

PREDSKAZATELJI SEKSUALNIH DISFUNKCIJA MEĐU ŽENAMA LIJEČENIM OD ARTERIJSKE HIPERTENZIJE

Matić Ličanin, Matea

Doctoral thesis / Disertacija

2025

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:152:121813>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-28**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Medicine Osijek](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Matea Matić Ličanin

**PREDSKAZATELJI SEKSUALNIH DISFUNKCIJA MEĐU ŽENAMA LIJEČENIM
OD ARTERIJSKE HIPERTENZIJE**

Doktorska disertacija

Osijek, 2024.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Matea Matić Ličanin

**PREDSKAZATELJI SEKSUALNIH DISFUNKCIJA MEĐU ŽENAMA LIJEČENIM
OD ARTERIJSKE HIPERTENZIJE**

Doktorska disertacija

Osijek, 2024.

Mentor rada: izv. prof. dr. sc. Ivan Miškulin

Komentor rada: prof. dr. sc. Robert Steiner, dr. med.

Rad ima 97 stranica.

Hvala mojem mentoru izv. prof. dr. sc. Ivanu Miškulinu, komentoru prof. dr. sc. Robertu Steineru i studijskoj savjetnici prof. dr. sc. Maji Miškulin na iznimnoj pomoći i vodstvu tijekom cjelokupnog doktorskog studija.

Hvala mojim suradnicima s fakulteta na svakoj lijepoj riječi i savjetu, a posebno dr. sc. Kristini Kralik i mojoj Jeleni. Zaista ste mi olakšali ovaj put.

Hvala mojim kolegicama i kolegama iz obiteljske medicine koji su mi pomogli u realizaciji ovog istraživanja, a posebice mojem mentoru prof. dr. sc. Rudiki Gmajniću, što mi je dao vrijeme i mir koji su mi bili potrebni.

Hvala mojim kumovima, mojim prijateljima, mojim ljudima. Hvala što ste slušali i trpili, ali me i uvijek poticali.

Veliko i beskrajno hvala mojoj obitelji na ljubavi i zajedništvu koje trpi sve teške, ali i slavi sretne trenutke. Vaša podrška i pomoć u naizgled bezizlaznim situacijama dala mi je vjetar u leđa i omogućila mi je da guram naprijed. Tebi, moj mali brate, predajem ovu štafetu!

Hvala mojem mužu, čija tišina je glasnija od svih riječi, znaj da sve vidim i cijenim. Bez tebe ovo ne bi bilo moguće.

Za kraj, najveće hvala mojoj djeci, Josipu i Ivki, što su tako maleni imali tako puno razumijevanja za mene, s vama rastem i zbog vas ovo sve vrijedi!

Sadržaj

Popis kratica.....	III
Popis tablica.....	V
Popis slika.....	VII
1. Uvod	1
1.1. Definicija seksualnosti i seksualnog zdravlja	1
1.2. Ciklus seksualnog odgovora	1
1.3. Definicija seksualnih disfunkcija	3
1.4. Poremećaji seksualnih želja i uzbuđenja.....	4
1.5. Poremećaji postizanja orgazma.....	5
1.6. Poremećaji penetracije i bolovi u zdjelici	5
1.7. Prevalencija i etiologija seksualnih disfunkcija kod žena.....	5
1.8. Religioznost i seksualne disfunkcije kod žena.....	6
1.9. Povezanost zdravstvene pismenosti i seksualnih disfunkcija kod žena	7
1.10. Utjecaj COVID-19 na seksualne funkcije kod žena	8
1.11. Povezanost arterijske hipertenzije i seksualnih disfunkcija kod žena.....	9
1.12. Utjecaj antihipertenzivnih lijekova na seksualne disfunkcije kod žena.....	10
1.13. Utjecaj seksualnih funkcija na kvalitetu života povezanu s zdravljem.....	10
1.14. Postavljanje dijagnoze seksualnih disfunkcija i najčešći problemi.....	11
1.15. Liječenje seksualnih disfunkcija kod žena	12
2. Hipoteza.....	14
3. Ciljevi istraživanja	15
4. Ispitanici i metode.....	16
4.1. Ustroj studije	16
4.2. Ispitanici	16
4.3. Metode.....	17
4.4. Statističke metode	19
5. Rezultati.....	20
5.1. Osnovna obilježja liječnika	20
5.2. Stavovi i mišljenja liječnika o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod pacijenata liječenih od arterijske hipertenzije	24

5.3.	Povezanost stavova i mišljenja liječnika o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod oboljelih od arterijske hipertenzije s obilježjima liječnika	27
5.4.	Osnovna obilježja ispitanica (pacijentice koje boluju od arterijske hipertenzije).....	39
5.5.	Kvaliteta života (SF-12v2).....	46
5.6.	Izraženost snage religijskih uvjerenja (Upitnik Sv. Klara)	48
5.7.	Procjena zdravstvene pismenosti ispitanica (NVS-HR)	49
5.8.	Procjena indeksa ženske seksualne funkcije (FSFI)	52
5.9.	Povezanost indeksa ženske seksualne funkcije s razinom zdravstvene pismenosti, kvalitetom života i s izraženosti religijskih uvjerenja.....	54
5.10.	Uloga pojedinih čimbenika u predviđanju seksualne disfunkcije (regresijska analiza)	56
6.	Rasprava	59
6.1.	Mišljenja LOM o zdravstvenoj pismenosti, snazi religijskog vjerovanja i utjecaju na kvalitetu života povezanu s zdravljem	59
6.2.	Mišljenja LOM o utjecaju antihipertenzivne terapije na seksualne funkcije	62
6.3.	Mišljenja LOM o utjecaju COVID-19 na seksualne funkcije.....	62
6.4.	Postupanja i najčešći problemi LOM vezano uz dijagnozu seksualnih disfunkcija ..	63
6.5.	Zdravstvena pismenost i snaga religijskog uvjerenja žena oboljelih i liječenih od arterijske hipertenzije te utjecaj na kvalitetu života	65
6.6.	Utjecaj COVID-19 na seksualne funkcije i regulaciju arterijskog tlaka.....	67
6.7.	Prevalencija, povezanost općih i kliničkih obilježja ispitanica te antihipertenzivne terapije sa seksualnim disfunkcijama.....	68
6.8.	Predskazatelji seksualnih disfunkcija kod žena oboljelih i liječenih od arterijske hipertenzije	69
6.9.	Edukacija liječnika u području seksualne medicine.....	71
6.10.	Ograničenja i snage istraživanja.....	71
6.11.	Dosadašnja istraživanja o seksualnim disfunkcijama kod žena.....	72
6.12.	Mogućnost primjene ovih rezultata u daljnjim istraživanjima i kliničkoj praksi.....	73
7.	Zaključci	75
8.	Sažetak.....	77
9.	Summary.....	79
10.	Literatura.....	81
11.	Životopis.....	93

Popis kratica

ACEI	Inhibitor angiotenzin konvertirajućeg enzima
BISF-W	engl. Brief Indeks of Sexual Functioning for Women
CSFQ	engl. Changes in Sexual Functioning Questionnaire
DSM-5	Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje
EQ-5D	engl. EuroQoL Five-Dimension; Upitnik kvalitete života povezane s zdravljem
FSFI	Indeks ženske seksualne funkcije
HZZO	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
IL-6	Interleukin 6
ITM	Indeks tjelesne mase
LOM	Liječnik opće/obiteljske medicine
NHP	Notingham zdravstveni profil
NVS	engl. The Newest Vital Sign
PFSF	engl. Profile of Female Sexual Function
QWB-SA	engl. Quality of Well Being Self-Administered
REALM	engl. The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
REALM-SF	engl. The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine—Short Form
SFQ	engl. Social Functioning Questionnaire
SF-12v2	engl. Short Form 12 Item Survey – version 2
SF-36	engl. 36-Item Short Form Survey
SIP	Profil učinka bolesti
STOFHLA	Short Test of Functional Health Literacy in Adults

SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
TNF- α	Tumor nekrotizirajući faktor alfa
TOFHLLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
WHOQOL-BREF	Skraćena verzija Upitnika o kvaliteti života Svjetske zdravstvene organizacije

Popis tablica

Tablica 5.1. Osnovna obilježja liječnika.....	20
Tablica 5.2. Obilježja pacijenata u ordinaciji	22
Tablica 5.3. Radnje koje liječnik napravi ukoliko utvrdi seksualnu disfunkciju.....	23
Tablica 5.4. Stavovi i mišljenje liječnika o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod pacijenata liječenih od arterijske hipertenzije.....	25
Tablica 5.5. Raspodjela liječnika prema učestalosti ispitivanja pacijenata liječenih od arterijske hipertenzije o seksualnim funkcijama i razlozi zbog kojih ne ispituju tijekom redovitih pregleda.....	26
Tablica 5.6. Liječnici prema tome koliko često primjećuju povezanost između liječene arterijske hipertenzije i pojave seksualnih disfunkcija kod svojih pacijentica	27
Tablica 5.7. Stavovi i mišljenje liječnika o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod pacijentica liječenih od arterijske hipertenzije u odnosu na razinu obrazovanja.....	28
Tablica 5.8. Stavovi i mišljenje liječnika o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod pacijentica liječenih od arterijske hipertenzije u odnosu na mjesto rada.....	29
Tablica 5.9. Stavovi i mišljenje liječnika o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod pacijentica liječenih od arterijske hipertenzije u odnosu na dobne skupine	31
Tablica 5.10. Stavovi i mišljenje liječnika o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod pacijentica liječenih od arterijske hipertenzije u odnosu na broj opredijeljenih pacijenata	33
Tablica 5.11. Stavovi i mišljenje liječnika o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod pacijentica liječenih od arterijske hipertenzije u odnosu na većinsku dobnu strukturu.....	34
Tablica 5.12. Stavovi i mišljenje liječnika o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod pacijentica liječenih od arterijske hipertenzije u odnosu na prosječan broj dnevno ostvarenih kontakata u ordinaciji.....	36
Tablica 5.13. Stavovi i mišljenje liječnika o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod pacijentica liječenih od arterijske hipertenzije u odnosu na procjenu zdravstvene pismenosti pacijentica	38
Tablica 5.14. Osnovna obilježja ispitanica	40
Tablica 5.15. Mjere visine, mase i ITM.....	40

Tablica 5.16. Trenutni zdravstveni status ispitanica.....	42
Tablica 5.17. Korištenje drugih lijekova osim antihipertenzivnih lijekova.....	43
Tablica 5.18. Učestalost pojedine antihipertenzivne terapije i vrijednosti krvnog tlaka unazad dva tjedna.....	44
Tablica 5.19. Preboljen COVID-19 i njegova povezanost s pogoršanjem krvnog tlaka, seksualnom disfunkcijom i smanjenjem kvalitete života	45
Tablica 5.20. Ocjene fizičkog i mentalnog zdravlja	46
Tablica 5.21. Razlike u ocjeni fizičkog i mentalnog zdravlja (SF-12) s obzirom na obilježja ispitanica	47
Tablica 5.22. Raspodjela ispitanica prema odgovorima vezanim uz snagu religijskih uvjerenja.....	48
Tablica 5.23. Snaga religijskog uvjerenja u odnosu na obilježja ispitanica	49
Tablica 5.24. Ispitanice prema broju točnih i netočnih odgovora na postavljena pitanja.....	50
Tablica 5.25. Razina zdravstvene pismenosti u odnosu na obilježja ispitanica	51
Tablica 5.26. Indeks ženske seksualne funkcije (FSFI).....	52
Tablica 5.27. Raspodjela ispitanica prema općim i kliničkim obilježjima i seksualnoj disfunkciji	53
Tablica 5.28. Povezanost indeksa ženske seksualne funkcije (FSFI), sa zdravstvenom pismenosti, fizičkim i mentalnim zdravljem i snagom religijskog uvjerenja.....	55
Tablica 5.29. Povezanost stupnja zdravstvene pismenosti sa seksualnom disfunkcijom.....	55
Tablica 5.30. Razlike u ocjeni fizičkog i mentalnog zdravlja i snage religijskog uvjerenja s obzirom na seksualnu disfunkciju.....	56
Tablica 5.31. Predviđanje vjerojatnosti nastanka seksualne disfunkcije (bivarijatna i multivarijatna logistička regresija – <i>Stepwise metoda</i>).....	57
Tablica 5.32. Predviđanje vjerojatnosti nastanka seksualne disfunkcije - multivarijatna logistička regresija korigirana za dob (<i>Stepwise metoda</i>).....	58

Popis slika

Slika 5.1. Raspodjela ispitanika prema stupnju obrazovanja	21
Slika 5.2. Prosječan broj dnevno ostvarenih kontakata u ordinaciji.....	23
Slika 5.3. Dobna struktura ispitanica	39
Slika 5.4. Raspodjela ispitanica prema uhranjenosti	41
Slika 5.5. Prosječne vrijednosti krvnog tlaka ispitanica.....	45

1. Uvod

1.1. Definicija seksualnosti i seksualnog zdravlja

Ljudska seksualnost i intimnost su vrlo kompleksni i važni dijelovi ljudskog ponašanja i života (1). Primarno, ljudsku se seksualnost gledalo isključivo kroz reprodukciju, no danas se zna da je ona za većinu ljudi gotovo nezamjenjivi dio životne ugone. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira seksualnost kao: „središnji aspekt ljudskog bića tijekom cijelog života, koji obuhvaća spol, rodne identitete i uloge, seksualnu orijentaciju, erotičnost, užitak, intimnost i reprodukciju. Seksualnost se doživljava i izražava u mislima, fantazijama, željama, uvjerenjima, stavovima, vrijednostima, ponašanjima, običajima, ulogama i odnosima. Iako seksualnost može uključivati sve ove dimenzije, nisu sve uvijek doživljene ili izražene. Na seksualnost utječe interakcija bioloških, psiholoških, društvenih, ekonomskih, političkih, kulturnih, pravnih, povijesnih, religijskih i duhovnih čimbenika“ (2). Seksualnost je stoga sastavni dio naših stavova i uvjerenja, vrijednosti i ponašanja koje prenosimo u naše životne uloge i odnose (3).

Prema definiciji SZO seksualno zdravlje je: „stanje tjelesnog, emocionalnog, mentalnog i društvenog blagostanja povezanog sa seksualnošću; to nije samo odsutnost bolesti, disfunkcija ili slabosti. Seksualno zdravlje zahtijeva pozitivan pristup seksualnosti i seksualnim odnosima s poštovanjem, kao i mogućnost ugodnih i sigurnih seksualnih iskustava bez prisile, diskriminacije i nasilja. Da bi se spolno zdravlje postiglo i održalo, seksualna prava svih osoba moraju se poštovati, štititi i ispunjavati“ (2).

1.2. Ciklus seksualnog odgovora

Seksualne aktivnosti zahtijevaju interakcije između različitih sustava u našem organizmu, kao što su vaskularni, endokrini i živčani sustav s različitim anatomskim strukturama našeg tijela, a sve u svrhu postizanja zadovoljstva, seksualnog uzbuđenja i snošaja (3). Promjene fizičkog, psihičkog i emocionalnog tipa koje se događaju nakon uzbuđenja i seksualnih aktivnosti nazivaju se ciklusom ljudskog seksualnog odgovora (4).

1966. godine Masters i Johnson predložili su tzv. „linearni“ model seksualnog odgovora koji je uključivao četiri faze: uzbuđenje, plato, orgazam i rezoluciju.

U inicijalnoj fazi, fazi uzbuđenja, dolazi do nekoliko promjena kao što su: povećanje broja otkucaja srca i broja udaha, porasta arterijskog tlaka, miotonije i vazokongestije te crvenila kože. Specifično, kod žena dolazi do otvrdnuća bradavica, vaginalne lubrikacije, nabreknuća klitorisa, malih i velikih usana i maternice (4).

Svi ovi procesi nastavljaju se i pojačavaju u drugoj fazi, fazi platoa, gdje nakon kontinuiranog rasta broja otkucaja srca i broja udaha te pojačanja i širenja mišićne napetosti dolazi do stabilizacije. Kod žena dolazi do povećanja protoka krvi, pojačanja osjetljivosti klitorisa, promjene boje stjenke i širenja vagine. Bartolinijeve žlijezde dodatno luče sluz i pojačavaju lubrikaciju vagine i okolnog područja (4).

Nakon faze platoa slijedi faza seksualnog vrhunca ili orgazma, koja je kod žena obilježena osjećajem euforije, spontanom i ritmičnim kontrakcijama cijelog tijela i osjećajem smanjenja napetosti. Važno je napomenuti da ova faza seksualnog odgovora nije nužna i ne događa se spontano kod svih osoba (4).

Posljednja faza seksualnog odgovora je faza rezolucije koja je obilježena smirenjem prethodnih događaja. U ovoj fazi broj otkucaja srca i broj udaha se smanjuje, mišići opuštaju, pada arterijski tlak i smanjuje se krvni protok u genitalnoj regiji. Nakon faze rezolucije obično postoji refraktorno razdoblje u kojem osoba nije sposobna ponovno postići orgazam, no kod žena je to razdoblje značajno kraće nego kod muškaraca ili gotovo uopće ne postoji, ovisno o izvorima (3, 4).

Poslije Masters-a i Johnson-a, 1979. godine, Helen Kaplan stvorila je model seksualnog odgovora koji, umjesto četiri, sadrži tri faze. Njezin model sastoji se od: seksualne želje, uzbuđenja i orgazma. Uvođenjem faze seksualne želje ističe se važnost, ne samo fizioloških čimbenika, nego i psiholoških, emotivnih i kognitivnih čimbenika seksualnog odgovora. Seksualna želja je na taj način postala preduvjet za „linearni“ model seksualnog odgovora. Nadalje, faze uzbuđenja i orgazma u Kaplanovom modelu zapravo su objedinile sve četiri faze Masters-a i Johnson-a (4, 5).

U praksi, oba modela imala su zapravo nekoliko važnih ograničenja, među kojima je najistaknutije očekivanje prelaska iz jedne faze u drugu, a bez imalo varijacija u smislu objedinjenja, preskakanja i/ili vraćanja na određenu fazu. Također, očekivano je da je seksualna

želja u potpunosti spontana, da nastaje i razvija se automatski, što kod velike većine žena ne odgovara stvarnom stanju te se može ocijeniti kao dio seksualnih disfunkcija, što zapravo nije točno. Također, faze želje i uzbuđenja vrlo često su objedinjene i utječu jedna na drugu, stoga je teško evaluirati ove faze kao pojedinačne entitete (4).

Nastavno na „linearni“ model seksualnog odgovora razvijali su se modeli seksualnog odgovora kao što je „model poticajne motivacije“ koji su preteča razvoja „cikličkih“ modela seksualnog odgovora. U modelu poticajne motivacije Hull-a i Spence-a seksualna želja ne nastaje spontano nego je ona rezultat uzbuđenja koje može nastati svjesno i nesvjesno, a rezultat je nekih podražaja koji nisu nužno fizičkog tipa. Seksualna želja zatim dovodi do seksualnog djelovanja, koje je različito za svakog pojedinca (4).

Zatim, dolazi do razvoja „cikličkih“ modela seksualnog odgovora, gdje je Basson uvažila da seksualna želja ne nastaje spontano, no navodi da je ona rezultat podražaja koji mogu biti seksualnog i/ili neseksualnog tipa kao što je potreba za ljubavlju, bliskošću i druge emocionalne potrebe. Seksualna želja zatim potiče uzbuđenje što dovodi do još jačih seksualnih želja, što posljedično zahtjeva još podražaja, a koji zatim dovode do porasta uzbuđenja i nastavka ovog ciklusa. Zaključno, u „cikličkom“ modelu najvažnija je središnja točka čiji je fokus psihičko i fizičko zadovoljstvo i na kojoj počiva cijeli ovaj proces. Iako ovaj model najviše odgovara ženskom seksualnom odgovoru, on nije odgovarajući za žene koje svoja seksualna iskustva doživljavaju isključivo kroz fizički aspekt i ne povezuju ih s intimnošću (4, 5). Nadalje, istraživanja pokazuju da se „ciklički“ model seksualnog odgovora češće povezuje sa ženama koje su emocionalno nezadovoljne te kod žena koje imaju neki oblik seksualnih disfunkcija u odnosu na žene koje su zadovoljne svojih seksualnim iskustvima (6, 7).

Stoga, jasno je da prethodno navedeni modeli seksualnog odgovora ne isključuju jedan drugoga, a iz njih se mogu diferencirati različiti problemi i poremećaji koje ćemo potencijalno kasnije klasificirati kao seksualne disfunkcije.

1.3. Definicija seksualnih disfunkcija

Američka Psihijatrijska Udruga je 2013. godine izdala peto izdanje Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-5). U toj verziji seksualne disfunkcije kod žena odnose se na: „svaku pritužbu ili problem vezan uz seksualnost, a koji je vezan uz

poremećaj seksualnih želja, uzbuđenja, orgazma ili pojavu seksualne boli i uzrokuje značajnu uznemirenost ili interpersonalne poteškoće“. Također, za dijagnozu seksualnih disfunkcija simptomi moraju biti prisutni 75% vremena i duže od šest mjeseci te moraju izazivati značajno osobno nezadovoljstvo, uz iznimku ukoliko se radi o lijekovima induciranim poremećajima (1, 8, 9).

Seksualne disfunkcije kod žena podijeljene su u tri glavne potkategorije: poremećaji seksualnih želja i uzbuđenja, poremećaj postizanja orgazma te poremećaji penetracije i bolova u zdjelici (9). Pri evaluaciji tipa poremećaja, važno je uzeti u obzir da svi navedeni poremećaji mogu, pozitivnom ili negativnom spregom, utjecati jedni na druge pa tako npr. nemogućnost postizanja orgazma može dovesti do smanjenog užitka i želje (3).

1.4. Poremećaji seksualnih želja i uzbuđenja

Poremećaji seksualnih želja i uzbuđenja odnose se na promjene koje dovode do potpunog izostanka ili značajno smanjenog seksualnog uzbuđenja i/ili želja. Osim osnovnih uvjeta za dijagnozu seksualnih disfunkcija navedenih u prijašnjem paragrafu, za postavljanje ove dijagnoze nužno je postojanje najmanje tri od sljedeće navedenih simptoma: 1. potpuna odsutnost ili smanjenje erotskih misli ili fantazija, 2. potpuna odsutnost ili smanjenje interesa za seksualne aktivnosti, 3. potpuna odsutnost ili smanjenje iniciranja seksualnih aktivnosti i nezainteresiranost na partnerove pokušaje iniciranja istih, 4. potpuna odsutnost ili smanjenje seksualnih želja i uzbuđenja koji se javljaju kao odgovor na bilo koji unutarnji ili vanjski erogeni faktor, 5. potpuna odsutnost ili smanjenje seksualnog uzbuđenja i zadovoljstva tijekom seksualnih aktivnosti i 6. potpuna odsutnost ili smanjenje genitalnih i ostalih tjelesnih senzacija koje se javljaju u tijeku seksualnih aktivnosti (10).

Obzirom na postojanje službenih kriterija za dijagnozu, no ne i objektivnih procjena navedenih simptoma, sva procjena ostaje na subjektivnom dojmu liječnika koji uz postojanje ovih simptoma treba procijeniti i ostale faktore koji mogu utjecati, kao što su prethodno zdravstveno stanje pacijenta, dob, spol i dr. (10).

1.5. Poremećaji postizanja orgazma

Prema DSM-5 klasifikaciji poremećaji postizanja orgazma kod žena odnose se na: potpunu odsutnost, neredovitost, odgodu ili značajno smanjenje intenziteta orgazma. Postoji nekoliko podtipova ovog poremećaja koji su se, prema starijoj klasifikaciji, dijelili u dvije veće grupe: primarna i sekundarna anorgazmija. Danas ih prema njihovim obilježjima opisujemo kao: stečene ili cjeloživotne, situacijske ili generalizirane, sa ili bez prethodnog doživljaja orgazma te blage, umjerene ili teške. Jednako kao i kod svih disfunkcija, osim jatrogeno uzrokovanih, za dijagnozu je nužno da simptomi budu prisutni najmanje 75% vremena, kroz 6 mjeseci i da uzrokuju značajno osobno nezadovoljstvo (11).

1.6. Poremećaji penetracije i bolovi u zdjelici

U poremećaje penetracije i bolova u zdjelici ubrajaju se, do sada dva odvojena entiteta, vaginizam i dispareunija. Vaginizam je obilježen ponavljajućim ili trajnim poteškoćama prilikom vaginalne penetracije unatoč normalnoj seksualnoj želji, a dispareunija je ponavljajuća ili trajna bol povezana s potpunom ili nepotpunom vaginalnom penetracijom i/ili seksualnim snošajem (12, 13).

1.7. Prevalencija i etiologija seksualnih disfunkcija kod žena

Prevalencija seksualnih disfunkcija znatno varira ovisno o izvorima, između 25,8% pa sve do 91,0%, s većom učestalosti kod žena u odnosu na muškarce (13, 14). Zbog različitosti podataka 2015. godine na četvrtom Savjetovalištu za seksualnu medicinu donesen je konsenzus da je prevalencija barem jednog oblika seksualnih disfunkcija kod žena između 40% do 50%, neovisno o dobi (9).

Seksualne disfunkcije imaju široku biopsihosocijalnu etiologiju, koju liječnici pokušavaju otkriti na razini svakog pojedinca, ali i cjelokupne populacije, kako bi u skladu s tim usmjerili i daljnje postupanje, odnosno liječenje. Prema istraživanjima, negativni čimbenici za razvoj svih seksualnih disfunkcija kod žena su: dob, loše fizičko i psihičko zdravlje, prekomjerna tjelesna težina/pretilost, niska razina obrazovanja, religioznost, stres, menopauza,

slabija zdravstvena pismenost, razne kronične bolesti (kao što su arterijska hipertenzija i šećerna bolest), pušenje i konzumacija droga te povijest seksualnog zlostavljanja. Među negativne čimbenike spadaju i čimbenici vezani uz partnera kao što je niska razina obrazovanja partnera, loše zdravlje partnera, generalno nezadovoljstvo vezom, ali i već prisutne seksualne disfunkcije partnera. Preventivni čimbenici u svim podtipovima seksualnih disfunkcija kod žena su: redovito vježbanje i pozitivna slika o vlastitom tijelu, intimno komuniciranje, prihvaćanje važnosti seksualnosti, spolni odgoj i starija dob prilikom stupanja u bračnu zajednicu (15).

1.8. Religioznost i seksualne disfunkcije kod žena

Iako se često poistovjećuju, religija i religioznost nisu istovjetni pojmovi, no nedvojbeno se isprepliću. Religija se definira kao društveno-kulturološki fenomen, dok je religioznost u potpunosti individualna i daje nam odgovore na osobna pitanja. Usvajanjem i odbacivanjem nekih religijskih vjerovanja i oblikovanjem individualnih i subjektivnih stavova zapravo nastaje religioznost. Upravo o oblikovanju tih stavova ovisi njeguje li osoba ekstrinzičnu ili intrinzičnu religioznost. Naime, ekstrinzična religioznost ne uvažava zahtjeve vjere nego gleda samu korist, dok se intrinzična religioznost odnosi na njegovanje smisla i vrijednosti same vjere i po tim vrijednostima i živi (16, 17).

Prema Glock-u i Stark-u pet su glavnih dimenzija religioznosti:

1. Ideološka dimenzija – „vjera“: odnosi se na osobno iskustvo i doživljaj same religije i vjerovanja
2. Religiozna praksa – „praksa“: uključuje sudjelovanje u različitim pobožnostima koje obilježavaju pojedinačne religije, osobna pobožnost je npr. molitva, a javni rituali su npr. primanje sakramenata
3. Religiozna iskustva – „spoznaje“: odnose se na osobna iskustva stečena u doživljaju vlastite religije
4. Intelektualna dimenzija – „iskustvo i znanje“: odnosi se temeljno poznavanje onoga što je dio određene religije, poznavanje sadržaja
5. Utjecaj vjere na život – „pripadnost“: odnosi se na utjecaj i individualne odgovore na religijske poticaje u svrhu razvoja pripadnosti, u nekim religijama to se odnosi na npr.

oblačenje u skladu s religijskim kodeksom, a u drugima je to npr. vjerovanje u život vječni (18, 19, 20).

Utjecaj religioznosti na zdravlje i zdravstvene ishode proučava se već dugi niz godina. Naime, prema istraživanjima religioznost ima pozitivan utjecaj na promociju zdravlja i prevenciju bolesti. Religiozniji ljudi žive zdravijim načinom života, manje konzumiraju cigarete, alkohol i droge te se rjeđe upuštaju u rizične spolne odnose i češće pohađaju preventivne zdravstvene programe (21). Nastavno na navedeno, religioznost se može gledati kao mehanizam obrane (engl. coping mechanism) u stanjima stresa, koja ukoliko su prolongirana, značajno utječu na nastanak različitih bolesti. Također, religiozne prakse poput molitve i meditacije dovode do relaksacije i smanjenja mišićne napetosti te mogu dovesti do npr. bolje regulacije arterijskog tlaka (22). Općenito, religioznost ima pozitivan utjecaj na osjećaj nade, smanjenje straha i anksioznosti, smanjenje simptoma depresije i poboljšanje socijalnih interakcija, u smislu podrške (23).

Pregledom dostupne literature, ne može se zaključiti postoji li, odnosno je li pozitivan ili negativan utjecaj same religioznosti na seksualne disfunkcije, jer su rezultati često oprečni. No, snažnija religioznost može se povezati s pojavom seksualne anksioznosti i krivnje te dovesti do distraktirajućih misli i inhibirajućih seksualnih funkcija (24). Pojava krivnje ponajviše utječe na inhibiciju seksualnih želja (25). Veća religioznost povezana je sa slabijom zdravstvenom pismenošću u području seksualnog zdravlja te negativno utječe na pojavnost, dijagnosticiranje i liječenje navedenih problema (26). Religioznost stoga znatno utječe na učinkovitost pružanja zdravstvene zaštite i općenito ostvarivanje komunikacije vezane uz seksualne funkcije i disfunkcije s liječnicima (27).

Zbog različitosti u definiranju religioznosti, otežana je procjena i odabir adekvatnog mjernog alata. Iako postoji veliki broj upitnika, za potrebe ovog istraživanja odlučili smo se za „Upitnik snage religijske vjere Sv. Klara“ verziju s pet pitanja (28).

1.9. Povezanost zdravstvene pismenosti i seksualnih disfunkcija kod žena

Zdravstvena pismenost pojedinca odnosi se na sposobnost pronalaženja, razumijevanja i korištenja informacija i usluga za donošenje medicinski informiranih odluka i postupaka (29).

Procjenjuje se da je u Europi između 27% do 48% osoba nezadovoljavajuće zdravstvene pismenosti, ovisno o primijenjenoj metodi istraživanja (30).

Smanjena zdravstvena pismenost predstavlja globalni problem jer utječe osobno na pacijente, ali i na sve razine zdravstvenog sustava, počevši od primarne zdravstvene zaštite. Otežavajući faktor je i činjenica da je zdravstvena pismenost promjenjiva u određenim situacijama, kao što je npr. znatno narušeno emocionalno stanje, kada može doći do privremeno narušene zdravstvene pismenosti. Smanjena zdravstvena pismenost povezana je s nizom problema u sustavu, kao što je nedovoljan odaziv na preventivne zdravstvene programe, pretjerani broj hospitalizacija i neopravdano korištenje usluga hitne medicinske službe. Na osobnoj razini, smanjena zdravstvena pismenost povezana je s nizom lošijih ishoda liječenja kroničnih bolesti i značajno povećanim mortalitetom, posebice kod starijih osoba (31, 32).

Prema istraživanjima, slabija zdravstvena pismenost kod žena utječe i na njihove seksualne funkcije, odnosno disfunkcije. Ti su rezultati objašnjeni na način da slabija zdravstvena pismenost utječe na korištenje i razumijevanje informacija i općenito cjelokupno ponašanje pojedinca. Također, zdravstvena pismenost utječe na psihičko i mentalno stanje osobe i cjelokupnu kvalitetu života te bračnog zadovoljstva, što je povezano sa seksualnim funkcijama (33, 34, 35).

Postoji nekoliko upitnika za procjenu zdravstvene pismenosti među kojima su najpoznatiji: NVS, REALM, REALM-SF, TOFHLA i STOFHLA. Ovi upitnici se ne koriste u rutinskoj primjeni jer nema dokaza da bi mogli utjecati na ishode konzultacija (31).

1.10. Utjecaj COVID-19 na seksualne funkcije kod žena

Pandemiju COVID-19, osim same bolesti, obilježilo je izrazito fizičko distanciranje i socijalna izolacija, što je utjecalo na fizičko i psihičko zdravlje populacije. Istraživanja navode da se u vrijeme pandemije značajno povećala razina generalizirane anksioznosti i stresa (36). Naime, mnogi su suočeni vlastitom bolešću, bolešću bliskih osoba i/ili naglim gubitkom bliskih osoba, gubitkom posla i ekonomske stabilnosti (36). Dugoročne posljedice ovakvog načina života i preboljenja COVID-19 tek se istražuju, no sasvim je jasno da se posljedice mogu očitovati u gotovo svim aspektima života. Obzirom na preporučene mjere distanciranja i socijalne izolacije, mnogu parovi provodili su značajno više vremena zajedno nego u periodu

prije pandemije, što zasigurno utječe na seksualno zdravlje i odnose. Unatoč tome, istraživanja su oprečna, neka navode da se u periodu potpunog zatvaranja (engl. lockdown) učestalost seksualnih aktivnosti između parova smanjila i da se prevalencija seksualnih disfunkcija kod žena duplo povećala u odnosu na vrijednosti prije pandemije, dok druga navode potpuno suprotno (37 - 40). Potrebno je još istraživanja kako bi sa sigurnošću mogli utvrditi način na koji COVID-19 utječe na seksualne funkcije kod žena i koje su to još varijable koje se interponiraju između navedene dvije.

1.11. Povezanost arterijske hipertenzije i seksualnih disfunkcija kod žena

Arterijska hipertenzija je globalni javnozdravstveni problem i jedan je od vodećih, ali preventabilnih faktora za razvoj niza kardiovaskularnih incidenata. Od arterijske hipertenzije boluje više od trećine ženske odrasle populacije, a prema izvorima, seksualne disfunkcije javljaju se kod čak 42,1% žena oboljelih od hipertenzije (41, 42). Žene oboljele od hipertenzije, u odnosu na normotenzivne žene, imaju čak 2,7 puta veći rizik razvoja seksualnih disfunkcija (42).

Arterijska hipertenzija negativno utječe na cjelokupni vaskularni sustav te potencijalno dovodi do aterosklerotskih promjena na stjenkama krvnih žila i smanjenog krvnog protoka u zdjeličnom području. Posljedično, dolazi do slabljenja mišića klitorisa i stanjenja vaginalne stjenke, što dovodi do vaginalne suhoće i smanjenja lubrikacije, što utječe na pojavu boli prilikom seksualnih odnosa i posljedično negativno utječe i na ostale faze seksualnog odgovora, kao što su seksualna želja i uzbuđenje te faza orgazma (42, 43). Što duže osoba boluje od arterijske hipertenzije to je nepovoljan učinak na seksualne funkcije veći, posebice uzimajući u obzir da kod žena seksualna aktivnost značajno opada s godinama (44).

Arterijska hipertenzija često je udružena s drugim kardiovaskularnim i kroničnim bolestima te komorbiditetima kao što su pretilost, pušenje, depresija, anksioznost, šećerna bolest, opstruktivna sleep apneja i druge bolesti koje su povezane sa nastankom seksualnih disfunkcija (44). Istraživanja pokazuju da je indeks tjelesne težine (ITM) u obrnutoj korelaciji sa seksualnim zadovoljstvom i nastankom seksualnih disfunkcija kod žena. Naime, masno tkivo može osloboditi upalne citokine kao što su TNF- α i IL-6 i utjecati na seksualne funkcije kod žena (45). Također, prema istraživanjima, žene koje imaju prekomjernu tjelesnu težinu rjeđe imaju seksualne odnose i lošije seksualne funkcije što je udruženo s nizom psihosocijalnih i

metaboličkih faktora (45, 46). Šećerna bolest je pak jedan od najznačajnijih rizičnih faktora za razvoj kardiovaskularnih bolesti, u sklopu kojeg se razvijaju različite mikrovaskularne i makrovaskularne komplikacije. Tako se uz niz drugih dugoročnih komplikacija šećerne bolesti razvija i seksualna disfunkcija, u oba spola (47, 48).

1.12. Utjecaj antihipertenzivnih lijekova na seksualne disfunkcije kod žena

Prema dosadašnjim istraživanjima, seksualne disfunkcije kod žena koje boluju i liječe se od arterijske hipertenzije mogu biti i posljedica antihipertenzivne terapije, odnosno potaknute kombinacijom same bolesti i terapije. No, istraživanja su vrlo često oprečna, dok neka istraživanja navode da nema povezanosti između antihipertenzivne terapije i seksualnih disfunkcija kod žena, druga ističu točno određenu skupinu lijekova, kao što su primjerice prva i treća generacija beta blokatora ili diuretici (49). Podaci iz dostupnih istraživanja su nedosljedni i ne povezuju sa sigurnošću utjecaj točno određene antihipertenzivne terapije uz razvoj te jačinu seksualnih disfunkcija, no istraživanja prednost daju monoterapiji u odnosu na kombiniranu antihipertenzivnu terapiju (49). Neke od pretpostavki na koji način bi antihipertenzivni lijekovi mogli utjecati na pojavu seksualnih disfunkcija kod žena uključuju smanjenje centralnog djelovanja simpatikusa, poremećenu vazodilataciju, smanjenje libida uslijed sedacijskog učinka terapije i progresija aterosklerotske bolesti zbog hiperlipidemije i hiperglikemije. Zaključno, potreban je poseban oprez prilikom uvođenja antihipertenzivne terapije kod pacijentica koje i prije same terapije imaju seksualne disfunkcije te u slučaju pojave simptoma, ukoliko je moguće, potrebno je razmotriti promjenu terapije (44).

1.13. Utjecaj seksualnih funkcija na kvalitetu života povezanu s zdravljem

SZO definira kvalitetu života kao: „percepciju pojedinca o svom položaju u životu u kontekstu kulture i sustava vrijednosti u kojima živi te u odnosu na svoje ciljeve, očekivanja, standarde i brige“ (50). Nastavno na ovu definiciju, a zbog potrebe točnijeg i lakšeg definiranja kvalitete života osoba oboljelih od različitih bolesti te osoba koje su podvrgnute različitim medicinskim postupcima i terapijama, uvedena je procjena kvalitete života povezane s zdravljem. Kvaliteta života povezana sa zdravljem važna je komponenta svih dijagnostičkih i terapijskih postupaka, no i ishoda liječenja, uključujući i cjelokupno preživljenje (51).

Pojednostavljeno, kvaliteta života povezana sa zdravljem govori o fizičkom i mentalnom zdravlju pojedinca i njihovom utjecaju na kvalitetu života (52).

Istraživanja pokazuju važnost i utjecaj seksualnog zdravlja i zadovoljstva seksualnim životom na cjelokupnu kvalitetu života. Naime, uvažavajući cjelokupni zdravstveni status, čak i kod osoba čije je cjelokupno zdravlje bilo lošije, ovaj aspekt života bio je jednako važan (53). Istraživanja pokazuju da postoji poveznica između pojave seksualnih disfunkcija kod žena i arterijske hipertenzije što utječe na kvalitetu života povezanu s zdravljem (54). Seksualne disfunkcije mogu imati snažan utjecaj na interpersonalne odnose, poglavito u bračnim zajednicama te na taj način ugroziti blagostanje osobe i negativno utjecati na kvalitetu života oba partnera (44, 57).

Za istraživanje kvalitete života povezane s zdravljem koristi se nekoliko upitnika među kojima su najpoznatiji: NHP, SIP, QWB-SA, WHOQOL-BREF, EQ-5D, SF-36 i njegova skraćena verzija SF-12v2 (55).

1.14. Postavljanje dijagnoze seksualnih disfunkcija i najčešći problemi

Obzirom na širinu i kompleksnost same procjene, razumno je očekivati da razgovor o seksualnom zdravlju pacijenti prvenstveno vode s odabranim liječnikom opće/obiteljske medicine (LOM). No, unatoč visokoj prevalenciji seksualnih disfunkcija kod žena, istraživanja govore da je mali broj dijagnoza postavljen u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Glavne barijere s liječničke strane su nedostatak vremena za razgovor o onome što nije isključiva tema konzultacija i fokus na postavljanje inicijalne dijagnoze, a sa strane pacijenata očekivanje da će liječnik samoinicijativno započeti priču o ovim problemima (58, 59). Također, dob, spol i kulturološke razlike pokazale su se kao značajna barijera u vođenju razgovora o seksualnim funkcijama (59). Kod pacijenata, često se javi osjećaj neugode i srama te vjeruju da su seksualni problemi neizbježan problem u bolesti i/ili procesu starenja (60). Ovakav način rada u potpunosti se kosi s holističkim pristupom kakav je potrebno njegovati u konzultacijama. Prilikom konzultacija važno je dobiti što širu sliku, s posebnim osvrtom na partnerske odnose. Naime, u partnerskim odnosima seksualne disfunkcije kod muškaraca mogu prethoditi seksualnim disfunkcijama kod žena, ali i obrnuto (61).

U vođenju konzultacija o seksualnom zdravlju i funkcijama značajno može pomoći PLISSIT model, koji može služiti kao dijagnostički i terapijski model (62).

PLISSIT model sastoji se od četiri glavna koraka:

1. Dopuštenje – odnosi se na stvaranje prostora i mogućnosti da pacijent sam započne razgovor o seksualnom zdravlju; u ovom koraku koriste se različita pitanja otvorenog tipa
2. Informiranje – u ovom koraku pacijentu se daju kratke informacije vezano uz očekivane pojave u seksualnim funkcijama
3. Prijedlozi – u ovom koraku pacijentu se daju prijedlozi na koji način bi mogao utjecati i poboljšati svoje seksualno zdravlje i funkcije
4. Terapija – nije nužan korak, odnosi se na one situacije u kojima je procjena LOM da pacijent treba daljnju obradu i liječenje (63, 64).

Do sada je razvijeno nekoliko instrumenata za procjenu seksualnih funkcija kod žena kao što su: CSFQ, PFSF, BISF-W, SFQ i najčešće korišteni FSFI. FSFI upitnik se koristi za sve dobne skupine i pokriva sve oblike seksualnih disfunkcija.

1.15. Liječenje seksualnih disfunkcija kod žena

Prvi korak u liječenju seksualnih disfunkcija kod žena svakako je procjena svih čimbenika koji mogu utjecati na isto te primijeniti biopsihosocijalni pristup liječenju ovih problema.

Drugi korak je evaluacija i otklanjanje svih čimbenika koje je moguće otkloniti, npr. zamijeniti jednu medikamentoznu terapiju drugom, ukoliko sumnjamo da se radi o jatrogeno induciranim poremećajima. Psihoterapija, posebice kognitivno-bihevioralna terapija može biti korisna u slučajevima snižene seksualne želje, ali i u regulaciji dodatnih stanja koja podupiru ove simptome, kao što je primjerice anksioznost (63). Kod stanja kao što je vaginizam, psihoterapija može pomoći u preuzimanju kontrole, smanjenju panike i lakšoj relaksaciji mišića, što onda dovodi i do manje bolnih podražaja. Također, ona može biti korisna u prihvaćanju onih stanja u kojima nije moguće ukloniti uzrok, kao što su npr. neke promjene povezane sa starenjem. Masturbacija kao oblik terapije kod nemogućnosti postizanja orgazma se pokazala učinkovitom, no primarno je, ukoliko postoji vjerovanje da je to nepoželjni oblik ponašanja, razgovarati i razuvjeriti svoje pacijentice. Ne postoji jedinstvena medikamentozna

terapija za liječenje seksualnih disfunkcija kod žena nego ovisi o svakom pojedinačnom uzroku, npr. u menopauzi neke žene imaju koristi od uvođenja hormonske nadomjesne terapije estrogenom sistemski ili lokalno (8). Jedna od novijih tehnika liječenja je tehnika usredotočene svjesnosti (engl. Mindfulness) koja se temelji na zapažanju osjećaja, osjećanju tijela i fokusu na sadašnji trenutak. Ova tehnika povećava sposobnost reagiranja na te unutarnje osjećaje i senzacije što se koristi kako bi osoba tu pažnju usmjerila i na seksualne podražaje (65).

2. Hipoteza

H1: Seksualne disfunkcije su učestalije kod pacijentica liječenih od arterijske hipertenzije u odnosu na žene iz zdrave populacije i postoji povezanost između pojavnosti i izraženosti seksualnih disfunkcija, vrste antihipertenzivne terapije koju uzimaju, zdravstvene pismenosti, kvalitete života i izraženosti religijskih uvjerenja

H2: Liječnici obiteljske medicine ne uviđaju dovoljno povezanost seksualnih disfunkcija i kvalitete života pacijentica i ne povezuju ju s antihipertenzivnim liječenjem, stoga u rutinskom pristupu ne dijagnosticiraju i ne liječe spomenute probleme

3. Ciljevi istraživanja

Ciljevi ovog istraživanja bili su:

1. Istražiti prevalenciju seksualnih disfunkcija kod žena liječenih od arterijske hipertenzije
2. Ispitati predskazatelje seksualnih disfunkcija među ženama liječenim od arterijske hipertenzije
3. Istražiti odnos između vrsta antihipertenzivne terapije, razine zdravstvene pismenosti, kvalitete života, izraženosti religijskih uvjerenja te učestalosti i izraženosti seksualnih disfunkcija kod žena na antihipertenzivnoj terapiji
4. Ispitati mišljenja liječnika obiteljske medicine o: zdravstvenoj pismenosti i snazi religijskih uvjerenja pacijentica te utjecaju istih na seksualne disfunkcije, utjecaju seksualnih disfunkcija na kvalitetu života i povezanosti seksualnih disfunkcija s antihipertenzivnim liječenjem
5. Istražiti postupanje liječnika obiteljske medicine u vezi s utvrđivanjem i liječenjem seksualnih disfunkcija kod pacijentica na antihipertenzivnom liječenju

4. Ispitanici i metode

4.1. Ustroj studije

Istraživanje je provedeno u planiranom vremenskom roku, od ožujka do rujna 2022. godine, na području Republike Hrvatske. Istraživanje je ustrojeno po načelima presječne studije (66).

4.2. Ispitanici

Za uočavanje srednjeg efekta u razlici numeričkih varijabli, uz razinu značajnosti od 0,05 te snagu 0,8 minimalna potrebna veličina uzorka je 270 liječnika obiteljske medicine, oba spola s područja RH (izračun napravljen pomoću programa G*Power inačica 3.1.2, Franz Faul, Sveučilište u Kielu, Njemačka).

Za uočavanje srednjeg efekta u razlici numeričkih varijabli, uz razinu značajnosti od 0,05 te snagu 0,8 minimalna potrebna veličina uzorka je 690 ispitanica oboljelih od arterijske hipertenzije (izračun napravljen pomoću programa G*Power inačica 3.1.2, Franz Faul, Sveučilište u Kielu, Njemačka).

U istraživanju su postajale dvije grupe ispitanika. Prvu grupu činili su svi zainteresirani LOM, koji rade u Domovima zdravlja ili u privatnim ordinacijama u mreži javno zdravstvene službe na području Republike Hrvatske. Drugu grupu činile su isključivo žene, koje boluju i liječe se od arterijske hipertenzije te pristupaju pregledima u ambulantama opće/obiteljske medicine.

Prije uključivanja u istraživanje, svim ispitanicima su detaljno, pisanim putem, obrazloženi svi dijelovi istraživanja te su dali svoje pisane privole o sudjelovanju u istraživanju. Za provođenje istraživanja dobivena je dozvola Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Osječko-baranjske županije te Medicinskog fakulteta Osijek.

Kriteriji za uključivanje u istraživanje:

- u prvoj grupi su: LOM, koji rade u Domovima zdravlja ili u privatnim ordinacijama u mreži javno zdravstvene službe na području Republike Hrvatske

- u drugoj grupi: žene, u dobi od 18 godina i više, koje boluju i liječe se uzimanjem terapije za arterijsku hipertenziju te su pristupili pregledu u neku od ambulanti opće/obiteljske medicine

Kriteriji za isključivanje bili su:

- dob niža od 18 godina
- žene od 18 i više godina, koje ne boluju od arterijske hipertenzije te žene koje boluju ali ne liječe se medikamentoznom terapijom za arterijsku hipertenziju
- žene koje boluju od šećerne bolesti
- žene čiji je ITM iznad 30 kg/m²
- žene koje koriste medikamentoznu terapiju za liječenje pretilosti

4.3. Metode

Ispitivanje za LOM provelo se popunjavanjem posebno osmišljenog anonimnog upitnika putem kojeg su se prikupili osnovni sociodemografski podaci o ispitaniku, osnovni podaci o radu ambulante te mišljenja liječnika o zdravstvenoj pismenosti pacijenata, kvaliteti života, snazi religijskog vjerovanja, utjecaju COVID-19, kao i međusoban odnos tih varijabli. Ispitivana su mišljenja vezana uz pojavu seksualnih disfunkcija kod pacijentica liječenih od arterijske hipertenzije te uobičajen način rada s takvim pacijentima. Upitnik se, u prvoj verziji, sastojao od 30 pitanja, no nakon validacije na manjoj skupini ispitanika LOM iz Hrvatske (n=70), izbačena su 4 pitanja. Za popunjavanje upitnika bilo je potrebno oko 20 minuta.

Ispitivanje za pacijentice provelo se putem anonimnog upitnika koji se sastoji od 5 dijelova. U prvom dijelu upitnika, koji se sastojao od 15 pitanja, prikupili su se osnovni sociodemografski podaci o ispitanicama (dob, stupanj obrazovanja, zaposlenje, prebivalište), podaci o postojanju nekih kroničnih bolesti osim hipertenzije, podaci o uzimanju terapije za navedene bolesti te pitanja vezana uz COVID-19. Ostatak upitnika sastoji se od još četiri standardizirana upitnika, putem kojih se ispitala zdravstvena pismenost, kvaliteta života, snaga religijskih vjerovanja te seksualne funkcije kod ispitanika. Upitnici su: Indeks ženske seksualne funkcije (FSFI), Sv. Klara – Upitnik o snazi religijskog vjerovanja, SF-12v2 upitnik o kvaliteti života i Upitnik zdravstvene pismenosti (NVS-HR).

Upitnik Indeks ženske seksualne funkcije (FSFI) sadrži pitanja koja se odnose na spolne osjećaje i aktivnosti ispitanica u protekla 4 tjedna. Pitanja sadrže 5 ili 6 ponuđenih odgovora. Prvi set pitanja odnosi se na seksualnu želju tj. interes za seksualnim iskustvom, prihvaćanje partnerove inicijative ili razmišljanje i maštanje o seksu. Drugi set pitanja odnosi se na osjećaje koji uključuju fizičke i psihičke aspekte seksualnog uzbuđenja. Bodovanje i evaluacija definirani su putem formule i pripadajuće tablice koja se nalazi na službenim mrežnim stranicama upitnika, a ocjene se dobivaju zbrajanjem pojedinih stavki i množenjem s pripadajućim faktorom. Predmetni upitnik prethodno je primijenjen na hrvatskoj populaciji i validiran. (66, 68, 69).

Sv. Klara – Upitnik o snazi religijskog vjerovanja sadrži tvrdnje vezane uz vjeru, molitvu, crkvu i odnos s Bogom, u kojemu ispitanice zaokružuju jedan odgovor za svaku tvrdnju prema utvrđenoj skali. Odgovori su formirani putem Likert-ove skale i označeni su brojevima od 1 do 4, a predstavljaju mjeru u kojoj se ispitanice slažu sa navedenom tvrdnjom (uopće se ne slažem, ne slažem se, slažem se, u potpunosti se slažem). U ovom istraživanju koristiti će se skraćena verzija upitnika koji se sastoji od 5 pitanja. Rezultati se dobivaju zbrojem vrijednosti, pri čemu zbroj 5 označava slabu snagu vjere, a zbroj 20 označava jaku snagu vjere (70 - 73).

SF-12v2 upitnik je skraćena verzija upitnika SF-36 pomoću kojeg ispitujemo kvalitetu života povezanu sa zdravljem pacijenta. Sastoji se od 12 pitanja pomoću kojih ispitujemo cjelovito zdravstveno i fizičko stanje pacijenta s refleksijom na kvalitetu života. Odgovori su vezani uz nekoliko domena čiji se rezultati zatim dijele u dvije grupe vezane uz fizičke i mentalne mogućnosti (74, 75).

Upitnik zdravstvene pismenosti NVS-HR sadrži pitanja koja se odnose na opis prehrambenog proizvoda (sladoled) i deklaraciju o nutritivnoj vrijednosti proizvoda. Upitnik sadrži šest pitanja u kojima je potrebno zaokružiti odgovor te pitanja na koja ispitanice mogu svojim riječima upisati odgovor. Bodovanje i evaluacija se radi na način da svako točno odgovoreno pitanje donosi 1 bod. Iz toga se definiraju rezultati u kojima rezultat od 0-1 boda ukazuje na vrlo vjerojatnu (50% ili više) ograničenu zdravstvenu pismenost ispitanica. Rezultati od 2-3 boda ukazuju na mogućnost ograničene zdravstvene pismenosti ispitanice. Rezultati od 4-6 bodova gotovo uvijek ukazuju na odgovarajuću zdravstvenu pismenost ispitanica (76, 77).

Ispitanici su samostalno popunjavali opisani objedinjeni anonimni anketni upitnik za što im je bilo potrebno oko 30 minuta.

Svi upitnici anonimizirani su dodjeljivanjem šifre svakom ispitaniku u svrhu zaštite identiteta ispitanika.

4.4. Statističke metode

Kategorijski podaci su predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Razlike kategorijskih varijabli testirane su Hi-kvadrat testom, a po potrebi Fisherovim egzaktnim testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro - Wilkovim testom. Numerički podaci su opisani medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Razlike numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina Mann-Whitneyevim U testom (uz iskazanu Hodges – Lehmannovu razliku medijana i 95% raspon pouzdanosti razlike). Povezanost kontinuiranih varijabli ocijenjena je Spearmanovim koeficijentom korelacije ρ (rho). Utjecaj pojedinih čimbenika u predviđanju seksualne disfunkcije testirala se logističkom regresijom (bivarijatna i multivarijatna), bez i s korekcijom za dob. Sve P vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti je postavljena na $\alpha = 0,05$. Za statističku analizu korišten je statistički program MedCalc® Statistical Software version 22.018 (MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2024) i SPSS (ver.23.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

5. Rezultati

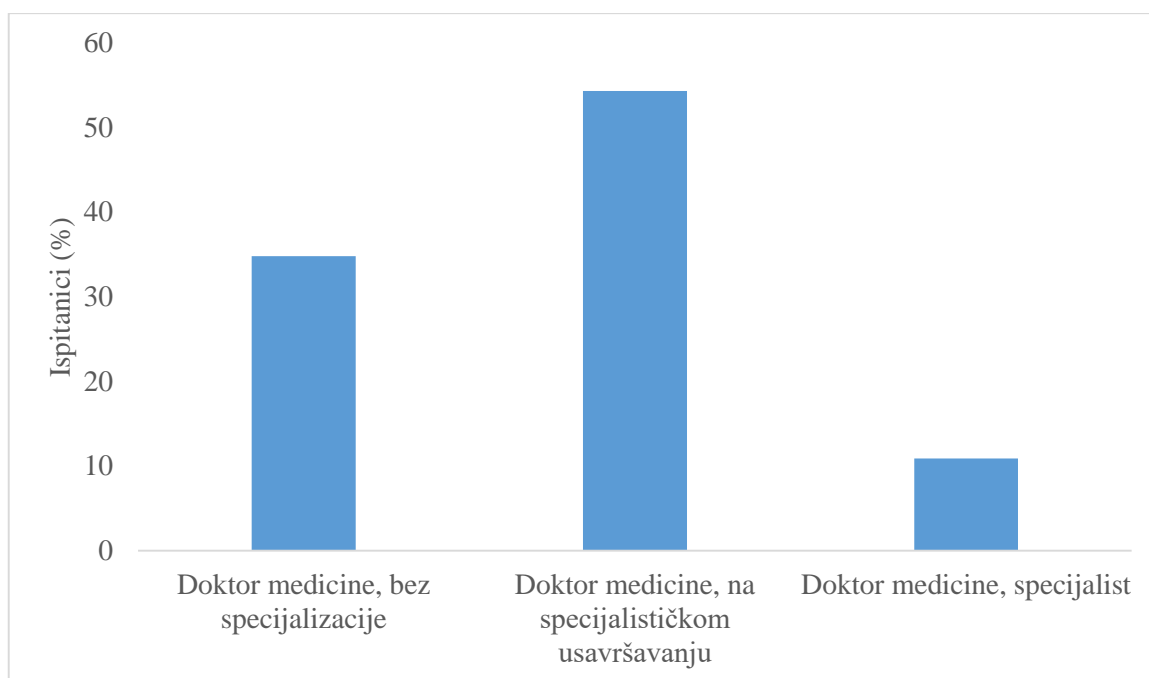
5.1. Osnovna obilježja liječnika

Istraživanje je provedeno na 302 ispitanika, LOM, od kojih su 253 (83,8 %) žene. Medijan dobi ispitanika je 46 godina, u rasponu od 25 do najviše 67 godina. 177 (58,6 %) liječnika radi u Domu zdravlja. Medijan godina radnog staža je 17 godina, u rasponu od par mjeseci do 43 godine. U dobi do 35 godina su 102 (33,8 %) liječnika, u dobi od 36 do 55 godina 113 (37,4 %) liječnika, dok je 87 (28,8 %) liječnika u dobi od 56 i više godina (Tablica 5.1).

Tablica 5.1. Osnovna obilježja liječnika

Spol [n (%)]	
Muškarci	48 (15,9)
Žene	253 (83,8)
Dob (godine) [Medijan (IQR)]	
	46 (33 – 57)
Ustanova zaposlenja [n (%)]	
Dom zdravlja	177 (58,6)
Privatna ordinacija u mreži javne zdravstvene službe	125 (41,4)
Godine radnog staža (godine) [Medijan (IQR)]	
	17 (6 – 30)

Prema stupnju obrazovanja 105 (34,8 %) ispitanika su doktori medicine bez specijalizacije, 165 (54,3 %) ispitanika su doktori medicine na specijalističkom usavršavanju, a 33 (10,9 %) ispitanika su doktori medicine – specijalisti (Slika 5.1)



Slika 5.1. Raspodjela ispitanika prema stupnju obrazovanja

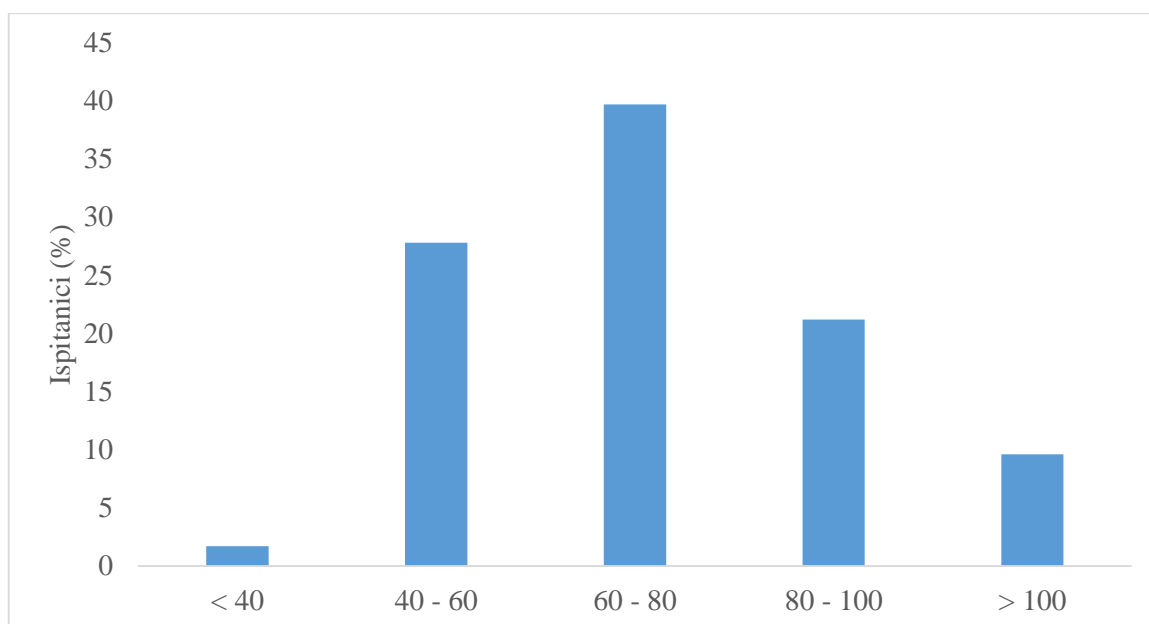
Nešto je više ispitanika, njih 104 (34,4 %) s brojem opredijeljenih pacijenata u ordinaciji od 1500 – 1800. Većinska dobna struktura pacijenata je kod 203 (67,2 %) ispitanika 65 i više godina. Zdravstvenu pismenost svojih pacijenata 168 (55,6 %) ispitanika procjenjuje kao odličnu.

Svoje pacijentice s kroničnim bolestima, 248 (82,1 %) ispitanika ispituje o kvaliteti života, a njih 291 (96,4 %) navodi da žene općenito manje prijavljuju pojavu seksualnih disfunkcija u odnosu na muškarce. Da je zdravstvena pismenost pacijenata povezana sa snagom njihovog religijskog vjerovanja smatra 78 (25,8 %) ispitanika, a njih 117 (38,7 %) se slaže s tvrdnjom da općenito pacijentice koje imaju jaču snagu religijskog vjerovanja imaju i bolju kvalitetu života (Tablica 5.2).

Tablica 5.2. Obilježja pacijenata u ordinaciji

	Broj (%) liječnika
Broj opredijeljenih pacijenata u ordinaciji	
< 1500	102 (33,8)
1500 – 1800	104 (34,4)
>1800	96 (31,8)
Većinska dobna struktura pacijenata	
18 – 65	99 (32,8)
65+ godina	203 (67,2)
Kako procjenjujete zdravstvenu pismenost Vaših pacijenata, posebice onih liječenih od hipertenzije	
Loše	92 (30,5)
Dobro	13 (4,3)
Vrlo dobro	29 (9,6)
Odlično	168 (55,6)
Ispituju pacijente s kroničnim bolestima o kvaliteti njihovog života	248 (82,1)
Smatraju da žene općenito manje prijavljuju pojavu seksualnih disfunkcija u odnosu na muškarce	291 (96,4)
Smatraju da je zdravstvena pismenost navedenih pacijentica povezana sa snagom njihovog religijskog vjerovanja	78 (25,8)
Smatraju da općenito pacijentice koje imaju jaču snagu religijskog vjerovanja imaju i bolju kvalitetu života	117 (38,7)

Prosječan dnevni broj ostvarenih kontakata u ordinaciji ispod 40 ima 5 (1,7%) ispitanika, 84 (27,8%) ispitanika ima od 40 – 60 prosječno dnevno ostvarenih kontakata u ordinaciji, 120 (39,7 %) ima prosječno dnevno 60 – 80 ostvarenih kontakata u ordinaciji, 64 (21,2%) ispitanika ima prosječno dnevno ostvarenih kontakata u ordinaciji od 80 – 100, a 29 (9,6%) ispitanika ima dnevno prosječno preko 100 ostvarenih kontakata u ordinaciji (Slika 5.2).



Slika 5.2. Prosječan broj dnevno ostvarenih kontakata u ordinaciji

Ukoliko utvrde seksualnu disfunkciju kod svojih pacijentica, 188 (62,3 %) ispitanika vrlo rijetko upisuje dijagnozu seksualne disfunkcije (F52) u njihov karton, a 13 (4,3 %) ih upisuje često ili vrlo često. U slučaju pojave seksualnih disfunkcija prilikom korištenja antihipertenzivne terapije, najčešće se predloži promjena terapije, a njih 10 (3,3 %) ne poduzima ništa.

Manji broj liječnika se konzultira sa drugim specijalistima za promjenu terapije, razgovara s pacijentima o mogućim i drugim razlozima koji su doveli do seksualne disfunkcije ili se konzultira s psihijatrom (Tablica 5.3).

Tablica 5.3. Radnje koje liječnik napravi ukoliko utvrdi seksualnu disfunkciju

	Broj (%) liječnika
Ukoliko utvrde seksualnu disfunkciju upisuju dijagnozu F52	
Vrlo rijetko	188 (62,3)
Rijetko	61 (20,2)
Ponekad	40 (13,2)
Često	10 (3,3)
Vrlo često	3 (1)

	Broj (%) liječnika
U slučaju pojave seksualnih disfunkcija prilikom korištenja antihipertenzivne terapije, najčešće:	
Predložim promjenu terapije	259 (85,8)
Promijenim dozu lijeka	7 (2,3)
Ne poduzimam ništa	10 (3,3)
Ostalo	26 (8,6)
Što drugo poduzimaju u slučaju pojave seksualnih disfunkcija prilikom korištenja antihipertenzivne terapije (n = 5)	
konzultira se specijalista za promjenu terapije	1 / 5
razgovaram s pacijentima o mogućim i drugim razlozima	3 / 5
psihoanaliza, konzultacije s psihijatrom	1 / 5

5.2. Stavovi i mišljenja liječnika o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod pacijenata liječenih od arterijske hipertenzije

Stavove i mišljenje o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod pacijenata liječenih od arterijske hipertenzije procijenili smo upitnikom od 10 čestica, koji tvori tri domene: Domena stavova povezanih s redovnim radom u ambulanti (Cronbach Alpha = 0,732), Domena povezanosti zdravstvene pismenosti s ishodom liječenja i kvalitetom života (Cronbach Alpha = 0,721), te Domena povezanosti arterijske hipertenzije s kvalitetom života i seksualnom disfunkcijom (Cronbach Alpha = 0,508).

U svom redovnom radu samo 29 (10 %) liječnika ispituje svoje pacijente s arterijskom hipertenzijom za njihove seksualne funkcije. Skoro svi ispitanici se slažu da bi bolja zdravstvena pismenost poboljšala i ishode liječenja, a i kvalitetu njihova života. (Tablica 5.4).

Tablica 5.4. Stavovi i mišljenje liječnika o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod pacijenata liječenih od arterijske hipertenzije

	Broj (%)		
	Da	Ne	Ukupno
Domena stavova povezanih s redovnim radom u ambulanti			
Ispitujete li u redovnom radu Vaše pacijentice s kroničnim bolestima (osim arterijske hipertenzije) za njihove seksualne funkcije?	28 (9)	274 (91)	302 (100)
Ispitujete li u redovnom radu Vaše pacijente s arterijskom hipertenzijom za njihove seksualne funkcije?	29 (10)	273 (90)	302 (100)
Jeste li primijetili povezanost između korištenja antihipertenzivne terapije u pacijentica i pojave seksualnih disfunkcija?	45 (15)	257 (85)	302 (100)
Jeste li primijetili povećanje pojave seksualnih disfunkcija, kod pacijentica liječenih zbog arterijske hipertenzije, od početka pandemije COVID – 19?	27 (9)	275 (91)	302 (100)
Domena povezanosti zdravstvene pismenosti s ishodom liječenja i kvalitetom života			
Smatrate li da bi poboljšanje zdravstvene pismenosti navedenih pacijentica, poboljšalo i ishode njihovog liječenja?	294 (97)	8 (3)	302 (100)
Smatrate li da bi poboljšanje zdravstvene pismenosti navedenih pacijentica, poboljšalo i kvalitetu njihovog života?	298 (99)	4 (1)	302 (100)
Domena povezanosti arterijske hipertenzije s kvalitetom života i seksualnom disfunkcijom			
Smatrate li da pacijentice oboljele i liječene od arterijske hipertenzije imaju manju kvalitetu života?	142 (47)	160 (53)	302 (100)
Smatrate li da općenito pacijentice koje imaju seksualne disfunkcije imaju i lošiju kvalitetu života?	255 (84)	47 (16)	302 (100)
Smatrate li da općenito pacijentice koje imaju jaču snagu religijskog vjerovanja manje prijavljuju seksualne disfunkcije povezane s korištenjem terapije?	212 (70)	90 (30)	302 (100)
Smatrate li općenito da je pojava seksualnih disfunkcija važna kod starijih odraslih osoba?	274 (91)	28 (9)	302 (100)

U svom redovnom radu pacijente s arterijskom hipertenzijom ispituje o seksualnoj funkciji 17 (59 %) liječnika isključivo u slučaju da pacijent pokaže zainteresiranost za navedenu temu. Od 273 (90 %) liječnika koji su izjavili da svoje pacijente ne ispituju, kod 125 (45,8 %) liječnika razlog je to što smatraju da pacijenti ne žele pričati o tome. Da je razlog to što nemaju dovoljno vremena naveo je 81 (29,7 %) liječnik (Tablica 5.5).

Tablica 5.5. Raspodjela liječnika prema učestalosti ispitivanja pacijenata liječenih od arterijske hipertenzije o seksualnim funkcijama i razlozi zbog kojih ne ispituju tijekom redovitih pregleda

Ispitujete li u redovnom radu Vaše pacijente s arterijskom hipertenzijom za njihove seksualne funkcije			
Ako ispituju, koliko često ispituju?	Broj liječnika (n = 29) (%)	Zašto ne ispituju?	Broj liječnika (n = 273) (%)
Prilikom svake kontrole	1 (3)	Smatram da nemam dovoljno vremena	81 (29,7)
Ponekad	4 (14)	Smatram da pacijentice ne žele pričati o tome	125 (45,8)
Rijetko	7 (24)	Smatram da to nije toliko važno	11 (4)
Isključivo u slučaju da pacijent pokaže zainteresiranost za navedenu temu	17 (59)	Smatram da se pacijentice mogu same informirati o tome	9 (3,3)
		Ostalo	47 (17,2)

Od ukupno 47 (17,2 %) liječnika koji ne ispituju svoje pacijente o njihovim seksualnim funkcijama, a kao razlog su naveli nešto drugo, njih 14 (36 %) navodi da se ne sjete ili ne znaju zašto ne pitaju pacijenta o njihovoj seksualnoj funkciji. 11 (28 %) navodi da ne pitaju prvi, ali ako pacijent počne govoriti onda razgovaraju, po jedan (3 %) ispitanik navodi da ne zna za poveznicu arterijske hipertenzije i seksualnih disfunkcija ili da to nije njegova domena. 8 (21 %) liječnika navodi da nemaju vremena tijekom rada o tome razgovarati, a četiri (10 %) liječnika navodi da su im pacijentice starije osobe koje to ne smeta, a i kad bi počeli priču o tome, ne vide nikakvu svrhu (Tablica 5.6).

Tablica 5.6. Liječnici prema tome koliko često primjećuju povezanost između liječene arterijske hipertenzije i pojave seksualnih disfunkcija kod svojih pacijentica

	Broj liječnika (%)
Koliko često su primijetili povezanost između korištenja antihipertenzivne terapije u pacijentica i pojave seksualnih disfunkcija (n = 45)	
Vrlo rijetko	4 (9)
Rijetko	11 (24)
Ponekad	27 (60)
Često	4 (7)
Jeste li primijetili povećanje pojave seksualnih disfunkcija, kod pacijentica liječenih zbog arterijske hipertenzije, od početka pandemije COVID – 19 (n = 27)	
Kod pacijentica koje su preboljele COVID – 19	15 (56)
Podjednako kod obje grupe pacijentica	12 (44)

5.3. Povezanost stavova i mišljenja liječnika o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod oboljelih od arterijske hipertenzije s obilježjima liječnika

Doktori medicine na specijalističkom usavršavanju, značajnije češće primjećuju povezanosti između korištenja antihipertenzivne terapije u pacijentica i pojave seksualnih disfunkcija, u odnosu na doktore medicine bez specijalizacije ili na specijaliste (χ^2 test, $P = 0,02$), dok po drugim pitanjima nema značajnih razlika u odnosu na razinu obrazovanja (Tablica 5.7).

Tablica 5.7. Stavovi i mišljenje liječnika o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod pacijentica liječenih od arterijske hipertenzije u odnosu na razinu obrazovanja

	Broj (%) doktora medicine			P*	
	Bez specijalizacije	Na specijalističkom usavršavanju	Specijalist		Ukupno
Domena stavova povezanih s redovnim radom u ambulanti					
Ispitujete li u redovnom radu Vaše pacijentice s kroničnim bolestima (osim arterijske hipertenzije) za njihove seksualne funkcije?					
Da	6 (6)	21 (13)	1 (3)	28 (9)	0,06
Ne	99 (94)	143 (87)	32 (97)	274 (91)	
Ispitujete li u redovnom radu Vaše pacijentice s arterijskom hipertenzijom za njihove seksualne funkcije?					
Da	7 (7)	21 (13)	1 (3)	29 (10)	0,13
Ne	98 (93)	143 (87)	32 (97)	273 (90)	
Jeste li primijetili povezanost između korištenja antihipertenzivne terapije u pacijentica i pojave seksualnih disfunkcija?					
Da	10 (10)	33 (20)	2 (6)	45 (15)	0,02
Ne	95 (90)	131 (80)	31 (94)	257 (85)	
Jeste li primijetili povećanje pojave seksualnih disfunkcija, kod pacijentica liječenih zbog arterijske hipertenzije, od početka pandemije COVID – 19?					
Da	6 (6)	20 (12)	1 (3)	27 (9)	0,09
Ne	99 (94)	144 (88)	32 (97)	275 (91)	
Domena povezanosti zdravstvene pismenosti s ishodom liječenja i kvalitetom života					
Smatrate li da bi poboljšanje zdravstvene pismenosti navedenih pacijentica, poboljšalo i ishode liječenja?					
Da	102 (97)	159 (97)	33 (100)	294 (97)	0,60
Ne	3 (3)	5 (3)	0 (0)	8 (3)	
Smatrate li da bi poboljšanje zdravstvene pismenosti navedenih pacijentica, poboljšalo i kvalitetu života?					
Da	103 (98)	162 (99)	33 (100)	298 (99)	0,78
Ne	2 (2)	2 (1)	0 (0)	4 (1)	
Domena povezanosti arterijske hipertenzije s kvalitetom života i seksualnom disfunkcijom					
Smatrate li da pacijentice oboljele i liječene od arterijske hipertenzije imaju manju kvalitetu života?					
Da	47 (45)	79 (48)	16 (48)	142 (47)	0,87
Ne	58 (55)	85 (52)	17 (52)	160 (53)	

	Broj (%) doktora medicine			P*		
	Bez specijalizacije	Na specijalističkom usavršavanju	Specijalist		Ukupno	
Smatrate li da općenito pacijentice koje imaju seksualne disfunkcije imaju i lošiju kvalitetu života?						
Da		89 (85)	139 (85)	27 (82)	255 (84)	0,87
Ne		16 (15)	25 (15)	6 (18)	47 (16)	
Smatrate li da općenito pacijentice koje imaju jaču snagu religijskog vjerovanja manje prijavljuju seksualne disfunkcije povezane s korištenjem terapije?						
Da		70 (67)	122 (74)	20 (61)	212 (70)	0,18
Ne		35 (33)	42 (26)	13 (39)	90 (30)	
Smatrate li općenito da je pojava seksualnih disfunkcija važna kod starijih odraslih osoba?						
Da		96 (91)	148 (90)	30 (91)	274 (91)	0,96
Ne		9 (9)	16 (10)	3 (9)	28 (9)	

* χ^2 test

Doktori medicine, zaposleni u privatnoj ordinaciji u mreži javne zdravstvene službe, u odnosu na zaposlene u Domu zdravlja, značajnije više navode da su primijetili povećanje pojave seksualnih disfunkcija, kod pacijentica liječenih zbog arterijske hipertenzije, od početka pandemije COVID – 19, (χ^2 test, P = 0,04), a značajno ih manje smatra da općenito pacijentice koji imaju seksualne disfunkcije imaju i lošiju kvalitetu života (χ^2 test, P = 0,02) (Tablica 5.8).

Tablica 5.8. Stavovi i mišljenje liječnika o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod pacijentica liječenih od arterijske hipertenzije u odnosu na mjesto rada

	Broj (%) doktora medicine prema ustanovi zaposlenja			P*
	Dom zdravlja	Privatna ordinacija u mreži javne zdravstvene službe	Ukupno	
Domena stavova povezanih s redovnim radom u ambulanti				
Ispitujete li u redovnom radu Vaše pacijentice s kroničnim bolestima (osim arterijske hipertenzije) za njihove seksualne funkcije?				
Da	12 (7)	16 (13)	28 (9)	0,08
Ne	165 (93)	109 (87)	274 (91)	

Broj (%) doktora medicine prema ustanovi zaposlenja				
Dom zdravlja	Privatna ordinacija u mreži javne zdravstvene službe	Ukupno		P*
Ispitujete li u redovnom radu Vaše pacijentice s arterijskom hipertenzijom za njihove seksualne funkcije?				
Da	13 (7)	16 (13)	29 (10)	0,11
Ne	164 (93)	109 (87)	273 (90)	
Jeste li primijetili povezanost između korištenja antihipertenzivne terapije u pacijentica i pojave seksualnih disfunkcija?				
Da	25 (14)	20 (16)	45 (15)	0,65
Ne	152 (86)	105 (84)	257 (85)	
Jeste li primijetili povećanje pojave seksualnih disfunkcija, kod pacijentica liječenih zbog arterijske hipertenzije, od početka pandemije COVID – 19?				
Da	11 (6)	16 (13)	27 (9)	0,04
Ne	166 (94)	109 (87)	275 (91)	
Domena povezanosti zdravstvene pismenosti s ishodom liječenja i kvalitetom života				
Smatrate li da bi poboljšanje zdravstvene pismenosti navedenih pacijentica, poboljšalo i ishode njihovog liječenja?				
Da	173 (98)	121 (97)	294 (97)	0,62
Ne	4 (2)	4 (3)	8 (3)	
Smatrate li da bi poboljšanje zdravstvene pismenosti navedenih pacijentica, poboljšalo i kvalitetu njihovog života?				
Da	175 (99)	123 (98)	298 (99)	>0,99
Ne	2 (1)	2 (2)	4 (1)	
Domena povezanosti arterijske hipertenzije s kvalitetom života i seksualnom disfunkcijom				
Smatrate li da pacijentice oboljele i liječene od arterijske hipertenzije imaju manju kvalitetu života?				
Da	85 (48)	57 (46)	142 (47)	0,68
Ne	92 (52)	68 (54)	160 (53)	
Smatrate li da općenito pacijentice koje imaju seksualne disfunkcije imaju i lošiju kvalitetu života?				
Da	157 (89)	98 (78)	255 (84)	0,02
Ne	20 (11)	27 (22)	47 (16)	
Smatrate li da općenito pacijentice koje imaju jaču snagu religijskog vjerovanja manje prijavljuju seksualne disfunkcije povezane s korištenjem terapije?				
Da	123 (69)	89 (71)	212 (70)	0,75
Ne	54 (31)	36 (29)	90 (30)	

Broj (%) doktora medicine prema ustanovi zaposlenja				
Dom zdravlja	Privatna ordinacija u mreži javne zdravstvene službe		Ukupno	<i>P</i> *
Smatrate li općenito da je pojava seksualnih disfunkcija važna kod starijih odraslih osoba?				
Da	162 (92)	112 (90)	274 (91)	0,57
Ne	15 (8)	13 (10)	28 (9)	

* χ^2 test

Liječnici u dobi od 56 i više godina u redovnom radu značajno više ispituju svoje pacijentice s arterijskom hipertenzijom za njihove seksualne funkcije, u odnosu na mlađe liječnike (χ^2 test, $P = 0,04$) te su značajnije više stava da poboljšanje zdravstvene pismenosti navedenih pacijentica ne bi poboljšalo i kvalitetu života (χ^2 test, $P = 0,007$), dok u ostalim stavovima i mišljenju o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod pacijentica liječenih od arterijske hipertenzije nema značajnih razlika u odnosu na dob liječnika (Tablica 5.9).

Tablica 5.9. Stavovi i mišljenje liječnika o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod pacijentica liječenih od arterijske hipertenzije u odnosu na dobne skupine

	Broj (%) doktora medicine u odnosu na dobne skupine			Ukupno	<i>P</i> *
	do 35 godina (n = 102)	36 – 55 godina (n = 113)	56 i više godina (n = 87)		
Domena stavova povezanih s redovnim radom u ambulanti					
Ispitujete li u redovnom radu Vaše pacijentice s kroničnim bolestima (osim arterijske hipertenzije) za njihove seksualne funkcije?					
Da	8 (8)	7 (6)	13 (15)	28 (9)	0,09
Ne	94 (92)	106 (94)	74 (85)	274 (91)	
Ispitujete li u redovnom radu Vaše pacijentice s arterijskom hipertenzijom za njihove seksualne funkcije?					
Da	8 (8)	7 (6)	14 (16)	29 (10)	0,04
Ne	94 (92)	106 (94)	73 (84)	273 (90)	
Jeste li primijetili povezanost između korištenja antihipertenzivne terapije u pacijentica i pojave seksualnih disfunkcija?					
Da	12 (12)	18 (16)	15 (17)	45 (15)	0,53
Ne	90 (88)	95 (84)	72 (83)	257 (85)	

Broj (%) doktora medicine u odnosu na dobne skupine					
do 35 godina (n = 102)	36 – 55 godina (n = 113)	56 i više godina (n = 87)	Ukupno		<i>P</i> *
Jeste li primijetili povećanje pojave seksualnih disfunkcija, kod pacijentica liječenih zbog arterijske hipertenzije, od početka pandemije COVID – 19?					
Da	5 (5)	11 (10)	11 (13)	27 (9)	0,17
Ne	97 (95)	102 (90)	76 (87)	275 (91)	
Domena povezanosti zdravstvene pismenosti s ishodom liječenja i kvalitetom života					
Smatrate li da bi poboljšanje zdravstvene pismenosti navedenih pacijentica, poboljšalo i ishode liječenja?					
Da	101 (99)	110 (97)	83 (95)	294 (97)	0,32
Ne	1 (1)	3 (3)	4 (5)	8 (3)	
Smatrate li da bi poboljšanje zdravstvene pismenosti navedenih pacijentica, poboljšalo i kvalitetu života?					
Da	102 (100)	113 (100)	83 (95)	298 (99)	0,007
Ne	0	0	4 (5)	4 (1)	
Domena povezanosti arterijske hipertenzije s kvalitetom života i seksualnom disfunkcijom					
Smatrate li da pacijentice oboljele i liječene od arterijske hipertenzije imaju manju kvalitetu života?					
Da	45 (44)	57 (50)	40 (46)	142 (47)	0,63
Ne	57 (56)	56 (50)	47 (54)	160 (53)	
Smatrate li da općenito pacijentice koje imaju seksualne disfunkcije imaju i lošiju kvalitetu života?					
Da	90 (88)	97 (86)	68 (78)	255 (84)	0,14
Ne	12 (12)	16 (14)	19 (22)	47 (16)	
Smatrate li da općenito pacijentice koje imaju jaču snagu religijskog vjerovanja manje prijavljuju seksualne disfunkcije povezane s korištenjem terapije?					
Da	70 (69)	81 (72)	61 (70)	212 (70)	0,89
Ne	32 (31)	32 (28)	26 (30)	90 (30)	
Smatrate li općenito da je pojava seksualnih disfunkcija važna kod starijih odraslih osoba?					
Da	95 (93)	104 (92)	75 (86)	274 (91)	0,22
Ne	7 (7)	9 (8)	12 (14)	28 (9)	

* χ^2 test

Nema značajne razlike u raspodjeli liječnika u stavovima i mišljenju o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod pacijentica liječenih od arterijske hipertenzije u odnosu na broj opredijeljenih pacijenata (Tablica 5.10).

Tablica 5.10. Stavovi i mišljenje liječnika o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod pacijentica liječenih od arterijske hipertenzije u odnosu na broj opredijeljenih pacijenata

	Broj (%) doktora medicine prema broju opredijeljenih pacijenata				P*
	< 1500	1500 – 1800	> 1800	Ukupno	
Domena stavova povezanih s redovnim radom u ambulanti					
Ispitujete li u redovnom radu Vaše pacijentice s kroničnim bolestima (osim arterijske hipertenzije) za njihove seksualne funkcije?					
Da	8 (8)	12 (12)	8 (8)	28 (9)	0,61
Ne	94 (92)	92 (88)	88 (92)	274 (91)	
Ispitujete li u redovnom radu Vaše pacijentice s arterijskom hipertenzijom za njihove seksualne funkcije?					
Da	8 (8)	11 (11)	10 (10)	29 (10)	0,78
Ne	94 (92)	93 (89)	86 (90)	273 (90)	
Jeste li primijetili povezanost između korištenja antihipertenzivne terapije u pacijentica i pojave seksualnih disfunkcija?					
Da	11 (11)	17 (16)	17 (18)	45 (15)	0,35
Ne	91 (89)	87 (84)	79 (82)	257 (85)	
Jeste li primijetili povećanje pojave seksualnih disfunkcija, kod pacijentica liječenih zbog arterijske hipertenzije, od početka pandemije COVID – 19?					
Da	5 (5)	14 (13)	8 (8)	27 (9)	0,09
Ne	97 (95)	90 (87)	88 (92)	275 (91)	
Domena povezanosti zdravstvene pismenosti s ishodom liječenja i kvalitetom života					
Smatrate li da bi poboljšanje zdravstvene pismenosti navedenih pacijentica, poboljšalo i ishode njihovog liječenja?					
Da	101 (99)	102 (98)	91 (95)	294 (97)	0,15
Ne	1 (1)	2 (2)	5 (5)	8 (3)	
Smatrate li da bi poboljšanje zdravstvene pismenosti navedenih pacijentica, poboljšalo i kvalitetu njihovog života?					
Da	100 (98)	103 (99)	95 (99)	298 (99)	0,85
Ne	2 (2)	1 (1)	1 (1)	4 (1)	
Domena povezanosti arterijske hipertenzije s kvalitetom života i seksualnom disfunkcijom					
Smatrate li da pacijentice oboljele i liječene od arterijske hipertenzije imaju manju kvalitetu života?					
Da	54 (53)	47 (45)	41 (43)	142 (47)	0,32
Ne	48 (47)	57 (55)	55 (57)	160 (53)	

	Broj (%) doktora medicine prema broju opredijeljenih pacijenata				<i>P</i> *
	< 1500	1500 – 1800	> 1800	Ukupno	
Smatrate li da općenito pacijentice koje imaju seksualne disfunkcije imaju i lošiju kvalitetu života?					
Da	91 (89)	85 (82)	79 (82)	255 (84)	0,26
Ne	11 (11)	19 (18)	17 (18)	47 (16)	
Smatrate li da općenito pacijentice koje imaju jaču snagu religijskog vjerovanja manje prijavljuju seksualne disfunkcije povezane s korištenjem terapije?					
Da	71 (70)	70 (67)	71 (74)	212 (70)	0,59
Ne	31 (30)	34 (33)	25 (26)	90 (30)	
Smatrate li općenito da je pojava seksualnih disfunkcija važna kod starijih odraslih osoba?					
Da	93 (91)	97 (93)	84 (88)	274 (91)	0,37
Ne	9 (9)	7 (7)	12 (13)	28 (9)	

* χ^2 test

Značajno je više liječnika koji imaju većinsku dobnu strukturu pacijenata 65 i više godina, odgovorilo da pacijentice oboljele i liječene od arterijske hipertenzije imaju manju kvalitetu života (χ^2 test, $P = 0,03$), u odnosu na one liječnike kojima je većinska dobna struktura pacijenata ispod 65 godina (Tablica 5.11).

Tablica 5.11. Stavovi i mišljenje liječnika o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod pacijentica liječenih od arterijske hipertenzije u odnosu na većinsku dobnu strukturu

	Broj (%) doktora medicine prema većinskoj dobnoj strukturi pacijenata			<i>P</i> *
	18 – 65 godina	65+ godina	Ukupno	
Domena stavova povezanih s redovnim radom u ambulanti				
Ispitujete li u redovnom radu Vaše pacijentice s kroničnim bolestima (osim arterijske hipertenzije) za njihove seksualne funkcije?				
Da	8 (8)	20 (10)	28 (9)	0,62
Ne	91 (92)	183 (90)	274 (91)	
Ispitujete li u redovnom radu Vaše pacijentice s arterijskom hipertenzijom za njihove seksualne funkcije?				
Da	8 (8)	21 (10)	29 (10)	0,53
Ne	91 (92)	182 (90)	273 (90)	

	Broj (%) doktora medicine prema većinskoj dobnoj strukturi pacijenata			P*
	18 – 65 godina	65+ godina	Ukupno	
Jeste li primijetili povezanost između korištenja antihipertenzivne terapije u pacijentica i pojave seksualnih disfunkcija?				
Da	11 (11)	34 (17)	45 (15)	0,20
Ne	88 (89)	169 (83)	257 (85)	
Jeste li primijetili povećanje pojave seksualnih disfunkcija, kod pacijentica liječenih zbog arterijske hipertenzije, od početka pandemije COVID – 19?				
Da	6 (6)	21 (10)	27 (9)	0,22
Ne	93 (94)	182 (90)	275 (91)	
Domena povezanosti zdravstvene pismenosti s ishodom liječenja i kvalitetom života				
Smatrate li da bi poboljšanje zdravstvene pismenosti navedenih pacijentica, poboljšalo i ishode njihovog liječenja?				
Da	97 (98)	197 (97)	294 (97)	0,64
Ne	2 (2)	6 (3)	8 (3)	
Smatrate li da bi poboljšanje zdravstvene pismenosti navedenih pacijentica, poboljšalo i kvalitetu njihovog života?				
Da	97 (98)	201 (99)	298 (99)	0,60
Ne	2 (2)	2 (1)	4 (1)	
Domena povezanosti arterijske hipertenzije s kvalitetom života i seksualnom disfunkcijom				
Smatrate li da pacijentice oboljele i liječene od arterijske hipertenzije imaju manju kvalitetu života?				
Da	38 (38)	104 (51)	142 (47)	0,03
Ne	61 (62)	99 (49)	160 (53)	
Smatrate li da općenito pacijentice koje imaju seksualne disfunkcije imaju i lošiju kvalitetu života?				
Da	81 (82)	174 (86)	255 (84)	0,38
Ne	18 (18)	29 (14)	47 (16)	
Smatrate li da općenito pacijentice koje imaju jaču snagu religijskog vjerovanja manje prijavljuju seksualne disfunkcije povezane s korištenjem terapije?				
Da	63 (64)	149 (73)	212 (70)	0,08
Ne	36 (36)	54 (27)	90 (30)	
Smatrate li općenito da je pojava seksualnih disfunkcija važna kod starijih odraslih osoba?				
Da	91 (92)	183 (90)	274 (91)	0,62
Ne	8 (8)	20 (10)	28 (9)	

* χ^2 test

Da pacijentice liječene od arterijske hipertenzije imaju manju kvalitetu života, značajno više navode liječnici koji imaju prosječno manje od 40 ostvarenih kontakata u ordinaciji (Fisherov egzaktni test, $P = 0,04$), u odnosu na one koji imaju veći broj ostvarenih kontakata (Tablica 5.12).

Tablica 5.12. Stavovi i mišljenje liječnika o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod pacijentica liječenih od arterijske hipertenzije u odnosu na prosječan broj dnevno ostvarenih kontakata u ordinaciji

	Broj (%) doktora medicine prema prosječnom broju dnevno ostvarenih kontakata u ordinaciji					Ukupno	<i>P</i> *
	<40	40 - 60	60 - 80	80 - 100	>100		
Domena stavova povezanih s redovnim radom u ambulanti							
Ispitujete li u redovnom radu Vaše pacijentice s kroničnim bolestima (osim arterijske hipertenzije) za njihove seksualne funkcije?							
Da	1 (20)	8 (10)	12 (10)	4 (6)	3 (10)	28 (9,3)	0,68
Ne	4 (80)	76 (90)	108 (90)	60 (94)	26 (90)	274 (91)	
Ispitujete li u redovnom radu Vaše pacijentice s arterijskom hipertenzijom za njihove seksualne funkcije?							
Da	1 (20)	9 (11)	14 (12)	3 (5)	2 (7)	29 (9,6)	0,39
Ne	4 (80)	75 (89)	106 (88)	61 (95)	27 (93)	273 (90)	
Jeste li primijetili povezanost između korištenja antihipertenzivne terapije u pacijentica i pojave seksualnih disfunkcija?							
Da	1 (20)	17 (20)	19 (16)	5 (8)	3 (10)	45 (14,9)	0,22
Ne	4 (80)	67 (80)	101 (84)	59 (92)	26 (90)	257 (85)	
Jeste li primijetili povećanje pojave seksualnih disfunkcija, kod pacijentica liječenih zbog arterijske hipertenzije, od početka pandemije COVID – 19?							
Da	1 (20)	12 (14)	9 (8)	3 (5)	2 (7)	27 (8,9)	0,20
Ne	4 (80)	72 (86)	111 (93)	61 (95)	27 (93)	275 (91)	
Domena povezanosti zdravstvene pismenosti s ishodom liječenja i kvalitetom života							
Smatrate li da bi poboljšanje zdravstvene pismenosti navedenih pacijentica, poboljšalo i ishode njihovog liječenja?							
Da	5 (100)	80 (95)	119 (99)	63 (98)	27 (93)	294 (97,4)	0,17
Ne	0	4 (5)	1 (1)	1 (2)	2 (7)	8 (3)	

	Broj (%) doktora medicine prema prosječnom broju dnevno ostvarenih kontakata u ordinaciji					Ukupno	P*	
	<40	40 - 60	60 - 80	80 - 100	>100			
Smatrate li da bi poboljšanje zdravstvene pismenosti navedenih pacijentica, poboljšalo i kvalitetu njihovog života?								
Da		5 (100)	83 (99)	120 (100)	63 (98)	27 (93)	298 (98,7)	0,07
Ne		0	1 (1)	0	1 (2)	2 (7)	4 (1)	
Domena povezanosti arterijske hipertenzije s kvalitetom života i seksualnom disfunkcijom								
Smatrate li da pacijentice oboljele i liječene od arterijske hipertenzije imaju manju kvalitetu života?								
Da		4 (80)	35 (42)	67 (56)	25 (39)	11 (38)	142 (47)	0,04
Ne		1 (20)	49 (58)	53 (44)	39 (61)	18 (62)	160 (53)	
Smatrate li da općenito pacijentice koje imaju seksualne disfunkcije imaju i lošiju kvalitetu života?								
Da		4 (80)	74 (88)	103 (86)	53 (83)	21 (72)	255 (84,4)	0,30
Ne		1 (20)	10 (12)	17 (14)	11 (17)	8 (28)	47 (16)	
Smatrate li da općenito pacijentice koje imaju jaču snagu religijskog vjerovanja manje prijavljuju seksualne disfunkcije povezane s korištenjem terapije?								
Da		3 (60)	64 (76)	86 (72)	41 (64)	18 (62)	212 (70,2)	0,37
Ne		2 (40)	20 (24)	34 (28)	23 (36)	11 (38)	90 (30)	
Smatrate li općenito da je pojava seksualnih disfunkcija važna kod starijih odraslih osoba?								
Da		5 (100)	80 (95)	108 (90)	56 (88)	25 (86)	274 (90,7)	0,37
Ne		0	4 (5)	12 (10)	8 (13)	4 (14)	28 (9)	

*Fisherov egzaktni test

Doktori medicine, koji su ocijenili odličnom zdravstvenu pismenost svojih pacijentica, značajnije više navode da su primijetili povećanje pojave seksualnih disfunkcija, kod pacijentica liječenih zbog arterijske hipertenzije, od početka pandemije COVID – 19 (χ^2 test, $P = 0,04$), kao i da općenito pacijentice koje imaju seksualne disfunkcije imaju i lošiju kvalitetu života (χ^2 test, $P < 0,001$) u odnosu na liječnike koji su ocijenili zdravstvenu pismenost svojih pacijentica nižom ocjenom (Tablica 5.13).

Tablica 5.13. Stavovi i mišljenje liječnika o kvaliteti života i seksualnoj disfunkciji kod pacijentica liječenih od arterijske hipertenzije u odnosu na procjenu zdravstvene pismenosti pacijentica

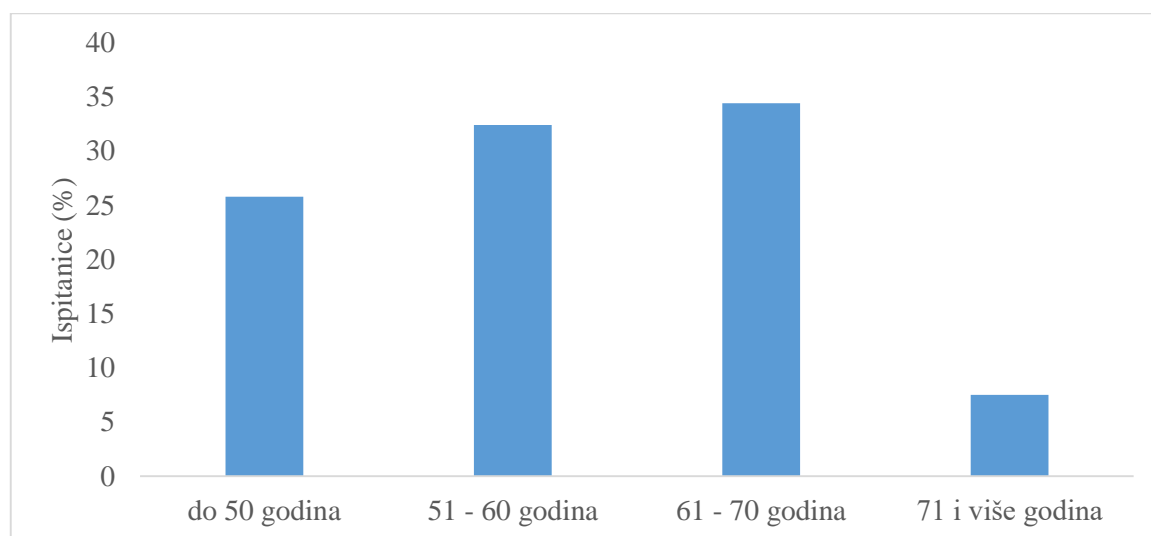
	Broj (%) doktora medicine prema procjeni zdravstvene pismenosti pacijenata					P*
	Loša	Dobra	Vrlo dobra	Odlična	Ukupno	
Domena stavova povezanih s redovnim radom u ambulanti						
Ispitujete li u redovnom radu Vaše pacijentice s kroničnim bolestima (osim arterijske hipertenzije) za njihove seksualne funkcije?						
Da	8 (9)	1 (8)	3 (10)	16 (10)	28 (9)	0,98
Ne	84 (91)	12 (92)	26 (90)	152 (90)	274 (91)	
Ispitujete li u redovnom radu Vaše pacijentice s arterijskom hipertenzijom za njihove seksualne funkcije?						
Da	7 (8)	1 (8)	3 (10)	18 (11)	29 (10)	0,91
Ne	85 (92)	12 (92)	26 (90)	150 (89)	273 (90)	
Jeste li primijetili povezanost između korištenja antihipertenzivne terapije u pacijentica i pojave seksualnih disfunkcija?						
Da	12 (13)	1 (8)	4 (14)	28 (17)	45 (15)	0,84
Ne	80 (87)	12 (92)	25 (86)	140 (83)	257 (85)	
Jeste li primijetili povećanje pojave seksualnih disfunkcija, kod pacijentica liječenih zbog arterijske hipertenzije, od početka pandemije COVID – 19?						
Da	3 (3)	0	3 (10)	21 (13)	27 (9)	0,04
Ne	89 (97)	13 (100)	26 (90)	147 (88)	275 (91)	
Domena povezanosti zdravstvene pismenosti s ishodom liječenja i kvalitetom života						
Smatrate li da bi poboljšanje zdravstvene pismenosti navedenih pacijentica, poboljšalo i ishode njihovog liječenja?						
Da	90 (98)	13 (100)	28 (97)	163 (97)	294 (97)	0,92
Ne	2 (2)	0	1 (3)	5 (3)	8 (3)	
Smatrate li da bi poboljšanje zdravstvene pismenosti navedenih pacijentica, poboljšalo i kvalitetu njihovog života?						
Da	90 (98)	13 (100)	29 (100)	166 (99)	298 (99)	0,79
Ne	2 (2)	0	0	2 (1)	4 (1)	
Domena povezanosti arterijske hipertenzije s kvalitetom života i seksualnom disfunkcijom						
Smatrate li da pacijentice oboljele i liječene od arterijske hipertenzije imaju manju kvalitetu života?						
Da	50 (54)	4 (31)	9 (31)	79 (47)	142 (47)	0,09
Ne	42 (46)	9 (69)	20 (69)	89 (53)	160 (53)	

	Broj (%) doktora medicine prema procjeni zdravstvene pismenosti pacijenata					P*	
	Loša	Dobra	Vrlo dobra	Odlična	Ukupno		
Smatrate li da općenito pacijentice koje imaju seksualne disfunkcije imaju i lošiju kvalitetu života?							
Da		78 (85)	9 (69)	17 (59)	151 (90)	255 (84)	<0,001
Ne		14 (15)	4 (31)	12 (41)	17 (10)	47 (16)	
Smatrate li da općenito pacijentice koje imaju jaču snagu religijskog vjerovanja manje prijavljuju seksualne disfunkcije povezane s korištenjem terapije?							
Da		64 (70)	6 (46)	19 (66)	123 (73)	212 (70)	0,20
Ne		28 (30)	7 (54)	10 (34)	45 (27)	90 (30)	
Smatrate li općenito da je pojava seksualnih disfunkcija važna kod starijih odraslih osoba?							
Da		84 (91)	11 (85)	23 (79)	156 (93)	274 (91)	0,09
Ne		8 (9)	2 (15)	6 (21)	12 (7)	28 (9)	

* χ^2 test

5.4. Osnovna obilježja ispitanica (pacijentice koje boluju od arterijske hipertenzije)

Istraživanje je provedeno na 710 ispitanica (pacijentica koje boluju od arterijske hipertenzije), medijana dobi 58 godina, u rasponu od 25 do najviše 78 godina. U dobi do 50 godina je 183 (25,8%) ispitanica, u dobi od 51 - 60 godina 230 (32,4%) ispitanica, u dobi od 61 do 70 godina je najviše ispitanica, njih 244 (34,4 %), a 53 (7,5%) ispitanica je u dobi od 71 i više godina (Slika 5.3 i Tablica 5.14).



Slika 5.3. Dobna struktura ispitanica

U gradu živi 387 (54,5 %) ispitanica, a prema razini obrazovanja, 425 (59,9 %) ih je srednje stručne spreme (SSS). Zaposleno ih je 378 (53,2 %), a s obzirom na bračni status 480 (67,6 %) ih živi u zajednici. U menopauzi je 508 (71,5 %) ispitanica (Tablica 5.14).

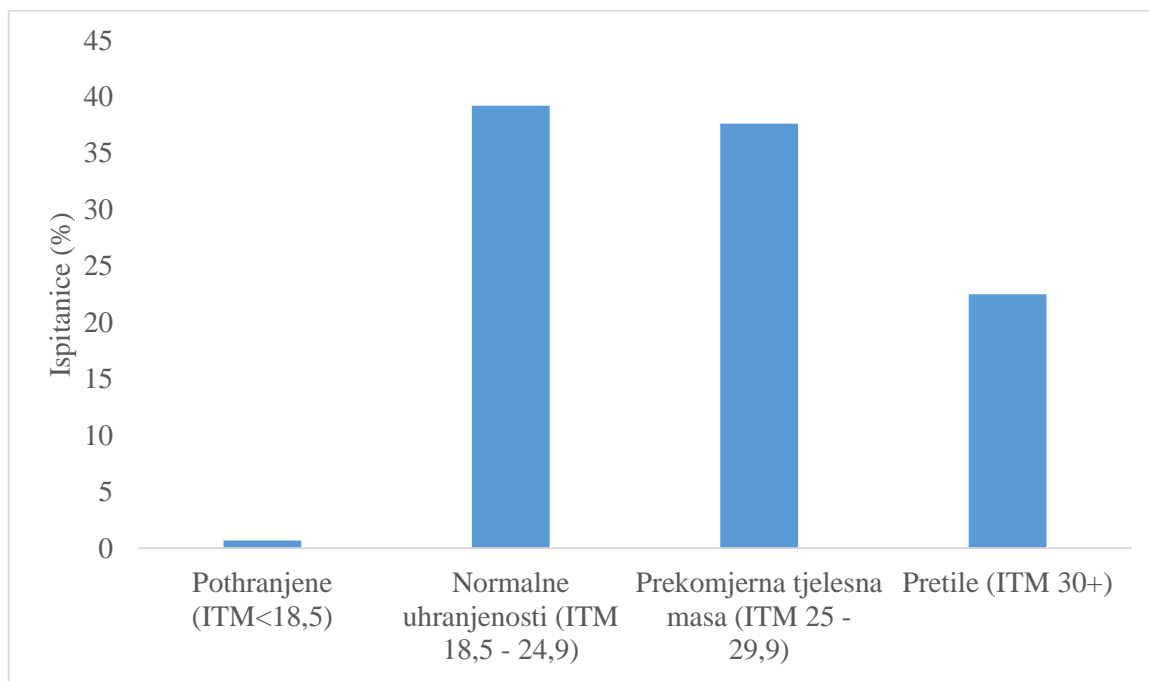
Tablica 5.14. Osnovna obilježja ispitanica

Dob (godine) [Medijan (IQR)]	58 (50 – 64)
Mjesto stanovanja [n (%)]	
Grad	387 (54,5)
Prigradsko naselje	111 (15,6)
Općina/ selo	212 (29,9)
Razina obrazovanja [n (%)]	
NKV	15 (2,1)
Osnovna škola	30 (4,2)
SSS	425 (59,9)
VŠS	140 (19,7)
VSS i više	100 (14,1)
Radni status [n (%)]	
Zaposlen	378 (53,2)
Nezaposlen	282 (39,7)
Povremeno radi	50 (7)
Bračni status [n (%)]	
Sama	230 (32,4)
U zajednici	480 (67,6)
U menopauzi su	508 (71,5)

Tablica 5.15. Mjere visine, mase i ITM

	Medijan (interkvartilni raspon)	Raspon od najmanje do najviše vrijednosti
Tjelesna visina (cm)	168 (162 – 172)	140 – 182
Tjelesna masa (kg)	72 (66 – 82)	45 – 142
ITM (kg/m ²)	26,22 (23,92 – 29,32)	16,76 – 46,11

S obzirom na vrijednosti ITM, 5 (0,7 %) ispitanica je pothranjeno, 278 (39,2 %) je normalne uhranjenosti, 267 (37,6 %) ih je s prekomjernom tjelesnom masom, a pretilo je 160 (22,5 %) ispitanica (Tablica 5.15 i slika 5.4).



Slika 5.4. Raspodjela ispitanica prema uhranjenosti

Trenutno je bolesna 164 (23,1 %) ispitanica. Osim arterijske hipertenzije 280 (39,4 %) ispitanica boluje još od nekih kroničnih nezaraznih bolesti kao na primjer: respiratorne bolesti poput astme/KOPB-a, maligne bolesti, mentalne bolesti i poremećaji i/ili druge bolesti. Niti jedna ispitanica ne boluje od šećerne bolesti, a najučestalije popratne bolesti su bolesti dišnog (respiracijskog) sustava ili kod 73 (26,1 %) ispitanica endokrine, nutritivne i metaboličke bolesti (Tablica 5.16).

Tablica 5.16. Trenutni zdravstveni status ispitanica

	Broj (%) ispitanica
Trenutno su bolesne	164 (23,1)
Boluju osim od arterijske hipertenzije, još od nekih kroničnih nezaraznih bolesti kao na primjer: respiratorne bolesti poput astme/KOPB-a, maligne bolesti, mentalne bolesti i poremećaji i/ili druge bolesti	280 (39,4)
Komorbiditeti (n = 280)	
Endokrine, nutritivne i metaboličke bolesti	73 (26,1)
Bolesti probavnog sustava	17 (6,1)
Bolesti dišnog (respiracijskog) sustava	81 (28,8)
Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva	49 (17,2)
Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja	20 (7,1)
Neoplazme	11 (3,9)
Bolesti cirkulacijskog (krvožilnog) sustava	20 (7,1)
Bolesti živčanog sustava	10 (3,6)
Bolesti genitalno-urinarnog sustava	8 (2,9)
Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, neklasificirani drugdje	24 (8,6)

U redovnoj terapiji, osim lijekova za arterijsku hipertenziju, 365 (51,4 %) ispitanica koristi još neke lijekove. Najučestaliji lijekovi su kod 213 (58,4 %) ispitanica hormoni štitnjače, NSAID kod 89 (24,4 %) ispitanica, statini kod 38 (10,4 %) ispitanica, dok se ostali lijekovi bilježe kod manjeg broja ispitanica. Niti jedna ispitanica ne uzima lijek za pretilost (Tablica 5.17).

Tablica 5.17. Korištenje drugih lijekova osim antihipertenzivnih lijekova

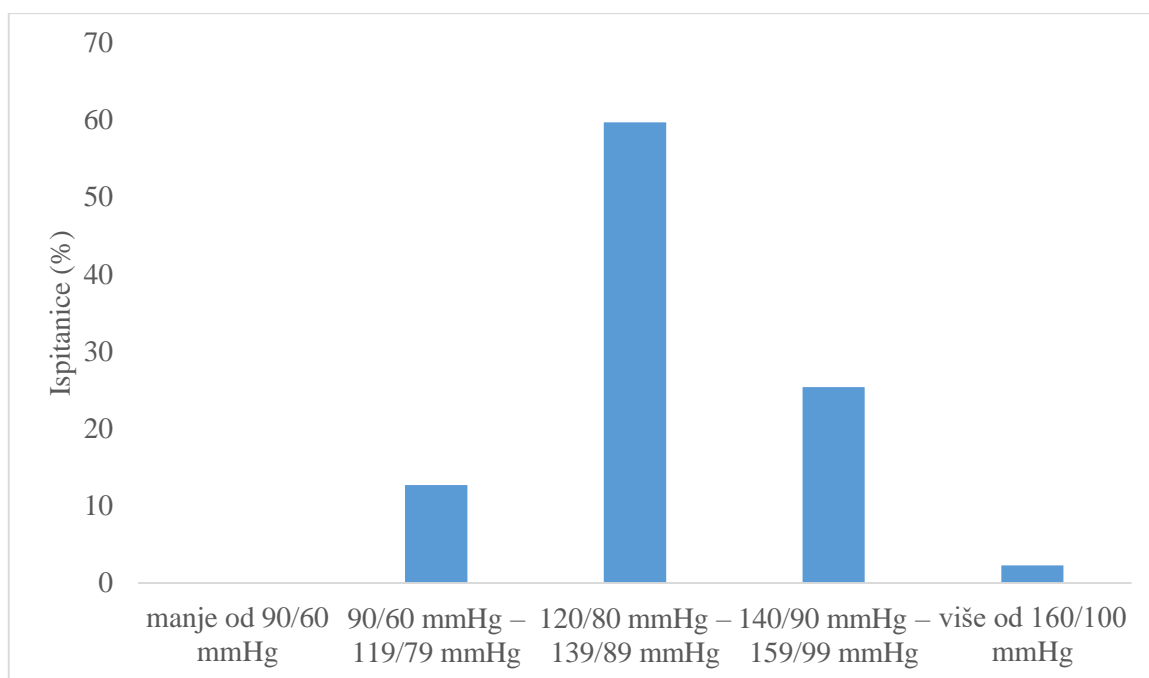
	Broj (%) ispitanica
Koriste u redovnoj terapiji još neke lijekove (osim lijekova za arterijsku hipertenziju)	365 (51,4)
Koje lijekove uzimaju	
Hormoni štitnjače	213 (58,4)
Četverostruka terapija za liječenje <i>Helicobacter Pylori</i>	2 (0,5)
Antagonisti leukotrijenskih receptora	6 (1,6)
Inhalacijski kortikosteroidi	8 (2,2)
Inhibitor protonske pumpe	34 (9,3)
Antihistaminik	17 (4,7)
Lijekovi s djelovanjem na mehanizam zgrušavanja krvi (otežavanje zgrušavanja)	17 (4,7)
Inhibitori ponovne pohrane serotonina	18 (4,9)
Benzodiazepini	34 (9,3)
NSAID	89 (24,4)
Inhibitor aromataze	1 (0,3)
Statini	38 (10,4)
Vitamin D	4 (1,1)
Kratkodjelujući beta 2 agonist	17 (4,7)
Dugodjelujući beta 2 agonist	13 (3,6)
Dugodjelujući antagonist muskarinskih receptora	2 (0,5)
Kalij	6 (1,6)
Protuupalni lijekovi za liječenje upalnih bolesti crijeva	5 (1,4)
Imunosupresiv	1 (0,3)
Magnezij	1 (0,3)
Antiepileptici	8 (2,2)
Spazmolitici	1 (0,3)
Vazoprotektiv	6 (1,6)
Intranazalni kortikosteroidi	3 (0,8)
Antianemik	3 (0,8)
Oralni liofilizat	1 (0,3)
Antibiotik (profilaktički učinak)	2 (0,5)
Sistemske kortikosteroidi	3 (0,8)

Terapiju za arterijsku hipertenziju redovito (svakodnevno) koriste 572 (80,6 %) ispitanice. Najučestalija antihipertenzivna terapija je kod 305 (53,3 %) ispitanica inhibitor angiotenzin konvertirajućeg enzima (ACEI), a inhibitor kalcijevih kanala (dihidropiridinski) kod 207 (36,2 %) ispitanica. Samo jedan antihipertenzivni lijek koristi 279 (48,8 %) ispitanica, a tri ili više 118 (20,6%) ispitanica (Tablica 5.18).

Tablica 5.18. Učestalost pojedine antihipertenzivne terapije i vrijednosti krvnog tlaka unazad dva tjedna

	Broj (%) ispitanica
Koriste redovito terapiju za arterijsku hipertenziju (na primjer: Fursemid, Concor COR, Enap, Prilen, Val, Triplixam i/ili drugi lijekovi)	572 (80,6)
Koju terapiju za hipertenziju uzimaju	
ACEI	305 (53,3)
antagonisti angiotenzin II receptora	116 (20,3)
diuretik	188 (32,9)
beta blokator	153 (26,7)
inhibitor kalcijevih kanala (dihidropiridinski)	207 (36,2)
blokator imidazolinskih receptora	19 (3,3)
blokator aldosterona (eplerenon)	1 (0,2)
inhibitor kalcijevih kanala (nedihidropiridinski)	572 (100)
Koliko antihipertenzivnih lijekova koriste	
Jedan	279 (48,8)
Dva	175 (30,6)
Tri i više	118 (20,6)

U posljednja dva tjedna, niti jedna ispitanica nije imala prosječne vrijednosti krvnog tlaka ispod 90/60 mmHg, 90 (12,7%) ispitanica su imale vrijednosti krvnog tlaka između 90/60 mmHg – 119/79 mmHg, 424 (59,7 %) ispitanice su imale vrijednosti krvnog tlaka od 120/80 mmHg do 139/89 mmHg, 180 (25,4%) su imale vrijednosti od 140/90 mmHg – 159/99 mmHg, dok ih 16 (2,3 %) bilježi vrijednosti više od 160/100 mmHg (Slika 5.5).



Slika 5.5. Prosječne vrijednosti krvnog tlaka ispitanica

Infekciju COVID-19 preboljelo je 440 (62 %) ispitanica, od kojih 150 (34,1 %) ima pogoršanje regulacije krvnog tlaka, 70 (15,9 %) je primijetilo pojavu seksualnih disfunkcija, a 210 (47,2 %) navodi da nakon preboljenja COVID-19 ima smanjenu kvalitetu života (Tablica 5.19).

Tablica 5.19. Preboljen COVID-19 i njegova povezanost s pogoršanjem krvnog tlaka, seksualnom disfunkcijom i smanjenjem kvalitete života

	Broj (%) ispitanica
Preboljele su COVID - 19	440 (62)
Ako su preboljele COVID - 19, primijetile su pogoršanje regulacije krvnog tlaka nakon preboljenja	150 (34,1)
Ako su preboljele COVID - 19, nakon preboljenja primijetile su pojavu seksualnih disfunkcija	70 (15,9)
Ako su preboljele COVID - 19, smatraju da je preboljenje dovelo do smanjenja kvalitete njihova života	210 (47,2)

5.5. Kvaliteta života (SF-12v2)

Kvalitetu života procijenilo se upitnikom SF-12, kojim se mjerilo fizičko i mentalno zdravlje ispitanica s arterijskom hipertenzijom. Ocjena kvalitete života može biti u rasponu od 0 do 100. Rezultati iznad 50 ukazuju na kvalitetu života povezanu sa zdravljem bolju od prosjeka, dok rezultati ispod 50 ukazuju na ispodprosječno zdravlje.

Medijan fizičkog zdravlja ispitanica je 42,3, u rasponu od 23,8 do najviše 51,7, a mentalnog zdravlja 45,4 u rasponu od 24,4 do 54,3 (Tablica 5.20).

Tablica 5.20. Ocjene fizičkog i mentalnog zdravlja

	Medijan (interkvartilni raspon)	Raspon od najmanje do najviše vrijednosti
Fizičkog zdravlje	42,3 (38,7 – 45,04)	23,8 – 51,7
Mentalno zdravlje	45,4 (43,3 – 47,9)	24,4 – 54,3

Značajno je bolje ocijenjeno fizičko zdravlje kod ispitanica u dobi do 50 godina u odnosu na sve ostale, ili u dobi od 51 – 60 godina u odnosu na sve ostale ispitanice (Kruskal Wallis test, $P < 0,001$). Nema značajne razlike u ocjeni fizičkog zdravlja s obzirom na mjesto stanovanja, razinu obrazovanja i bračni status. Ispitanice koje su nezaposlene, značajno su lošije ocijenile svoje fizičko zdravlje u odnosu na zaposlene ili one koje povremeno rade (Kruskal Wallisov test, $P = 0,01$).

Mentalno zdravlje značajno je najlošije ocijenjeno kod ispitanica u dobi od 71 i više godina u odnosu na ispitanice do 60 godina (Kruskal Wallisov test, $P = 0,04$), dok po ostalim obilježjima nema značajne razlike u ocjeni mentalnog zdravlja (Tablica 5.21).

Tablica 5.21. Razlike u ocjeni fizičkog i mentalnog zdravlja (SF-12) s obzirom na obilježja ispitanica

	Medijan (interkvartilni raspon) SF-12			
	Fizičko zdravlje	<i>P</i>	Mentalno zdravlje	<i>P</i>
Dobne skupine				
do 50 godina	44,42 (41,14 - 46,29)	<0,001 [†]	46,31 (43,7 - 47,78)	0,04 [‡]
51 – 60 godina	42,90 (40,87 - 45,77)		45,78 (44,46 - 48,91)	
61 – 70 godina	39,79 (36,53 - 42,99)		45,33 (43,14 - 48,02)	
71 i više godina	39,79 (36,97 - 41,61)		44,51 (43,2 - 46,09)	
Mjesto stanovanja				
Grad	41,99 (38,37 - 45,04)	0,27	45,41 (43,29 - 47,78)	0,53
Prigradsko naselje	41,99 (38,67 - 45,01)		45,11 (43,19 - 47,40)	
Općina/ selo	42,8 (39,57 - 45,46)		45,78 (43,46 - 48,84)	
Razina obrazovanja				
NKV	39,79 (36,53 - 42,27)	0,07	45,78 (44,24 - 48,74)	0,85
Osnovna škola	40,52 (38,54 - 44,42)		46,13 (44,25 - 48,67)	
SSS	42,18 (38,43 - 45,02)		45,39 (43,27 - 48,02)	
VŠS	42,8 (39,66 - 45,46)		45,28 (43,32 - 47,26)	
VSS i više	42,98 (39,51 - 45,46)		45,44 (43,21 - 47,48)	
Radni status				
Zaposlena	42,42 (38,9 - 45,45)	0,01 [§]	45,41 (43,29 - 47,4)	0,93
Nezaposlena	40,99 (37,97 - 44,96)		45,47 (43,20 - 48,4)	
Povremeno radi	42,86 (41,21 - 45,55)		45,27 (44,0 - 48,02)	
Bračni status				
Sama	42,35 (39,66 - 45,46)	0,16 ^{**}	45,63 (43,54 - 49,09)	0,08 ^{**}
U zajednici	42,24 (38,37 - 45,02)		45,39 (43,27 - 47,26)	

*Kruskal Wallis test (post hoc Conover); **Mann Whitney U test

[†]na razini $P < 0,05$ značajna je razlika (do 50 godina) vs. svi ostali, (51 – 60 godina) vs. svi ostali

[‡]na razini $P < 0,05$ značajna je razlika (71+) vs. (≤ 50 ; 51 - 60 godina)

[§]na razini $P < 0,05$ značajna je razlika (nezaposlen) vs. svi ostali

5.6. Izraženost snage religijskih uvjerenja (Upitnik Sv. Klara)

Izraženost snage religijskih uvjerenja ocijenjena je upitnikom s pet tvrdnji, s odgovorima u rasponu od 1 do 4. Vrijednosti cijele ljestvice su od 5 do 20, gdje viši rezultat upućuje na veću izraženost snage religijskih uvjerenja. Raspodjela odgovora dana je Tablicom 5.22.

Tablica 5.22. Raspodjela ispitanica prema odgovorima vezanim uz snagu religijskih uvjerenja

	Broj (%) ispitanika				Ukupno
	Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Slažem se	U potpunosti se slažem	
Molim se svakodnevno.	70 (10)	125 (18)	330 (46)	185 (26)	710 (100)
Okrećem se vjeri jer pruža značaj i svrhu mom životu.	50 (7)	155 (22)	325 (46)	180 (25)	710 (100)
Smatram se aktivno vezana uz moju vjeru i crkvu.	85 (12)	215 (30)	255 (36)	155 (22)	710 (100)
Volim biti u društvu vjernika poput mene.	85 (12)	170 (24)	335 (47)	120 (17)	710 (100)
Moja vjera utječe na brojne osobne odluke.	75 (11)	210 (30)	280 (39)	145 (20)	710 (100)

Medijan cijele skale je 15 (interkvartilnog raspona od 11 do 16) u rasponu od najmanje 5 do najviše 20.

Značajno je manja snaga religijskog uvjerenja kod ispitanica u dobi do 50 godina u odnosu na sve ostale ispitanice i kod ispitanica u dobi od 61 – 70 godina u odnosu na ispitanice u dobi od 51 – 60 godina (Kruskal Wallisov test, $P < 0,001$). S obzirom na radni status, značajno je manja snaga religijskih uvjerenja kod ispitanica koje povremeno rade u odnosu na zaposlene ili na nezaposlene ispitanice (Kruskal Wallisov test, $P < 0,001$), dok nema značajnih razlika u snazi religijskog uvjerenja u odnosu na mjesto stanovanja, razinu obrazovanja i bračni status (Tablica 5.23).

Tablica 5.23. Snaga religijskog uvjerenja u odnosu na obilježja ispitanica

	Medijan (interkvartilni raspon) Snaga religijskog uvjerenja	<i>P</i> *
Dobne skupine		
do 50 godina	12 (11 – 15)	<0,001 [†]
51 – 60 godina	15 (12 – 17)	
61 – 70 godina	14 (11 – 16)	
71 i više godina	15 (13 – 15)	
Mjesto stanovanja		
Grad	14 (11 – 16)	0,18
Prigradsko naselje	14 (11 – 17)	
Općina/ selo	15 (12 – 17)	
Razina obrazovanja		
NKV	15 (14 – 16)	0,76
Osnovna škola	15 (11 – 16)	
SSS	15 (11 – 16)	
VŠS	14 (11 – 15)	
VSS i više	15 (11 – 17)	
Radni status		
Zaposlena	14 (11 – 16)	<0,001 [‡]
Nezaposlena	15 (12 – 17)	
Povremeno radi	12 (10 – 15)	
Bračni status		
Sama	15 (11 – 17)	0,18
U zajednici	14 (11 – 16)	

*Kruskal Wallis test (post hoc Conover); **Mann Whitney U test

[†]na razini $P < 0,05$ značajna je razlika (do 50 godina) vs. svi ostali, (51 – 60) vs. (61 – 70)

[‡]na razini $P < 0,05$ značajna je razlika (povremeno radi) vs. svi ostali

5.7. Procjena zdravstvene pismenosti ispitanica (NVS-HR)

Zdravstvena pismenost procijenila se putem šest pitanja vezanih uz točno određen primjer koji se odnosi na opis prehrambenog proizvoda (sladoled), a prema deklaraciji o nutritivnoj

vrijednosti. Najviše točnih odgovora je dalo 590 (83 %) ispitanica na pitanje, da ako im se savjetuje da za desert ne pojedu više od 1 grama ugljikohidrata, koju količinu sladoleda najviše smiju jesti, a najmanje točnih odgovora je dalo 310 (43 %) ispitanica na pitanje, da nije sigurno jesti sladoled ukoliko su alergični na penicilin, kikiriki, gumene rukavice i ubod pčele i da je razlog ulje od kikirikija (Tablica 5.24).

Tablica 5.24. Ispitanice prema broju točnih i netočnih odgovora na postavljena pitanja

	Broj (%) ispitanica		
	Netočno odgovoreno	Točno odgovoreno	Ukupno
Koliko ćete kalorija (kcal) unijeti ako pojedete cijelo pakiranje? Točan odgovor – 1000 kcal	397 (56)	311 (44)	710 (100)
Ako Vam se savjetuje da za desert ne pojedete više od 1 grama ugljikohidrata, koju količinu sladoleda najviše smijete jesti? Točan odgovor – 2 porcije ili do 200 ml	120 (17)	590 (83)	710 (100)
Zamislite da Vam liječnik savjetuje smanjenje količine zasićenih masti u prehrani. Obično dnevno unesete 42 g zasićenih masti, u što je uključena jedna porcija sladoleda. Ako prestanete jesti sladoled, koliko ćete grama zasićenih masti jesti svakog dana? Točan odgovor – 33 g	385 (54)	325 (46)	710 (100)
Ako svakog dana obično unesete hranom 2500 kalorija, koliki ćete postotak od Vašeg dnevnog unosa kalorija (kcal) unijeti ako pojedete jednu porciju sladoleda? Točan odgovor – 10 %	345 (49)	365 (51)	710 (100)
Zamislite da ste alergični na sljedeće tvari: penicilin, kikiriki, gumene rukavice i ubode pčela. Je li za Vas sigurno jesti ovaj sladoled? Točan odgovor - Ne	290 (41)	420 (59)	710 (100)
Ako ste odgovorili „Ne“, objasnite zašto nije sigurno. Točan odgovor – Zbog ulja od kikirikija	400 (57)	310 (43)	710 (100)

S obzirom na broj točnih odgovora, može se zaključiti da je kod 220 (31 %) ispitanica slaba zdravstvena pismenost, ograničena kod njih 137 (19,3 %), a odgovarajuću zdravstvenu pismenost imaju 353 (49,7 %) ispitanice.

Značajno lošiju zdravstvenu pismenost imaju ispitanice u dobi od 61 – 70 i 71 i više godina u odnosu na mlađe ispitanice (χ^2 test, $P < 0,001$), dok je značajno bolja zdravstvena pismenost kod ispitanica koje su zaposlene (χ^2 test, $P < 0,001$). Nema značajne razlike u zdravstvenoj pismenosti u odnosu na mjesto stanovanja, razinu obrazovanja i bračni status (Tablica 5.25).

Tablica 5.25. Razina zdravstvene pismenosti u odnosu na obilježja ispitanica

	Broj (%) ispitanica prema razini zdravstvene pismenosti				<i>P</i> *
	Slaba zdravstvena pismenost (n = 220)	Ograničena zdravstvena pismenost (n = 137)	Odgovarajuća zdravstvena pismenost (n = 353)	Ukupno (n = 710)	
Dobne skupine					
do 50 godina	10 (5)	27 (20)	146 (41)	183 (26)	<0,001
51 – 60 godina	42 (19)	58 (42)	130 (37)	230 (32)	
61 – 70 godina	136 (62)	42 (31)	66 (19)	244 (34)	
71 i više godina	32 (15)	10 (7)	11 (3)	53 (7,5)	
Mjesto stanovanja					
Grad	127 (58)	81 (59)	179 (51)	387 (55)	0,07
Prigradsko naselje	32 (15)	26 (19)	53 (15)	111 (16)	
Općina/ selo	61 (28)	30 (22)	121 (34)	212 (30)	
Razina obrazovanja					
NKV	5 (2)	5 (4)	5 (1)	15 (2)	0,26
Osnovna škola	10 (5)	3 (2)	17 (5)	30 (4)	
SSS	128 (58)	93 (68)	204 (58)	425 (60)	
VŠS	42 (19)	24 (18)	74 (21)	140 (19,7)	
VSS i više	35 (15,9)	12 (8,8)	53 (15)	100 (14,1)	
Radni status					
Zaposlena	94 (43)	71 (52)	213 (60)	378 (53)	<0,001
Nezaposlena	114 (52)	62 (45)	106 (30)	282 (40)	
Povremeno radi	12 (5)	4 (3)	34 (10)	50 (7)	

	Broj (%) ispitanica prema razini zdravstvene pismenosti				<i>P</i> *
	Slaba zdravstvena pismenost (n = 220)	Ograničena zdravstvena pismenost (n = 137)	Odgovarajuća zdravstvena pismenost (n = 353)	Ukupno (n = 710)	
Bračni status					
Sama	77 (35)	49 (36)	104 (29)	230 (32)	0,25
U zajednici	143 (65)	88 (64)	249 (71)	480 (68)	

* χ^2 test

5.8. Procjena indeksa ženske seksualne funkcije (FSFI)

Indeks ženske seksualne funkcije procijenio se na 550 ispitanica (isključeno je 150 pretelih ispitanica), putem upitnika koji pokriva šest domena: želja, uzbuđenje, lubrikacija, orgazam, zadovoljstvo i bol. Ukupni rezultat FSFI upitnika je do 36, a viši rezultat ukazuje na bolje funkcioniranje. Medijan ukupne FSFI skale je 22,2 u rasponu od 5,1 do najviše 34,8. Ocjene pojedine domene i ukupnog indeksa ženske seksualne funkcije dane su u Tablici 5.26.

Tablica 5.26. Indeks ženske seksualne funkcije (FSFI)

	Mogući raspon	Medijan (interkvartilni raspon)	Ostvareni raspon od najmanje do najviše vrijednosti
Želja	1,2 – 6	3,0 (1,8 – 3,6)	1,2 - 6
Uzbuđenje	0 – 6	3,6 (0,9 – 4,2)	0 - 6
Lubrikacija	0 – 6	3,9 (0 – 5,4)	0 - 6
Orgazam	0 – 6	3,6 (0 – 4,8)	0 – 6
Zadovoljstvo	0,8 – 6	3,6 (2,4 – 4,8)	0,8 – 6
Bol	0 – 6	4,4 (0 – 6)	0 - 6
Ukupno FSFI	2 – 36	22,2 (5,1 – 27,9)	2 – 34,8

S obzirom na vrijednosti upitnika FSFI i na graničnu vrijednost od 26,55 uočavamo da se kod 227 (41,3 %) ispitanica ne uočava seksualna disfunkcija, dok 323 (58,7 %) vjerojatno ima seksualnu disfunkciju.

Značajnije više ispitanica s vjerojatnom seksualnom disfunkcijom su ispitanice starije životne dobi (61 i više godina) u odnosu na mlađe ispitanice (χ^2 test, $P < 0,001$); ispitanice u menopauzi (χ^2 test, $P = 0,007$); one koje su prekomjerne tjelesne mase (χ^2 test, $P < 0,001$) te one koje uzimaju tri i više antihipertenziva (χ^2 test, $P = 0,03$).

S obzirom na antihipertenzivnu terapiju, od ukupno 150 (34 %) ispitanica koje uzimaju inhibitore kalcijevih kanala (dihidropiridinski) značajnije ih je više, njih 103 (39 %) u skupini sa seksualnom disfunkcijom u odnosu na one koje ne uzimaju tu terapiju (χ^2 test, $P = 0,004$) (Tablica 5.27).

Tablica 5.27. Raspodjela ispitanica prema općim i kliničkim obilježjima i seksualnoj disfunkciji

	Broj (%) ispitanika			<i>P</i> *
	Bez seksualne disfunkcije (n = 40)	Seksualna disfunkcija (n = 150)	Ukupno (n = 550)	
Dobne skupine				
do 50 godina	84 (37)	77 (24)	161 (29)	<0,001
51 – 60 godina	81 (36)	86 (27)	167 (30)	
61 – 70 godina	58 (26)	123 (38)	181 (33)	
71 i više godina	4 (2)	37 (11)	41 (7)	
Menopauza	142 (63)	237 (73)	379 (69)	0,007
Uhranjenost				
Pothranjene	5 (2)	0	5 (1)	<0,001
Normalna uhranjenost	131 (58)	147 (46)	278 (51)	
Prekomjerna tjelesna masa	91 (40)	176 (54)	267 (49)	
Trenutno su bolesne	56 (25)	75 (23)	131 (24)	0,69
Koriste u redovnoj terapiji još neke lijekove (osim lijekova za arterijsku hipertenziju)	110 (48)	165 (51)	275 (50)	0,54
Koriste redovito terapiju za arterijsku hipertenziju	179 (79)	261 (81)	440 (80)	0,57

	Broj (%) ispitanika			P*
	Bez seksualne disfunkcije (n = 40)	Seksualna disfunkcija (n = 150)	Ukupno (n = 550)	
Koliko antihipertenzivnih lijekova redovito koriste (n = 440)				
Jedan	2 (1)	8 (3)	10 (2)	0,03
Dva	99 (55)	113 (43)	212 (48)	
Tri i više	78 (44)	140 (54)	218 (50)	
Koje antihipertenzivne lijekove redovito koriste (n = 440)				
ACEI	102 (57)	135 (52)	237 (54)	0,28
antagonisti angiotenzin II receptora	26 (14,5)	51 (19,5)	77 (17,5)	0,17
diuretik	54 (30)	87 (33)	141 (32)	0,49
beta blokator	46 (26)	74 (28)	120 (27)	0,54
inhibitor kalcijevih kanala (dihidropiridinski)	47 (26)	103 (39)	150 (34)	0,004
blokator imidazolinskih receptora	6 (3,4)	10 (3,8)	16 (3,6)	0,79
blokator aldosterona (eplerenon)	1 (0,6)	0	1 (0,2)	0,23
inhibitor kalcijevih kanala (nedihidropiridinski)	179 (100)	261 (100)	440 (100)	-

* χ^2 test

5.9. Povezanost indeksa ženske seksualne funkcije s razinom zdravstvene pismenosti, kvalitetom života i s izraženosti religijskih uvjerenja

Spearmanovim koeficijentom korelacije (Rho) ocijenila se povezanost pojedinih domena i ukupnog indeksa ženske seksualne funkcije sa zdravstvenom pismenosti, procjenom fizičkog i mentalnog zdravlja te sa snagom religijskog uvjerenja. Ocjena povezanosti je značajna kod svih usporedbi, osim u slučaju snage religijskog uvjerenja i domene želja. Ukupni indeks ženske seksualne funkcije je bolji ako je bolja zdravstvena pismenost (Rho = 0,447), fizičko (Rho = 0,370) i mentalno (Rho = 0,263) zdravlje, te ako je veća snaga religijskog uvjerenja (Rho = 0,121). Sve su veze pozitivne, značajne, ali nešto slabije (Tablica 5.28).

Tablica 5.28. Povezanost indeksa ženske seksualne funkcije (FSFI), sa zdravstvenom pismenosti, fizičkim i mentalnim zdravljem i snagom religijskog uvjerenja

	Spearmanov koeficijent korelacije Rho (P vrijednost)			
	Zdravstvena pismenost (točni odgovori)	SF-12 Fizičko zdravlje	SF-12 Mentalno zdravlje	Snaga religijskog uvjerenja
Želja	0,415 (<0,001)	0,400 (<0,001)	0,292 (<0,001)	-0,059 (0,16)
Uzbuđenje	0,437 (<0,001)	0,371 (<0,001)	0,211 (<0,001)	0,106 (0,01)
Lubrikant	0,447 (<0,001)	0,346 (<0,001)	0,242 (<0,001)	0,147 (<0,001)
Orgazam	0,426 (<0,001)	0,331 (<0,001)	0,256 (<0,001)	0,151 (<0,001)
Zadovoljstvo	0,323 (<0,001)	0,322 (<0,001)	0,243 (<0,001)	0,124 (<0,001)
Bol	0,342 (<0,001)	0,290 (<0,001)	0,168 (<0,001)	0,176 (<0,001)
Ukupno FSFI	0,447 (<0,001)	0,370 (<0,001)	0,263 (<0,001)	0,121 (<0,001)

Ukoliko je odgovarajuća zdravstvena pismenost, značajno je više ispitanica bez seksualne disfunkcije (χ^2 test, $P < 0,001$) (Tablica 5.29).

Tablica 5.29. Povezanost stupnja zdravstvene pismenosti sa seksualnom disfunkcijom

	Broj (%) ispitanika			<i>P</i> *
	Bez seksualne disfunkcije (n = 227)	Seksualna disfunkcija (n = 323)	Ukupno (n = 550)	
Zdravstvena pismenost				
Slaba zdravstvena pismenost	30 (13)	125 (39)	155 (28)	<0,001
Ograničena zdravstvena pismenost	38 (17)	74 (23)	112 (20)	
Odgovarajuća zdravstvena pismenost	159 (70)	124 (38)	283 (51)	

* χ^2 test

Ispitanice bez seksualne disfunkcije imaju bolje ocijenjeno fizičko i mentalno zdravlje, i veća je snaga religijskog uvjerenja (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) (Tablica 5.30).

Tablica 5.30. Razlike u ocjeni fizičkog i mentalnog zdravlja i snage religijskog uvjerenja s obzirom na seksualnu disfunkciju

	Medijan (interkvartilni raspon)		Razlika	95% raspon pouzdanosti	P*
	Bez seksualne disfunkcije (n = 40)	Vjerojatna seksualna disfunkcija (n = 150)			
Fizičko zdravlje SF-12	44,42 (40,32 – 46,29)	42,27 (39,79 – 44,36)	-2	-2,64 do -1,3	<0,001
Mentalno zdravlje SF-12	46,72 (44,79 – 49,10)	45,27 (43,20 – 47,40)	-1,59	-2,13 do -1,03	<0,001
Snaga religijskog uvjerenja	15 (12 – 17)	14 (11 – 15)	-1	-2 do -1	<0,001

*Mann Whitney U test

5.10. Uloga pojedinih čimbenika u predviđanju seksualne disfunkcije (regresijska analiza)

Logističkom regresijom ocijenilo se koji prediktori značajno utječu na seksualnu disfunkciju. Bivarijatnom logističkom regresijom, značajni su prediktori seksualne disfunkcije veći indeks tjelesne mase (omjer izgleda OR = 1,14), dob od 61 – 70 godina (OR = 2,31), dob od 71 i više godina (OR = 10,1), menopauza (OR = 1,65), te veći broj antihipertenzivnih lijekova koje uzimaju (OR = 1,30). Bolje fizičko (OR = 0,89) i mentalno zdravlje (OR = 0,89) te izraženija snaga religijskog uvjerenja (OR = 0,91), kao i ograničena (OR = 0,47) i zadovoljavajuća zdravstvena pismenost (OR = 0,19), u odnosu na slabu zdravstvenu pismenost smanjuju vjerojatnost nastanka seksualne disfunkcije.

U multivarijatnoj logističkoj regresiji, model čine četiri značajna prediktora, a to su indeks tjelesne mase (OR = 1,22) koji povećava vjerojatnost seksualne disfunkcije, te bolje mentalno zdravlje (OR = 0,88), veća snaga religijskog uvjerenja (OR = 0,81), ograničena (OR = 0,36) i zadovoljavajuća zdravstvena pismenost (OR = 0,07) kao protektivni prediktori seksualne disfunkcije, odnosno prediktori koji smanjuju vjerojatnost nastanka seksualne disfunkcije.

Model je u cijelosti značajan ($\chi^2 = 138,4$; $P < 0,001$), i objašnjava od 27 % (po Cox & Snell) do 36 % (po Nagelkerke) varijance prisutne seksualne disfunkcije, i točno klasificira 72 % slučajeva (Tablica 5.31).

Tablica 5.31. Predviđanje vjerojatnosti nastanka seksualne disfunkcije (bivarijatna i multivarijatna logistička regresija – *Stepwise metoda*)

	β	Wald	<i>P</i>	Omjer izgleda (OR)	95% raspon pouzdanosti
Bivarijatna logistička regresija					
Dob (do 50)					
51 – 60	0,15	0,44	0,51	1,16	0,75 do 1,79
61 – 70	0,84	13,99	0,002	2,31	1,49 do 3,59
71 i više	2,31	17,70	<0,001	10,1	3,44 do 29,6
Indeks tjelesne mase	0,15	17,92	<0,001	1,16	1,09 do 1,25
Komorbiditeti	0,32	3,22	0,07	1,38	0,97 do 1,97
Menopauza	0,50	7,23	0,007	1,65	1,15 do 2,38
SF-12 Fizičko zdravlje	-0,11	25,97	<0,001	0,89	0,86 do 0,93
SF-12 Mentalno zdravlje	-0,12	23,18	<0,001	0,89	0,84 do 0,93
Snaga religijskog uvjerenja	-0,09	17,53	<0,001	0,91	0,86 do 0,95
Zdravstvena pismenost (Slaba)					
Ograničena	-0,76	7,13	0,008	0,47	0,27 do 0,82
Zadovoljavajuća	-1,68	50,42	<0,001	0,19	0,12 do 0,30
Broj antihipertenzivnih lijekova	0,26	4,98	0,03	1,30	1,03 do 1,63
Multivarijatna logistička regresija					
Indeks tjelesne mase	0,20	18,12	<0,001	1,22	1,11 do 1,33
SF-12 Mentalno zdravlje	-0,13	15,77	<0,001	0,88	0,82 do 0,94
Snaga religijskog uvjerenja	-0,21	35,86	<0,001	0,81	0,75 do 0,87
Zdravstvena pismenost (Slaba)					
Ograničena	-1,02	7,74	0,005	0,36	0,18 do 0,74
Zadovoljavajuća	-2,72	66,31	<0,001	0,07	0,03 do 0,13
<i>Konstanta</i>	<i>6,24</i>	<i>10,72</i>	<i>0,001</i>		

β – koeficijent regresije

U multivarijantnoj logističkoj regresiji korigiranoj za dob ispitanika (jer se dob pokazala kao najjači prediktor seksualne disfunkcije), također model čine četiri značajna prediktora, a to su: indeks tjelesne mase (OR = 1,21) koji povećava vjerojatnost seksualne disfunkcije i prediktori koji smanjuju vjerojatnost nastanka seksualne disfunkcije: bolje mentalno zdravlje (OR = 0,88), veća snaga religijskog uvjerenja (OR = 0,81), ograničena (OR = 0,36) te zadovoljavajuća zdravstvena pismenost (OR = 0,06).

Model je u cijelosti značajan ($\chi^2 = 142,1$; $P < 0,001$), i objašnjava od 28 % (po Cox & Snell) do 37 % (po Nagelkerke) varijance prisutne seksualne disfunkcije i točno klasificira 74 % slučajeva. (Tablica 5.32).

Tablica 5.32. Predviđanje vjerojatnosti nastanka seksualne disfunkcije - multivarijantna logistička regresija korigirana za dob (*Stepwise metoda*)

	β	Wald	<i>P</i>	Omjer izgleda (OR)	95% raspon pouzdanosti
Multivarijantna logistička regresija*					
Indeks tjelesne mase	0,19	16,23	<0,001	1,21	1,10 do 1,33
SF-12 Mentalno zdravlje	-0,13	14,59	<0,001	0,88	0,82 do 0,94
Snaga religijskog uvjerenja	-0,22	36,50	<0,001	0,81	0,75 do 0,86
Zdravstvena pismenost (Slaba)					
Ograničena	-1,02	6,74	0,009	0,36	0,17 do 0,78
Zadovoljavajuća	-2,79	51,72	<0,001	0,06	0,03 do 0,13
<i>Konstanta</i>	<i>5,74</i>	<i>8,24</i>	<i>0,004</i>		

β – koeficijent regresije; *korigirana za dob

6. Rasprava

Vrijednosti, znanja, mišljenja i način ponašanja svakog pojedinca u zdravstvenom sustavu, tako i LOM, utječu na skrb prema pacijentima (78, 79). Ovim istraživanjem istaknuta je važnost mišljenja LOM u formiranju uobičajenog načina rada te je prikazano kako i koliko osobni stavovi mogu pozitivno, odnosno negativno, utjecati na kvalitetu i ishode liječenja pacijenata.

Istraživanjem su procijenjena mišljenja LOM o različitim čimbenicima koji mogu utjecati na seksualne disfunkcije kod žena. Nastavno na mišljenja, ispitan je uobičajeni način rada LOM vezano uz ovu temu s ciljem pronalaska najvažnijih barijera u samom dijagnosticiranju i terapiji seksualnih disfunkcija kod žena, a posebice kod onih koje boluju i liječe se od arterijske hipertenzije. Sve te rezultate moguće je inkorporirati u rad LOM, odnosno poboljšanje načina rada, a sve s ciljem održavanja pacijentovog životnog blagostanja i kvalitete života. Obuhvaćeno je 13,46% svih LOM u Hrvatskoj te među njihovim sociodemografskim obilježjima nije bilo značajnih odstupanja, što predstavlja relevantan uzorak (80). Važno je za istaknuti, obzirom da je dob među najsnažnijim prediktorima seksualnih disfunkcija, da je dobna struktura pacijenata u ambulantama u kojima rade LOM koji su uključeni u ovo istraživanje, u skladu s dobnom strukturom stanovništva Republike Hrvatske (81). U ovom slučaju ne očekuju se znatna sociodemografska odstupanja u obilježjima ispitanika, a koja bi eventualno utjecala na različitost iskustava rada LOM.

6.1. Mišljenja LOM o zdravstvenoj pismenosti, snazi religijskog vjerovanja i utjecaju na kvalitetu života povezanu s zdravljem

Obzirom da je zdravstvena pismenost direktno povezana s pribavljanjem, razumijevanjem i primjenom medicinskih informacija razumno je postaviti pitanje kako i koliko to utječe na informacije koje pacijenti dobivaju od svojih LOM. Analizirajući mišljenja LOM o zdravstvenoj pismenosti, što je bio jedan od ciljeva ovog istraživanja, važno je primijetiti da više od polovine LOM smatra da je zdravstvena pismenost pacijenata odlična, što se u potpunosti ne slaže s istraživanjima provedenima u Hrvatskoj, u kojima je procijenjeno da je zdravstvena pismenost Hrvata većinski snižena ili granična (82). Naime, prema prethodnom istraživanju čak 14,2% pacijenata navodi da vrlo teško razumije ono što im liječnik govori (83). Ako se ove informacije usporede s onim što smatraju LOM u Hrvatskoj, odnosno da je

zdravstvena pismenost pacijenata većinski odlična, može se zaključiti da gotovo sigurno postoji neslaganje u onome što LOM očekuju od svojih pacijenata, u smislu razumijevanja, i onoga što pacijenti zaista razumiju. Unatoč krivoj procjeni zdravstvene pismenosti svojih pacijenata, rezultati ovog istraživanja pokazuju da gotovo svi LOM prepoznaju važnost zdravstvene pismenosti i njenog utjecaja na ishode liječenja i kvalitetu života povezanu s zdravljem. Ova poveznica potvrđena je i u nizu drugih dostupnih istraživanja (32 – 35). Obzirom na ove rezultate, opravdano je razmišljati o potrebi edukacije pacijenata, a s ciljem povećanja zdravstvene pismenosti. Ovakva edukacija najbolje bi rezultate dala ukoliko se provodi putem izravnog kontakta s zdravstvenim djelatnicima, jer istraživanja pokazuju da više od trećine osoba ne mogu razumjeti i upotrijebiti takve informacije ukoliko su dobivene putem medija (83).

Istražujući utjecaj religioznosti, kao važnog osobnog obilježja, na druge ispitivane varijable kao što su zdravstvena pismenost i kvaliteta života povezana sa zdravljem, dobiveni su slijedeći rezultati. Četvrtina LOM u Hrvatskoj smatra da je snaga religijskog uvjerenja povezana s zdravstvenom pismenošću, no analizirajući dostupne znanstvene radove ne može se sa sigurnošću utvrditi međusobna korelacija na cjelokupnu zdravstvenu pismenost, nego samo na zdravstvenu pismenost povezanu s seksualnim zdravljem (26, 84, 85, 86). Ipak, neovisno o utjecaju na seksualno zdravlje, slabija zdravstvena pismenost i snažnija religioznost povezane su s učestalijim formiranjem teorija zavjere, poglavito vezano uz područje cijepljenja, što govori o važnosti ova dva čimbenika, a posebice za LOM čiji je ovo dio svakodnevnog rada (87). Snažnija religioznost kao prepreka za dijagnozu seksualnih disfunkcija je prepoznata među LOM u Hrvatskoj i istraživanja jasno govore o tome da snažnija religioznost utječe na komunikaciju o seksualnim funkcijama (27). Ovaj podatak je posebno važan kada se u obzir uzmu podaci o religioznosti u Hrvatskoj. Naime, iako crkvena religioznost u smislu pripadnosti Rimokatoličkoj crkvi slabi, osobna religioznost je stabilno visoko (77,8% 2008. godine i 78,3% 2018. godine), što znači da je općenito religioznost pacijenata visoka i da ju je važno afirmirati kao potencijalno otežavajući faktor u komunikaciji o ovoj temi (88). Nadalje, prema ovim rezultatima među LOM nije u dovoljnoj mjeri prepoznata poveznica između snažnije religioznosti i bolje kvalitete života povezane s zdravljem. Naime, istraživanja potvrđuju da religioznost može služiti kao dobar mehanizam suočavanja i olakšati nošenje sa svakodnevnim problemima, a posebice kod osoba koje boluju od različitih kroničnih bolesti i malignih bolesti, te u konačnici poboljšati kvalitetu života pacijenata (89 - 92). Također, osim utjecaja osobne religioznosti pacijenta na vlastitu kvalitetu života, dosadašnja istraživanja navode da snažnija

religioznost liječnika pozitivno utječe na skrb o pacijentu, što poboljšava odnos liječnik-pacijent, a to u konačnici utječe na kvalitetu života pacijenata (93, 94).

Fokus moderne medicine i holističkog pristupa pacijentu nije isključivo produžiti životni vijek, nego održati zadovoljavajuću kvalitetu života povezanu s zdravljem i blagostanjem pacijenata. Da je LOM u Hrvatskoj važna kvaliteta života njihovih pacijenata govori podatak dobiven u ovom istraživanju, da većina liječnika ispituje svoje pacijente o kvaliteti njihovog života. Naime, skoro polovina LOM smatra da njihove pacijentice oboljele i liječene od arterijske hipertenzije imaju manju kvalitetu života, što je u skladu s prijašnjim istraživanjima koja pokazuju da arterijska hipertenzija značajno smanjuje kvalitetu života povezanu sa zdravljem i utječe ponajviše na psihičke i emocionalne aspekte funkcioniranja, u odnosu na samo fizičko zdravlje (95, 96).

Značajno veći broj liječnika koji u svojim ambulantomama imaju pretežno stariju populaciju smatra da njihove pacijentice oboljele i liječene od arterijske hipertenzije imaju manju kvalitetu života, što je zapravo i povezano u istraživanjima, na način da starija životna dob donosi još neke komorbiditete i bolesti kao što je npr. šećerna bolest, koja sama po sebi značajno utječe na kvalitetu života povezanu s zdravljem. Starija životna dob povezana je i s značajno smanjenom adherencijom za lijekove, što također samo po sebi utječe na regulaciju bolesti i posljedično na kvalitetu života (96, 97).

Nastavno na prethodno, ispravno mišljenje vezano uz utjecaj arterijske hipertenzije na kvalitetu života imalo je značajno više LOM čiji je broj dnevno ostvarenih kontakata u ambulanti manji od 40, što zapravo govori o tome da je za vođenje ovakve složene konzultacije u ambulanti potrebo izdvojiti značajno više vremena u odnosu na jednostavne konzultacije kao što je npr. propisivanje kronične terapije.

Važnost seksualnog zdravlja i utjecaj pojave seksualnih disfunkcija na kvalitetu života potvrdila se u većini istraživanja (54, 98, 99). Jednako mišljenje o utjecaju i povezanosti seksualnih disfunkcija na kvalitetu života dijele i LOM u Hrvatskoj, a posebice oni LOM koji zdravstvenu pismenost svojih pacijentica opisuju odličnom. Takvi rezultati mogli bi se objasniti s činjenicom da pacijenti s odličnom zdravstvenom pismenošću lakše tumače svoje simptome, bolje su informirani i više motivirani zadržati dobro zdravlje te u slučaju pojave nekih simptoma bolesti konzultiraju svog LOM. To se preslikava i na vođenje medicinskih konzultacija o seksualnim pitanjima pa na taj način i liječnici dobivaju točnije informacije i lakše donose pozitivne zaključke o ovom pitanju (100).

6.2. Mišljenja LOM o utjecaju antihipertenzivne terapije na seksualne funkcije

Postoje različita istraživanja vezana uz utjecaj antihipertenzivne terapije na seksualne disfunkcije kod žena, koja su nažalost često oprečna, no nedvojbeno postavljaju opravdanu sumnju o učinku antihipertenzivnih lijekova. U odnosu na visoku prevalenciju seksualnih disfunkcija kod žena oboljelih i liječenih od arterijske hipertenzije, u provedenom istraživanju samo manji broj LOM navodi da ponekad primjećuje povezanost antihipertenzivne terapije s pojavom seksualnih disfunkcija. Taj broj značajno je veći kod liječnika koji su na specijalističkom usavršavanju iz obiteljske medicine, što zapravo govori u prilog tome da je kontinuirano usavršavanje važan faktor u osvještavanju o važnosti i učestalosti ovih problema. Također, specijalističko usavršavanje, zbog širine edukacije, zasigurno pomaže u razvoju komunikacijskih vještina i rušenju barijera prilikom razgovora o seksualnom zdravlju i funkcijama. Naime, prema istraživanjima, skoro 90% LOM smatra da im je edukacija dobivena kroz studij značajna, ali u potpunosti nedovoljna te im je potrebna dodatna edukacija iz područja seksualne medicine (101, 102). Također, u periodu specijalističkog usavršavanja liječnici su u češćem kontaktu sa stručnjacima iz različitih područja te različitih nivoa edukacije iz područja seksualnog zdravlja s čime bi se dodatno mogla objasniti ta razlika.

6.3. Mišljenja LOM o utjecaju COVID-19 na seksualne funkcije

Pandemija COVID-19 uzrokovala je značajne promjene u životnom stilu gotovo svakog pojedinca i uzrokovala niz stresnih situacija. To se posebice odnosi na pacijente oboljele od različitih kroničnih bolesti čiji je kontinuitet skrbi bio znatno narušen i doveo do pogoršanja fizičkog i mentalnog zdravlja. Posljedično tome, negativan učinak na mentalno zdravlje doveo je do promjena i pogoršanja seksualnih funkcija (103, 104).

Analizirajući utjecaj COVID-19 na seksualne funkcije pacijentica oboljelih i liječenih od arterijske hipertenzije, može se zaključiti da je manji broj LOM primijetio povećanje u pojavi seksualnih disfunkcija, no ove rezultate je teško numerički usporediti s dosadašnjim istraživanjima jer su rezultati vrlo oprečni (37 - 40). Povećanje broja seksualnih disfunkcija, primijećenih od strane LOM, za vrijeme pandemije, bilo je gotovo jednako u grupi pacijentica koje su preboljele COVID-19 i onih koje nisu preboljele. S obzirom na to da je infekcija COVID-19 davala različite simptome, s izrazitom varijacijom u težini kliničke slike i općem

stanju pacijenata, razumno je da bi trebalo istražiti koje još varijable utječu na ovakav ishod i utječu li možda uvjeti življenja u samoj pandemiji gotovo jednako kao sama bolest. Također, završetkom pandemije otvorila su se neka nova pitanja vezana uz post COVID-19 sindrom i njegovog utjecaja na cjelokupno fizičko i mentalno zdravlje te kvalitetu života povezanu s zdravljem (105). Nastavno na to, statistički je značajno veći broj liječnika koji rade u privatnim ordinacijama i onih koje zdravstvenu pismenost svojih pacijentica procjenjuju odličnom, a koji navode da su primijetili povećanje broja seksualnih disfunkcija kod svojih pacijentica. U periodu proglašenja pandemije LOM značajno su morali smanjiti broj fizičkih konzultacija te svoje konzultacije prebaciti na telefonske ili online oblike. Iako trenutno nema istraživanja o tome u Hrvatskoj, postavlja se pitanje je li bilo značajnih razlika u načinu rada i broju konzultacija, u vrijeme pandemije, između liječnika zaposlenih u Domovima zdravlja i liječnika u privatnim ordinacijama u mreži javnozdravstvene službe, a što bi posljedično moglo utjecati na dijagnostičko-terapijski odnos i ovakve rezultate. Prebacivanje načina rada na telefonske i online oblike značajno je lakše bilo ljudima koji su višeg obrazovanja, jer prema istraživanjima ljudi koji su višeg obrazovanja imaju bolju zdravstvenu pismenost i značajnije lakše koriste resurse primarnog zdravstvenog sustava, stoga ne čudi da su liječnici ovakve simptome povezali s pacijentima odlične zdravstvene pismenosti. (106, 107).

6.4. Postupanja i najčešći problemi LOM vezano uz dijagnozu seksualnih disfunkcija

Unatoč visokoj prevalenciji seksualnih disfunkcija kod žena i poznavanju utjecaja arterijske hipertenzije na seksualne funkcije, LOM u Hrvatskoj vrlo rijetko ispituju svoje pacijentice s arterijskom hipertenzijom, ali i drugim kroničnim bolestima, za njihove seksualne funkcije. Naime, prema dostupnim istraživanjima u četvrtini konzultacija u kojima su spomenuti problemi sa seksualnim funkcijama, LOM su bili ti koji su inicirali razgovor o tome, a prema našem istraživanju broj LOM u Hrvatskoj koji aktivno vode razgovor i ispituju svoje pacijentice, s arterijskom hipertenzijom i/ili drugim kroničnim bolestima, o seksualnim funkcijama značajno je manji (60). Sami liječnici navode da je to iznimno rijetko, odnosno samo kad pacijent prvi pokaže zainteresiranost za tu temu. Nastavno na prethodno, kroz ovo istraživanje identificirano je nekoliko glavnih barijera u vođenju konzultacija vezano uz seksualno zdravlje i funkcije, kod žena oboljelih i liječenih od arterijske hipertenzije, i one su u skladu s dosadašnjim istraživanjima.

Najveća barijera je zapravo zablude da pacijentice ne žele pričati o seksualnim disfunkcijama, jer dosadašnja istraživanja pokazuju da su pacijentice u većoj mjeri otvorene prema komunikaciji o seksualnim pitanjima, nego li su liječnici. Također, obje grupe smatraju da bi druga strana trebala biti ta koja inicira razgovor o tome, pa posljedično tomu dolazi do „rupe“ u konverzaciji i izostanka holističkog pristupa liječenju te posljedično lošijih zdravstvenih ishoda (59, 108). Obzirom da je traženje pomoći direktno povezano s zdravstvenom pismenošću, jasno je da ta „rupa“ u komunikaciji možda dolazi zbog činjenice da zdravstvena pismenost pacijenata nije na razini koju očekuju i procjenjuju LOM. Kako bi se izbjegla mogućnost neprijavlivanja simptoma seksualnih disfunkcija zbog bilo kojeg oblika barijera u komunikaciji, uputno je povremeno rutinski propitivati o seksualnim funkcijama barem kod pacijentica s većim rizikom razvoja disfunkcija.

Druga najveća barijera LOM u Hrvatskoj je nedostatak vremena, što je u potpunosti u skladu s barijerama koje su navedene u drugim istraživanjima (109). Naime, LOM u Hrvatskoj prosječno ima 60 – 80 kontakata na dan, što je uzimajući u obzir organizaciju radnog vremena u ambulantama prosječno 4,5 – 6 minuta po konzultaciji. Za usporedbu, u Ujedinjenom Kraljevstvu čija je organizacija rada obiteljske medicine slična kao i u Hrvatskoj, dužina trajanja konzultacija 2008. godine bila je 11,7 minuta, no s tendencijom povećanja kroz godine (110). Također, specifičnost samih konzultacija utječe na dužinu istih. Naime, istraživanja pokazuju da su konzultacije duže ukoliko su pacijenti ženskog spola, stariji, ako imaju neki novi problem ili se radi o psihološkim problemima (111). Sve navedene varijable treba uskladiti s maksimalnom dužinom trajanja konzultacija, a s obzirom na dnevni broj kontakata. Iz toga proizlazi zaključak da LOM u Hrvatskoj zaista nemaju značajnih resursa za rješavanje složenih problema, a koji nisu postavljeni kao jedina tema konzultacije. Nažalost, jedan manji broj LOM u Hrvatskoj pokazuje potpunu nezainteresiranost za ovu temu te ju smatra nevažnom, odnosno da se pacijentice mogu same informirati. Postoji mogućnost da je upravo ovaj broj LOM značajno veći nego što je dobiveno u rezultatima. Naime, ukoliko LOM zaista smatra da je ova tema nevažna, očekivano je i da neće pristati sudjelovati u ovakvom tipu istraživanja, neovisno o svome znanju.

Istraživanja govore o tome da iskustvo ima značajnu i pozitivnu ulogu u vođenju konzultacija o seksualnom zdravlju i funkcijama (101, 112). Sukladno tome, pozitivan faktor u ovom istraživanju vezano uz vođenje konzultacija o seksualnim funkcijama kod žena s arterijskom hipertenzijom je dob LOM. Statistički značajno bolje rezultate imali su LOM u dobi iznad 56 godine, odnosno najstarija kategorija LOM u ovom istraživanju.

Istražujući postupanja LOM u Hrvatskoj dobiveni su rezultati koji navode da LOM vrlo rijetko upisuju dijagnozu F52 „Seksualna disfunkcija“ u karton pacijentica, čak i ukoliko utvrde postojanje seksualnih disfunkcija. Nakon postavljanja dijagnoze većinski predlože promjenu terapije, a samo mali broj njih razgovara s pacijenticama o mogućim drugim razlozima nastanka seksualnih disfunkcija. Ipak je veći broj LOM koji navode da, unatoč svim prethodno navedenim barijerama razgovaraju sa svojim pacijenticama o simptomima seksualnih disfunkcija, u odnosu na broj LOM koji navode da ne unose dijagnozu u medicinski karton. Ovakav način postupanja, odnosno ne unošenja dijagnoze F52 „Seksualna disfunkcija“ u medicinski karton, može se objasniti na način da LOM ne žele dodatno stigmatizirati svoje pacijentice. Naime, obzirom da se radi o visoko intimnoj temi, koja je i ovako već dovoljno stigmatizirana, ne unošenje dijagnoze u karton ne isključuje da LOM, barem promjenom medikamentozne terapije koja bi mogla biti uzrok seksualnih disfunkcija, ne pokušava riješiti navedene tegobe (113). Ovi rezultati u skladu su s istraživanjem provedenim 2013. godine u Hrvatskoj u kojemu su iz baze Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) dobili podatak da je samo devet žena na području Hrvatske u cijeloj godini dobilo dijagnozu F52 „Seksualna disfunkcija“. Općenito, dijagnozu F52 „Seksualna disfunkcija“, neovisno o spolu, niti jednom nije dao LOM. Ovu dijagnozu davali su: psihijatri, internisti, urolozi, pedijatri, ginekolozi, neurolozi i kirurzi (114).

6.5. Zdravstvena pismenost i snaga religijskog uvjerenja žena oboljelih i liječenih od arterijske hipertenzije te utjecaj na kvalitetu života

U drugom dijelu istraživanja, provedenom među pacijenticama koje boluju i liječe se od arterijske hipertenzije, ispitano je koja osobna obilježja i stanja mogu utjecati na razvoj seksualnih disfunkcija. Među glavnim ispitivanim predskazateljima seksualnih disfunkcija kod žena oboljelih i liječenih od arterijske hipertenzije bili su snaga religijskog uvjerenja, zdravstvena pismenost te povezanost s kvalitetom života. Sudjelovalo je 710 ispitanica, no za procjenu prevalencije seksualnih disfunkcija isključene su pacijentice koje su pretile, odnosno 160 ispitanica, što čini 22,5% uzorka i u skladu je s dostupnim podacima koji navode da je 22,6% žena starijih od 18 godina u Hrvatskoj pretilo (115).

Kao što je već prethodno navedeno, obzirom da je snaga Crkvene i osobne religioznosti u Hrvatskoj vrlo visoka, očekivano je da će rezultati biti u skladu s tim, posebice uzme li se u

obzir da je istraživanje provedeno isključivo među ženama koje generalno pokazuju veću snagu religioznosti u odnosu na muškarce (116). Dodatni motiv je bio istražiti na koji način pacijentice prakticiraju religioznost. Povezanost godina, odnosno starije životne dobi s jačom snagom religijskog uvjerenja u skladu je s dosadašnjim rezultatima istraživanja i ti su rezultati potvrđeni i u ovom istraživanju (117). Analizirajući razinu obrazovanja nisu dobivene značajne razlike što je u suprotnosti s dosadašnjim istraživanjima koja navode da je niža razina obrazovanja povezana s većom snagom religioznosti (116). Također, rezultati ovog istraživanja govore da je značajno manja snaga religijskog uvjerenja kod ispitanica koje povremeno rade, a dosadašnja istraživanja navode da zaposlene žene imaju manju snagu religijskog uvjerenja, obzirom da nemaju toliko vremena prakticirati vjerske običaje (118). Ovakvi rezultati kod ispitanica koje povremeno rade mogli bi se objasniti osjećajem dubokog razočaranja, što može dovesti do smanjenja snage religijskog uvjerenja.

Od ukupnog broja stanovništva 2021. godine 24,1% bilo je visokoobrazovanih osoba, a u ovom istraživanju taj broj je bio znatno veći, odnosno 33,8% visokoobrazovanih osoba. S obzirom da je zdravstvena pismenost uvelike povezana s razinom obrazovanja, očekivani je rezultat nešto veći broj ispitanica s odgovarajućom zdravstvenom pismenošću. No, zdravstvena pismenost pacijentica vrlo je slična s dosadašnjim istraživanjima u Hrvatskoj, odnosno većinski slaba i ograničena (82). Ipak, gledajući različite razine zdravstvene pismenosti u ovom istraživanju, može se primijetiti, ono što je prethodno navedeno, da ispitanice u velikom broju imaju odgovarajuću zdravstvenu pismenost, koja u usporedbi s drugima još uvijek nije na razini razvijenih Europskih zemalja. No, ono što zabrinjava u ovom omjeru je vrlo velik broj ispitanica koje imaju slabu zdravstvenu pismenost, što je značajno lošije u usporedbi s drugim Europskim zemljama kao što su npr. Njemačka, Nizozemska, Španjolska i druge. Prema ovom istraživanju, lošija zdravstvena pismenost je kod starijih osoba, a bolja kod onih zaposlenih. Ti rezultati su u skladu s dosadašnjim istraživanjima koja navode da dob i socioekonomski status značajno utječu na zdravstvenu pismenost. Zanimljivo, zdravstvena pismenost se snažno povezuje s razinom edukacije, no u provedenom istraživanju tu nije bilo značajne razlike (119). Ukoliko se analiziraju pojedinačna pitanja koja su bila vezana uz deklaraciju sladoleda, može se vidjeti da je najviše točnih odgovora bilo vezano uz količinu sladoleda koju pacijentice smiju unijeti ukoliko imaju točno naveden broj ugljikohidrata, no ono što je zabrinjavajuće je da je najmanji broj ispitanica znalo odgovoriti na pitanja vezano uz alergijske reakcije, odnosno najmanji broj njih zna s deklaracije pročitati koji su alergeni i što to za njih znači. Obzirom na ove rezultate, LOM svakako bi trebali biti svjesni rizika kojim su izloženi njihovi pacijenti zbog

neznanja i potrebe da pokušaju educirati svoje pacijente koji su pod povećanim rizikom nastanka alergijskih reakcija.

Dosadašnja istraživanja navode negativnu povezanost između arterijske hipertenzije i kvalitete života povezane s zdravljem. Sukladno tome, ovo istraživanje potvrdilo je nalaze iz drugih istraživanja diljem svijeta, da je kvaliteta života pacijentica oboljelih i liječenih od arterijske hipertenzije znatno narušena. Kvaliteta života narušena je u obje domene, no nešto je niža u području fizičkog zdravlja u odnosu na mentalno zdravlje. Na kvalitetu života, u oba područja, najveći utjecaj je imala dob, što nije u skladu s dosadašnjim istraživanjima koja navode da su značajniji čimbenici bili bračni status, razina obrazovanja i razina prihoda (120, 121). Također, u ovom istraživanju, nezaposlene pacijentice značajno češće su bile lošijeg fizičkog zdravlja u odnosu na ostale kategorije, što zapravo može predstavljati uzročno posljedičnu vezu, odnosno da su zbog lošijeg fizičkog zdravlja u nemogućnosti raditi.

6.6. Utjecaj COVID-19 na seksualne funkcije i regulaciju arterijskog tlaka

Uspoređujući rezultate iz istraživanja provedenog na LOM, odnosno pitanja vezana uz pojavu seksualnih disfunkcija kod njihovih pacijentica nakon preboljenja COVID-19 te rezultata istraživanja na samim pacijenticama, dobiva se gotovo identična prevalencija. No, zanimljivo, puno je veći broj ispitanica koje navode da su poslije infekcije COVID-19 imale poteškoća s regulacijom arterijskog tlaka, kao i onih koje smatraju da im je preboljenje samog COVID-19 dovelo do smanjenja kvalitete života. U istraživanjima su potvrđene sve ove veze kao i u ovom istraživanju, no još uvijek nije utvrđeno što je i na koji način točno utjecalo. Naime, postoji mogućnost da je preboljenje COVID-19 uzrokovalo otežanu regulaciju arterijskog tlaka i posljedično dovelo do razvoja seksualnih disfunkcija i snižene kvalitete života, ali postoji mogućnost i da je zbog velikih promjena u životnom stilu i navikama u vrijeme pandemije prvo došlo do smanjenja kvalitete života (122). U svakom slučaju, potrebna su dodatna i opširnija istraživanja ove teme. Naime, obzirom da je pandemija COVID-19 trajala duži vremenski period, sasvim je moguće da su se svi ovi uzroci izmijenili kroz određeno vremensko razdoblje i da dobiveni rezultati kako ovoga, ali tako i budućih istraživanja, uvelike ovise o tome kada su pacijenti bili uključeni u istraživanje.

6.7. Prevalencija, povezanost općih i kliničkih obilježja ispitanica te antihipertenzivne terapije sa seksualnim disfunkcijama

Prema dobivenim rezultatima, prevalencija nekog od oblika seksualnih disfunkcija kod žena oboljelih i liječenih od arterijske hipertenzije je 58,7%, što je nešto veća prevalencija nego što je navedena u dosadašnjim istraživanjima. No, uspoređujući dobivene rezultate s rezultatima istraživanja u kojima su ispitanici imali sličan dobni raspon (od 51 – 60 godina) i prevalenciju od 56,8%, može se zaključiti da su ovi rezultati gotovo isti kao i u dosadašnjim istraživanjima u svijetu ili malo viši (123). Važno je za istaknuti, obzirom da je većina ispitanica u posljednja dva tjedna imala dobru regulaciju arterijskog tlaka može se potvrditi da u provedenom istraživanju nije bilo učinka kojeg neregulirana arterijska hipertenzija ima na seksualne funkcije (124). Uspoređujući ove rezultate s rezultatima seksualnih funkcija kod zdravih žena u Hrvatskoj, može se primijetiti da je 47,1% zdravih žena imalo neki oblik seksualnih disfunkcija, a među ženama koje boluju i liječe se od arterijske hipertenzije je taj postotak veći za 11,6%.

S obzirom na opća i klinička obilježja naših ispitanica i indeksa ženske seksualne disfunkcije, može se zaključiti da su starija životna dob, menopauza, prekomjerna tjelesna težina i kombinirana terapija s tri ili više antihipertenzivna lijeka značajni faktori za razvoj seksualnih disfunkcija kod žena koje boluju od arterijske hipertenzije, što je i potvrđeno u dosadašnjim istraživanjima (15, 45, 49, 125). Važnost ovih rezultata očituje se u činjenici da je na životnu dob i menopauzu nemoguće utjecati, no na tjelesnu težinu i odabir broja antihipertenzivnih lijekova je gotovo uvijek moguće.

Analizirajući utjecaj antihipertenzivne terapije, značajno više ispitanica koje koriste inhibitore kalcijevih kanala (dihidropiridinske) su imale neki oblik seksualne disfunkcije. Istraživanja vezana uz utjecaj inhibitora kalcijevih kanala na seksualne funkcije kod žena su vrlo rijetka, a u ono malo dostupnih istraživanja nije se dokazao značajan učinak na pojavu seksualnih disfunkcija (126). Suprotno tome, kod muškaraca, postoje istraživanja koja su uspoređivala učinak različitih vrsta terapija i blokatori kalcijevih kanala su uzrokovali najveću učestalost javljanja seksualnih disfunkcija (127). Kod žena, prema dostupnim istraživanjima, ACEI u monoterapiji i diuretici + blokatori angiotenzinskih receptora u kombiniranoj terapiji, su najčešće povezivani s pojavom seksualnih disfunkcija, no u ovom istraživanju unatoč velikom broju pacijenta koji koriste ACEI u monoterapiji nisu dobiveni takvi rezultati (49).

6.8. Predskazatelji seksualnih disfunkcija kod žena oboljelih i liječenih od arterijske hipertenzije

Ocjenjujući povezanost svih ispitivanih čimbenika u ovom istraživanju i utjecaja na seksualne funkcije žena oboljelih i liječenih od arterijske hipertenzije, dobivena je značajna pozitivna povezanost između bolje zdravstvene pismenosti, boljeg fizičkog i mentalnog zdravlja, snažnije religioznosti te boljih seksualnih funkcija, osim u slučaju povezanosti veće seksualne želje i snažnije religioznosti.

Dobiveni rezultati govore u prilog tome, da ukoliko imaju odgovarajuću zdravstvenu pismenost, značajno je više ispitanica bez seksualnih disfunkcija i ti su rezultati istovjetni s drugim istraživanjima koji potvrđuju pozitivan utjecaj snažnije zdravstvene pismenosti na seksualnu pismenost i posljedično tome na seksualne funkcije (33 – 35). O zdravstvenoj pismenosti i utjecaju na seksualno zdravlje i funkcije uglavnom se govorilo u kontekstu češćih prijava simptoma te utjecaju na dijagnostičko-terapijski odnos s liječnikom, no obzirom da se radi o visoko intimnoj temi, postupanje svakog pojedinca, neovisno o uključivanju LOM u ovaj proces, igra značajnu ulogu. Naime, obzirom da na seksualne funkcije utječu različiti čimbenici koji nisu uvijek isključivo zdravstvene prirode kao npr. loši međupartnerski odnosi, jasno je da rješavanje ovih problema vrlo često počiva na samom pojedincu, odnosno partnerima. U tom slučaju ukoliko je i/ili jesu snažnije zdravstvene pismenosti, odnosno imaju dobre kapacitete za prepoznavanje problema i traženje pomoći odnosno „lijeka“, može se zaključiti da u takvom procesu ne mora uvijek biti uključen LOM, a da ishod bude uspješan. Upravo u tome jest važnost prepoznavanja razine zdravstvene pismenosti i svih osobnih, ali i globalnih aktivnosti usmjerenih ka poboljšanju iste.

Nastavno na prethodno, ali i vezano uz druga dva važna čimbenika, dobiveni rezultati potvrđuju da žene bez seksualnih disfunkcija imaju bolje ocjenjeno fizičko i mentalno zdravlje i veću snagu religijskog uvjerenja. Rezultati vezani uz fizičko i mentalno zdravlje u potpunosti su sukladni dosadašnjim istraživanjima koja navode da seksualne disfunkcije imaju snažan negativan učinak na kvalitetu života, ne samo žena, nego i njihovih partnera (57). Također, rezultati govore o važnosti cjelokupne priče o seksualnim funkcijama kod žena liječenih i oboljelih od arterijske hipertenzije i impliciraju o važnosti promjene svijesti LOM koji smatraju da ova tema nije toliko važna. Naime, među glavnim kompetencijama LOM je osobi orijentirana skrb, što znači da LOM mora uvažavati pacijenta kao osobu i uvažavati njemu

važne probleme koji utječu na njegovo zdravstveni status, a posebice ukoliko su oni zaista medicinski utemeljeni i u domeni rada LOM.

Vežano uz snagu religijskih uvjerenja, postoje oprečna istraživanja, no dobiveni rezultati su u skladu s onima koji generalno govore o pozitivnom učinku religioznosti na osjećaj nade, pozitivnom učinku molitve te onima koji religioznost doživljavaju kao mehanizam suočavanja sa stanjima stresa (22, 23). Prema ovom istraživanju, najveći broj ispitanica navelo je da se slaže s izjavom da im vjera pruža značaj i svrhu u životu te da se mole svakodnevno, što je u skladu s prethodno navedenim. Jedina negativna povezanost, iako nije značajna, dobivena je u ocjeni povezanosti seksualnih želja i snage religijskog uvjerenja, što je u skladu s dosadašnjim istraživanjima koja navode da u slučaju snažnije religioznosti dolazi do utjecaja medijatora, točnije seksualne krivnje i razvoja seksualnih disfunkcija u području seksualnih želja (25, 128). U ovom slučaju prikazano je zašto je važno da upravo LOM budu oni koji predvode razgovore o ovakvim pitanjima sa svojim pacijentima. Naime, u odnosu na druge liječnike, LOM uobičajeno značajno bolje poznaju svoje pacijente, odnosno generalno znatno češće prepoznaju njihove stavove i iskustva, posebice o temama koje mogu utjecati na njihovo zdravlje.

Regresijskom analizom dobiven je podatak o značajnim pozitivnim i negativnim čimbenicima povezanim uz seksualne disfunkcije kod žena s arterijskom hipertenzijom. Čimbenici koji su povezani sa značajno većom učestalosti seksualnih disfunkcija su: starija životna dob, veći ITM, menopauza i veći broj antihipertenzivnih lijekova koji uzimaju. Čimbenici koji imaju pozitivan učinak su: bolje fizičko i mentalno zdravlje, veća snaga religijskog uvjerenja i bolja zdravstvena pismenost. Usporedi li se to s dostupnim istraživanjima, može se reći da je za čimbenik religioznosti bilo najviše oprečnih i nekonzistentnih zaključaka, no ostali podaci su u potpunosti u skladu s dosad provedenim istraživanjima (15, 25).

Nastavno na prethodno navedeno, dobiven je u potpunosti značajan model koji se sastoji od četiri glavna prediktora nastanka seksualnih disfunkcija, neovisno o dobi. Povećanje ITM povećava vjerojatnost nastanka seksualnih disfunkcija, a poboljšanje mentalnog zdravlja, jačanje zdravstvene pismenost i snažnija religioznost smanjuju vjerojatnost nastanka seksualnih disfunkcija kod žena oboljelih i liječenih od arterijske hipertenzije. Ovaj model ne može se usporediti s dosadašnjim istraživanjima jer do sada nisu provedena istraživanja koja su uključivala sve ili barem većinu navedenih čimbenika.

6.9. Edukacija liječnika u području seksualne medicine

Prilikom istraživanja barijera u komunikaciji između LOM i njihovih pacijentica vezano uz njihove seksualne funkcije pojavilo se nekoliko najčešćih problema, kako u ovom, tako i u drugim istraživanjima. Naime, pregledom literature uočeno je da velik broj liječnika, a posebice LOM, smatraju da imaju nedovoljno znanje u području seksualne medicine. U istraživanju provedenom u Sjedinjenim Američkim Državama usporedili su nekoliko različitih kurikuluma medicinskih fakulteta i došli do zaključka da je potrebno standardizirati kurikulume i u njih uvesti dodatnu edukaciju iz područja seksualnog zdravlja. Nastavno na to, čak i kad LOM navode da su u tijeku svog studija imali edukaciju iz navedenog područja i dalje ju ne smatraju dovoljnom za praksu (101, 129). U Hrvatskoj stanje nije bolje ni na specijalističkoj razini, naime iako je 2011. godine uvedena specijalizacija/subspecijalizacija iz seksualne medicine u Europi, u Hrvatskoj je 2020. godine bio tek jedan specijalist s navedenom titulom (130). Dodatni otežavajući faktor za žene je podatak da ovu subspecijalizaciju najčešće odabiru urolozi, a u vrlo malom broju LOM i ginekolozi, što znači da je ženama posvećena znatno manja pažnja i skrb (131).

Iako o ovoj temi postoji nekolicina istraživanja, u jednom od najnovijih istraživanja vezanih uz edukaciju studenata o seksualnom zdravlju, najsnažniji učinak dala je edukacija kroz više različitih modula i kroz cjelokupni studij. Naime, u tom istraživanju ističe se da dužina trajanja svakog modula može biti i samo 2 dana, ali treba uključivati teorijski i praktični dio edukacije. Ovako stečena znanja ostaju značajno dugo (132).

6.10. Ograničenja i snage istraživanja

Ograničenje ovog istraživanja je primarno ustroj studije, naime obzirom da se radi o presječnoj studiji nije moguće pratiti promjene. Nadalje, nije ispitano jesu li sudionici istraživanja (LOM) pohađali dodatne edukacije u području seksualnog zdravlja, jer postoji mogućnost da su u istraživanju sudjelovali liječnici koji su višeg znanja u ovom području, a da su se liječnici koji su nižeg znanja samoisključili. Također, u dijelu istraživanja provedenom među pacijenticama nije ispitivana varijabla osobne važnosti seksualnih funkcija koja može znatno utjecati na subjektivnu ocjenu postojanja i/ili ne postojanja seksualnih disfunkcija.

Unatoč navedenim ograničenjima, snaga ovog istraživanja je postojanje velikog broja ispitivanih varijabli i korištenje upitnika koji su prethodno korišteni s čim je olakšana interpretacija i usporedba rezultata. Vezano uz dio istraživanja provedenog među LOM, ističe se velik uzorak i sudjelovanje LOM iz svih područja Republike Hrvatske, odnosno postojanje snažnog reprezentativnog uzorka. U drugom dijelu istraživanja provedenom među pacijenticama, važno je istaknuti da su pacijentice u posljednja dva tjedna većinski imale dobru regulaciju arterijskog tlaka s čime je izbjegnuta sistemska pogreška u interpretaciji dobivenih rezultata.

6.11. Dosadašnja istraživanja o seksualnim disfunkcijama kod žena

Pregledom dostupne literature može se zaključiti da je seksualna disfunkcija kod žena tema koju se tek nedavno počelo ozbiljnije istraživati te je nepravedno zanemarena u odnosu na istu tematiku kod muškaraca. Specifičnije, vrlo je malo istraživanja vezanih uz seksualne disfunkcije kod žena koje boluju i liječe se od hipertenzije, a još manje onih vezanih uz predskazatelje seksualne disfunkcije i preventivne radnje vezane uz njih.

U Hrvatskoj trenutno nema provedenih istraživanja i publiciranih radova vezanih uz seksualne disfunkcije i arterijsku hipertenziju kod žena, a svega je nekoliko radova koji su općenito ispitivali seksualne funkcije i disfunkcije kod žena. Prvo istraživanje provedeno je 2005. godine na uzorku od 384 žena i rezultati su pokazali da 33,8% žena ima određene seksualne disfunkcije, poglavito vezane u doživljaj orgazama (133). Dva su istraživanja publicirana 2019. godine, jedno je provedeno na nasumično odabranom uzorku od 204 žena dobi između 18 i 65 godina te su rezultati pokazali da skoro polovina ispitanica (47,1%) ima neki oblik seksualne disfunkcije, a drugo istraživanje uključivalo je ispitanice s nekim oblikom urinarne inkontinencije gdje se pokazala povezanost s seksualnim disfunkcijama i utjecaj na kvalitetu života (67, 134). Zadnja dva publicirana rada odnosila su na grupu pacijentica s epilepsijom i šećernom bolešću i oba su pokazala pozitivnu korelaciju s nastankom seksualnih disfunkcija kod žena (135, 136).

6.12. Mogućnost primjene ovih rezultata u daljnjim istraživanjima i kliničkoj praksi

Daljnja istraživanja vezana uz seksualne disfunkcije kod žena jednako su potrebna i u svijetu i u Hrvatskoj. Naime, ovo je prvo istraživanje vezano uz seksualne disfunkcije kod žena koje je provedeno među LOM u Hrvatskoj i procjenjujući širinu ove tematike, dalo je samo uvid u niz mogućih smjerova za daljnja istraživanja. Svakako bi bilo zanimljivo proširiti ovo istraživanje u području barijera u komunikaciji s pacijentima o seksualnim disfunkcijama, na način da se pokuša točno diferencirati postoje li neka osobna obilježja LOM koja utječu na razgovor o seksualnim disfunkcijama, kao npr. jesu li i u kojoj mjeri LOM u Hrvatskoj religiozni i utječe li to na njihov način komunikacije s pacijentima. Također, vezano uz upisivanje dijagnoze F52 „Seksualna disfunkcija“ u medicinski karton pacijentica, s obzirom na rezultate ovog istraživanja bilo bi uputno istražiti koji su točno razlozi zašto LOM ne upisuju ovu dijagnozu, unatoč postavljenoj dijagnozi.

Nadalje, vezano uz dio istraživanja provedenog među ženama koje boluju i liječe se od arterijske hipertenzije, bilo bi zanimljivo proširiti ovo istraživanje na način da se prije same procjene Indeksa ženske seksualne funkcije prvo provjeri koliku važnost ispitanice općenito daju seksualnosti i seksualnim funkcijama, odnosno postoji li neka razlika u odnosu na one žene kojima je seksualno funkcioniranje iznimno važan dio života i onih koje to ne doživljavaju osobito važnim. Također, bilo bi zanimljivo proširiti ovo istraživanje i na partnerske odnose, odnosno vidjeti jesu li ispitanice i u kojoj mjeri su zadovoljne svojim partnerskim odnosima.

Vezano uz znanje i edukaciju o seksualnoj medicini, ovakvo istraživanje bi se moglo provesti i među studentima medicinskih fakulteta u Hrvatskoj, a s ciljem provjere znanja no i osobnih stavova vezano uz seksualnu medicinu. Naime, ovisno o rezultatima ovakvog istraživanja, dobili bi podatke postoje li i koje su to kritične točke edukacije studenata i postoji li npr. adekvatno znanje ili možda isključivo problemi u komunikacijskim vještinama.

Rezultati ovog istraživanja upućuju na potrebu podizanja svijesti o važnosti i učestalosti seksualnih disfunkcija kod žena oboljelih i liječenih od arterijske hipertenzije, posebice među LOM, no istovjetno i među samim ženama kako bi smanjili stigmatu seksualnih disfunkcija i uputili ih da primijete moguće simptome u samom početku.

LOM imaju pretežito ispravna razmišljanja o važnosti i utjecaju različitih čimbenika, kao što su zdravstvena pismenost, fizičko i mentalno zdravlje kao odrednice kvalitete života povezane s zdravljem te religioznost. Naime, obzirom da je religioznost pacijenata u Hrvatskoj

značajno visoka, religioznost je moguće koristiti i kao dio terapijskog i/ili dijagnostičkog alata, koji bi svakako mogao pomoći u komunikaciji s onim pacijentima kojima je religioznost važan segment zdravlja i bolesti. Također, obzirom da je zdravstvena pismenost važan čimbenik u svim segmentima vezanim uz zdravlje, uputno je da LOM rade procjenu istoga kako ne bi nastala barijera u komunikaciji koja značajno može otežati sve dijagnostičko-terapijske procese i posljedično znatno narušiti zdravlje i kvalitetu života pacijentica.

Obzirom na otkrivene barijere u dijagnostici i terapiji seksualnih disfunkcija, trebalo bi istaknuti važnost rutinske procjene seksualnih funkcija kod svih pacijentica kod kojih postoji značajan rizik razvoja seksualnih disfunkcija. Na taj način postoji mogućnost utjecaja na čimbenike koje je moguće prevenirati odnosno korigirati, kao što je povišen ITM, zdravstvena pismenost te način i vrsta korištenja određene medikamentozne terapije.

Konačno, osnaživanjem čimbenika na koje kao liječnici možemo utjecati, fokus stavljamo na pacijenta, njegovu dobrobit i potpuno blagostanje, a što je nemoguće bez percipiranja važnosti ljudske seksualnosti.

7. Zaključci

Na temelju provedenog istraživanja i dobivenih rezultata potvrđena je prva hipoteza ovoga istraživanja, odnosno da su seksualne disfunkcije učestalije kod žena oboljelih i liječenih od arterijske hipertenzije u odnosu na žene iz zdrave populacije te da postoji povezanost i utjecaj određene vrste antihipertenzivne terapije, zdravstvene pismenosti i izraženosti religijskih uvjerenja na pojavu i izraženost seksualnih disfunkcija što utječe na kvalitetu života. Druga hipoteza ovog istraživanja djelomično je potvrđena. Naime, rezultati ukazuju na to da LOM dovoljno uviđaju povezanost seksualnih disfunkcija i kvalitete života pacijentica, no ne povezuju to s antihipertenzivnim liječenjem i u rutinskom pristupu ne dijagnosticiraju i ne liječe probleme vezane uz seksualne funkcije.

Ovim istraživanjem otkrila se uloga antihipertenzivne terapije kao etiološkog čimbenika u pojavnosti i izraženosti seksualnih disfunkcija kod žena i utjecaj drugih rizičnih čimbenika za nastanak seksualnih disfunkcija te se rasvijetlila uloga i način ophođenja LOM vezano uz ovu temu, s čime su se otvorile značajne preventivne i terapijske mogućnosti. Obzirom da se radi o rastućem, no stigmatiziranom javnozdravstvenom problemu, dodatna edukacija liječnika iz područja seksualnog zdravlja promijenila bi njihovo postupanje i osigurala bolju skrb pacijenticama.

Nastavno na prethodno navedeno, mogu se izvesti slijedeći zaključci:

1. Prevalencija seksualnih disfunkcija kod žena oboljelih i liječenih od arterijske hipertenzije je 58,7% i veća je u odnosu na prevalenciju seksualnih disfunkcija kod zdravih žena.
2. Glavni predskazatelji seksualnih disfunkcija kod žena oboljelih i liječenih od arterijske hipertenzije su: dob, ITM, menopauza, fizičko i mentalno zdravlje, snaga religijskog uvjerenja, zdravstvena pismenost i korištenje tri ili više vrsta antihipertenzivnih lijekova.
3. Bolje fizičko i mentalno zdravlje, ograničena i zadovoljavajuća zdravstvena pismenost u odnosu na slabu te izraženija snaga religijskog vjerovanja smanjuju vjerojatnost nastanka seksualnih disfunkcija kod žena oboljelih i liječenih od arterijske hipertenzije. Žene koje su oboljele i liječe se od arterijske hipertenzije te koriste inhibitore kalcijevih kanala (dihidropiridinske) značajno češće imaju seksualne disfunkcije u odnosu na one koje ne uzimaju navedenu terapiju.

4. Više od polovine LOM smatra da je zdravstvena pismenost njihovih pacijentica odlična i da pacijentice koje imaju snažniju religioznost manje prijavljuju seksualne disfunkcije. LOM uviđaju povezanost i važnost kvalitete života i negativan utjecaj pojave seksualnih disfunkcija na kvalitetu života. Manji broj LOM ponekad primjećuje povezanost između korištenja antihipertenzivne terapije i pojave seksualnih disfunkcija.
5. LOM vrlo rijetko, u svom redovitom radu, ispituju pacijentice s arterijskom hipertenzijom za njihove seksualne funkcije, a najveći broj njih to radi isključivo kada pacijentice pokažu zainteresiranost za tu temu. Najveće barijere su nedostatak vremena i osobno mišljenje LOM da pacijentice ne žele pričati o tome. Ako i utvrde simptome seksualnih disfunkcija, LOM vrlo rijetko upisuju dijagnozu F52 u karton pacijenta i najčešće predlože promjenu terapije, a iznimno mali broj LOM predloži neki drugi oblik dijagnostike ili terapije.

8. Sažetak

Cilj istraživanja: Ispitati mišljenja i postupanja LOM vezano uz zdravstvenu pismenost, snagu religijskih uvjerenja, kvalitetu života i povezanosti seksualnih disfunkcija s antihipertenzivnim liječenjem te istražiti prevalenciju, predskazatelje i međuodnos zdravstvene pismenosti, kvalitete života, izraženosti religijskih uvjerenja, vrste antihipertenzivne terapije te učestalosti seksualnih disfunkcija kod žena oboljelih i liječenih od arterijske hipertenzije.

Nacrt studije: Presječno istraživanje

Ispitanici i metode: Istraživanje je provedeno od ožujka do rujna 2022. godine u Republici Hrvatskoj. Prvu grupu ispitanika činili su LOM, a drugu grupu činile su žene koje boluju i liječe se od arterijske hipertenzije. Upitnikom za LOM prikupljeni su sociodemografski podaci, podaci o radu ambulante te mišljenja o zdravstvenoj pismenosti, kvaliteti života, snazi religijskog vjerovanja, utjecaju COVID-19 i odnos tih varijabli na seksualne funkcije pacijentica, te uobičajen način rada. Ispitivanje pacijentica provelo se putem upitnika pomoću kojeg su se prikupili sociodemografski podaci, podaci o postojanju drugih kroničnih bolesti, podaci o terapiji i vezano uz COVID-19 te upitnika FSFI, Sv. Klara – Upitnik o snazi religijskog vjerovanja, SF-12v2 i NVS-HR.

Rezultati: Prevalencija seksualnih disfunkcija kod žena oboljelih i liječenih od arterijske hipertenzije je 58,7%. LOM uviđaju važnost zdravstvene pismenosti, kvalitete života pacijentica i utjecaja religioznosti na slabiju prijavu seksualnih disfunkcija. Manji broj LOM primjećuje povezanost između korištenja antihipertenzivne terapije i seksualnih disfunkcija. LOM vrlo rijetko ispituju pacijentice s arterijskom hipertenzijom za njihove seksualne funkcije. Najveće barijere pokazale su se nedostatak vremena i mišljenje LOM da pacijentice ne žele pričati o tome. LOM vrlo rijetko upisuju dijagnozu F52 u karton i najčešće predlože promjenu terapije. Povećanje ITM povećava vjerojatnost nastanka seksualnih disfunkcija, a poboljšanje mentalnog zdravlja, jačanje zdravstvene pismenost i snažnija religioznost smanjuju vjerojatnost nastanka seksualnih disfunkcija kod žena oboljelih i liječenih od arterijske hipertenzije. Žene koje su oboljele i liječe se od arterijske hipertenzije te koriste inhibitore kalcijevih kanala (dihidropiridinske) značajno češće imaju seksualne disfunkcije.

Zaključak: Dobiven je u cijelosti značajan model koji se sastoji od četiri značajna predskazatelja: povišen ITM koji povećava vjerojatnost nastanka te bolje mentalno zdravlje, veća snaga religijskog vjerovanja i ograničena ili zadovoljavajuća zdravstvena pismenost koji

smanjuju vjerojatnost nastanka seksualnih disfunkcija. Slijedom dobivenih rezultata, preventivni pristup seksualnom zdravlju biti će cjelovitiji i uspješniji.

Ključne riječi: liječnik opće/obiteljske medicine, hipertenzija, seksualnost, disfunkcije, zdravstvena pismenost, religioznost, kvaliteta života

9. Summary

PREDICTORS OF SEXUAL DYSFUNCTION AMONG WOMEN TREATED FOR HIGH BLOOD PRESSURE

Objectives: To examine the opinions and actions of general practitioners (GPs) about health literacy, the strength of religious beliefs, quality of life and the connection between sexual dysfunctions and antihypertensive treatment. Furthermore, to investigate the prevalence, predictors and relationships between health literacy, quality of life, the strength of religious beliefs, the type of antihypertensive therapy and the frequency of sexual dysfunctions in women suffering from and being treated for arterial hypertension.

Study Design: Cross-sectional study

Participants and methods: The research was conducted from March to September 2022 in Republic of Croatia. The first group of participants were GPs, and the second group consisted of women suffering from and being treated for arterial hypertension. The examination for GPs was carried out using a questionnaire through which socio-demographic data, data on the clinic's work and GPs opinions on health literacy, quality of life, strength of religious belief, the impact of COVID-19, their common practice, and the overall relationship of these variables in contrast to the patients' sexual functions, were examined. The examination for female patients was conducted through a five-part questionnaire, which collected sociodemographic data, data on the existence of other chronic diseases, data on therapy, questions related to COVID-19 and the FSFI questionnaire, the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire, SF-12v2 and NVS-HR.

Results: The prevalence of sexual dysfunctions in women suffering from and being treated for arterial hypertension is 58.7%. GPs recognize the importance of health literacy, the patient's quality of life, and the influence of religiosity on the lower reporting of sexual dysfunctions. Fewer GPs note the relation between the use of antihypertensive therapy and sexual dysfunction. GPs very rarely examine patients with arterial hypertension for their sexual functions. Lack of time and GPs opinion that patients do not want to talk about it proved to be the biggest barriers. GPs very rarely write the diagnosis F52 (Sexual diagnosis) in the record and most often suggests a change of therapy. An increase in Body Mass Index increases the likelihood of sexual dysfunctions, while improving mental health, strengthening health literacy and stronger religiosity reduce the likelihood of sexual dysfunctions in women suffering from and treated for arterial hypertension. Women who are being treated for arterial hypertension

and use calcium channel blockers (dihydropyridine) significantly more often have sexual dysfunctions.

Conclusion: A significant model consisting of four significant predictors was obtained: higher BMI, which increases the probability of occurrence of sexual dysfunctions and better mental health, greater strength of religious belief, and limited or satisfactory health literacy, which reduce the probability of occurrence of sexual dysfunctions. As a result of the obtained results, the preventive approach to sexual health will be more comprehensive and successful.

Keywords: General Practitioners, Hypertension, Sexuality, Dysfunction, Health Literacy, Religion, Quality of Life

10. Literatura

1. Kershaw V, Jha S. Female sexual dysfunction. *Obstet Gynecol Surv.* 2021;24(1):12–23.
2. World Health Organization. Sexual health. Dostupno na adresi: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2. Datum pristupa: 18.7.2024.
3. Rao TS, Nagaraj AK. Female sexuality. *Indian J Psychiatry.* 2015;57(2):S296-S302.
4. Rowland D, R Gutierrez B. *The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology.* Los Angeles: Sage Reference; 2017.
5. Rosen RC, Barsky JL. Normal sexual response in women. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2006;33(4):515-26.
6. Nowosielski K, Wróbel B, Kowalczyk R. Women’s Endorsement of Models of Sexual Response: Correlates and Predictors. *Arch Sex Behav.* 2015;45(2):291–302.
7. Giraldi A, Kristensen E, Sand M. Endorsement of Models Describing Sexual Response of Men and Women with a Sexual Partner: An Online Survey in a Population Sample of Danish Adults Ages 20–65 Years. *J Seks Med.* 2015;12(1):116–28.
8. Jha S, Thakar R. Female sexual dysfunction. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;153(2):117-23.
9. Clayton A, Valladares Juarez E. Female Sexual Dysfunction. *Med Clin North Am.* 2019;103(4):681-98.
10. Both S. Recent Developments in Psychopharmaceutical Approaches to Treating Female Sexual Interest and Arousal Disorder. *Curr Sex Health Rep.* 2017;9(4):192–9.
11. Marchand E. Psychological and Behavioral Treatment of Female Orgasmic Disorder. *Sex Med Rev.* 2021;9(2):194-211.
12. Mojdeh Banaei, Vahid Mehrnoush, Nasibeh Roozbeh, Nourossadat Kariman. Coping Strategies with Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder: A Qualitative Study. *Pain Res Manag.* 2023;2023:1–11.
13. Berenguer-Soler M, Navarro-Sánchez A, Compañ-Rosique A, Luri-Prieto P, Navarro-Ortiz R, Gómez-Pérez L, et al. Genito Pelvic Pain/Penetration Disorder (GPPPD) in Spanish Women—Clinical Approach in Primary Health Care: Review and Meta-Analysis. *J Clin Med.* 2022;11(9):2340.

14. Khani A. Female Sexual Dysfunction: Prevalence and Risk Factors. *JCDR*. 2013;7(12): 2877-80.
15. McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Women's Health*. 2018;18(1).
16. Jeličić A, Grgić T. Utjecaj vjere na poimanje kvalitete života kod osoba s poremećajima živčanog sustava. *Hrvatski časopis zdravstvenih znanosti*. 2022;2(1):4–15.
17. Žuvela N. Kršćanstvo u Jungovu poimanju nesvjesnoga. *Obnov. Život*. 2007;62(4): 463-75.
18. Brlas S. Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja. *Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije*; 2014:6-29.
19. Leutar Z, Leutar I. Religioznost studenata i njezin utjecaj na svakodnevni život. *Obnov. Život*. 2007;62(2):151-75.
20. Holdcroft BB. What is Religiosity. *J. Cathol. Educ.*. 2006;10(1):89-101..
21. Page RL, Peltzer JN, Burdette AM, Hill TD. Religiosity and Health: A Holistic Biopsychosocial Perspective. *JHN*. 2018;38(1):89–101.
22. Aukst-Margetić B, Margetić B. Religiosity and Health Outcomes: Review of Literature. *Coll Antropol*. 2005;29(1):365-71.
23. Nóbrega Alves R. R, Nóbrega Alves H. D, Duarte Barboza R. R, , Medeiros Silva Souto W. D. The influence of religiosity on health. *Cien Saude Colet*. 2010;15(4):2105-111.
24. Rausch D, Rettenberger M. Predictors of Sexual Satisfaction in Women: A Systematic Review. *Sex Med Rev*. 2021;000:1-16.
25. Woo JST, Morshedian N, Brotto LA, Gorzalka BB. Sex Guilt Mediates the Relationship Between Religiosity and Sexual Desire in East Asian and Euro-Canadian College-Aged Women. *Arch Sex Behav*. 2012;41(6):1485–95.
26. Hobern K. Religion in Sexual Health: A Staff Perspective. *J Relig Health*. 2012;53(2):461–8.
27. Barnhoorn PC, Zuurveen HR, Prins IC, Ek van, Brenda, den M, et al. Unravelling sexual care in chronically ill patients: the perspective of GP practice nurses; *Health Service Research*. *Fam Pract*. 2020;37(6):766–71.

28. Plante TG. The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire: Assessing Faith Engagement in a Brief and Nondenominational Manner. *Religions*. 2010; 1(1):3-8.
29. Centers for Disease Control and Prevention. What is health literacy? CDC. 2023. Dostupno na adresi: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html>. Datum pristupa: 15.7.2024.
30. Baccolini V, Rosso A, Di Paolo C, Isonne C, Salerno C, Migliara G, et al. What is the Prevalence of Low Health Literacy in European Union Member States? A Systematic Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2021;36(3):753–61.
31. Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. *Am Fam Physician*. 2015;92(2):118-24.
32. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97-107.
33. Ameneh Barikani, Mahsa Samani Kia, Atefeh Khoshkchali, Monirsadat Mirzadeh. Relationship between health literacy level and sexual function in women in the Northwest of Iran in 2020- a cross sectional study. *BMC Women's Health*. 2023;23(1).
34. Dehghankar L, Panahi R, Khatooni M, et al. The association between sexual health literacy and sexual function of women in Iran. *J Educ Health Promot*. 2022;11:11.
35. Sahebalzamani M, Mostaeedi Z, Farahani H, Sokhanvar M. Relationship between Health Literacy and Sexual Function and Sexual Satisfaction in Infertile Couples Referred to The Royan Institute. *Int J Fertil Steril*. 2018;12(2):136-41.
36. Aolymat I, Abdul Kadir L, Al Nsour M, Taha H. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Female Sexual Function in Jordan: Cross-sectional Study. *JMIR Form Res*. 2023;7:e40772.
37. Fuchs A, Matonóg A, Pilarska J, Sieradzka P, Szul M, Czuba B, et al. The Impact of COVID–19 on Female Sexual Health. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19):7152.
38. Kaya Y, Kaya C, Tahta T, Kartal T, Tokgöz VY. Examination of the effect of COVID-19 on sexual dysfunction in women. *IJCP*. 2020;75(3):e13923.
39. Ketenci Gencer F, Yuksel S, Salman S, Kumbasar S, Kobaner N. Evaluation of Women's Sexual Functions After COVID-19 Infection. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul*. 2022;56(3):328-33.

40. Narkkul U, Jiet Ng J, Saraluck A. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Female Sexual Function Index and Female Behavioral Changes: A Cross-Sectional Survey Study in Thailand. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(23):15565.
41. Pallarés-Carratalá V, Ruiz-García A, Serrano-Cumplido A, Arranz-Martínez E, Divisón-Garrote JA, Moyá-Amengual A, Escobar-Cervantes C, Barrios V. Prevalence Rates of Arterial Hypertension According to the Threshold Criteria of 140/90 or 130/80 mmHg and Associated Cardiometabolic and Renal Factors: SIMETAP-HTN Study. *Medicina*. 2023;59(10):1846.
42. Choy CL, Sidi H, Koon CS, Ming OS, Mohamed IN, Guan NC, et al. Systematic Review and Meta-Analysis for Sexual Dysfunction in Women With Hypertension. *J Sex Med*. 2019;16(7):1029–48.
43. Ceyhan O, Ozen B, Simsek N, Dogan A. Sexuality and marital adjustment in women with hypertension in Turkey: how culture affects sex. *J Hum Hypertens*. 2019;33(5):378–84.
44. Lou IX, Chen J, Ali K, Chen Q. Relationship Between Hypertension, Antihypertensive Drugs and Sexual Dysfunction in Men and Women: A Literature Review. *Vasc Health Risk Manag*. 2023;19:691-705.
45. Faubion SS, Fairbanks F, Kuhle CL, Sood R, Kling JM, Vencill JA, et al. Association Between Body Mass Index and Female Sexual Dysfunction: A Cross-sectional Study from the Data Registry on Experiences of Aging, Menopause, and Sexuality. *The J Sex Med*. 2020;17(10):1971–80.
46. Dita Pichlerová, Bob P, Žmolíková J, Jitka Herlesová, Radek Ptáček, Laker M, et al. Sexual Dysfunctions in Obese Women Before and After Bariatric Surgery. *Med Sci Monit*. 2019;25:3108–14.
47. Rahmanian E, Salari N, Mohammadi M, Jalali R. Evaluation of sexual dysfunction and female sexual dysfunction indicators in women with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetol Metab Syndr*. 2019;11(1).
48. Zamponi V, Mazzilli R, Bitterman O, Olana S, Iorio C, Festa C, et al. Association between type 1 diabetes and female sexual dysfunction. *BMC women's health*. 2020;20(1):73.
49. Buch-Vicente B, Acosta JM, Martín-Oterino JA, et al. Frequency of Iatrogenic Sexual Dysfunction Associated with Antihypertensive Compounds. *J Clin Med*. 2021;10(22):5214.

50. World Health Organization. WHOQOL - Measuring Quality of Life. World Health Organization. 2012. Dostupno na: <https://www.who.int/tools/whoqol>. Datum pristupa: 1.7.2024.
51. Sitlinger A, Zafar SY. Health-Related Quality of Life: The Impact on Morbidity and Mortality. *Surg Oncol Clin N Am*. 2018;27(4):675-84.
52. Yin S, Njai R, Barker L, Siegel PZ, Liao Y. Summarizing health-related quality of life (HRQOL): development and testing of a one-factor model. *Popul Health Metr*. 2016;14:22.
53. Flynn KE, Lin L, Bruner DW, Cyranowski JM, Hahn EA, Jeffery DD, et al. Sexual Satisfaction and the Importance of Sexual Health to Quality of Life Throughout the Life Course of U.S. Adults. *J Sex Med*. 2016;13(11):1642–50.
54. Manolis A, Doumas M. Sexual dysfunction: the “prima ballerina” of hypertension-related quality-of-life complications. *J Hypertens*. 2008;26(11):2074–84.
55. Janković SM, Bogavac-Stanojević N, Mikulić I, et al. A Questionnaire for Rating Health-related Quality of Life. *Zdr Varst*. 2021;60(4):260-68.
56. Côté I, Grégoire JP, Moisan J, Chabot I. Quality of life in hypertension: the SF-12 compared to the SF-36. *Can J Clin Pharmacol*. 2004;11(2):e232-e238.
57. Cuenca-Barrales C, Montero-Vilchez T, Krajewski PK, et al. Sexual Dysfunction and Quality of Life in Patients with Hidradenitis Suppurativa and Their Partners. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;20(1):389:1-10.
58. Heiden-Rootes KM, Salas J, Gebauer S, et al. Sexual Dysfunction in Primary Care: An Exploratory Descriptive Analysis of Medical Record Diagnoses. *J Sex Med*. 2017;14(11):1318-26.
59. Pretorius D, Couper ID, Mlambo MG. Sexual history taking by doctors in primary care in North West province, South Africa: Patients at risk of sexual dysfunction overlooked. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2022;14(1):e1-e9
60. Vik A, Brekke M. Do patients consult their GP for sexual concerns? A cross sectional explorative study. *Scand J Prim Health Care*. 2017;35(4):373-78.
61. Thomas HN, Thurston RC. A biopsychosocial approach to women’s sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas*. 2016;87:49–60.
62. Faghani S, Ghaffari F. Effects of Sexual Rehabilitation Using the PLISSIT Model on Quality of Sexual Life and Sexual Functioning in Post-Mastectomy Breast Cancer Survivors. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17(11):4845-51.

63. Faubion SS, Rullo JE. Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach. *Am Fam Physician*. 2015;92(4):281-8.
64. Keshavarz Z, Karimi E, Golezar S, Ozgoli G, Nasiri M. The effect of PLISSIT based counseling model on sexual function, quality of life, and sexual distress in women surviving breast cancer: a single-group pretest–posttest trial. *BMC Women’s Health*. 2021;21(1):417.
65. Krieger JF, Kristensen E, Marquardsen M, Ofer S, Mortensen EL, Giraldi A. Mindfulness in sex therapy and intimate relationships: a feasibility and randomized controlled pilot study in a cross-diagnostic group. *Sex Med*. 2023;11(3):qfad033.
66. Kogevinas M, Chatzi L. Cross-sectional studies. U: Detels R, Gulliford M, Karim QA, Tan CC, urednici. *Oxford Textbook of Global Public Health*. Oxford:Oxford University Press. 2015;430-41.
67. Milić Vranješ I, Jakab J, Ivandić M, Šijanović S, Zibar L. Female Sexual Function of Healthy Women in Eastern Croatia. *Acta Clin Croat*. 2019;58(4):647-54.
68. Meston C, Freihart B, Handy A, Kilimnik C, Rosen R. Scoring and Interpretation of the FSFI: What can be Learned From 20 Years of use?. *J Sex Med* 2019. 2020;17(1):17-25.
69. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R i sur. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26:2:191-208.
70. Rakošec Ž. Validacija Upitnika snage religijske vjere Sv. Klara. *Obnov. Život*. 2021;76(1):37-51.
71. Plante T, Boccaccini M. The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Human Sciences Press*. 1997;45(5):375–87.
72. Storch E, Roberti J, Bravata E, Storch J. Psychometric Investigation of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire—Short-Form. *Pastoral Psychol*. 2004;52(6):479-83.
73. Dianni M, Proios M, Kouthouris C. Structural Validity of ‘Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire’ in Greek Sample. *Religions*. 2014; 5(1):157-64.
74. Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey:construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996;34(3):220-33.
75. SU SW, Wang D. The Reliability and Validity of Short Form-12 Health Survey Version 2 for Chinese Older Adults. *Iran J Public Health*. 2019;48(6):1014-24.

76. Ubavić S, Krajnović D, Marinković V. Analiza instrumenata za procenu zdravstvene pismenosti koji se mogu primeniti na primarnom nivou zdravstvene zaštite. *Arh.farm.* 2015;65:72-87.
77. Weiss B, Mays M, Martz W, Castro K, DeWalt D, Pignone M i sur. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Ann Fam Med.* 2005;3(6):514-22.
78. Asem N, Sabry HA, Elfar E. Patient safety: knowledge, influence and attitude among physicians: an exploratory study. *J Egypt Public Health Assoc.* 2019;94(1):22.
79. Holbrook AL, Berent MK, Krosnick JA, Visser PS, Boninger DS. Attitude importance and the accumulation of attitude-relevant knowledge in memory. *J Pers Soc Psychol.* 2005;88(5):749-769.
80. Croatian Medical Chamber. Digital Atlas of Croatian Medical Doctors—Glossary and Instructions; Croatian Medical Chamber: Zagreb, Croatia, 2020; p. 41. (In Croatian)
81. STAN-2021-3-1 Procjena stanovništva Republike Hrvatske u 2020. Državni zavod za statistiku. Dostupno na adresi: <https://podaci.dzs.hr/2021/hr/9931>. Datum pristupa: 15.7.2024.
82. Bobinac A. Access to Healthcare and Health Literacy in Croatia: Empirical Investigation. *Healthcare.* 2023;11(13):1955.
83. Bobinac A, Dukić Samaržija N, Ribarić E. Health literacy in Croatia. *Revija za socijalnu politiku.* 2022;29(3):427-44.
84. Levin-Zamir D, Baron-Epel OB, Cohen V, Elhayany A. The Association of Health Literacy with Health Behavior, Socioeconomic Indicators, and Self-Assessed Health From a National Adult Survey in Israel. *J Health Commun.* 2016;21(sup2):61–8.
85. Harsch S, Jawid A, Jawid ME, Saboga Nunes L, Sahrai D, Bittlingmayer UH. The relationship of health literacy, wellbeing and religious beliefs in neglected and unequal contexts—Results of a survey study in central Afghanistan. *Health Promot J Austr.* 2020;32(S1):80–7.
86. Christy SM, Gwede CK, Sutton SK, et al. Health Literacy among Medically Underserved: The Role of Demographic Factors, Social Influence, and Religious Beliefs. *J Health Commun.* 2017;22(11):923-31.
87. Željko Pavić, Kovačević E, Adrijana Šuljok. Health literacy, religiosity, and political identification as predictors of vaccination conspiracy beliefs: a test of the deficit and contextual models. *Humanit Soc Sci Commun.* 2023;10(1).

88. Nikodem K, Zrinščak S. Between Distanced Church Religiosity and Intensive Personal Religiosity: Religious Changes in Croatian Society from 1999 to 2018. *Društvena istraživanja*. 2019;28(3):371–90.
89. Roystonn K, Cetty L, Jeyagurunathan A, et al. Quality of Life and Its Associations with Religiosity and Religious Coping among Outpatients with Psychosis in Singapore. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13):7200.
90. Borges CC, Santos PR dos, Alves PM, Borges RCM, Lucchetti G, Barbosa MA, et al. Association between spirituality/religiousness and quality of life among healthy adults: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19(1):1–13.
91. Cruz JP, Colet PC, Qubeilat H, Al-Otaibi J, Coronel EI, Suminta RC. Religiosity and Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study on Filipino Christian Hemodialysis Patients. *J Relig Health*. 2015;55(3):895–908.
92. Wildes K. , Miller A. , Majors S. , & Ramirez A.. The religiosity/spirituality of latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life. *Psycho-Oncology* 2008;18(8):831-40.
93. Bjarnason D.. Nurse religiosity and end-of-life care. *JRN*. 2010;17(1):78-91.
94. Pawlikowski J, Sak JJ, Marczewski K. Physicians' religiosity and attitudes towards patients. *Ann Agric Environ Med*. 2012;19(3):503-7.
95. Kaliyaperumal S, Hari S, Siddela P, Yadala S. Assessment of Quality of Life in Hypertensive Patients. *J Appl Pharm Sci*. 2016;143–7.
96. Roca-Cusachs A, Dalfó A, Badia X, Aristegui I, Roset M. Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. *J Hypertens*. 2001;19(10):1913-19.
97. Uchmanowicz B, Chudiak A, Mazur G. The influence of quality of life on the level of adherence to therapeutic recommendations among elderly hypertensive patients. *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:2593-603.
98. Kołtuniuk A, Przestrzelska M, Karnas A, Rosińczuk J. The Association Between Sexual Disorders and the Quality of Life of Woman Patients With Multiple Sclerosis: Findings of a Prospective, Observational, and Cross-Sectional Survey. *Sex Med*. 2020;8(2):297-306.
99. Anderson RM. Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2013;56(2):208-14.

100. Hedelund Lausen L, Smith SK, Cai A, Meiser B, Yanes T, Ahmad R, et al. How is health literacy addressed in primary care? Strategies that general practitioners use to support patients. *J Commun Healthc*. 2018;11(4):278–87.
101. Manninen SM, Kero K, Perkonjoja K, Vahlberg T, Polo-Kantola P. General practitioners' self-reported competence in the management of sexual health issues - a web-based questionnaire study from Finland. *Scand J Prim Health Care*. 2021;39(3):279-87.
102. Gott M. “Opening a can of worms”: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract*. 2004;21(5):528–36.
103. Chatterjee SS, Bhattacharyya R, Chakraborty A, Lahiri A, Dasgupta A. Quality of Life, Sexual Health, and Associated Factors Among the Sexually Active Adults in a Metro City of India: An Inquiry During the COVID-19 Pandemic-Related Lockdown. *Front Psychiatry*. 2022;13.
104. Azzouzi S, Stratton C, Muñoz-Velasco LP, et al. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Healthy Lifestyle Behaviors and Perceived Mental and Physical Health of People Living with Non-Communicable Diseases: An International Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(13):8023.
105. Malesevic S, Sievi NA, Baumgartner P, Roser K, Sommer G, Schmidt D, et al. Impaired health-related quality of life in long-COVID syndrome after mild to moderate COVID-19. *Sci Rep*. 2023;13(1):7717.
106. Jansen T, Rademakers J, Waverijn G, Verheij R, Osborne R, Heijmans M. The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: a survey study. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):1-13.
107. Lifford KJ, Detelina Grozeva, Cannings-John R, Harriet Dorothy Quinn-Scoggins, Moriarty Y, Ardiana Gjini, et al. Satisfaction with remote consultations in primary care during COVID-19: a population survey of UK adults. *Br J Gen Pract*. 2023;74(739):e96–103.
108. Komlenac N, Hochleitner M. Predictors for Low Frequencies of Patient-Physician Conversations Concerning Sexual Health at an Austrian University Hospital. *Sex Med*. 2020;8(1):100-6.
109. Alarcão V, Ribeiro S, Miranda FL, Carreira M, Dias T, Garcia e Costa J, et al. General Practitioners’ Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Practices in the

- Management of Sexual Dysfunction—Results of the Portuguese SEXOS Study. *J Sex Med.* 2012;9(10):2508–15.
110. Schattner A. It's about time: redesigning consultation length in general practice. *J R Soc Med.* 2022;115(7):276–8.
111. Deveugele M. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ.* 2002;325(7362):472–2.
112. Abdolrasulnia M, Shewchuk RM, Roepke N, Granstaff US, Dean J, Foster JA, et al. Management of Female Sexual Problems: Perceived Barriers, Practice Patterns, and Confidence among Primary Care Physicians and Gynecologists. *J Sex Med.* 2010;7(7):2499–508.
113. Adegunloye OA, Ezeoke GG. Sexual Dysfunction—A Silent Hurt: Issues on Treatment Awareness. *J Sex Med.* 2011;8(5):1322–9.
114. Arbanas: Who Treats Sexual Problems in Croatian Health System? *Soc. psihijat.* Vol. 47 (2019) No. 1, p. 102-112
115. World Obesity Federation. Global Obesity Observatory. Dostupno na: <https://data.worldobesity.org/country/croatia-51/>. Datum pristupa: 28.7.2024.
116. Črpić G, Zrinščak S. Dinamičnost u stabilnosti: Religioznost U Hrvatskoj 1999. i 2008. *Godine. Društvena istraživanja.* 2010;19(1-2(105-106)):3-27.
117. Zimmer Z, Jagger C, Chiu CT, Ofstedal MB, Rojo F, Saito Y. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM Popul Health.* 2016;2:373-81.
118. Chadwick BA, Garrett HD. Women's Religiosity and Employment: The LDS Experience. *Rev Relig Res.* 1995;36(3):277.
119. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health.* 2015;25(6):1053-1058.
120. Riley E, Chang J, Park C, Kim S, Song I. Hypertension and Health-Related Quality of Life (HRQoL): Evidence from the US Hispanic Population. *Clin Drug Investig.* 2019;39(9):899–908.
121. Trevisol DJ, Moreira LB, Kerkhoff A, Fuchs SC, Fuchs FD. Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Hypertens.* 2011;29(2):179–88.

122. Bielecka E, Sielatycki P, Pietraszko P, Zapora-Kurel A, Zbroch E. Elevated Arterial Blood Pressure as a Delayed Complication Following COVID-19—A Narrative Review. *Int J Mol Sci.* 2024; 25(3):1837.
123. Doumas M, Tsiodras S, Tsakiris A, Douma S, Chounta A, Papadopoulos A, et al. Female sexual dysfunction in essential hypertension: a common problem being uncovered. *J Hypertens.* 2006;24(12):2387–92.
124. Zhong Q, Anderson Y. Management of Hypertension with Female Sexual Dysfunction. *Medicina.* 2022;58(5):637.
125. Martins e Silva B, Rêgo LM, Galvão MA, Florêncio TM, Cavalcante JC. Incidence of sexual dysfunction in patients with obesity and overweight. *Rev Col Bras Cir.* 2013;40(3):196-202.
126. Duncan L, Bateman DN. Sexual Function in Women. Do Antihypertensive Drugs Have an Impact?. *Drug Safety.* 1993;8(3):225–34.
127. Akinyede AA, Nwaiwu O, Fasipe OJ, Olusanya A, Olayemi SO, Akande B. A prospective study of the effect of antihypertensive medications on the sexual functions of hypertensive adult male patients. *Future Sci OA.* 2020;6(6):FSO479.
128. Woo JS, Brotto LA, Gorzalka BB. The role of sex guilt in the relationship between culture and women's sexual desire. *Arch Sex Behav.* 2011;40(2):385-94.
129. Codispoti N, Negris O, Myers MC, et al. Female sexual medicine: an assessment of medical school curricula in a major United States city. *Sex Med.* 2023;11(4):qfad051.
130. Arbanas G. Novosti u MKB-11 u području seksualnog zdravlja. *Liječ Vjesn.* 2020;142(11-12):414-19.
131. Arbanas G. Seksualna medicina – multidisciplinarna (sup)specijalizacija. *Liječ Vjesn.* 2018;140(3-4).
132. Di Dionisio CM, Bitzer J and Greil-Soyka M. A model curriculum in sexual medicine for undergraduate education in Europe [version 2; peer review: 2 approved with reservations]. *Open Res Europe* 2024, 3:153
133. Stulhofer A, Gregurovic M, Pikic A, Galic I. Sexual problems of urban women in Croatia: prevalence and correlates in a community sample. *Croat Med J.* 2005;46(1):45-51.
134. Radoja I, Degmečić D. Quality of Life and Female Sexual Dysfunction in Croatian Women with Stress-, Urgency- and Mixed Urinary Incontinence: Results of a Cross-Sectional Study. *Medicina.* 2019;55(6):240.

135. Marija Rogoznica, Perica D, Borovac B, Andrej Belančić, Matovinović M. Sexual Dysfunction in Female Patients with Type 2 Diabetes Mellitus—Sneak Peek on an Important Quality of Life Determinant. *Diabetology*. 2023;4(4):527–36.
136. Tudor KI, Petelin Gadže Ž, Bujan Kovač A, Bilić E, Nađ Škegro S, Bakula M i sur. Sexual Dysfunction In Patients With Epilepsy. *Psychiatr Danub*. 2021;33(4):490-5.

11. Životopis

Opći podaci

Ime i prezime: Matea Matić Ličanin

Datum i mjesto rođenja: 24.8.1990., Osijek

Adresa: Kalnička ulica 15, Osijek

Mobitel: 099 68 99 232

E-mail: matea.matic.licanin@mefos.hr

Zaposlenje: Medicinski fakultet Osijek, Katedra za obiteljsku medicinu

Obrazovanje

Poslijediplomski doktorski studij Biomedicina i zdravstvo, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku (2015. / 2016. – danas)

Napredni tečaj Hrvatskog znakovnog jezika (2011. – 2012.)

Medicinski fakultet Osijek (2009. - 2015.)

I. Gimnazija Osijek (2005. - 2009.)

Osnovna škola Vladimira Becića Osijek (1997. - 2005.)

Radno iskustvo

Medicinski fakultet Osijek – specijalizant obiteljske medicine (od 2017.)

Medicinski fakultet Osijek – asistent na Katedri za Obiteljsku medicinu (od 2016.)

Specijalistička ordinacija obiteljske medicine dr. med. Zrinjka Dananić, specijalist obiteljske medicine, Osijek – pripravnički staž za doktore medicine (2015. – 2016.)

Znanstveni status

Znanstveno-istraživački projekti:

Suradnica u projektu: „Suvremeni način života i moderne ovisnosti“ koji je financiran namjenskim sredstvima za višegodišnje financiranje znanstvene djelatnosti u 2024. godini na Sveučilištu J. J. Strossmayera u Osijeku, voditeljica projekta prof. dr. sc. Maja Miškulin

Suradnica u projektu: „Psihosocijalni odrazi pandemije COVID-19 u različitim populacijama“ koji je financiran namjenskim sredstvima za višegodišnje financiranje znanstvene djelatnosti u 2023. godini na Sveučilištu J. J. Strossmayera u Osijeku, voditeljica projekta prof. dr. sc. Maja Miškulin

Suradnica u projektu: „Zdravstveni pokazatelji odraslog stanovništva Hrvatske tijekom pandemije COVID-19“ koji je financiran namjenskim sredstvima za višegodišnje financiranje znanstvene djelatnosti u 2021. godini na Sveučilištu J. J. Strossmayera u Osijeku, voditeljica projekta prof. dr. sc. Maja Miškulin

Suradnica u projektu: „Predskazatelji rizičnih ponašanja mladih kao polazište za razvoj preventivnih aktivnosti“ koji je financiran namjenskim sredstvima za višegodišnje financiranje znanstvene djelatnosti u 2019. godini na Sveučilištu J. J. Strossmayera u Osijeku, voditelj projekta prof. dr. sc. Ivan Miškulin

Suradnica u projektu: „Djelovanje spojeva ekstrakta češnjaka i đumbira na epitelno oštećenje izazvano natrij taurokolatom u staničnom modelu ulkusne bolesti“ koji je financiran namjenskim sredstvima za višegodišnje financiranje znanstvene djelatnosti u 2017. godini na Sveučilištu J. J. Strossmayera u Osijeku, voditelj projekta prof. dr. sc. Aleksandar Včev

Publikacije

Radovi u časopisima:

Kovačević J, Miškulin M, Ličanin MM, et al. Quality of Life in Road Traffic Accident Survivors. Zdr Varst. 2020;59(4):202-210.

Miškulin I, Pavlović A, Matić Ličanin M, Steiner R, Pavlović N, Miškulin M. Hrana u zdravlju i bolesti. 2019;8:97-104.

Miškulin M, Lalić Z, Dumić A, Miškulin I, Matić Ličanin M, Pavlović N. New topical treatment of symptomatic internal hemorrhoids in a general practice setting. Journal of Health Sciences. 2018;8(3):148-53.

Dumić A, Miskulin I, Matic Licanin M, Mujkic A, Cacic Kenjeric D, Miskulin M. Nutrition Counselling Practices among General Practitioners in Croatia. Int J Environ Res Public Health. 2017;14(12):1499.

Sažeci u zbornicima i časopisima:

Miškulin, Ivan ; Pavlović, Nika ; Vukoja, Ivan ; Matić Ličanin, Matea ; Fotez, Ivica, Miškulin, Maja. Vaccination attitudes and HPV vaccine uptake among Croatian university students // 6th scientific and professional international conference „Health of children and adolescents“ / Petelin, Ana. (ur.). Portorož: Univerza na Primorskem, 2022. str. 138-139

Miškulin, Ivan; Včev, Aleksandar; Matić Ličanin, Matea; Včev, Ivan; Vukoja, Ivan; Miškulin, Maja. Predictors of influenza vaccination uptake among elderly in Croatia. // European Journal of Public Health / McKee, Martin ; Walter Ricciardi, Walter ; Signorelli, Carlo ; Zeegers Paget, Dineke (ur.). Stockholm, Sweden: Oxford University Press, 2020. str. 1064-1065 doi:10.1093/eurpub/ckaa166.1430 (poster, međunarodna recenzija, sažetak, znanstveni)

Miškulin, Maja; Epih, Ana; Orkić, Želimir; Miškulin, Ivan; Pavlović, Nika; Matić Ličanin, Matea. Higijena ruku u bolnicama i sprječavanje bolničkih infekcija. // 4. hrvatski epidemiološki kongres s međunarodnim sudjelovanjem. Knjiga sažetaka. / Tešić, V. ; Jurčev Savičević, A. (ur.). Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko epidemiološko društvo, 2019. str. 100-100 (poster, međunarodna recenzija, sažetak, znanstveni)

Miškulin, Ivan; Blajić, Paula; Matić Ličanin, Matea; Berlančić, Terezija; Dumić, Albina; Miškulin, Maja. Znanje dobrovoljnih davatelja krvi s područja Splitsko-dalmatinske županije o rizičnom spolnom ponašanju. // 4. hrvatski epidemiološki kongres s međunarodnim sudjelovanjem. Knjiga sažetaka. / Tešić, V. ; Jurčev

Savičević, A. (ur.). Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko epidemiološko društvo, 2019. str. 98-98 (poster, međunarodna recenzija, sažetak, znanstveni)

Miškulin, Ivan; Martan, Ana; Dumić, Albina; Matić Ličanin, Matea; Berlančić, Terezija; Miškulin, Maja. Ekonomsko nasilje nad ženama s područja Osječko-baranjske županije. // 4. hrvatski epidemiološki kongres s međunarodnim sudjelovanjem. Knjiga sažetaka. / Tešić, V. ; Jurčev Savičević, A. (ur.). Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko epidemiološko društvo, 2019. str. 95-95 (poster, međunarodna recenzija, sažetak, znanstveni)

Miskulin, Ivan; Prakatur, Ivana; Vcev, Ivan; Matic Licanin, Matea; Vcev, Aleksandar; Miskulin, Maja. Chickens breast meat enriched with propolis and/or bee pollen – implications for human health. // Book of Abstracts. 12th European Congress of Integrative Medicine - Together in Integrative Medicine / Giralt, I. (ur.). Barcelona: Universitat Rovira i Virgili, 2019. str. 83-83 (poster, međunarodna recenzija, sažetak, znanstveni)

Miškulin, Maja; Klasan, Sara; Miškulin, Ivan; Pavlović, Nika; Matić Ličanin, Matea; Dumić, Albina. Knowledge of the Osijek university students about the influence of nutrition on human health. // Book of Abstracts of the 12th International Scientific and Professional Conference WITH FOOD TO HEALTH / Babić, Jurislav ; Šubarić, Drago ; Jašić, Midhat (ur.). Osijek i Tuzla: Prehrambeno-tehnološki fakultet Sveučilišta u Osijeku i Tehnološki fakultet Univerziteta u Tuzli, 2019. str. 20-20 (poster, međunarodna recenzija, sažetak, znanstveni)

Miškulin, Maja; Matić Ličanin, Matea; Miškulin, Ivan. Ovisnost o Internetu među studentima hrvatskih sveučilišta. // 27. Godišnja konferencija hrvatskih psihologa: Psihologija i digitalni svijet / Šincek, D. ; Rudolfi, N. ; Penezić, Z. (ur.). Zagreb: Hrvatsko psihološko društvo, 2019. str. 83-83 (pozvano predavanje, međunarodna recenzija, sažetak, znanstveni)

Miškulin, Maja; Matić Ličanin, Matea; Miškulin, Ivan; Milas, Josip; Holik, Dubravka; Nujčić, Danijela. Attitudes toward intimate partner violence among Croatian university students. // European Journal of Public Health, Vol. 28, Supplement 4, 2018 / Erzen, Ivan ; Albrecht, Tit ; Zeegers Paget, Dineke (ur.). Stockholm: Oxford University Press, 2018. str. 485-485 doi:10.1093/eurpub/cky218.223 (poster, međunarodna recenzija, sažetak, znanstveni)

Miškulin, Maja; Matić Ličanin, Matea; Miškulin, Ivan; Holik, Dubravka; Milas, Josip; Rudan Stjepan. Intimate partner violence among Croatian university students. // European Journal of Public Health, Vol. 26, Supplement 1. / Allebeck, Peter (ur.). Stockholm : Oxford University Press, 2016. str. 382-383
doi:10.1093/eurpub/ckw174.132 (međunarodna recenzija, sažetak, znanstveni)

Druga sudjelovanja na skupovima:

Matić Ličanin, Matea; Omanović Kolarić, Tea; Gmajnić, Rudika. Kognitivni poremećaji u praksi liječnika obiteljske medicine. // IX Kongres lekara opšte medicine Srbije sa međunarodnim učešćem. Zlatibor, Srbija, 2018. str. 1-1 (pozvano predavanje)

Članstva

Hrvatska liječnička komora

KoHOM – koordinacija hrvatske obiteljske medicine

EGPRN - European General Practice Research Network