

SEKSUALNOŚĆ LUDZI W PODESZŁYM WIEKU

Magdalena Naja-Wiśniewska¹⁾, Ryszard Maciejewski²⁾, Barbara Nieradko-Iwanicka³⁾

¹⁾ Oddział Geriatrii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego

²⁾ Zakład Anatomii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³⁾ Zakład Higieny I Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

STRESZCZENIE

Tematem pracy jest rzadko poruszane zagadnienie seksualności osób starszych. Artykuł opisuje seksualność ludzi w „jesieni życia”. Celem tej pracy jest zwrócenie uwagi na konieczność promocji zdrowia seksualnego, a także na prewencję zaburzeń seksualnych. Dokonano przeglądu 34 pozycji piśmiennictwa na temat różnych aspektów seksualności ludzi w podeszłym wieku: fizjologii, psychiki, znaczenia społecznego. Istnieją ograniczenia sfery intymnej wynikające z konieczności przebywania starszych osób w zakładach opiekuńczo-leczniczych, domach pomocy społecznej. Przedstawiono miłość jako proces biochemiczny, by ukazać, że nie zależy ona tylko od zmieniającej się cielesności człowieka oraz że jej epicentrum znajduje się w mózgu. Zaprezentowano zmianę hierarchii potrzeb seksualnych zachodzącą z wiekiem, ewolucję sztuki miłosnej z prokreacyjnej na korzyść przyjemności, sensualności.

Wniosek: seksualność seniorów jest ważną sferą ich życia codziennego i ma duży wpływ na funkcjonowanie w społeczeństwie, a także na postrzeganie własnej atrakcyjności i samoakceptację.

Słowa kluczowe: seksualność, podeszły wiek, geriatra.

ARTICLE INFO

PoHypRes 2022 Vol. 79 Issue 2 pp. 85 – 95

ISSN: 1734-7009 **eISSN:** 2084-0535

DOI: 10.2478/phr-2022-0012

Strony: 8, rysunki: 5, tabele: 0

page www of the periodical: www.phr.net.pl

Typ artykułu: oryginalny

Termin nadesłania: 19.02.2022 r.

Termin zatwierdzenia do druku: 14.03.2022 r.

Publisher

Polish Hyperbaric Medicine and Technology Society



WSTĘP

Wydłużanie średniego czasu trwania życia oraz zmian postaw wobec seksualności i obyczajowości erotycznej wiąże się ze wzrostem populacji aktywnej seksualnie. Stopniowo dokonuje się rewolucja obyczajowa i zmiana jakości życia, przeobrażająca aseksualny wiek jesieni życia w czas aktywny seksualnie. Ma to związek z wydłużaniem aktywności zawodowej społeczeństwa, a także z propagowaniem zdrowego stylu życia (zdrowego odżywiania, większej aktywności sportowej). Seksualność jest zwykle utożsamiana z prokreacją, dlatego też starość związana z ustaniem zdolności rozrodczych traktowana była potencjalnie aseksualnie. „Jesień życia” to wiek zaczynający się od momentu menopauzy u kobiet i andropauzy (czyli zmniejszenia zdolności rozrodczych) u mężczyzn. Obejmuje on ok. 20-25 lat życia [1,2].

CEL

Celem tej pracy jest zwrócenie uwagi na konieczność promocji zdrowia seksualnego, a także na prewencję zaburzeń seksualnych.

MATERIAŁY

Dokonano przeglądu 34 pozycji piśmiennictwa na temat różnych aspektów seksualności ludzi w podeszłym wieku: fizjologii, psychiki, znaczenia społecznego.

WYNIKI O DYSKUSJA

Ludzie pozostający w stałych związkach, doświadczają zjawiska habituacji [3]. Jest to termin socjologiczny oznaczający przyzwyczajenie, zarówno w kontekście seksualnym jak i życia codziennego. Długotrwały związek osłabia popęd seksualny, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, z większym naciskiem na kobiety [4]. Kobiety tracą ochotę na seks o wiele szybciej niż mężczyźni. W początkowym stadium związku 60% kobiet regularnie odczuwało potrzebę zbliżeń seksualnych. Po 4 latach już 50%, po 20 latach odsetek ten spadł do 20%. U mężczyzn te proporcje pozostają na stałym poziomie 60-80% [4,5].

Podniecenie u mężczyzny może być niekiedy niezdrowe. W trakcie orgazmu puls ze spoczynkowej wartości 70 uderzeń/min zwiększa się do ponad 180 uderzeń/minutę, aby wkrótce gwałtownie spaść. Dla mężczyzn cierpiących na chorobę wieńcową może to być śmiertelna fluktuacja. Ok. 20% pacjentów z chorobą niedokrwienną reaguje atakami serca właśnie podczas seksu [6]. Zauważono, że u mężczyzn współżyjących z własną żoną nie notuje się tak dużego skoku pulsu, a jest on porównywalny do wejścia na drugie piętro.

Ostatnio zauważa się zwiększenie przypadków *mort douce* (słodkiej śmierci) [6]. Ma to prawdopodobnie związek z wprowadzeniem na rynek farmaceutyczny sildenafilu. Kiedy w trakcie uniesień seksualnych partner odczuwa dolegliwości dławicowe sięgając po nitroglicerynę, po wcześniejszym zażyciu viagry, w połączeniu z alkoholem powoduje spadek ciśnienia krwi i w konsekwencji zawał serca.

Seksualność wiąże się także z miłością. Miłość nie musi iść w parze ze współżyciem. Fascynacja erotyczna może przejść w inną fazę miłości, taką gdzie nie ma pożądania [4], ale ważne są kwestie związane ze wspólnymi relacjami, posiadaniem dzieci, wspólnymi zainteresowaniami. Zwiększające się wraz z wiekiem. Problemy zdrowotne również mogą się przyczynić do wzajemnego wsparcia partnerów.

Pod wpływem bodźców wewnętrznych (zapach, smak itp.) dochodzi do uwalniania z mózgu osoby zakochanej fenyloetyloaminy – substancji chemicznej należącej do grupy amfetamin czyli substancji pobudzających. Uwalniana jest ona w układzie limbicznym. Następnie uwalniana jest dopamina, która wędruje do hipokampa –miejsca odpowiedzialnego głównie za emocje. Mózg rejestruje ten sygnał jako uczucie przyjemności. Jest to sytuacja, w której organizm dąży do tego, aby się powtórzyła. Dochodzi tu do analogii pomiędzy uzależnieniem narkotycznym i uzależnieniem miłosnym. Powoduje to przywiązanie się do obecności konkretnego człowieka.

Miłość jest chemią [6]: fenyloetyloamina i endorfiny – powodują pobudzenie receptorów opioidowych, dopamina działa na hipokamp i wywołuje uczucie przyjemności. Z czasem potrzeba jednak coraz więcej bodźców zewnętrznych, aby wywołać tę samą reakcję [4]. Nadmierne pożądanie, regularnie zaspokajane lub nie, może przerodzić się w chorobę określaną jako erotomania. Przez neurobiologów określana jest ona silnym uzależnieniem od narkotycznych, endogennych opiatów (endorfin), wytwarzanych podczas dążenia do orgazmów i osiągania ich. Erotomanię mogą powodować również przypadki choroby Alzheimera, guzy mózgu, encefalopatii i padaczki. W trakcie szczegółowych badań, opartych na skaningu mózgowi erotomanów metodami funkcjonalnego rezonansu magnetycznego uwidoczniono tzw. „ścieżkę nagrody” zlokalizowaną we wspomnianym wcześniej układzie limbicznym [6]. Jest ona aktywowana przez dopaminę- neuroprzekaźnik szczęścia. Ścieżka nagrody jest pozytywnie stymulowana dopaminą, gdy są zaspokajane ewolucyjnie pierwotne potrzeby naszego organizmu: głód, pragnienie, bezpieczeństwo, popęd płciowy. Gdy poziom jej się obniża odczuwany jest stan dotkliwego głodu, podobnego do głodu narkomana, który można zaspokoić wyłącznie nową dawką substancji. Podobnie działa lewodopa - lek stosowany w leczeniu choroby Parkinsona. U starszych pacjentów, pensjonariuszy domów opieki następuje ponowne zwiększenie, często prawie wygasłej, aktywności seksualnej w trakcie farmakoterapii choroby Parkinsona.

Warto wspomnieć, że działaniu, także pro seksualnemu dopaminy przeciwstawia się inny neuroprzekaźnik – serotonina. Służy ona przede wszystkim zapobieganiu natężenia niepożądanego reakcji na bodziec. Jest to niezbędne, aby człowiek mógł czuć stan nasycenia [6]. Wykazano, że u osób zakochanych poziom serotoniny wyraźnie się obniża. Pamiętajmy, że jest ona niezbędna do zrównoważenia działania dopaminy. Badania prowadzone na reprezentatywnej grupie

„wyleczonych” alkoholików wykazały, że po wyjściu z alkoholizmu pojawia się tendencja do erotomani. Wiąże się to ze stałą potrzebą uruchamiania tzw. ścieżki nagrody, przy niskim poziomie stężenia serotoniny u osób uzależnionych od pobudzenia dopaminowego.

Pamiętajmy, że osoby zakochujące się w jesieni życia nie różnią się od zakochanych w młodości. Podobne są uczucia, namiętności, fascynacje, potrzeba bliskości. Podobna może być też siła pożądania. Pomimo, że wraz z wiekiem u mężczyzn spada poziom testosteronu [2], wiemy, że chemia miłości dotyczy głównie struktur mózgu, a więc zjawiska fizjologiczne i psychologiczne wiążące się ze stanem zakochania są niezależne od wieku biologicznego.

Wraz z upływającym życiem pojawiają się kryzysy miłości w jesieni życia. Niektóre okresy sprzyjają bilansowaniu sukcesów i porażek w życiu małżeńskim i rodzinnym. U mężczyzn w średnim wieku pojawia się tzw. „smuga cienia”. Wiek, w którym jest on zwykle na szczycie kariery zawodowej, osiągnął stabilizację życiową i zawodową [4,7]. U kobiet taki czas rozrachunku jest zwykle związany z zespołem opuszczonego gniazda, kiedy dzieci się usamodzielniały, są niezależne, mieszkają osobno. Wtedy pojawia się czas na refleksję, ocenę życia małżeńskiego. Pary, które mają szerokie grono znajomych, udzielają się towarzysko, mają wspólne pasje, ale także własne hobby znacznie lepiej przeżywają ten czas. Możemy wyodrębnić typowe kryzysy miłości występujące w jesieni życia [1]:

- Mit Tytanii – oznacza cofanie się w przeszłość i idealizowanie niedoszłego związku. Najczęściej występuje on u kobiet. Wydaje im się, że gdyby związały się z kimś innym to ich życie i małżeństwo byłoby szczęśliwe i udane. Im bardziej są rozczarowane teraźniejszością, tym bardziej idealizują potencjalnego partnera z abstrakcyjnymi związkami z przeszłości włącznie;
- Idealizowanie przeszłości – osoby rozczarowane upływającym czasem idealizują pierwsze lata związku, siebie, partnera. Podobny mechanizm obserwuje się u osób owdowiałych, które często mają poczucie winy wobec zmarłego partnera;
- Projekcja własnych oczekiwań i potrzeb [1] próba narzucenia młodym parom (zięciom, synowym) własnego scenariusza życia małżeńskiego i rodzinnego, nie spełnionych marzeń;
- Ucieczka w dewiację – zwłaszcza osoby osamotnione, rozczarowane życiem małżeńskim, rodzinnym, kierują swoje uczucia ku religii, ich zaangażowanie religijne może mieć podtekst erotyczny, czasem zastępczo obiektem adoracji mogą być osoby duchowne;
- Negowanie miłości – przyczyniają się do tego frustracje uczuciowe i seksualne, wyzwalając taki mechanizm obrony.

Stan zdrowia w „jesieni życia” jest uzależniony od czynników genetycznych, jakości życia i skłonności do chorób. Wg WHO definicja zdrowia seksualnego to:

„Stan fizycznego, emocjonalnego, psychicznego oraz społecznego dobrego samopoczucia w stosunku do ich seksualności, niewystarczający jest brak choroby, dysfunkcji oraz niedołęstwa. Aby uznać kogoś za zdrowego seksualnie wymaga się pozytywnego, pełnego szacunku do seksualności i zależności seksualnych, jak również możliwości odczuwania przyjemnych i bezpiecznych doznań seksualnych, wolnych od przymuszenia, dyskryminacji i przemocy. W celu osiągnięcia utrzymania zdrowia seksualnego wszelkie prawa seksualne wszystkich osób muszą być respektowane, chronione i wypełniane [8,9]”.

Z badań przeprowadzonych przez Mastersa i Johnson [10] wynika, że wraz z upływającym czasem zachodzą zauważalne zmiany w fizjologii seksualnej partnerów. Zmienia się stężenie hormonów płciowych. U kobiet spada poziom estrogenów, a wzrasta stężenie androgenów. W następstwie tego pojawiają się zmiany zanikowe skóry, staje się ona wiotka, pomarszczona, spada aktywność gruczołów łojowych, potowych. Kobiety często odczuwają uderzenia gorąca, zaczerwienienie skóry, kołatanie serca, zawroty głowy, nudności, depresję, suchość włosów, kruchość paznokci, bóle stawów, bolesny obrzęk gruczołów sutkowych, uczucie pełności, osteoporozę, choroby układu krążenia [1,10]. Dochodzi do tego chwiejność emocjonalna, drażliwość, zaburzenia snu, depresja. Uczuciem dominującym staje się lęk przed utratą własnej atrakcyjności, poczucie marginalizacji w roli zawodowej, przykra świadomość nieuchronności starzenia się i śmierci oraz niezrealizowania wielu życiowych planów [1]. Z wyników badań socjo – seksuologicznych wynika jednak, że postawy takie ulegają zmianie. Przyczynia się do tego poprawa jakości życia, wydłużenie jego czasu trwania, a także zmiana obyczajowości. Ma to wpływ również na wzrost aktywności seksualnej kobiet w okresie menopauzalnym i postmenopauzalnym. Badania wykazują, że wśród kobiet w wieku 51 – 64 lat:

- codziennie współżyje – 4%;
- kilka razy w tygodniu – 28%;
- raz w tygodniu – 33%;
- raz w miesiącu – 8%;
- rzadziej – 27%.

W ciągu 3 lat poprzedzających cytowane badanie aktywność seksualna nie zmieniła się u 39%, zmniejszyła u 38%, zwiększyła u 23%. Częste orgazmy osiąga 65% kobiet, a nigdy nie osiąga 3%. Wśród kobiet nie mających partnera seksualnego 41% ujawnia aktywność masturbacyjną [1].

U mężczyzn w wieku średnim analogicznie występuje tzw. „andropauza” czyli „zmiana zachodząca w życiu mężczyzny, która może się wyrazić zmianami w karierze, rozwodem lub przeorganizowaniem życia, wiąże się ze zmniejszeniem poziomu androgenów, co występuje u mężczyzny przed 50 rokiem życia lub niedługo po ukończeniu 50 roku życia”. Istnieje wiele definicji tego terminu, ważny jest jednak jeden wspólny wykładnik towarzyszący temu okresowi, jakim jest spadek androgenów czyli testosteronu i dehydroepiandrosteronu, a także spadek poziomu hormonu wzrostu i melatoniny. Zmiany te powodują typowe objawy: uderzenia gorąca, bezsenność, nerwowość, obniżenie sprawności umysłowej i zdolności zapamiętywania, zmniejszenie energii życiowej, masy mięśniowej, otyłość brzuszna, spadek zainteresowań seksualnych, podniecenia, zaburzenia erekcji członka, orgazmu, zmniejszenie objętości ejakulatu [7]. Spośród mężczyzn w wieku 51 – 64 lat masturbuje się:

- codziennie 9% populacji mężczyzn;
- kilka razy tygodniowo – 23%;

- wcale tego nie robi 24% mężczyzn [1].

Codziennie współżyje seksualnie 12%, kilka razy w tygodniu – 51%, raz w tygodniu – 18%, raz w miesiącu 11%, rzadziej 8%. Orgazm w tych kontaktach zawsze osiąga 77% badanych, często – 18%, niekiedy – 1%, nigdy – 4% [1].

Na prawidłowe funkcjonowanie seksualne w podeszłym wieku wpływają życiowe doświadczenia, oczekiwania, możliwości, zależności kulturowe. W badaniu przeprowadzonym na 27 500 mężczyzn i kobiet (pomiędzy 40 a 80 rokiem życia) opartym na kwestionariuszu dotyczącym postaw i zachowań seksualnych stwierdzono, że 28% mężczyzn i 39% kobiet jest dotkniętych dysfunkcją seksualną [11]. Mają na to wpływ choroby związane z wiekiem tj.: cukrzyca, miażdżyca, ból, zwyrodnienia stawów, hipogonadyzm u mężczyzn.

Na pojawiające się pytanie: „W jakim wieku starsi ludzie powinni zaprzestać uprawiania seksu?” Alex Comfort odpowiedział: „Starsi ludzie przestają uprawiać seks z tych samych powodów, dla których przestają jeździć rowerem” [8]. Według Staw i Weiner seksualność jest jakością osoby, energią, która objawia się w każdym aspekcie istnienia tej osoby, która jest iskierką nieznikającą aż do śmierci [12]. Jest to bardzo ważny element dobrego samopoczucia, pozytywnego odbierania własnej osoby, oraz szacunku do siebie. W Polsce zainteresowanie kobiet seksem spada w wieku 56 lat, u mężczyzn w wieku 60 lat [4]. Kobiety 50+ seks traktują w kategorii relaksu [13,14]. Minęła już menopauza, samopoczucie wraca do równowagi, seks nie grozi ciążą. Inaczej może być u kobiet po mastektomii, które tracą zainteresowanie seksem, nie akceptują siebie. Podobnie dzieje się po usunięciu macicy i jajników. Z wiekiem kobiety coraz mniejszą uwagę przywiązują do współżycia. W grupie kobiet po 50 roku życia 13% mówi, że seks jest dla nich mało istotny, a ponad 40% uważa, że jest w ogóle nieistotny. Inaczej jest w przypadku mężczyzn 50+. Od 40 roku życia zaczyna się zmniejszony zakres możliwości seksualnych, ale najczęściej nie chcą tego jeszcze akceptować. W tym wieku trudne są kontakty seksualne z równoletkami, których satysfakcja ze współżycia wzrasta, doznania są głębsze, orgazm intensywniejszy, seksualność dojralsza. Jest to często czas, kiedy starsi mężczyźni poszukują młodszych partnerek. Mogą zaimponować im swoim doświadczeniem, pozycją, wiedzą, pieniędzmi. Może to być relacja wzajemnie dowartościowująca [4].

Należy jednak pamiętać, że nie tylko stosunek płciowy stanowi aktywność seksualną [8]. W wieku podeszłym występują problemy seksualne uniemożliwiające stosunek seksualny. Wg badań mężczyzn:

- u 35% badanych po 80 roku życia występuje niezdolność utrzymania wzwodu;
- u 28% – niezdolność osiągnięcia wzwodu;
- u 28% badanych niezdolność osiągnięcia orgazmu;
- u 23% ból lub brak nawilżenia pochwy partnerki [15].

Najczęstszymi dolegliwościami związanymi z wiekiem zgłaszanymi przez partnerki są:

- brak lub utrata potrzeby seksualnej;
- zaburzenia podniecenia seksualnego, brak reakcji genitalnej – brak nawilżenia pochwy;
- zaburzenia orgazmu, anorgazmia;
- bolesne stosunki, dyspareunia [16].

Część mężczyzn doświadcza niespełnionych oczekiwań seksualnych związanych ze skracającym się czasem erekcji. U 25 – letniego mężczyzny trwa on ok. 54 min., w 50-tym roku życia średni czas wzwodu to ok. 29 min., w 60-tym roku życia – 22 min., powyżej 65 roku życia – 7 min. Nie jest to jednak objaw zaburzenia, jedynie naturalna konsekwencja procesu starzenia się. Czas skracania się erekcji nie jest oznaką zakończenia życia seksualnego [14].

U starszych mężczyzn w fazie podniecenia erekcja rozpoczyna się nieco później i „dopiero po kilku minutach intensywnej stymulacji seksualnej” [6,18].

Prawdopodobieństwo ciężkiego zaburzenia erekcji wzrasta trzykrotnie z 5,1% do 15% pomiędzy 40 a 70 rokiem życia [16]. W grupie mężczyzn od 40 do 70 lat zaburzenia erekcji podało 52% i 70% powyżej 70 roku życia. Inne zaburzenia seksualne, takie jak utrata hipoaaktywnego popędu seksualnego (spadek libido), zaburzenia ejakulacji, zmniejszona objętość ejakulatu również częściej występują u mężczyzn w podeszłym wieku [10,17].

Ostatnie badania obejmujące kobiety w wieku 18-82 roku życia nie wykazały istotnych różnic w zaburzeniach seksualnych pomiędzy starszymi i młodszymi kobietami. W obu grupach stwierdzono rozpowszechnienie takich zaburzeń jak problemy z orgazmem, pobudzeniem seksualnym, bolesnym stosunkiem płciowym [19].

Przeprowadzane badania populacyjne generalnie wskazują na zanik czynności seksualnych wraz z wiekiem. Obserwuje się spadek częstości erekcji, popędu, częstości stosunków płciowych, ejakulacji osiągniętych przez masturbację u mężczyzn w wieku od 40 do 70 lat [11,17]. Wg badania firmy Pfizer, które objęło 27 500 mężczyzn i kobiet w wieku od 40 do 80 lat, przeprowadzonym w 29 krajach i opartym na kwestionariuszu oceniającym rozpowszechnienie dysfunkcji seksualnych oraz znaczenie seksu dla osób i ich związków:

- 80% mężczyzn i 65% kobiet miało stosunek płciowy w ciągu ostatniego roku;
- 14% mężczyzn skarżyło się na przedwczesny wytrysk nasienia;
- 10% na problemy z erekcją;
- 9% na brak zainteresowania seksualnego;
- 7% na brak orgazmu – ich częstość narastała z wiekiem.

Pośród kobiet:

- 21% uskarżało się na brak zainteresowania seksualnego;
- 16% na brak orgazmu;
- 16% na problemy z nawilżaniem [11].

Zaburzenia erekcji u mężczyzn są problemem narastającym z wiekiem. Jeden na dziesięciu mężczyzn na świecie ma zaburzenia erekcji i jest to najczęstsze przewlekłe schorzenie dotyczące mężczyzn powyżej 45 roku życia [11].

U kobiet, w okresie postmenopauzalnym zdarza się zwiększone występowanie zaburzeń związanych z brakiem lub utratą potrzeb seksualnych tzw hypoactive sexual desire disorder(HSDD)-F52.0 wgICD-10. Częstość tych zaburzeń waha się, od mniej niż 10% do ponad 40%. Pomimo licznych dolegliwości towarzyszących menopauzie, obserwuje się czasami istotne nasilenie potrzeby seksualnej oraz zwiększenie częstości odbywania stosunków seksualnych. Ma to związek z brakiem obawy przed zajściem w ciążę, poczuciem stabilizacji życiowej, pełniejszej świadomości, w jaki sposób

zatroszczyć się o przyjemność partnera [20]. Potwierdza to tylko tezę, iż o aktywności seksualnej decyduje przed wszystkim samopoczucie, historia życia i motywacja, a nie wiek.

Obalamy mit, że osoby w podeszłym wieku nie należą do grupy ryzyka chorób przenoszonych drogą płciową. Więcej niż 10% [8] zachorowań na AIDS w Stanach Zjednoczonych to osoby powyżej 50 roku życia. Seniorzy niechętnie ujawniają swoje preferencje seksualne (homoseksualizm, biseksualizm). Należy zwrócić uwagę, że wiele nowych zakażeń wykrywanych jest u kobiet w późniejszej fazie życia – 50+ [4]. Rekomendacja Krajowego Centrum ds. AIDS pokazuje, jakich specjalności lekarze powinni zlecać wykonanie testu na HIV. Kobiety w podeszłym wieku są znacznie bardziej narażone na ryzyko zakażenia HIV niż kobiety dwudziestopięcioletnie, trzydziestoletnie. Ma to związek ze zmianami fizjologicznymi zachodzącymi w narządach rodnych: zanik naturalnej lubrykacji pochwy, większa suchość w pochwie i większa podatność na otarcia. Kobieta w tym wieku już nie obawia się niechcianej ciąży i stosunek z przygodnym partnerem odbywa często bez prezerwatywy, zwiększając prawdopodobieństwo zakażenia [1,4]. Powinniśmy jako lekarze mieć to na uwadze, zwłaszcza gdy zgłasza się po poradę medyczną kobieta w wieku podeszłym, bywalczyń sanatoriów, wyjazdów zagranicznych do ciepłych krajów, uskarżająca się na osłabienie, spadek masy ciała, spadek odporności, zaburzenia pamięci, pogorszenie stanu ogólnego.

Specjaliści dziedziny dowodzą, że celowe i świadome unikanie realizacji potrzeby seksualnej prowadzi do niepożądanych skutków [1,21].

Profesor Lew Starowicz opisuje następstwa tłumienia potrzeb seksualnych, typowe dla wieku podeszłego:

- zaburzony rozwój psychoseksualny;
- rozwój neurotyzmu i różnych form nerwic;
- zaburzenie rozwoju uczuciowości i otwartości;
- zaburzenie i zahamowanie seksualne;
- powstawanie drugiej, ukrytej natury ujawniającej się w marzeniach, snach lub zachowaniach dewiacyjnych;
- zespół Kehrera – objawiający się między innymi: świądem pochwy, upławami, zylakami miednicy i odbytnicy, powstającymi w wyniku braku aktywności seksualnej i rozładowania podniecenia.

Utrzymanie aktywności seksualnej wpływa na dobrostan psycho – fizyczny każdego człowieka. Trudno jest wyznaczyć granicę pomiędzy zaburzeniami seksualnymi, a naturalnym procesem starzenia się organizmu. Pamiętać powinniśmy także o innych formach aktywności seksualnej 65+, które mogą wpływać na zwiększenie poczucia własnej wartości, podniesienia nastroju oraz przyczynia się do harmonijnego życia małżeńskiego i rodzinnego [16]. Wg badań Ginsberga i wsp. osoby starsze utrzymują różnego rodzaju aktywność seksualną:

- 60,5% – dotyk, trzymanie się za ręce;
- 61,7% – przytulanie;
- 57% – całowanie;
- 82% – neguje wzajemne pieścizoty, masturbację, zbliżenie seksualne na przestrzeni ostatniego roku [22].

Interesujące są badania R. Kijaka [23] przeprowadzone na grupie 40 seniorów (67–75 lat) przebywających w ośrodku dziennego pobytu. Celem tego badania było określenie wzorców aktywności seksualnej i funkcji, jaką pełni seksualność w życiu osób starszych. Autor postawił sobie tezę, że funkcje seksualne i aktywność nie znikają wraz z wiekiem, a zmianie ulega jedynie częstotliwość i forma kontaktów seksualnych. Badaną grupę podzielił na tych, którzy żyją w stałych związkach i tych, którzy są samotni (śmierć żony, męża, rzadziej rozwód). Ci pierwsi częściej rezygnują ze współżycia seksualnego, drudzy są otwarci na masturbację, współżycie seksualne (zwłaszcza podczas wyjazdów sanatoryjnych). Bardziej otwartą grupą są mężczyźni:

- dla 58% badanych seniorów najczęstszą formą aktywności było dotykanie i pieścizenie partnera bez stosunku płciowego;
- 22% badanych mężczyzn i 9% kobiet masturbuje się;
- 22% badanych mężczyzn i 11% kobiet podejmuje współżycie seksualne;
- całkowicie z życia seksualnego zrezygnowało 41% z badanych osób [23].

Jest to stosunkowo mało reprezentatywna grupa badawcza, daje jednak pewien obraz zachowań funkcjonujących w danej społeczności.

Duże znaczenie w poczuciu własnej seksualności ma utrata młodego i atrakcyjnego wyglądu przez współczesnych seniorów. Aż 45% negatywnie ocenia swój wygląd. Wszechobecny przymus piękna i atrakcyjności powoduje, że współczesny senior nie chce się starzeć. Wśród kobiet po 50 roku życia w Stanach Zjednoczonych 5-krotnie wzrosła częstotliwość operacji plastycznych.

Tematem tabu jest seksualność ludzi przebywających w domach opieki (DPS). Seniorzy będący pensjonariuszami takich miejsc nadal pragną intymności, poczucia przyjemności i miłości [23]. Dla 69% pensjonariuszy DPS seksualność jest istotną wartością w ich życiu. 49% badanych seniorów rezygnuje z aktywności seksualnej, 22% (głównie mężczyzn) wybiera masturbację. W wielu domach opieki pensjonariusze są zmuszani do życia w celibacie, a wynika to z błędnych przekonań i uprzedzeń opiekunów na temat seksualności starszych ludzi. Obserwując aktualne sposoby sprawowania opieki nad osobami starszymi, nie zauważa się istotnych różnic w postrzeganiu ich potrzeb seksualnych. Badania dowodzą, że w instytucjach geriatrycznych stosowane były kary fizyczne, którym towarzyszyło obrzydzenie, zażenowanie, bezradność w obliczu pojawiających się sytuacji o charakterze seksualnym przejawianych przez podopiecznych seniorów. Najczęściej w tych organizacjach prezentowana jest postawa „wykluczenia seksualności”, a przejawy miłosnych relacji (przytulanie, głaskanie, tulenie) często nie są akceptowane, bywają traktowane pobłaźliwie zarówno przez opiekunów jak i przez rodzinę [23,24].

Seksualność ludzi 65+ to sfera, która ma wiele wyzwań. Należy zwrócić szczególną uwagę na przekaz medialny, który gloryfikuje głównie ludzi „młodych i pięknych”. Mało miejsca poświęca się seksualności seniorów, obok ogromu informacji o świadczeniach emerytalno-rentowych [25].

Powinniśmy zacząć postrzegać proces starzenia się zgodnie z definicją: "jako naturalną, dynamiczną konsekwencję rozwoju człowieka, respektując jego wady, dostrzegając zalety i pozwalając godnie żyć i pełnoprawnie uczestniczyć we wszystkich obszarach życia: społecznym, emocjonalnym, intelektualnym, seksualnym. Seniorzy nie czują się staro. Wprost przeciwnie. Obie płcie poszukują w Internecie nowych partnerów, dyskutują o seksie i miłości. O tym, że szukają nowych doznań świadczy wzrost liczby pozwów o rozwód. W przypadku kobiet po pięćdziesiątce o 28%, a mężczyzn po sześćdziesiątce aż o 39%. Pięćdziesięciolatki, uwolnione od wychowania dzieci, pracy zawodowej i pigułek antykoncepcyjnych, chętnie romansują. Sześćdziesięciolatek dzięki Viagrze i Internetowi czują się pewniej niż kiedykolwiek. Pokolenie trzeciego wieku chce używać życia [26].

WNIOSKI

Temat seksualności wieku podeszłego jest tematem rozwojowym. Obserwując stale wzrastającą średnią długość życia człowieka powinniśmy więcej czasu poświęcić planowaniu polityki senioralnej. Kolejne pokolenia wkraczą w wiek podeszły. Postęp nauki, rozwój techniki, komputeryzacja przyczynią się do tego, że ludzi starszych przestaniemy traktować jako odrębną grupę społeczną posiadającą głównie ograniczenia: kulturowe, społeczne, religijne. Starość i starzenie się powinny być postrzegane jako dynamiczny proces postępującego rozwoju człowieka, który ma swoje marzenia, pragnienia, cele, prawa.

Seksualność jest skomplikowanym zagadnieniem, ale każdy człowiek ma prawo, by ją wyrażać. Seniorzy to osoby mające duże doświadczenie życiowe. Często są to ciekawi ludzie mający wiele do powiedzenia młodszemu pokoleniu. Pozwólmy im pełnoprawnie funkcjonować w społeczeństwie, szanując wszystkie sfery życia, pozwalając okazywać swoją seksualność, odmienność.

LITERATURA

- Lew-Starowicz Z. (2000). Seks w jesieni życia. Warszawa: Dom Wydawniczy Bellona;
- Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (2006). Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Gdańsk. Via Medica;
- Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual behavior in the human female. Philadelphia, PA. WB Saunders; 1948
- Izdebski Z., Wiśniewski J.L. (2014). Intymnie. Rozmowy nie tylko o miłości. Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak;
- National Council on the Aging (NCOA). Sex after 60: A natural part of live. Washington, DC; 1998, <http://WWW.ncoa.org/kontent.cfm?sectionID=109&detail=134#survey>;
- Wiśniewski J. L. (2015). Moje historie prawdziwe. Wydawnictwo Literackie;
- Lew-Starowicz Z. (1988). Seks dojrzały. Warszawa: PZWL;
- Rosenthal T. C. Geriatria, 2009, Lublin, Wydawnictwo Czelej;
- Shifren JL, Braustein GD, Simon JA, et al. Transdermal testosterone In women with impaired sexual function after oophorectomy. N. Engl J Med. 2000;343:682-688
- Masters W., Johnson V. (1975). Niedobór seksualny człowieka. Warszawa: PZWL;
- Nicolosi A. Laumann E.O., Glasser D.B., et al. Sexual behavior and sexual dysfunction after age 40: Global study of sexual attitudes and behaviors. Urology. 2004, 64: 991-997;
- Starr B. D., Weiner M. B., The Starr-Weiner report on sex and sex-guality In thematureyears. New York, NY: Stein and Day, 1981;
- Wawrzyniak J. K. Seksualność osób 50 plus. Wybrane konteksty analizy zjawiska, Edukacja Dorosłych 2011, nr 1;
- Izdebski Z., Ostrowska A. (2004). Seks po polsku. Zachowania seksualne jako element stylu życia Polaków, MUZA SA Warszawa;
- Cichocka M. (2004). Starość i seks. W: M. Beisert (red.). Seksualność w cyklu życia człowieka. Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke;
- Lew-Starowicz Z. Problemy z seksem. (1991), Słupsk, Oficyna Wydawnicza „Pobrzeże”;
- Carson CC. Erectile dysfunction In the 21st century: Whom we can treat, whom we cannot treat and patient education. Int J Import Res. 2002, 14 (Suppl 1): S29-S34;
- Araujo A.B., Mohr B.A., McKinlay J.B. Changes In sexual function In Middle-aged and older men: Longitudinal data from the Massachusetts Male Aging Study. J Am Geriatr Soc. 2004, 52: 1502-1509;
- Geiss IM, Umek WH, Dungal A, et al. Prevalence of female sexual dysfunction In gynecologic and urogynecologic patients according to the international consensus classification Urology. 2003; 62:514-518
- Imieliński K. (1977). Psychofizjologiczne problemy seksuologii, w: K. Imieliński (red.). Seksuologia społeczna. Zagadnienia psychospołeczne, Warszawa, PWN;
- Krzyżowski J. (2004). Psychogeriatrya. Warszawa: Wydawnictwo Medyk;
- Ginsberg T.B., Pomerantz S. C., Kramer-Feeley V., Sexuality in older adults: Age Ageing (September 2005) 34(5): 475-480;
- Kijak R. Życie intymne ludzi starych, Koordynacja na rzecz aktywnej integracji;
- Kowalewska A., Jaczewski A., Komosińska K., Problemy wieku starczego, w: A. Fabis (red.), Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii, Sosnowiec 2005, s.21;
- Raport medialny: Wizerunek Osób Starszych w Mediach – sierpień 2007. www.kobieta.gov.pl/zal/f321 1.pdf;
- Wroniszewska D. (2006). Era miłości pragmatycznej. Angora nr 37;

Barbara Nieradko – Iwanicka

Zakład Higieny i Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Chodźki 7, 20-093 Lublin
e-mail: barbara.nieradko-iwanicka@umlub.pl