

# Ženské sexuální dysfunkce

MUDr. Pavel Turčan, Ph.D., FECSM, MUDr. Peter Kepič, MUDr. Jozef Hambálek, MUDr. Pavla Entnerová

Centrum MEDIOL, s. r. o., Klinika sexuologie a andrologie, Olomouc

V přehledové práci přinášíme náhled na poměrně širokou paletu ženských sexuálních dysfunkcí. Zaměřujeme se na jejich rozdělení, etiologii, rizikové faktory, diagnostiku a léčbu tak, aby byla pro lékaře v praxi co nejpraktičtější a nejprínosnější. Vzhledem k tomu, že ženské sexuální dysfunkce vznikají ve většině případů jako důsledek více faktorů najednou, je i jejich řešení někdy složitější a většinou vyžaduje spolupráci více odborníků v různých lékařských oborech a psychologii. Léčba je vždy velice individuální. Její nedílnou součástí je zajistit pro ženu bezpečné a důvěryhodné prostředí. V mnoha případech je vhodná i terapie páru jako celku.

**Klíčová slova:** ženské sexuální dysfunkce, nízká sexuální apetence, vzrušivost, bolest při koitu.

## Female sexual dysfunctions

This review provides an overview of a relatively wide range of female sexual dysfunctions. It focuses on their classification, etiology, risk factors, diagnosis, and treatment to be as practical and beneficial as possible for physicians in practice. Since female sexual dysfunctions often arise as a result of multiple factors simultaneously, their resolution can sometimes be more complex and usually requires the cooperation of several specialists in various medical fields and psychology. Treatment is always highly individualized. An integral part of treatment is ensuring a safe and trustworthy environment for the woman. In many cases, therapy for the couple as a whole is also recommended.

**Key words:** female sexual dysfunctions, low sexual desire, arousal, pain during intercourse.

## Úvod

Termínem ženská sexuální dysfunkce (female sexual dysfunction, FSD) nazýváme stav, který je charakterizovaný přetrvávajícími sexuálními problémy, které činí potíže v intimním životě a prožitku ženy a které vadí ženě nebo narušují partnerský pohlavní život. Problémy se mohou týkat několika okruhů: sexuální reakce, touhy, orgasmu či bolesti během sexuální aktivity. Problémy v sexuální oblasti se mohou vyskytovat buď jen v určitém životním období, ale někdy i dlouhodobě či celoživotně. FSD se mohou objevit v jakémkoliv věku a mohou se projevovat sporadicky nebo permanentně při každém intimním kontaktu. Problémy se mohou týkat pouze jednoho sexuálního partnera (selektivní) nebo sexuality obecně (generalizované) (1). Sexuální reakce ženy je složitý děj a zahrnuje jak fyzickou reakci organismu, tak i pocity. Ovlivňuje ji i vše, co se děje v životě ženy, víra, životní styl a taky vztah s partnerem či partnerkou. Všechny tyto faktory mohou ovlivnit jak sexuální touhu, tak i vzrušení a spokojenost s pohlavním životem a prožitkem. Vzhledem k rozmanitosti faktorů, které mohou ženskou sexuální dysfunkci vyvolat, je pečlivá anamnéza a posouzení jednotlivých faktorů velice významné. Léčba FSD proto zahrnuje rovněž různé možnosti a často je nutná i jejich kombinace (2).

**Příznaky FSD**

Příznaky se navzájem liší v závislosti na typu FSD. Nejčastějším příznakem FSD je nízká

## DECLARATIONS:

### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

### Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

### Conflict of interest:

Not applicable.

### Consent for publication:

Not applicable.

Cit. zkr: Med. Praxi. 2025;22(3):187-191

<https://doi.org/10.36290/med.2025.038>

Článek přijat redakcí: 13. 4. 2025

Článek přijat k tisku: 12. 5. 2025

MUDr. Pavel Turčan

centrummediol@seznam.cz

sexuální touha. Zahrnuje nejen nízkou chuť na sex, ale i celkový nezáměr o jakoukoliv sexuální aktivitu. Dalším příznakem je porucha sexuálního vzrušení. Nemusí být vždy spojena s nízkou sexuální touhou. Někdy má žena zájem o sex, ale přesto je pro ni obtížné dosáhnout nebo udržet vzrušení v průběhu sexuální interakce. Dalším symptomem je problém s dosažením orgasmu, a to i při dostatečném sexuálním vzrušení. Poměrně častým příznakem je i bolest spojená se sexuální aktivitou nebo pokusem o ní. Nadměrná sexuální touha či problémy s permanentním vzrušením se mohou objevit taktéž, ale bývají významně méně časté ve srovnání s výše uvedenými příznaky (1, 3).

### Příčiny FSD

Vzhledem k již uvedenému je jasné, že příčin FSD existuje celá řada a někdy může být vzniklá FSD i v důsledku jejich kombinace. Často se FSD vyskytuje například v období hormonálních změn, například po porodu nebo v souvislosti s klimakteriem, avšak k jejímu rozvoji mohou přispět i závažná onemocnění jako rakovina, diabetes melitus, kardiovaskulární choroby a další (4).

Factory můžeme rozdělit na několik skupin:

- **Fyzické** – sem patří například již zmiňovaná závažná onemocnění – rakovina, diabetes mellitus, roztroušená skleróza, kardiovaskulární nemoci, nemoci urogenitálního traktu a další. Zhoršení sexuální touhy, vzrušivosti a dosažení vyvrcholení může rovněž nastat i v důsledku užívání některých medikamentů, například některých antidepressiv, antihypertenziv, onkologických medikamentů či antihistaminik a kortikoidů (1, 5–7).
- **Hormonální** – typickým příkladem je pokles hladiny estrogenů v období po menopauze, který vede například ke strukturálním změnám nejen vaginální sliznice, ale i dalších tkání a může tak změnit sexuální reaktivitu ženy.

Dlouhodobě nízká hladina estrogenů způsobuje atrofizaci, a s ní spojené horší prokrvení vaginální sliznice a malé pánve. To může mít za následek snížení citlivosti genitálií a v důsledku toho se může doba potřebná

ke vzrušení a dosažení vyvrcholení výrazně prodloužit. Atofizovaná vaginální sliznice se rovněž stává tenčí, méně pružnou, zranitelnější a obtížněji lubrikovanou, což může vést ke vzniku dyskomfortu až bolestivosti při koitu či pokusu o něj. Dlouhodobá sexuální neaktivita může tento problém ještě dále zhoršit.

S poklesem estrogenů může rovněž být spojený i pokles zájmu o sex.

Podobné hormonální změny mohou být příčinou vzniku FSD i v průběhu kojení v poporodním období (1, 8).

Estrogeny ale nejsou jedinými hormony, které mohou FSD zapříčinit. Mezi další patří i testosteron, prolaktin a hormony štítné žlázy (9, 10).

- **Psychologické a sociální** – příčinou vzniku FSD může být rovněž dlouhodobý stres, sexuální zneužívání či znásilnění v anamnéze, obavy z otěhotnění či nutnosti péče o novorozené dítě, zvláště pokud již žena měla v anamnéze komplikace v průběhu porodu či po něm atd. V etiologii FSD se může uplatnit i neřešená deprese či úzkostné stavy, problémy v partnerském vztahu, problémy spojené s vnímáním sebe sama (anorexie, dysmorfobie, zvýšený růst ochlupení, ...), či faktory kulturního a náboženského charakteru (1, 11).

### Rizikové faktory vzniku FSD

Rizikové faktory vzniku FSD lze poměrně snadno odvodit z výše uvedeného rozdělení do jednotlivých etiologických skupin. Vyšším rizikem FSD trpí ženy s depresivně úzkostnými stavy a dalšími psychiatrickými nemocemi nebo jinými problémy psychického charakteru, ženy s kardiovaskulárním onemocněním, cukrovkou nebo onkologickou nemocí, neurologickými chorobami (poranění míchy, roztroušená skleróza), gynekologickými stavy včetně těch infekčního původu, ženy užívající některé léky z psychiatrické indikace či antihypertenziva...

Riziko představuje i emocionální či psychologický stres, zejména ve vztahu s partnerem, ale i nedostatek soukromí či pohlavní zneužívání či domácí násilí v anamnéze (3, 11, 12).

### Diagnostika FSD

- Anamnéza a zhodnocení současného stavu v případné spojitosti s ní. V anamnéze je nutné se zaměřit jak na zdravotní pro-

blémy, tak i na údaje o psychosexuálním vývoji, rodinném a kulturním prostředí, ve kterém žena vyrůstala, sexuální a reprodukční anamnéza, užívané medikamenty atd.

Nedílnou součástí by měly být dotazy ohledně orientace a genderové identity či jiné odlišnosti od většinové populace (například sado-masochismus atd.). Pro stanovení správné diagnózy a následné léčby je důležité znát i ženu používané sexuální praktiky.

Je nutné si rovněž uvědomit, že ne vše, na co se budeme pacientky ptát, jí musí být příjemné a někdy odpovědět na položené otázky ani nedokáže, nebo alespoň ne při prvním kontaktu. Proto je potřeba otázky vždy klást velice citlivě a snažit se vytvořit pro ženu bezpečné a důvěryhodné prostředí. Někdy pomůže i vysvětlení, že otevřenost a sdílení velice intimních informací s lékařem může výrazně zvýšit šance na vyřešení problémů (2, 13).

- **Fyzikální vyšetření** – běžnou součástí je rovněž gynekologické vyšetření s posouzením a zhodnocením změn genitálií, například zánět, jizvy, atrofie sliznice, ragády, bolestivost atd. (1, 2).
- **Laboratorní vyšetření** – provádíme stanovení hormonálních hladin v krevním séru, testy na infekce či jiné nemoci, jakož i stěry na vyloučení infekčních nemocí (kultivace, PCR, ...) (2).
- **Psychodiagnostika** – v některých případech je vhodné i vyšetření klinickým psychologem či konzultace u psychoterapeuta se zaměřením na sexuální a partnerské problémy (2, 3).

### Léčba FSD

Ne každá odchylka od většinového sexuálního chování (například nízká frekvence koitů či nízká sexuální touha) automaticky znamená problém, který musí být léčen. Pokud daný stav nečiní pacientce problém, není potřeba ani léčba. Léčené by měly být pouze stavy, které ženu znepokojují nebo jí působí problémy. Pokud to sice nečiní problémy přímo v osobním životě pacientky, ale v partnerském intimním soužití ano, je tento stav vhodné řešit. Zvláště pokud se stav týká společného intimního soužití, je vhodné přistoupit i k terapii páru jako celku. Důležité je v rámci léčby

mluvit s jednotlivými partnery jak společně, tak i o samotě.

Léčba stejných FSD se případ od případu může výrazně lišit, neexistuje žádný standardní univerzální přístup vhodný pro každého. V rámci léčby je vhodné dát pacientce prostor pro vyjádření obav, případně se na ně přímo doptat.

Pro úspěšnou léčbu jsou vhodné také informace, jak žena na sex a sexuální stimulaci reaguje a jaká má očekávání od toho, v čem a jak jí můžeme pomoci. Pomůže nám to nejen ve volbě léčebné metody, ale může nám to být nápomocné i při následném posouzení úspěšnosti zvoleného léčebného postupu (2, 14).

V léčbě FSD si často nevystačíme pouze s lékařskými léčebnými metodami. Vhodná, někdy přímo nutná, je i psychoterapie či vztahová partnerská terapie, a to jak individuální, tak i párová.

#### ■ Režimová a další doporučení

- Zlepšit komunikaci se svým partnerem či partnerkou. Umět vyjádřit, co cítí, a zároveň naslouchat tomu, jak to vnímá ten druhý, učit se mluvit o svých sexuálních touhách a přáních. Ne každý to automaticky dokáže a je důležité překonávat komunikační bariery. Ne vždy to, co partner či partnerka řekne, musí být tak, jak jsme to slyšeli nebo jak to vnímáme. Můžeme si být jisti pouze tím, co to dělá s námi a s naší psychikou. Proto je důležité se raději bezpečným a neobviňujícím způsobem doptat. Například: „Ty jsi řekl toto, ve mně to vyvolává takové a takové pocity, myslíš to opravdu tak, nebo to jen já jinak vnímám nebo jsem to špatně pochopila?“. Poměrně častou chybou v komunikaci je i mýtus, kdy si jeden z partnerů myslí: „Pokud mne má rád, musí přece vědět, co mám ráda či rád já a udělal by to“. Ani ve vztahu není nikdo jasnovidcem. Proto je potřeba se své potřeby a touhy naučit vyjádřit. Každý z nás vyrůstal v jiném prostředí a v každé rodině bylo „normální“ něco jiného, mezi rodiči byly jiné projevy blízkosti či intimity, jiné komunikační vzorce a odlišné způsoby řešení problémů a neshod. Komunikace partnerů je důležitá i k nalezení vlastní cesty a vlastních vzorců,

kteří jsou pro každý vztah individuální a jedinečné (15, 16).

- Zdravý životní styl. Jakékoliv změny životního stylu vedoucí ke zlepšení zdraví a psychické pohody mohou mít rovněž pozitivní vliv na pohlavní život. Nadměrná konzumace alkoholu může snižovat sexuální reaktivitu. Negativní vliv na sexuální funkce a vznik FSD má i kouření. Kouření má za následek zhoršení prokrvení, a to může vést k negativním změnám i v prokrvení pohlavních orgánů. Dostatek spánku a odpočinku s adekvátní fyzickou aktivitou může rovněž vést ke spokojenosti a zlepšení nálady. Pokud je pacientka více vnímavá na stres nebo má aktuálně nadměrnou psychickou zátěž, je vhodné pomoci hledat způsoby redukce, jak relaxovat a redukovat stres a jeho dopady na její fyzické, psychické i sexuální zdraví (2).
- Vyhledat poradenství – konzultace s psychoterapeutem, partnerským terapeutem, či odborníkem, který umí pracovat se sexuálními problémy, například sexuálním koučem či koučkou, může rovněž výrazně přispět k řešení potíží. Někdy je vhodné vést ženu ke zkoumání vlastního těla či učit se, jakým způsobem se partnerovi přiblížit (1, 2).
- Použití vhodný lubrikant – pokud žena trpí suchostí, koitálním diskomfortem či bolestí při pohlavním aktu, je vhodné použít lubrikant. Na trhu máme dvě základní skupiny lubrikantů, a to na vodní bázi nebo silikonové. Silikonové lubrikanty se obvykle nanáší v tenké vrstvě, neosychají a mohou dokonce přispět i ke zlepšení citlivosti tkání (17).
- Zvlhčování poševního prostředí – pokud ženu trápí suchost poševní sliznice, je vhodné použít gelů nebo čípků na zlepšení její hydratace, často s obsahem kyseliny hyaluronové. Prospěšná může být i rejuvencace vaginální sliznice za pomoci laseru, elektroporace či aplikace menších dávek kyseliny hyaluronové do sliznice pochvy a poševního vchodu (18).
- Používat erotické pomůcky – různé vibrátory či jiné stimulatory mohou

například zlepšit dosažení orgasmu zlepšením prokrvení klitoris (2).

- Zůstat sexuálně aktivní – pravidelná sexuální aktivita, ať už ve formě autoerotiky či párových a jiných aktivit, může vést k lepšímu prokrvení, a tím k udržení lepší schopnosti pohlavních orgánů reagovat na sexuální vzrušení (2, 16).

## Medikamentózní léčba FSD

Někdy není nutné k léčbě FSD indikovat pacientce medikamentózní léčbu, ale postačí pouze změna léků, které žena užívá kvůli jiným nemocem, nebo třeba jen úprava jejich dávkování. Pokud je příčinou vzniku FSD infekce, používáme léky k jejímu vyléčení, ať už ve formě antibiotik či jiných léků aplikovaných systémově či lokálně ve formě vaginálních čípků, výplachů nebo masť a krémů (1).

Někdy může pomoci i léčba vhodnými antidepressivy, častěji těmi, které sexuální touhu neovlivňují nebo na ni mají spíše pozitivní vliv. Sem například řadíme trazodon, moklobemid, bupropion, ale i vortioxetin a agomelatin (2, 19).

Skupina léčiv specificky určených k léčbě FSD je bohužel velice chudá, a navíc poměrně značná část z nich není na českém či evropském trhu vůbec dostupná.

## Specifická léčiva v léčbě FSD

- **Estrogeny** – příznivý vliv má na vaginální sliznici a její kvalitu i systémová estrogenová terapie. Při potížích se suchostí a atrofizací vaginální sliznice častěji používáme lokální aplikaci estrogenů ve formě ethinylestradiolu nebo estriolu ve formě vaginálního krému, tablety, čípku nebo kroužku (tento v ČR není dostupný). Při lokální aplikaci do pochvy se malé množství estrogenů absorbuje do tkání pochvy a poševního vchodu, což následně vede ke zlepšení kvality sliznice se zmírněním suchosti, diskomfortu či bolestí při koitu a rovněž i některých příznaků ze strany močových cest (18).
- **Ospemifen** – jedná se o selektivní modulátor estrogenových receptorů (SERM), který v perorálním podání 60 mg denně může vést ke zlepšení vaginální atrofie, účinkuje tedy jako estrogenní agonista, má zároveň příznivý vliv na kostní a lipi-

dový metabolismus a neutrální vliv na endometrium a antiestrogenní účinek na prsní tkáň. Nejčastějšími vedlejšími účinky mohou být návaly horka a vaginální výtok (19, 20).

- **Testosteron** – testosteron je hormon, důležitý pro zdravé sexuální reakce a funkce u mužů i žen. Nízká sérová hladina testosteronu u ženy sama o sobě není důvodem k léčbě. Dodávání testosteronu volíme pouze v případech, kdy to zároveň činí ženě i potíže. Výzkumy v této oblasti ukazují na pozitivní vliv obzvláště v léčbě perimenopauzálních a postmenopauzálních žen. Jedná se ale v každém případě o tzv. off label léčbu, jelikož na světě dosud neexistuje žádný lék s obsahem testosteronu, který by byl přímo určený pro použití u žen. V našich podmínkách v praxi je možné použití pouze gelu s testosteronem a aby byla dávka bezpečná a nevedla k nežádoucím virilizujícím účinkům, musí být minimálně 10–12× nižší, než je denní dávka stejného léku pro muže (21).
- **Flibanserin** – původně používaný jako antidepresivum, v USA je FDA (Food and Drug Administration) schválila i v indikaci pro léčbu nízké sexuální touhy u žen. V České republice a ani v celé Evropské unii lék není schválený a dostupný. Očekávání po jeho uvedení byla ale větší než je přínos a účinek a původní označení jako „ženská viagra“ bylo rozhodně značně přeceněno (19).
- **Bremelanotide** – další lék se schválením FDA pro léčbu nízké sexuální touhy u žen před menopauzou ve formě subkutánní injekce s aplikací těsně před pohlavním stykem. V ČR ani v celé EU ale zatím neregistrovaný. Opět k dostání na americkém trhu (19, 22).
- **Prasteron** – medikament ve formě vaginální globule nebo čípku s obsahem synteticky vyrobeného dehydroepiandrosteronu (DHEA), který pomáhá zmírnit

vaginální suchost, diskomfort a bolesti při koitu. V ČR nedostupný, ale je možné jej zakoupit v jiných zemích EU, například v Polsku a Německu (23).

- **Tibolon** – syntetický hormonální lék, používaný v hormonální léčbě klimakterických potíží u žen po menopauze, který má i částečné androgenní účinky, může vést i ke zlepšení FSD, zvláště u žen se sníženou sexuální touhou. Léky byl schválený Evropskou lékovou agenturou (EMA), naopak schválení FDA pro použití v USA nedostal (24).

Další skupinou léků, které jsou předmětem výzkumu v léčbě FSD, jsou tzv. inhibitory fosfodiesterázy, které jsou používány jako velice účinná léčba erektilní dysfunkce u mužů. Při ženských sexuálních dysfunkcích je však jejich účinek sporný a výsledky studií jsou nejednoznačné, určitý pozitivní vliv na léčbu FSD se jeví u žen, u kterých tato dysfunkce vznikla v důsledku užívání antidepresiv ze skupiny inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Je nutné ale brát v potaz kontraindikace kombinace s léky ze skupiny nitrátů a u závažného stupně srdečního selhání (25).

Jelikož FSD jsou většinou multifaktoriálního původu, ani ty nejlepší léky nebudou dostatečně účinné, pokud nebudeme brát v potaz emocionální, vztahové a sociální faktory a nebudeme je řešit společně (2).

### Alternativní medicína

Výsledky v léčbě FSD jsou opět nejednoznačné, avšak v některých případech mohou být nápomocné.

- **Jóga** – je to systém, při kterém provádíme sérii různých pozic a dechových cvičení, zlepšujících tělesnou hybnost a podporujících zklidnění mysli. Některé typy jógy se zaměřují na zlepšení hormonálních funkcí a sexuálního života (26).
- **Akupunktura a akupresura** – první jmenovaná ovlivňuje tělo a jeho funkce za

pomocí aplikace speciálních jehel do určitých bodů v tzv. akupunkturních drahách, specifických pro určité tělesné oblasti a orgány, zatímco akupresura tyto dráhy a příslušné orgány ovlivňuje pouze tlakem na tyto body. Výsledky jsou opět sporné a nejednoznačné (27).

- **Meditace různého druhu** (28).
- **Bylinné a topické produkty za účelem zlepšení chuti na sex a sexuálního vzrušení** – zatím nedostatečně prozkoumané a často s pochybným účinkem (4). V poslední době se častěji dostávají do popředí lokálně aplikované přípravky s obsahem kanabinoidů, které se zdají být slibné a s pozitivním účinkem na sexuální prožitky. Je nutné si uvědomit, že žádný z těchto přírodních prostředků nevede přímo ke zlepšení nízké sexuální touhy. Zlepšením prokrvení a citlivosti tkáně poševního vchodu a klitorisu můžeme ale přesto v mnoha případech lepšího sexuálního prožitku dosáhnout (29).

### Závěr

Ženské sexuální dysfunkce představují širokou skupinu potíží, negativně ovlivňující jak osobní, tak partnerský sexuální život. Vzhledem k multifaktorialitě jejich příčin je poměrně obtížné najít vhodný způsob léčby a léčebné metody volit velice individuálně, šité na míru každému případu zvlášť. Situace je rovněž komplikovaná skutečností, že specifických léků, schválených a určených k léčbě FSD, je poskrovnu a jejich účinek není vždy jednoznačný. Často se neobejdeme bez mezioborové spolupráce lékařů různých odborností. Některé faktory zvládnou jednotliví lékaři i samostatně, například úpravu dávkování medikamentů či změnu podávaného léku, pokud to zdravotní stav pacienta umožňuje. V mnoha případech je ale nutná spolupráce s gynekologem, urologem, sexuologem, psychologem či psychiatrem a případně i lékaři jiných oborů (2, 18, 30).

### LITERATURA

1. Kershaw V, Jha S. Female sexual dysfunction. The Obstetrician & Gynaecologist. 2022;24(1):12-23.
2. Arthur SS, Dorffman CS, Massa LA, et al; editors. Managing female sexual dysfunction. Urologic oncology: seminars and original investigations; 2022: Elsevier.
3. Imprialos KP, Koutsampasopoulos K, Katsimardou A, et al. Female sexual dysfunction: a problem hidden in the sha-

- dows. Current pharmaceutical design. 2021;27(36):3762-74.
4. Reed MA. Female sexual dysfunction. Clin Plast Surg. 2022;49(4):495-504.
5. Abd El Salam S, Hassan HE, Hagar Kamal RA. Women's sexual dysfunction associated with cervical cancer. Journal of Applied Health Sciences and Medicine. 2021;1(2):12-27.
6. Hosseini SE, Ilkhani M, Rohani C, et al. Prevalence of sexu-

- al dysfunction in women with cancer: A systematic review and meta-analysis. International journal of reproductive biomedicine. 2022;20(1):1.
7. Salari N, Hasheminezhad R, Abdolmaleki A, et al. The global prevalence of sexual dysfunction in women with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. Neurological sciences. 2023;44(1):59-66.

8. Tavoli A, Tavoli Z, Effatpanah M, et al. Prevalence and associated risk factors for sexual dysfunction among postmenopausal women: a study from Iran. *Women's Midlife Health*. 2021;7:1-6.
9. Nappi RE, Di Ciccio S, Genazzani AD. Prolactin as a neuroendocrine clue in sexual function of women across the reproductive life cycle: an expert point of view. *Gynecological Endocrinology*. 2021;37(6):490-6.
10. Barbagallo F, Cannarella R, Condorelli RA, et al. Thyroid diseases and female sexual dysfunctions. *Sexual Medicine Reviews*. 2024;12(3):321-33.
11. Arcos-Romero AI, Calvillo C, editors. *Sexual health and psychological well-being of women: a systematic review*. Healthcare; 2023: MDPI.
12. Parish SJ, Cottler-Casanova S, Clayton AH, et al. The evolution of the female sexual disorder/dysfunction definitions, nomenclature, and classifications: a review of DSM, ICSM, ISSWSH, and ICD. *Sexual Medicine Reviews*. 2021;9(1):36-56.
13. Prabhu SS, Hegde S, Sareen S. Female sexual dysfunction: A potential minefield. *Indian journal of sexually transmitted diseases and AIDS*. 2022;43(2):128-34.
14. Dolan I, Filipenský P. Sexuální dysfunkce-diagnostika a možnosti řešení. *Urologie Pro Praxi*. 2022;23(3).
15. Rácová L, Weiss P. Sexuální distraktory. *Česká a Slovenská Psychiatrie*. 2023;119(4).
16. Rausch D, Rettenberger M. Predictors of sexual satisfaction in women: A systematic review. *Sexual medicine reviews*. 2021;9(3):365-80.
17. Chovanec M, Vrzáčková P, Turčan P, et al. Poruchy lubrikácie a aké máme liečebné možnosti. *Psychiatr prax*. 2016;17(2):79-82.
18. Fait T. Klimakterická pacientka v ambulanci praktického lékaře. *Med. praxi*. 2023;20(3).
19. Nappi RE, Tiranini L, Martini E, et al. Medical treatment of female sexual dysfunction. *Urologic Clinics*. 2022;49(2):299-307.
20. Di Carlo C, Cagnacci A, Murina F, et al. Ospemifene and vulvovaginal atrophy: an update of the clinical profile for post-menopausal women. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2024;25(11):1541-54.
21. Uloko M, Rahman F, Puri LI, et al. The clinical management of testosterone replacement therapy in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: a review. *International Journal of Impotence Research*. 2022;34(7):635-41.
22. Edinoff AN, Sanders NM, Lewis KB, et al. Bremelanotide for treatment of female hypoactive sexual desire. *Neurology international*. 2022;14(1):75-88.
23. Lee JH, Lee JE, Harsh V, et al. Pharmacotherapy for sexual dysfunction in women. *Current Psychiatry Reports*. 2022;24(2):99-109.
24. Hsiao S-M, Chang S-R. Effect of tibolone versus hormone replacement therapy on lower urinary tract symptoms and sexual function. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2024;123(6):710-5.
25. Martins JCC, Lucas ARCA, Costa JMM. The use of phosphodiesterase inhibitors in the treatment of female sexual dysfunction: scoping review. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2024;46:e-rbgo49.
26. Tabatabaie NS, Borujeni FR, Tavakol Z, et al. The Effect of Yoga and Pelvic Floor Muscle Exercise on Sexual Function and Sexual Self-esteem of Reproductive-age Women: A Randomized Clinical Trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2024;12(3):188.
27. Ning S, Liu S, Chen X, et al. Acupuncture modification treatment for female sexual dysfunction: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2023;291:29-33.
28. Sood R, Kuhle CL, Thielen JM, et al. Association of mindfulness with female sexual dysfunction. *Maturitas*. 2022;161:27-32.
29. Moser A, Ballard SM, Jensen J, et al. The influence of cannabis on sexual functioning and satisfaction. *Journal of Cannabis Research*. 2023;5(1):2.
30. Weinberger JM, Houman J, Caron AT, et al. Female sexual dysfunction: a systematic review of outcomes across various treatment modalities. *Sexual medicine reviews*. 2019;7(2):223-50.