *Int J of Sex Medicine*.2016; [http:// tandfonline.com/loi/wjms](http://tandfonline.com/loi/wjms) 20
15. Lindau ST, Gavrilova N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ*. 2010; 340: c810.doi: 10.1136/bmj.c810
16. DeLamater J. Sexual Expression in Later Life:A Review and Synthesis. *J Sex Research*. 2012;49:S125-S141.
17. Jackson SE, Yang L, Koyanagi A, Stubbs B, Veronese N, Smith L. Declines in Sexual Activity and Function Predict Incident Health Problems in Older Adults: Prospective Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Arch Sex Behav*. 2020. 49(3): 929-940
18. Ekström M, et al. Breathlessness and sexual activity in older adults: the Australian Longitudinal Study of Ageing. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2018. 8(1): 20
19. Freak-Poli R, Licher S, Tiemeier H. Cognitive Impairment, Sexual Activity and Physical Tenderness in Community-Dwelling Older Adults: A Cross-Sectional Exploration. *Gerontology*. 2018. 64(6): 589-602
20. Mandal A, Viswanathan C. Natural killer cells: In health and disease. *Hematol Oncol Stem Cell Ther*. 2015 Jun;8(2):47-55. doi: 10.1016/j.hemonc.2014.11.006. Epub 2014 Dec 27. PMID: 25571788.
21. Levkovich I, Gewirtz-Meydan A, Karkabi K, Ayalon L. Views of family physicians on heterosexual sexual function in older adults. *BMC Fam Pract*. 2018. 19(1): 86
22. Lee DM, Tetley J, Pendleton N. Urinary incontinence and sexual health in a population sample of older people. *BJU Int*. 2018. 122(2): 300-308
23. Orešković S, Pavić M. Urinarna inkontinencija kod žena i smjernice za liječenje. *Medicus*. 2015. 25(1):13-23
24. Hu JS, Pierre EF. Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2019. 100(6): 339-348
25. Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nat Rev Dis Primers*. 3: 17042. doi:10.1038/nrdp.2017.42.
26. Burzynski B, et al. Impact of stress urinary incontinence on female sexual activity. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2021. 25: 643 - 653
27. Tim S, Mazur-Bialy AI. The Most Common Functional Disorders and Factors Affecting Female Pelvic Floor. *Life*. 2021: 11
28. Mota RL. Female urinary incontinence and sexuality. *Int Braz J Urol*. 2017. 43(1): 20-28.

29. Naumann G, Hitschold T, Frohnmeyer D, Majinge P, Lange R. Sexual Disorders in Women with Overactive Bladder and Urinary Stress Incontinence Compared to Controls: A Prospective Study. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2021. 81(9):1039-1046
30. Zincir H, Demir G, Günaydin Y, Ozen B. Sexual Dysfunction in Married Women With Urinary Incontinence. *Urol J.* 2018. 15(4):193-198
31. Levy G, Lowenstein L. Overactive Bladder Syndrome Treatments and Their Effect on Female Sexual Function: A Review. *Sex Med.* 2020. 8:1-7
32. Gumussoy S, Kavlak O, Donmez S. Sexual function and Dyadic adjustment in women with urinary incontinence. *Pak J Med Sci.* 2019. 35(2): 437-442
33. Thangarajah F, et al. The Onset of Urinary Incontinence in Different Subgroups and its Relation to Menopausal Status: A Hospital-based Study. *In Vivo.* 2020. 34(2): 923-928
34. Radoja I, Pavlović O, Perić N, Degmečić D. Coital urinary incontinence and female sexual function. *Southeastern European Medical Journal.* 2017. 1(2): 11-18
35. Lau HH, Huang WC, Su TH. Urinary leakage during sexual intercourse among women with incontinence: Incidence and risk factors. *PLoS One.* 2017. 12(5): e0177075. doi: 10.1371/journal.pone.0177075
36. Subak LL, Richter HE, Hunskaar S. Obesity and urinary incontinence: epidemiology and clinical research update. *J Urol.* 2009; 182:S2-S7
37. Preda A, Moreira S. Stress Urinary Incontinence and Female Sexual Dysfunction: The Role of Pelvic Floor Rehabilitation. *Acta Med Port.* 2019. 32(11):721-726.
38. Jha S, Walters SJ, Bortolami O, Dixon S, Alshreef A. Impact of Pelvic Floor Muscle Training on Sexual function of women with Urinary Incontinence and a comparison of electrical stimulation versus standard treatment (IPSU Trial): a randomised controlled trial. *Physiotherapy.* ISSN 0031-9406 <https://doi.org/10.1016/j.physio.2017.06.003>
39. Grimes WR, Stratton M. Pelvic Floor Dysfunction. 2021. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, Florida. StatPearls Publishing
40. Smith L, Grabovac I, Yang L, Veronese N, Koyanagi A, Jackson SE. Participation in Physical Activity is Associated with Sexual Activity in Older English Adults. *Int J Environ Res Public Health.* 2019. 16(3): 489
41. Wieland LS, Shrestha N, Lassi ZS, Panda S, Chiaramonte D, Skoetz N. Yoga for treating urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019. 2(2): CD012668. doi: 10.1002/14651858
42. de Andrade RL, et al. An education program about pelvic floor muscles improved women's knowledge but not pelvic floor muscle function, urinary incontinence or sexual function: a randomised trial. *J Physiother.* 2018. 64(2): 91-96
43. Komesu YM, et al. Methodology for a vaginal and urinary microbiome study in women with mixed urinary incontinence. *Int Urogynecol J.* 2017. 28(5): 711-720
44. Thomas HN, Hamm M, Hess R, Thurston RC. Changes in sexual function among midlife women: "I'm older... and I'm wiser". *Menopause.* 2018. 5(3): 286-292
45. Lee DM, Tetley J, Pendleton N. Urinary incontinence and sexual health in a population sample of older people. *BJU Int.* 2018 Aug;122(2):300-308. doi: 10.1111/bju.14177. Epub 2018 Apr 5. PMID: 29623691; PMCID: PMC6099328.
46. Caruso S, Malandrino C. Menopause and Female Sexuality. U: Kirana F, Tripodi Y, Reisman H. *The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology.* 2013. Amsterdam. Medix. 304-316.