

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Sexualita a body image u onkologicky nemocných
Bakalářská práce

Vedoucí práce :
Mgr. Hana Hajduchová Ph.D., R.N.

Autor práce :
Miroslava Wodecká

2008

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Sexualita a body image u onkologicky nemocných vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne.....

.....

Děkuji vedoucí práce Mgr. Haně Hajduchové Ph.D. za metodické vedení a trpělivost při psaní této bakalářské práce. Zároveň děkuji všem dotazovaným za vstřícnost a cenné informace.

Abstract

The title of the presented bachelor paper is Sexuality and Body Image of Patients with Cancer. Care of patients with cancer is multidisciplinary not only from the medical and nursing point of view, but also from the social point of view. Only recently the expert community in health field has concentrated on sociopsychological needs of patients with cancer as well as their families. Sexuality and body image accompany person through his/her lifetime and serious illness may have an adverse effect on self-consciousness or our experiencing. Cancer and its treatment, its adverse effects and impact of treatment on patient's organism and mental condition are specified in the theoretical part of this bachelor paper. This part comprises basic nursing interventions, strategies how to solve questions of sexuality of patients with cancer and also unsubstitutable educational role of a nurse. At the end of the theoretical part we pay attention to sociopsychological interventions which are applied on patients with cancer. The work itself aims to find out how nurses are prepared to educate patients in the field of sexuality and body image. To this end two working hypotheses were defined. In the first hypothesis we presumed that nurses were not sufficiently prepared to educate patients with cancer in the field of sexuality, and in the second one we presumed that the main difficulty as to why the education of patients in the given field was neglected was a communication barrier on the part of medical staff. Another goal of this bachelor paper was to determine the degree of influence of perception of one's own body and sexuality in consequence of treatment and to find out whether patients with cancer had enough information on impact of illness and its treatment on their sexuality and body image. With this goal in view 3 survey questions were defined. The first one related to the development of sense of worse self-respect as a consequence of the illness. The second question focused on decrease of sex appeal of patients with cancer and the third one concentrated on awareness of illness consequences in the field of patient's sexuality. On the basis of the survey made, Hypothesis 1 (H1) has been affirmed, namely that nurses are not prepared to educate patients with cancer in the sexuality field. Hypothesis 2 (H2) has been disconfirmed. Survey results have indicated that the main barrier as to why the education of patients in the field of sexuality is neglected is

not communication but the fact that it is considered unethical to patients. Other hypotheses have been deduced from the defined survey questions, namely Hypotheses 3, 4 and 5 (hereinafter referred to as H3, H4, and H5). H3: Consequences of cancer treatment lead to worse self-respect of patients. H4: Consequences of cancer treatment lead to sense of decreased sex appeal. H5: Patients with cancer lack information on consequences of treatment in the field of sexuality. Patients most lack information on how to communicate with their partners about complications. The survey was carried out with medical staff who work at oncology wards, gynaecology and surgery ward of FN Plzen and with patients with cancer. To draw necessary information from medical staff, we used the technique of data acquisition - questionnaire. Qualitative research was used at patients; data were collected by informal interview in home environment of respondents.

Osnova :

Úvod	3
1. Současný stav	5
1.1 Vliv nádorového onemocnění a jeho léčení na sexualitu a body image	5
1.1.1 Charakteristika nádorového onemocnění	5
1.1.2 Role sestry v časné diagnostice v onkologii	7
1.2 Léčba nádorového onemocnění	7
1.2.1 Metody lokální léčby a sesterské intervence	7
1.2.2 Metody systémové léčby a sesterské intervence	10
1.3 Sexualita a body image v onkologii	11
1.3.1 Sexualita jako přirozená součást života	11
1.3.2 Body image	12
1.3.3 Faktory ovlivňující sexualitu a body image	13
1.4 Ošetrovatelské intervence a strategie při řešení otázek sexuality u onkologicky nemocných	16
1.4.1 Model P.LI.SS.IT	18
1.4.2 Posouzení sexuálních potřeb a vnímání vlastního těla	19
1.4.3 Podpora sexuálních potřeb a posílení sebevědomí	19
1.4.4 Zapojení rodinných příslušníků do ošetrovatelské péče	20
1.5 Edukační role sestry v oblasti sexuality	21
1.6 Psychosociální intervence u onkologických onemocnění	22
1.6.1 Základní psychologicko terapeutické intervence	22
1.6.1.1 Vzdělávací a na informacích založené metody	22
1.6.1.2 Behaviorální intervenční metody	23
1.6.1.3 Metody individuální terapie	23
1.6.1.4. Metody skupinové terapie	24
2. Cíle práce a hypotézy	25
2.1 Cíle práce	25
2.2 Hypotézy	25

2.2.1	Hypotézy	25
2.2.2	Výzkumné otázky	25
3.	Metodika	27
3.1	Metodika práce	27
3.2	Charakteristika výzkumného vzorku	27
4.	Výsledky výzkumu	28
4.1	Grafy	28
4.2	Kasuistiky	39
4.2.1	Kasuistika č.1	39
4.2.2	Kasuistika č.2	41
4.2.3	Kasuistika č.3	43
4.2.4	Kasuistika č.4	45
4.2.5	Kasuistika č.5	47
4.2.6	Kasuistika č.6	49
4.2.7	Kasuistika č.7	51
5.	Diskuse	53
6.	Závěr	61
7.	Seznam použité literatury	63
8.	Klíčová slova	66
9.	Přílohy	67

Úvod

Tématem mé bakalářské práce je sexualita a body image u onkologicky nemocných. Není sporné, že sexualita a vzhled nemocného nezaujímá přední místo v ošetrovatelské péči. Je zcela přirozené, že při závažném onemocnění je v popředí zachování života a životní úroveň co možná v nejlepší kvalitě. Na druhé straně však stojí sexuální potřeba a pud, který je stejně jako jiná biologická potřeba nedílnou součástí osobnosti.

Sexualita představuje jeden ze základních individuálních i interpersonálních motivů v životě každého jedince. Člověk se rodí jako tvor sexuální, ovlivňuje jeho osobnost i mezilidské vztahy a zpět je jimi ovlivňován. Je specifickou formou komunikace, hlubokých emocí, faktorem ovlivňujícím lidské chování a jeho prožívání. Sexualita je tedy naprostou přirozenou součástí života a chronická onemocnění jako jsou onkologická onemocnění mohou mít potencionální negativní dopad na sexualitu jedince, jeho sebeúctu, sexuální přitažlivost a negativní vnímání vlastního já. Ignorování tohoto dopadu je stejné jako bychom přehlíželi jiné vedlejší účinky protinádorové léčby např. nauzeu, zvracení nebo únavu a bolest.

Člověka charakterizuje jednota tělesného, duševního a duchovního zdraví s jeho okolím, přičemž u zdravého člověka jsou tyto složky vyvážené a lze říci, že si je ani zdravý člověk příliš neuvědomuje. Teprve onemocnění a strach ze smrti přivede člověka k přemýšlení o hodnotě zdraví a života. Rakovina je u nás, ale i ve světě, navzdory léčebným úspěchům v posledních letech, nejobávanějším onemocněním. Nemocní s onkologickým onemocněním netrpí pouze fyzicky, ale mají také velké psychické i sociální problémy.

Předmětem mé práce je výzkum a zmapování do jaké míry je sexuální vnímání a prožívání jedince ovlivněno onkologickým onemocněním a jeho léčbou a na kolik je ovlivněna sebeúcta klienta a zda zdravotnický personál je dostatečně připraven pro edukační činnost v této oblasti. Tento cíl byl jeden z důvodů, proč jsem se chtěla věnovat této tématice. Sestra je důkladně připravována pro své povolání především uspokojovat potřeby klienta a tím napomáhat k podpoře a navrácení plného zdraví, do

kterého spadá i intimní život. Sexualita je biologická potřeba člověka a přesto je v našich poměrech v ošetrovatelské péči poněkud zanedbávána.

1. Současný stav

Vnímání těla a sexualita provází každou lidskou osobnost po celý život. Operace, závažné celoživotní onemocnění, mohou mít dopad na negativní vnímání vlastního já, mohou ovlivnit nejen pociťování sama sebe, ale mohou mít vliv i na naši sebeúctu a sexuální přitažlivost. Diagnóza každého onkologického onemocnění a jeho léčba mohou mít významný potencionální dopad na sexualitu pacientů s onkologickým onemocněním. Ignorování tohoto dopadu je stejné jako bychom přehlíželi jiné vedlejší účinky protinádorové léčby např. nauzeu, zvracení nebo únavu a bolest. Sestra by měla být schopna vhodnou formou při zachování určitých pravidel provádět edukaci u pacientů i v oblasti sexuality.

1.1 Vliv nádorového onemocnění a jeho léčení na sexualitu a body image

1.1.1 Charakteristika nádorového onemocnění

O žádném jiném onemocnění nekoluje mezi lidmi tolik mýtů, omylů, teorií a názorů jako o nádorovém bujení. Za obecným označením rakovina se skrývají nejrůznější formy onkologických onemocnění, které mají společné to, že se jedná o maligní procesy v organismu. Pokud nejsou léčeny vedou nepochybně k předčasnému úmrtí. Rakovina je chápána jako symbol zla, přestože i jiná chronická onemocnění nevyhnutelně končí smrtí. V současné době, zvláště v západním světě, umírá daleko více lidí na kardiovaskulární onemocnění než na karcinomy. Přesto nádorová onemocnění v České republice zauímají 2. místo v pořadí úmrtí a celkově zaznamenáváme jejich nárůst. V odhadech pro rok 2015 se hovoří o nárůstu až cca 15% (16).

Zhoubné i nezahubné bujení může postihnout prakticky jakoukoliv tkáň či orgán. Etiologie nádorů však zůstává většinou hypotetická nebo dokonce neznámá. V současné době je prezentována celá řada faktorů, které se na jejich vzniku podílejí nebo je dokonce zjevně způsobují. Tyto látky nazýváme *karcinogeny*. Proces, který

vede ke vzniku tohoto specifického onemocnění označujeme jako *karcinogenezu*. Obecně lze tyto vlivy rozdělit na dvě velké skupiny. Mezi vnitřní vlivy zahrnujeme dědičnost, vlivy rasové, věkové, pohlavní, imunologické, hormonální a genetické. K zevním vlivům pak přisuzujeme vlivy fyzikální, chemické a biologické. Karcinomy lze definovat jako neomezený růst buněk tkání, ke kterému dochází při selhání normálního mechanismu kontroly rozvoje následkem trvalého poškození. Výsledkem je nekontrolovaný nárůst masy, která napadá a ničí okolní tkáň. Novotvary rozdělujeme na benigní (ohraničený růst, nemetastazují) a maligní (rostou obvykle rychleji, infiltrují do okolí, vytvářejí vzdálená ložiska – metastázy) (22).

Onkologické onemocnění se stejně jako jakékoliv jiné somatické onemocnění projevuje symptomy nebo-li příznaky. Subjektivní symptomy jsou vázány na pocity a prožívání nemocného. Příznaky pozorované druhou osobou nazýváme objektivní (19).

Onkologie rozeznává čtyři skupiny příznaků

Příznaky na první pohled – se vyskytují u nádorů lokalizovaných na místech dobře přístupných pohledu nebo pohmatu. Příkladem mohou být karcinomy kůže, rtů či zevních pohlavních orgánů (22).

Varovná znamení – se objevují během života jako prvotní projevy celé řady nejruznějších onemocnění: krvácení z tělesných dutin, změna barvy mateřských znamének, změny v oblasti prsu, zvětšení mízních uzlin, polykací potíže, přetrvávající chrapot, kašel trvající déle než měsíc (22).

Celkové příznaky – zde jsou uvedeny obecné příznaky, které mohou být zároveň příznaky pro jiná onemocnění – teploty až horečky, změny tělesné konstituce, pocit žízně, bolesti, únava (22).

Příznaky jako projevy akutního stavu – selhání orgánu nebo celého systému (22).

1.1.2 Role sestry v časně diagnostice v onkologii

Sestra zastává v této oblasti důležitou pozici, protože právě ona je ze zdravotnického personálu v nejužším kontaktu s nemocným i s jeho rodinou. Všíímavost ošetřující sestry a znalost varovných příznaků může vést k brzkému odhalení počátečního stádia nádorového onemocnění a tím zvýšit možnost úspěšné léčby i následné úrovně kvality života. Střední zdravotnický personál provádí širokou osvětu v oblasti prevence. Poukazuje na rizikové faktory, seznamuje s varovnými příznaky a klade důraz na znalost a dodržování rad týkající se prevence. Jedná se nejen o pravidelné gynekologické prohlídky či mamografické vyšetření u žen nad 45 let nebo vyšetření prostaty u mužů, ale důležitá je i znalost dědičného zatížení v rodině, které může sehrát důležitou roli při časně diagnostice nádorového onemocnění (8).

1.2 Léčba nádorového onemocnění

Onkologickou terapii lze rozdělit do dvou velkých skupin. Metody léčby lokální a celkové či-li systémové. Nedílnou součástí protinádorové léčby je podpůrná terapie, která má za úkol omezit nežádoucí účinky a odstranit či zmírnit již vzniklé potíže vyvolané onemocněním. V některých případech může být tato paliativní terapie nejvhodnější poskytovanou péčí. Stává se tak v případech, kdy možnosti aktivní terapie jsou již vyčerpány a je potřeba nemocnému zajistit co nejlepší kvalitu života (22).

1.2.1 Metody lokální léčby a sesterské intervence

Lokální léčba je schopna ovlivnit karcinogenní bujení pouze v případě dobré přístupnosti. Nejdůležitější způsoby lokální léčby jsou chirurgické zákroky a radioterapie (22).

Po staletí byla chirurgie jedinou účinnou léčbou nádorového onemocnění. Dodnes si uchovala dominantní postavení nebo alespoň zůstala součástí komplexní terapie. Některá onemocnění jsou vyléčitelná již samotnou operací, jindy je nutné

doplnit operační postup ještě chemoterapií, hormonální léčbou nebo radioterapií. Nejlepší výsledky dosahuje chirurgické řešení tam, kde nedošlo k založení vzdálených metastáz. Využití chirurgického zákroku se uplatňuje především u ohraničených nádorů, které případně postihly pouze regionální uzliny. Jakákoliv jiná chirurgická léčba je jen paliativní. Chirurgie má dominantní postavení v léčbě nádorů trávicího traktu, jater, slinivky, plic, ledvin, gynekologických nádorů, kostních nádorů a melanomu. V souvislosti se sexualitou klienta jsou v popředí operační výkony v oblasti pánve, hysterektomie, operace vulvy nebo operace prostaty. Operační zákroky v těchto lokalitách vedou k porušení nervových pleteních, které se podílejí na erekci a ejakulaci nebo mohou změnit citlivost dané oblasti a tím snížit sexuální prožívání a cítění (1, 2, 22).

Operační řešení je pro organismus i pro psychiku nemocného velmi zatěžující. Před výkonem musí pacient podstoupit řadu vyšetření, často trpí úzkostí a obavami z výsledků. Úloha sestry je mimořádně důležitá. Plánovaný zákrok musí být nemocnému dostatečně a srozumitelně vysvětlen, pokud možno opakovaně. Výkony jako mastektomie nebo kolostomie znamenají závažné funkční i kosmetické změny a tím velkou psychickou zátěž. Důležitá je spolupráce rodiny již před samotným výkonem. Po operaci je nevyhnutelnou úlohou zdravotnického personálu zabránění vzniku pooperačních komplikací. Pokud však ke komplikacím došlo je nutná maximální ošetrovatelská péče zmírňující potíže. K hlavním intervencím sestry v této oblasti patří monitorování fyziologických funkcí, sledování stavu vědomí, péče o operační ránu a kontrola funkčnosti zavedených drénů. Nemalou roli zde zaujímá i prevence plicních komplikací. Jedná se provádění dechové rehabilitace, pokleповých masáží, dohled na změny polohy nemocného. V rámci prevence tromboembolické nemoci se sestra stará o časnou mobilizaci, dbá na správnost provedení bandáží dolních končetin a pravidelně aplikuje nízkomolekulární heparin dle ordinace lékaře. Sleduje bilanci tekutin, případné zvracení či velký odpad z nasogastrické sondy v souvislosti se vznikem paralytického ileu. Ošetřující personál musí znát a rozpoznat pooperační komplikace a včas informovat lékaře. Nezbytná je edukace pacienta o pooperačním léčebném režimu,

pooperační ošetrovatelské péči a její důležitosti v rámci předcházení pooperačních komplikací (22).

Radioterapie nebo-li léčba zářením je jedním ze způsobů léčby většiny zhoubných onemocnění. Jedná se o přímou destrukci nádorových buněk způsobenou radioaktivním rozpadem radioaktivních prvků. Také se využívají speciální přístroje (lineární urychlovače- X záření), které produkují vysokoenergetické záření. Radiační změny v nádorových buňkách zabraňují dalšímu dělení buněk. Bohužel dochází zároveň k poškození zdravých buněk, které však ve většině případu jsou schopny obnovy. Dávka záření je závislá na velikosti, rozšíření, typu a citlivosti nádoru na záření. Léčba nádoru je založena na snaze o co největší zasažení nádoru při maximálním šetření okolní tkáně. Radioterapie je efektivní metodou léčby mnoha typů nádorů jakékoliv části lidského těla. Ani radioterapie není bez vedlejších účinků na lidskou sexualitu. Nepřímo způsob ozařování prostaty, močového měchýře a konečníku poškozuje nervové spoje v malé pánvi a výsledkem bývá snížená erekční schopnost a bolestivá ejakulaci. Tyto změny se mohou objevit i s časovým odstupem. Ztráta nebo snížení sexuální aktivity u mužů je také zapříčiněno sníženou produkcí testosteronu vlivem působení záření na varlata. U žen působení záření v intimní oblasti vede ke snížení produkce ženských hormonů, dochází k projevům předčasné menopauzy nebo k poruchám menstruačního cyklu, pochva ztrácí svou flexibilitu (15, 22).

Ošetrovatelská péče v radioterapii spočívá především v informovanosti klienta. Již před zahájením léčby zdravotnický pracovník edukuje pacienta o tom, kdy a jak bude ozařován, jaká je stanovena délka jednotlivých ozáření, jak dlouho bude ozáření celkově trvat. Důležitou informací pro nemocného jsou změny, které mohou nastat v průběhu ozařování. V rámci poučení pacienta se ošetřující personál soustředí na správnou péči o pokožku po ozáření a zdůrazňuje důležitost zachování značek vytyčujících ozařované pole. Při manipulaci s radioaktivními látkami sestra používá ochranné pomůcky proti záření, dlouhé nástroje, pracuje přesně a rychle, má pečlivě připravené pomůcky a klade důraz na dobře organizovanou práci. Péči o nemocné po ozařování provádí odborně vzdělaný zdravotnický pracovník, který pravidelně prochází školením (22).

1.2.2 Metody systémové léčby a sesterské intervence

Systémová léčba je určena pro onkologická onemocnění, která se projevují jako onemocnění celého organismu a jsou neřešitelná lokálními způsoby léčby. Mnohé zhoubné nádory se brzy šíří z místa vzniku do celého těla (metastazují) a v takových situacích lokální metody selhávají. Do systémové léčby patří léčba cytostatiky, chemoterapie, ovlivnění hladin hormonů – hormonoterapie a podávání léků ovlivňující imunitu – imunoterapie (1).

Cytostatiky nazýváme léky ničící nádorové buňky. Chemoterapie je v onkologické léčbě velice účinná. Pokud onemocnění nedokáže úplně vyléčit, může alespoň pomoci žít déle a zvýšit kvalitu života. Cytostatika se aplikují per os ve formě tablet, kapslí nebo tekutin, lokálně v podobě mastí a tekutin, intramuskulárně, subkutánně, intraarteriálně, intravenózně nebo přímo do nádoru intalezionálně. Délka a intervaly podávání cytostatik závisí na druhu nádoru a jeho rozšíření v organismu. Chemoterapie však souběžně zasahuje do buněk zdravých a u klientů vyvolává nežádoucí účinky. Vedlejší průvodní projevy chemoterapie jako je nauzea, zvracení, nespavost, extrémní únava, deprese, slabost jsou ve většině případech hlavním důvodem snížení potřeby sexuality u onkologicky nemocných. Pro mnoho klientů je to velice těžké období a často chtějí léčbu ukončit. Zde hraje sestra významnou roli jako poradce a podpora pacienta. Na zdravotnický personál ošetřující nemocné léčené cytostatiky jsou kladeny značné nároky. Odborné znalosti a vědomosti o nových postupech v chemoterapii musí být neustále doplňovány a rozvíjeny. Sestra zná a dodržuje bezpečnostní zásady při manipulaci z cytostatiky (ředění, příprava, způsob aplikace, dávkování), vymezení zvláštní přípravné místnosti, použití jednorázových pomůcek, dekontaminace použitých pomůcek odděleně. Zdravotní personál před manipulací s cytostatiky musí projít odborným školením, protože dodržování bezpečnostních opatření snižuje zdravotní rizika pro veškeré zaměstnance ošetřující onkologické pacienty (2, 10, 22, 24).

Hormonální terapie se uplatňuje především u hormonálně závislých nádorových onemocněních. Jedná se o nádory prostaty, prsu nebo tumory vycházející ze sliznice dělohy. Hormonální léčba je zpravidla snášena lépe než chemoterapie, ale není zcela bez nežádoucích účinků. S ohledem na sexuální aktivitu klientů vede hormonální léčba k jejímu snížení. U mužů se snižuje tvorba testosteronu, dochází k poruchám erekce ke snížení množství ejakulátu i spermií. U žen hormonální léčba často vede k vaginálním změnám a obtížnějšímu pohlavnímu styku. U obou pohlaví radioterapie i chemoterapie může ohrožovat plodnost jedince a to mnohdy i trvale (22).

Imunoterapie je založena na principu zvýšení vlastní obranyschopnosti nemocného organismu. Vychází z předpokladu, že podpora imunitního systému napomůže rozpoznat a zničit nádorové buňky vlastními prostředky (19, 22).

1.3 Sexualita a body image v onkologii

1.3.1 Sexualita jako přirozená součást života

Součástí naší osobnosti je i sexualita a s ní spojeny nejsilnější citové vztahy, fantazie, chápání, pociťování vlastního těla, sexuálního potěšení a radosti. Poznávání sexu a pochopení sexuálního „Já“ je celoživotním procesem. Touha po pohlavní aktivitě záleží na zdravotním stavu, pohlaví, sexuální orientaci a na sexuální motivaci. Pohlavní akt je něčí přirozeným co nás provází celý život a k životu neodmyslitelně patří. Je to jeden z živočišných pudů, který je převážně spojen s rozmnožováním a v přírodě je zakódován jako pud pro přežití stejně jako například příjem potravy neboť bez něho by živočišný druh vyhynul. Zároveň je třeba si uvědomit, že sex nepatří jen k pojmu rozmnožování, ale je s ním spojeno příjemné fyzické i psychické prožívání a pozitivní ovlivnění naší mysli. Nejen samotný pohlavní akt, ale i vzájemné doteky, objetí, polibek, vzájemný citový vztah – to všechno je zahrnuto pod pojem sexualita. Zralý pohled na sexuální chování by měl být spojen se skutečnou láskou, zodpovědností a zároveň by měl mít i symbolický charakter, což znamená, že by měl být vnějším znamením úplného odevzdání se druhému a důvěrného vzájemného otevření se partnerů

i otevření se novému životu. Takové chápání sexuality však od člověka vyžaduje zralou osobnost, schopnou překročit sebe sama a skutečně se svěřit druhému. K osobní zralosti je nezbytné začlenění vlastní sexuality a tím jí ve svém životě přiznat právoplatné místo (13).

1.3.2 Body image

Vnímání těla a sexualita provází každou lidskou osobnost po celý život. Vztah k vlastnímu tělu je pro nás všechny každodenní přirozenou realitou. V posledním desetiletí stále častěji odborníci používají termín „body image“, což je způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí. Moderní svět oslavuje dokonalost těla a je velmi těžké pohlížet na své tělo pozitivně pokud se nějak odlišuje od ideálu (4).

V časopisech a na televizních obrazovkách jsou dnes vidět rozzářené úsměvy skvěle vypadajících žen a mužů. Nejen ženám je dnes připisována péče o tělo a vlastní image. Přibývá čím dál tím více mužů, kteří mají zájem o to, jak vypadají a zda se líbí. Společnost je nazývá *metrosexuály*. Často je vytvářena pomyslná norma pro ideál, kterou je „vhodné“ následovat. Každá společnost v historii měla své ideály krásy. Ideály, které se měnily, přizpůsobovaly a vytvářily během staletí. Například starý Řím vyznával štíhlé pevné tělo. Středověk vyobrazuje plnoštíhlé postavy, především ženy s kyprými tvary. 20. století přebírá antický ideál a na trůn nakonec usedá vyhublá, nezdravě vyhlížející postava. V jiné kultuře to vidí zcela jinak. V dnešní době je v Jižní Africe velebena nadváha a hubenost vzbuzuje strach, je výrazem pro nemoc a chudobu. Výzkumy prokázaly, že v době dospívání naše tělo prochází velkými změnami a začínáme pocítovat silněji vlastní sexualitu. Více než 60 % žen je nespokojených se svým tělem a jsou ochotné něco s tím dělat, což bývá i příčina nesnadného vyrovnání se z handicapem či vážným onemocněním u ženského pohlaví. Změny tělesného vzhledu nastávají i jako přímý důsledek chemoterapie. Nejviditelnější je ztráta vlasů, změna váhy či nezdravá bledost (4, 5, 10).

1.3.3 Faktory ovlivňující sexualitu a body image

Nedílnou součástí osobnosti každého člověka je sexualita a na ní závisí, jak jsou lidé ochotni sdílet intimitu, jak prožívají tělesnou blízkost, jak vidí sami sebe a jak jsou vnímáni ostatními. Zahrnuje pohlavní styk i správnou funkčnost pohlavních orgánů. Kvalita sexuálního soužití je závislá především na kvalitě vztahu partnerů, jejich vzájemné komunikaci toleranci a otevřenosti v otázkách sexuality. Tyto vlastnosti jsou důležité nejen v období zdraví, ale zvláště pak v období nemoci (27).

Potřeba sexuality je ovlivněna převážně fyzickým zdravím. Operace, závažné celoživotní choroby nebo onkologická onemocnění mohou mít negativní dopad na vnímání vlastního já, mohou ovlivnit pocíťování sama sebe i na naši sebeúctu a sexuální přitažlivost. Vyrovnaní se s nemocí, úrazem, či trvalým somatickým postižením bývá pro člověka mnohdy nepřekonatelnou životní překážkou. Léčba a následná péče mají výrazný fyzický i emocionální vliv na všechny aspekty lidského života zahrnující sexualitu i body image člověka. Sexualita je tedy integrální součástí každého jedince a proto s ohledem na filozofii holistické péče musíme věnovat pozornost i potřebám týkajících se oblasti sexuality. Nejvíce bývají ohroženi pacienti, kteří si před onemocněním zakládali na svém vzhledu, na své image. Na zvládání pocitů souvisejících s vnímáním vlastního těla, naší body image a sexuálního prožívání při onemocnění a handicapech má podíl řada činitelů jako je věk či druh nemoci, sociální integrace, vlastní osobnost nebo postoj společnosti. Onkologická onemocnění mají významný dopad na sexualitu pacientů a jejich tělesný vzhled. Tento negativní vliv je dán nejen samotným onemocněním, ale ve velké míře negativními účinky terapie. Mezi faktory výrazně ovlivňující sexualitu a body image u onkologicky nemocných patří únava, bolest, deprese a psychická tíseň, změna vzhledu a obava z budoucnosti. To vše odčerpává energii potřebnou k sexuální aktivitě. Pacient často není schopen udržet svou sociální roli, má sníženou nebo vůbec nemá sexuální touhu, nemá dostatek energie a fyzických sil na oblékání, péči o vzhled nebo dostatečnou osobní hygienu. V tématu sexualita se často ošetřující personál zaměřuje zejména na pohlavní funkce a jejich

poruchy jako jsou impotence, předčasná menopauza, neplodnost nebo bolestivost při pohlavním styku.

Onkologická terapie zatěžuje organismus z mnoha důvodů. Pacient s nádorovým onemocněním může v průběhu léčby podstoupit několik operačních zákroků, ozařování, podávání cytostatik, aplikace anestézie, narkotika, psychofarmaka, nucený pobyt na lůžku. U klienta se po takovém náročném zatížení organismu velmi často vyskytuje zvýšená únava, která může způsobit dehydrataci nebo snížený příjem potravy. Také u pacientů léčených radioterapií je vysoké procento únavy. Ta se často vyskytuje nejen během terapie, ale dlouhodobě i po ukončení jednotlivých cyklů. K postupnému snižování kvality života a zvyšování nepříjemných účinků symptomů dochází i při chemoterapii. Kromě uvedených faktorů se na vzniku únavy současně podílí akumulace metabolitů, které se vylučují při smrti nádorových buněk. Únava spojená s onkologickým onemocněním bere pacientům a jejich rodinám schopnost vykonávat běžné činnosti, vede k narušení plynulého chodu rodiny, snižuje možnost kontrolovat vlastní život a tím nadále zhoršuje jeho kvalitu. Jedná se o symptom, který ošetřující personál nesmí přehlížet, zanedbávat nebo spojovat s leností. Jedná se o subjektivní pocit a je těžké stanovit přesnou definici. Únava zahrnuje pocit slabosti, ochablosti, nedostatku energie, letargie, ospalosti, vyčerpání, pobolívání celého těla, apatie, nedostatek motivace, neschopnost koncentrace. Na rozdíl od běžné únavy je únava u nádorového onemocnění vnímána jako neobvyklá, abnormální nebo excesivní únava celého těla, která neodpovídá vykonaným aktivitám či vynaložené námaze. Pro pacienty i jejich rodiny je důležité o únavě hovořit a znát souvislosti s nádorovým onemocněním. Důležitou sesterskou strategií je komunikace s pacientem, dotazování se. Sestra zjistí vliv únavy na každodenní činnosti, naučí pacienta hodnotit únavu na číselné škále a napomůže pacientovi i rodině naplánovat si denní činnosti tak, aby co nejméně zatěžovaly jeho organismus (6, 7, 23, 27).

Bolest doprovází nádorová onemocnění zvláště v pokročilejších stádiích. Je to symptom, kterého se pacienti a jejich rodiny obávají nejvíce. Příčinou může být novotvar jako takový, onkologická léčba či celkové oslabení. Důsledkem pak je fyzické omezení z důvodu bolesti, snížení tělesné i psychické pohody či sexuální touhy.

Předchozí pacientova zkušenost s chronickou bolestí může negativně ovlivnit vnímání bolesti současné. Bolest je jednou z nejčastěji stanovených sesterských diagnóz. Zdravotní personál ji nesmí podceňovat, musí mít dostatečné znalosti o její závažnosti. Při hodnocení se sestra zaměřuje na charakter bolesti, intenzitu, časový faktor, nástup, dobu trvání a frekvenci. Je vhodné co nejdříve naučit pacienta hodnotit bolest dle vizuální analgetické škály a tím získat odpovídající hodnoty její intenzity. Sestra pečlivě zaznamenává její průběh, změny, reakce na analgetika, která včas a pravidelně podává. Současně pomáhá pacientovi spolu s rodinnými příslušníky zvládat nefarmakologické a alternativní postupy při léčbě bolesti. Ošetřující personál by také při klasifikaci bolesti neměl opomenout sociální, kulturní či etnické faktory, které mají vliv na prožívání bolesti, stejně tak jako pohlaví a věk. Léčba bolesti zahrnuje komplexní péči a zajišťuje co nejlepší možnou kvalitu života. Na každého člověka hluboce působí ztráta důstojnosti, a právě v onkologické péči se vyskytuje mnoho faktorů, které mohou negativně ovlivnit psychickou stránku jedince. Psychickou tíseň lze definovat jako nepříjemný pocit jehož příčinou jsou psychické, fyzické, sociální nebo duchovní problémy (7, 23, 27).

Opakující se operační zákroky, změna vzhledu (ztráta vlasů z důvodu chemoterapie, nošení paruky, změny v oblékání, změny tělesné konstituce), změny sexuální přitažlivosti, to vše může negativně ovlivnit sebevědomí a tedy i sexualitu pacienta. Obavy z toho, jak člověk vypadá, mohou ovlivnit mezilidské vztahy, mohou nastat komunikační a sexuální problémy. Deprese, zármutek nebo úzkost změní pohled na sebe sama, ovlivní schopnost navázat a udržovat vztahy a zapojit se do života. Ztráta libida a snížení sexuálního potěšení jsou častými příznaky tohoto stavu. Závislost na druhé osobě, porucha soběstačnosti vede k pocitům studu, závislosti, nesamostatnosti a nadbytečnosti. Pacient ztrácí zájem o vlastní vzhled a svou sexuální přitažlivost, odmítá společnost, vyhledává samotu. Sestra si všímá projevů nemocného, monitoruje jeho změny nálad a chování. Je důležité nechat pacienta projevit své emoce, získat si jeho důvěru ke komunikaci a spolupráci. Ošetřující personál by se měl vyhnout přílišnému utěšování nebo zlehčování situace. Vždy musí respektovat klienta jako osobnost a rovnocenného partnera. Významnou intervencí sestry při diagnostikované

depresi a úzkostných stavů je podpora nemocného v každodenních činnostech, životních aktivitách, získání spolupráce blízkého okolí a nalezení smyslu života. Sestra musí umět posoudit míru závažnosti stavu a případně zajistit pomoc specialisty (6, 7, 27).

Neléčené symptomy u prohlubování deprese, únavy, bolesti, dušnosti, nevolnosti, trvajících utrpení má za následek snížení libida a ztrátu sexuální touhy. V onkologické péči stejně jako při léčbě dlouhodobých onemocnění musí sestra znát vliv léků a celkové terapie na sexualitu. Hormonální substituční léčba má velmi často za následek změnu vzhledu a změnu tělesné konstituce. Především u žen může být jednou z příčin odmítání sebe samu a negativistický pohled na vlastní tělo. Mnohé léky mohou ovlivnit libido, potenci a prohloubit depresivní stavy, které vedou ke ztrátě sexuální touhy nebo snížení sexuálního potěšení a přináší nevyrovnanost v sexuálních a partnerských vztazích (25, 27).

Klíčovými problémy provázejícími onkologická onemocnění a ovlivňujícími vnímání vlastního těla a sexualitu pacientů jsou neplodnost, impotence, předčasná menopauza, ztráta sexuální chuti a ztráta pohlavních funkcí. Všechny tyto problémy mají ve větší míře společnou příčinu. Je jím samotné onemocnění, tedy rakovinné bujení a také léčba v podobě chirurgického zákroku, radioterapie, chemoterapie, hormonální terapie a jejich vedlejších účinků. Změna tělesného vzhledu je v tomto případě spojená s hmotnostním úbytkem nebo naopak s alopecií, chirurgickým odnětím nebo vynětím části tkání či orgánů (17, 27).

1.4 Strategie a ošetrovatelské intervence při řešení otázek sexuality u onkologicky nemocných

Nádorové onemocnění je stále chápáno jako smrtelné a má známku chronického průběhu, proto již samotné stanovení diagnózy vyvolává u nemocného šok. Nádorové bujení není dnes již tak beznadějně, jako bývalo ještě před dvaceti nebo třiceti lety. S novými léky a stále dokonalejšími léčebnými postupy roste i počet těch, kteří mají šanci na úplné uzdravení, zvláště když se nádor podaří zachytit v počáteční fázi (26).

Zvýšení šance na přežití a zlepšení kvality života dosáhneme nejen rutinní léčbou, ale i sociální a emoční oporou onkologickému pacientovi a jeho rodině. Psychoonkologie a psychosociální metody umožňují aktivně se postavit problémům a společně s rodinou jim čelit. Napomohou klientovi vyrovnat se s riziky poškození, a zvládnout strach i zoufalství (16).

Všichni členové ošetrovatelského týmu by se měli zabývat dostatečným posouzením potřeb pacienta a tedy i potřebami sexuality. Sexualita je trochu zanedbávanou oblastí ošetrovatelské péče, přestože patří do důležitých aspektů života. Neméně významnou stránkou je znalost zdravotnických zaměstnanců o vztahu nemocí a jejich léčby vzhledem k lidské sexualitě. Dostatečné znalosti umožní pracovníkům správně posoudit danou situaci, předvídat možné problémy a naplánovat ošetrovatelskou činnost tak, aby vedla k uspokojení potřeb nebo alespoň ke zmírnění problému. Jednou ze základních a velice důležitých intervencí je aktivní naslouchání a dobré komunikační schopnosti. K tomu je třeba umožnit pacientovi bez obav a otevřeně se vyjádřit za dodržení intimních podmínek. Získání dostatku informací umožní lépe posoudit potřeby klienta. Častým problémem ze strany ošetrovatelského personálu bývají zábrany a ostych o této problematice s klientem hovořit a klást otázky týkající se sexuálních potřeb. Základními postoji pro řešení otázek sexuální prožívání u onkologicky nemocných je uznání důležitosti této problematiky, umění naslouchat a správně posoudit problém. Je nutné vytvořit dostatek prostoru k vyjádření vlastního sexuálního cítění a potřeby, zachovávat důstojnost pacienta a podporovat vnímání vlastního těla. K podpoře sexuálního vyjádření musí sestra pacienta přimět hovořit o problémech bez obav a ostychu. Stejně tak jako u jiných oblastí ošetrovatelské péče je potřeba dát zřetel na kulturní zázemí a duchovní vyznání pacienta. Zvláště v otázkách sexuality a sexuálního prožívání, mohou být otázky směřované k těmto potřebám neetické a konfliktní. Znalost multikulturního ošetrovatelství je pro pečující tým nezbytná. Komunikace v oblasti sexuálních potřeb je pro většinu pacientů a společnosti vůbec choulostivá záležitost. Každý jedinec potřebuje specifický a individuální přístup. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je začlenění partnerů do ošetrovatelského procesu. Fyzický kontakt blízké osoby, doteky při hygieně, pomoc s oblékáním může být

pro nemocného člověka příjemným zážitkem nebo naopak fyzickou péčí partnera o svou osobu mohou vnímat jako pocit méněcennosti a snížení své sexuální přitažlivosti. Může dojít k posunu rolí od mileneckého partnera k pečovateli (27).

1.4.1 Model P.LI.SS.IT

K hodnocení a posouzení problému sexuality v ošetrovatelství napomáhá sestrám ne příliš užívaný ošetrovatelský model podle Annona z roku 1976 – model P.LI.SS.IT. Název modelu je tvořen zkratkami pro jednotlivé intervence (v angličtině) a je zaměřen na čtyři klíčové intervence, které se stávají pomocníkem pro řešení otázek a podporu v sexuality (27).

- Svolení – (P = permission) – jedná se o zahrnutí sexuality do ošetrovatelské péče, získání informací o sexuálních potřebách v rámci anamnézy. Posouzení pacienta a jeho potřeb je klíčovou součástí role sestry. Sestra by vždy měla při rozhovorech zachovávat soukromí. Při posuzování sexuálních potřeb pacienta je důležité zahrnout do ošetrovatelských plánů nejen samotného pacienta, ale i jeho partnera a jejich společný intimní život. Pro tuto oblast je zapotřebí dostatek důvěry ze strany pacienta a jeho spolupráce. Sestra musí odhadnout a správně načasovat strategii pro získávání informací tak, aby nebudila dojem netaktnosti (27).
- Limitované informace – (LI = limited information) – ošetrovatelský personál je povinen informovat pacienta o vedlejších účincích léků a léčby a jejich vliv na sexualitu a sexuální prožívání, prostřednictvím edukace sestra poskytuje cenné a důležité informace nejen pro oblast sexuality. Nikdy by sestra neměla předpokládat, že pacienti mají dostatek znalostí nebo si veškerá konzultovaná témata pamatují. V rámci posuzování pacienta je ze strany ošetroujícího personálu nutná zpětná vazba a ověření správnosti pochopení problému. Ne vždy má sestra ve své kompetenci řešit veškeré problémy, někteří klienti vyžadují pomoc odborníka se specifickými profesionálními znalostmi. Na zdravotním personálu závisí rozpoznání závažnosti problému a v případě

potřeby klienta seznámení s dostupnými službami pro onkologicky nemocné a jejich rodiny (27).

- Specifické rady – (SS = specific suggestion) – odbornými radami a diskuzemi může ošetřující personál přispět k řešení sexuálních potíží způsobených léčbou a pomoci při vyhledání specialistů pro danou problematiku (27).
- Intenzivní léčba – (IT = intensive therapy) – zahrnuje léčbu a pomoc odborníka na sexuální poruchy. Řeší problémy v partnerských a mezilidských vztazích vzniklé důsledkem nádorového onemocnění a jeho léčby. K léčbě je třeba získání souhlasu pacienta a především jeho uvědomění si vlastního problému a navození důvěry v pomoc (27).

1.4.2 Posouzení sexuálních potřeb a vnímání vlastní těla

Sexualita a její potřeba jsou součástí partnerských vztahů a její správné posouzení je součástí práce sestry. Zvláště posuzování potřeb týkajících se vzhledu a sexuality je velice choulostivým tématem a proto je nezbytné, aby se vše odehrávalo v soukromí. Důležitá je účast klienta samotného a současně i jeho partnera. Ošetřující personál by měl získat ucelené informace o jejich vztahu a společných potřebách. Navození důvěry je prvním krokem pro úspěch, protože pacienti se často se svými sexuálními problémy nechtějí svěřovat a dochází ke zbytečnému prohlubování potíží, včetně zhoršování partnerských vztahů. Sestra by měla pokládat velice jednoduché otázky, aby klient neměl obavu na ně pravdivě odpovídat (25).

1.4.3 Podpora sexuálních potřeb a posílení sebevědomí

Posílení sebevědomí a zlepšení vzhledu je možná relativně jednodušší záležitostí. Mnohdy postačí jen úprava vzhledu, úprava vlasů, získání a správné užívání protetických prostředků. Ošetřující personál plně podporuje vykonávání denních činností a aktivit, oblékání vlastního oblečení a obměnu šatníku, která bývá nevyhnutelná z důvodu změny tělesné konstituce. Pacient se během hospitalizace často

uchyluje jen k nošení pyžama a ztrácí zájem pečovat o sebe samého. Významnou strategií pro podporu body image je právě povzbuzení a posílení sebevědomí za pomoci péče o vlastní vzhled. Aby sexualita byla ošetřujícím personálem plně akceptována, musí personál přijmout fakt, že intimní soužití je součástí každého člověka a po zvládnutí kritického období ohrožení života je jednou ze základních fyzických i psychických potřeb. Podpořit sexualitu ve zdravotnickém zařízení může sestra například poskytováním intimní péče, respektováním soukromí a zajištěním nesnížení důstojnosti nemocného za všech okolností. Sestra může zajistit přítomnost partnera při hygieně, oblékání, běžných denních činnostech, protože i doteky a pohlazení od blízkého člověka bývá pro nemocného příjemným pocitem. Sestra poskytne při společných chvílích pacientovi i jeho partnerovi dostatek soukromí (20, 27).

1.4.4 Zapojení rodinných příslušníků do ošetrovatelské péče

V souladu s poznatky z psychoonkologie je veřejnost přesvědčena, že nádorové onemocnění je „onemocněním celé rodiny“. Nemoc má nesmírně závažné důsledky psychické, sociální a finanční nejen pro pacienta, ale i pro jeho rodinu. Komplexní onkologická péče, má-li být takto nazývána, by měla věnovat pozornost i lidem z pacientova nejbližšího sociálního okolí, protože rodina ve většině případů představuje primární podpurný sociální systém v onkologické péči (7).

Podpora rodiny je neocenitelná a významná nejen u onkologických pacientů, ale týká se všech nemocných jedinců. Zvláště pak významnou roli zaujímá pomoc ve chvíli, kdy klient ztrácí svou důstojnost, sebevědomí, oslabuje jeho sociální a společenská role. Příbuzní potřebují vědět jak pečovat o onkologického pacienta, co spolu s jeho onemocněním přináší léčba, jaké má vedlejší účinky a následky na osobnost. Zdravotnický personál informuje rodinu a pacientovi nejbližší příbuzné o změně vnímání okolí i vlastního těla a upozorní všechny zúčastněné, že onkologické onemocnění může v různé míře poznamenat jejich vzájemný či v případě sexuálních partnerů intimní život. Dostatek informací napomůže překonat obavy a získat porozumění pro nastávající situace. Ne vždy však nemocní stojí o partnerskou pomoc,

zvláště ve formě fyzické péče. Pocit studu a ztráty sexuální přitažlivosti je pro ně velmi zatěžující až flustrující. Vzájemná komunikace, udržování společenských aktivit nebo stýkání se s přáteli vede k posílení sebevědomí, získání důvěry k okolí a v neposlední řadě může mít pozitivní vliv i na sexualitu. Intervence ošetřujícího personálu pro získání podpory rodiny a partnerů spočívá především v dostatečné informovanosti a dostatečné edukaci rodiny o onkologickém onemocnění, léčbě a jejím vlivu na osobnost člověka. Sestra musí upozornit také na významný vliv změny vzhledu klienta a případné poruchy nebo problémy po sexuální stránce. Zapojení rodiny do péče o nemocného vyžaduje dostatek fyzických možností jednotlivých členů rodiny. Velmi často dochází k přetížení rodiny a důsledkem je nedostatečné uspokojení potřeb rodiny, což může způsobit vyčerpání a pocit vyhoření s následnými problémy v mezilidských a partnerských vztazích. Zejména pokud dochází aktivnímu zapojení rodiny do péče měla by sestra znát nejen potřeby samotného pacienta, ale i rodiny. Výsledným efektem je eliminace možných problémů v souvislosti s péčí o onkologicky nemocného (20, 27).

1.5 Edukační role sestry v oblasti sexuality

Součástí ošetrovatelské péče je i poučení pacienta, které v onkologické péči může provádět specialista, lékař či kvalifikovaná sestra. Sexualita je choulostivé téma pro edukaci, i když je běžnou součástí života a patří k základním pudům a potřebám člověka, které lidstvu umožňují přežít. Sestra s dostatkem znalostí si je vědoma nutnosti přiznat sexuálním potřebám své místo i v ošetrovatelské procesy. Tato problematika je však zvláště v onkologické péči opomíjena a edukace zanedbávána. Příčinou mohou být i negativní mýty, věk pacienta, terminální stádium nemoci. Ze strany zdravotnických zaměstnanců jsou další důvody, které se nepříznivě dotýkají edukační činnosti v této choulostivé oblasti. Mezi negativa lze zahrnout snížené komunikační schopnosti ošetřujícího personálu zapříčiněné nedostatečnou vzdělaností a informovaností. Komunikační bariéry jsou způsobené také například předsudky, ostychem nebo obavou personálu o sexualitě mluvit. Další překážkou při správně vedené edukaci může být nedostatek času a intimního prostoru, který je pro zachování

intimity a důstojnosti nezbytný. Při edukační činnosti je nezbytné, aby sestra uměla klientům naslouchat a komunikovat s nimi, měla dostatek empatie, získala si jejich důvěru a naučila se hovořit o intimitě života, které neodmyslitelně patří k člověku a navozují pocit blaha a spokojení (6, 7, 8, 27).

1.6 Psychosociální intervence u onkologických onemocnění

1.6.1 Základní psychologicko – psychotherapeutické intervence

Psychosociální intervence a psychotherapeutická pomoc představuje v onkologické léčbě doplňkovou podpůrnou metodou, která je nezanedbatelnou součástí komplexní onkologické péče, ale rozhodně nemůže nahradit lékařské postupy. Intervence zahrnují řadu různých metod a postupů, které mají společný cíl a tím je především zmírnění pocitů osamělosti, izolace, bezmocnosti, depresí a zoufalství. Sestra napomáhá získávání a objasňování informací o problematice čím umožňuje redukci strachu z léčby, obecné zlepšení kvality života, získání důvěry a plné spolupráce nemocného. Intervenční metody v onkologii se rozdělují dle Fawzyho 1995 (16).

1.6.1.1 Vzdělávací a na informacích založené metody

Pacient je dnes díky moderním informačním technologiím informovanější a vzdělanější než před pár desítkami let. Přeje si být nejen účastníkem zápasu o svůj život, ale také rozhodovat o své léčbě, kvalitě péče a budoucnosti.

Neucelené nebo nedostatečné informace o nemoci vedou k pocitům bezmocnosti, zoufalství a nejistoty. Znalosti pacienta o vedlejších účincích onkologické léčby, aspektech neplodnosti a následných problémech v sexuální oblasti způsobených onemocněním a léčbou je nutná k tomu, aby nemocný i jeho partner či blízká rodina byli schopni se lépe vyrovnat se strachem. Intervence ošetřujícího personálu spočívá především v dobrých komunikačních schopnostech, získávání informací, používání zpětné vazby, dodání informačního a edukačního materiálu, interakce rodiny do

ošetřovatelské péče. Sestra informuje pacienta i rodinu o dostupných službách pro onkologicky nemocné, které sdružují obdobně postižené klienty (16).

1.6.1.2 Behaviorální intervenční metody

Behaviorální intervenční metody mají za úkol stejně jako informační redukovat strach a negativní prožívání způsobené onkologickým onemocněním a jeho léčbou a tím napomáhat snižovat tělesné komplikace. Tyto metody zahrnují techniky progresivní svalové relaxace, hypnózy, meditace, hlubokého dýchání i pasivní relaxace. Studie prokazují výrazné pozitivní účinky ve smyslu zlepšení zvládnutí celkové situace. Odborné vedení je záležitostí specialistů a na sestřách je, aby o těchto intervencích věděli a mohli předat potřebné informace onkologickým klientům (16).

1.6.1.3 Metody individuální terapie

Úspěšně vedená individuální psychologická a psychoterapeutická pomoc přináší úlevu od stresu, lepší zvládnutí těžké životní situace, zmírnění sociální izolace a pocitu osamělosti. Součástí psychoterapeutické pomoci je schopnost mezilidské empatie ze strany terapeuta. Velký důraz je kladen na čas, který je potřebný pro psychoterapii a individuální přístup k jednotlivým klientům. Naopak menší důraz je zde kladen na technické aspekty postupu. Individuální intervence mají dlouhodobý charakter, nejedná se o dočasnou či krátkodobou činnost. Dle studií z roku 1989 (studie McCorklet et al., 1989) vyplývá, že individuální péče prováděná odborně vyškolenou onkologickou sestrou je daleko účinnější než pokud by bylo vedeno zdravotní sestrou všeobecného zaměření. Do psychosociálních intervencí pomocí individuální formy zahrnuje ošetřující tým podporu jednotlivce a jeho rodiny, předávání informací, pomoc při začlenění do společnosti či organizovaných skupin. Součástí je také zpracování a vyhodnocení smutku, překonávání strachu a bolesti (16).

1.6.1.4 Metody skupinové terapie

První zmínky o prováděných skupinových intervenčních metodách u pacientu s onkologickým onemocněním jsou známy kolem roku 1970. Jedná se o skupiny sdružující nemocné s obdobným postižením. Společná sezení jsou vedena psychiatrem, speciálně vyškoleným sociálním pracovníkem či zdravotní sestrou. Stejně jako individuální metody mají i skupinové intervence za úkol především zmírnění psychických potíží, zvládnutí strachu, získání sebevědomí, opětovnou socializaci a zvýšení psychické vitality. Odborný pracovník má za úkol naučit klienty žít s handicapem, hovořit o problémech, vyměnit si zkušenosti a informace s druhými a tím zabránit izolaci a pocitu osamělosti (16).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

- Cíl 1 Zjistit připravenost sester provádět edukaci pacientů s onkologickým onemocněním v oblasti sexuality a body image.
- Cíl 2 Zjistit ovlivnění vnímání vlastního těla a sexuality v důsledku léčby onkologických onemocnění.
- Cíl 3 Zjistit, zda pacienti s onkologickým onemocněním mají informace o dopadu léčby těchto onemocnění v oblasti sexuality a body image.

2.2 Hypotézy

2.2.1 Hypotézy

- H1 Sestry nejsou připraveny provádět edukaci u pacientů s onkologickými onemocněními v oblasti sexuality.
- H2 Hlavní překážkou zanedbávání edukace pacientů dotýkající se oblasti sexuality ze strany zdravotnických pracovníků je komunikační bariéra.

2.2.2 Výzkumné otázky

- 1, Vedou důsledky léčby onkologických pacientů k pocitu zhoršené sebeúcty?
- 2, Vedou důsledky léčby onkologických pacientů k pocitu snížené sexuální přitažlivosti?

3, Chybí onkologickým pacientům informace o důsledcích léčby v oblasti sexuality? Jaké informace postrádají?

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Ke zpracování bakalářské práce bylo použito kombinace kvantitativně kvalitativního výzkumu. Pro kvantitativní výzkum bylo použito techniky sběru dat dotazníku. Anonymní dotazník obsahoval 14 otázek, z celkového počtu otázek bylo 11 otázek uzavřených, 2 polootevřené a 1 otevřená (viz Příloha 1). Pro kvalitativní výzkum byl sběr dat realizován technikou nestandardizovaného rozhovoru s klienty (viz Příloha 2). Rozhovory probíhaly v domácím prostředí respondentů a výsledky rozhovorů byly se souhlasem klientů zpracovány do 7 kasuistiky. Respondenti také vyjádřili souhlas s uveřejněním při zachování anonymity.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

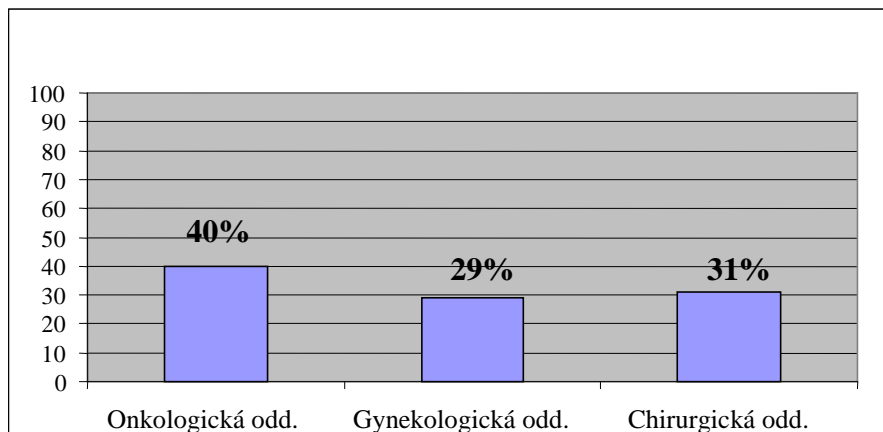
Pro kvalitativní výzkum tvořilo výzkumný vzorek 7 pacientů s onkologickým onemocněním. Vzhledem k tématu práce nebyli záměrně z etického hlediska vybráni respondenti v akutním stadiu nemoci nebo v současné době hospitalizováni. Dotazovaní respondenti byli osloveni díky spolupráci se sdružením Mamma Help, jednalo se o členy tohoto sdružení nebo klienty, kteří již zvládli akutní fázi onemocnění a překonali prvotní zátěž onkologické léčby.

Druhý výzkumný soubor tvořily sestry pracující ve FN Plzeň na onkologickém oddělení, JIP a ambulanci, také sestry pracující na gynekologickém oddělení a JIP a sestry z chirurgických oddělení. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků. Ze 69 dotazníků, které se vrátily, musel být pouze jeden vyřazen pro neúplnost údajů. Výsledky výzkumů byly nakonec zpracovány na základě 68 vrácených a kompletně vyplněných dotazníků. Návratnost dotazníků tvořila 52 %. Sběr dat probíhal během měsíce ledna 2008.

4. Výsledky výzkumu

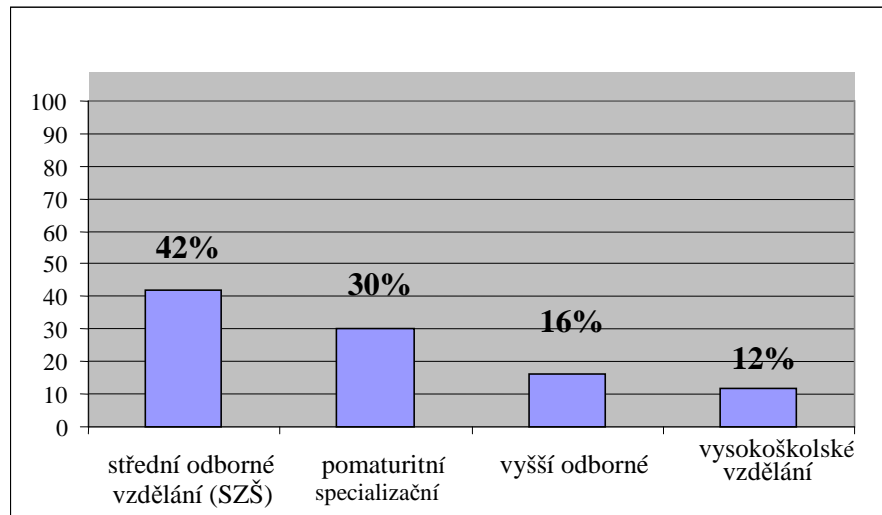
4.1 Výsledky dotazníků pro sestry

Graf 1 Pracoviště respondentů



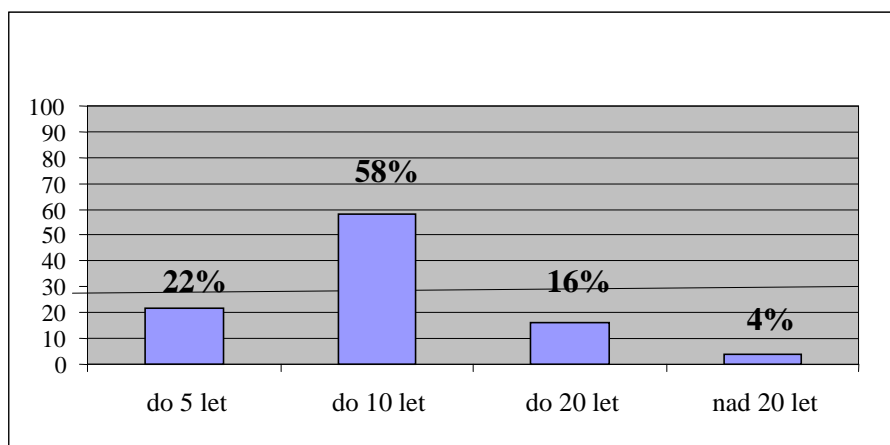
Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 68 (52 %) respondentů. Kdy z celkového počtu dotazovaných pracuje 27 (40 %) na onkologických odděleních (standardní oddělení, JIP, ambulance), 20 (29 %) respondentů pracuje na gynekologických odděleních (standardní oddělení, JIP) a 21 (31 %) pracuje na chirurgických odděleních (lůžková část septická a aseptická)

Graf 2 Dosažené vzdělání respondentů



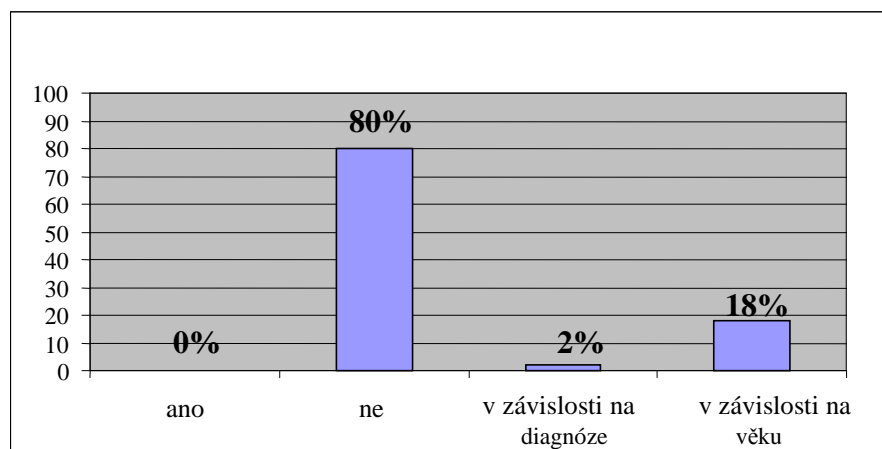
Z celkového počtu 68 (100 %) respondentů má 28 (42 %) středoškolské odborné vzdělání, 21 (30 %) má pomaturitní specializační vzdělání, 11 (16 %) respondentů má vyšší odborné vzdělání a 8 (12 %) dosáhlo vysokoškolského vzdělání.

Graf 3 Délka odborné praxe respondentů



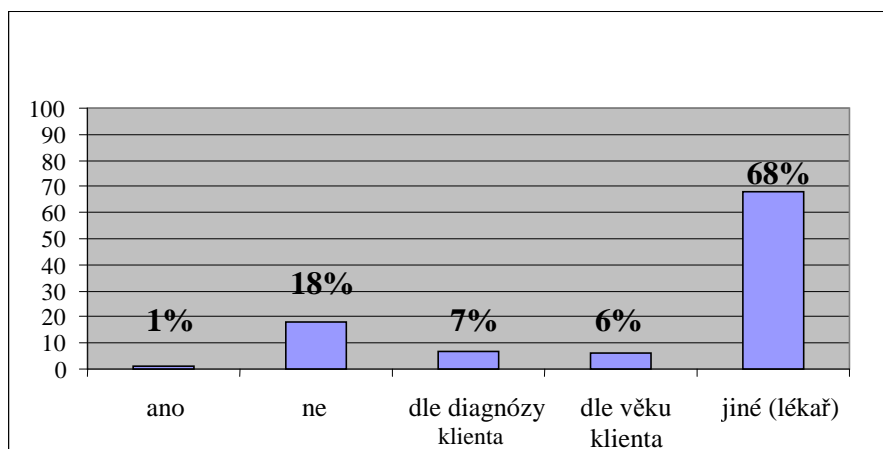
Z celkového počtu 68 (100%) respondentů pracujících na onkologických odděleních, gynekologii a chirurgických oddělení pracuje ve zdravotnictví 15 (22 %) do 5 let, 39 (58 %) respondentů od 6 do 10 let, 11 (16 %) dotazovaných pracuje ve zdravotnictví od 11 do 20 let a pouze 3 (4%) respondenti nad 20 let.

Graf 4 Zařazení potřeby sexuality do ošetrovatelského procesu



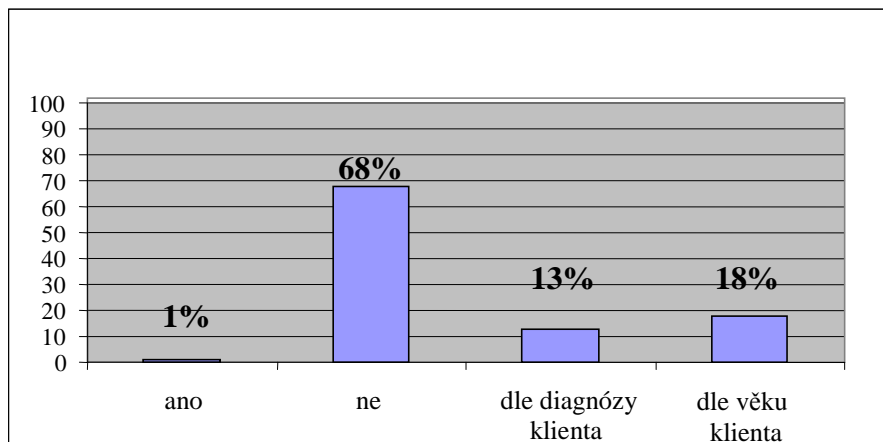
Z celkového počtu respondentů 68 (100 %) zařazuje vždy potřebu sexuality do ošetrovatelského procesu 0 (0 %), potřebu sexuality nezařazuje do procesu vůbec 54 (80 %) respondentů, 2 (2 %) respondenti v závislosti na diagnóze a 12 (18 %) respondentů zařazuje potřebu sexuality do ošetrovatelského procesu v závislosti na věku.

Graf 5 Poskytování informací o negativní vlivech onkologické léčby na sexualitu a body image



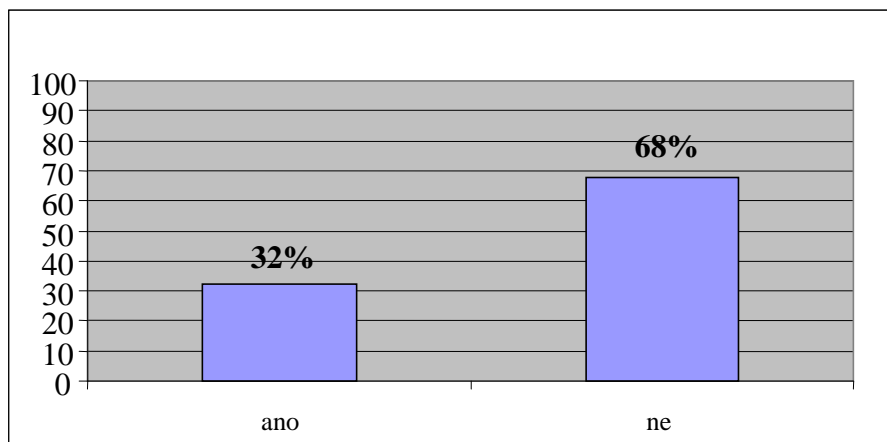
Z celkového počtu respondentů 68 (100%) informuje 1 (1 %) respondent klienty s onkologickým onemocněním o negativních vlivech léčby na sexualitu a body image, 12 (18 %) respondentů neinformuje o negativních vlivech léčby vůbec, 5 (7 %) respondentů informuje klienty v závislosti na diagnóze a prognóze a 4 (6 %) v závislosti na věku klienta, 46 (68 %) dotazovaných se domnívá, že jde o kompetenci lékařů.

Graf 6 Provádění edukace v oblasti sexuality a body image



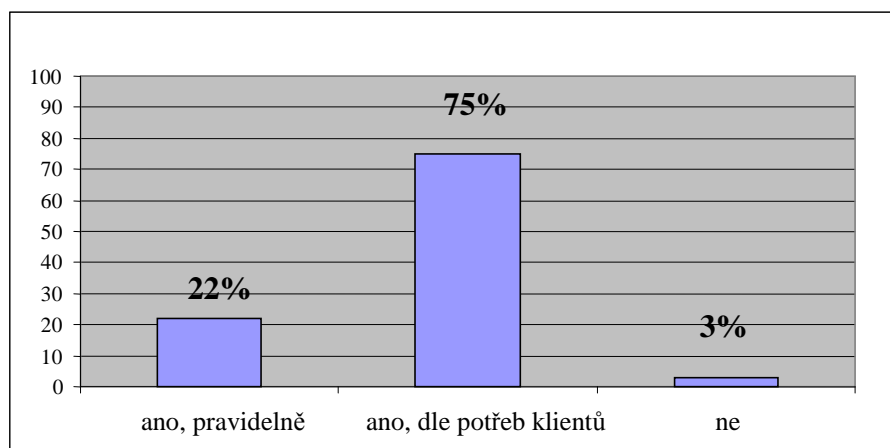
Z celkového počtu respondentů 68 (100 %) provádí pouze 1 (1 %) respondent edukaci v oblasti sexuality a body image u onkologických klientů nemocných, 46 (68 %) respondentů neprovádí edukaci v této oblasti vůbec, 9 (13 %) respondentů provádí edukační činnost v oblasti sexuality a body image v závislosti na diagnóze klienta a 12 (18 %) respondentů edukuje klienty v závislosti na jejich věku.

Graf 7 Informování klientů o možnostech odborné pomoci v oblasti sexuality



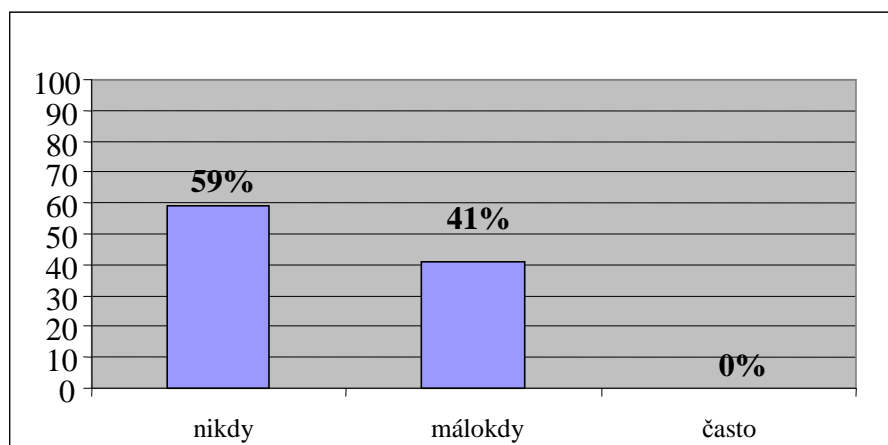
Z celkového počtu respondentů 68 (100 %) 22 (32 %) dotazovaných informuje klienty s onkologickým onemocněním o možnostech odborné pomoci v oblasti sexuality a 46 (68 %) dotazovaných nepodává žádné informace.

Graf 8 Možnost využití pomoci odborníka



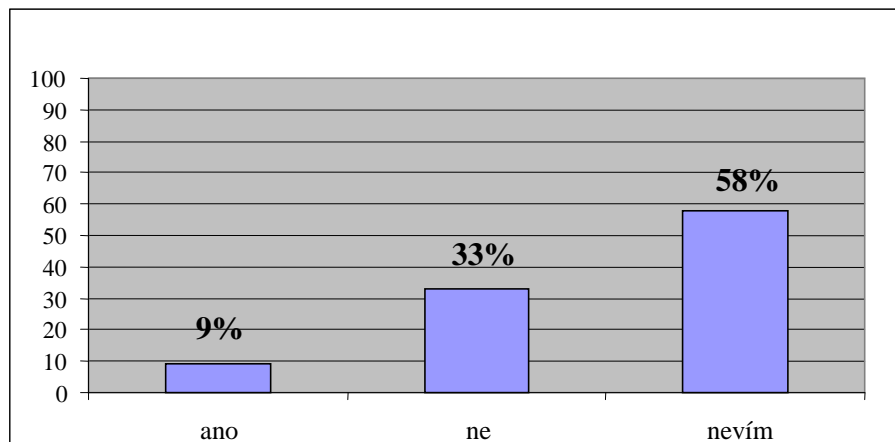
Z celkového počtu respondentů 68 (100 %) uvádí 15 (22 %) respondentů pravidelnou přítomnost specialisty (psychologa, sexuologa) na oddělení, 51 (75 %) dotazovaných uvádí možnost přítomnosti speciality na oddělení dle potřeb klientů a pouze 2 (3 %) respondentů uvádí nepřítomnost specialisty na oddělení.

Graf 9 Četnost setkání respondentů s klienty, kteří projevují zájem o informace v oblasti sexuality při onkologickém onemocnění



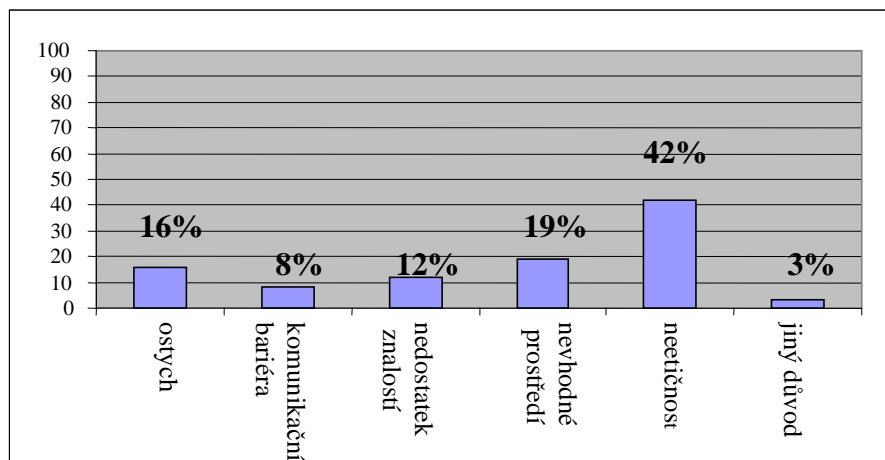
Z celkového počtu respondentů 68 (100 %) odpovídá 40 (59 %), že se nikdy nesešlo s klienty, kteří by jevíli zájem o informace týkající se sexuality při onkologickém onemocnění a 28 (41 %) dotazovaných odpovídá, že se se zájmem tohoto typu setkávají málokdy a často se setkává se zájmem klientů 0% respondentů.

Graf 10 Schopnost sester poradit v oblasti sexuality a body image



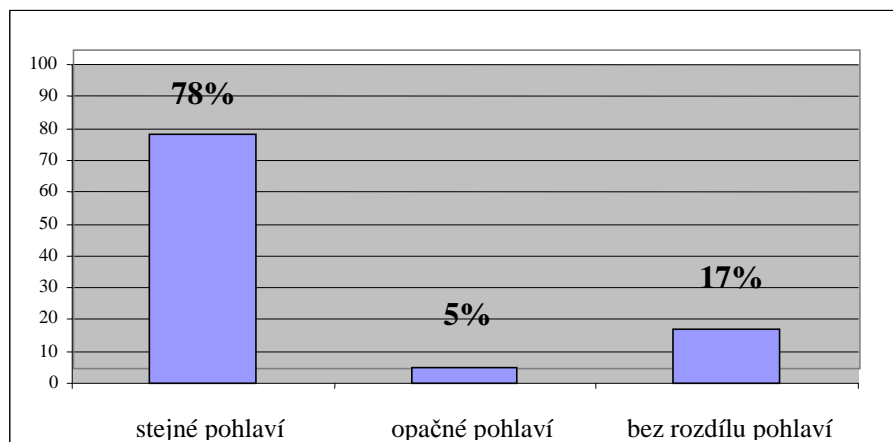
Z celkového počtu respondentů 68 (100 %) se 6 (9 %) domnívá, že by dokázalo odborně poradit v oblasti sexuality a body image u onkologicky nemocných, 22 (33 %) dotazovaných je přesvědčeno, že nedokáže poradit a 40 (58 %) dotázaných neví.

Graf 11 Překážky ze strany respondentů při edukační činnosti v oblasti sexuality a body image u onkoložky nemocných



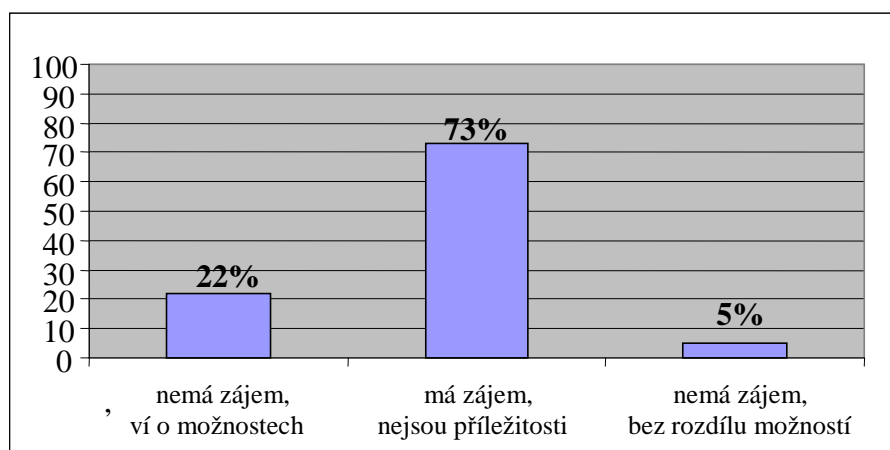
Z celkového počtu respondentů 68 (100 %) uvádí 11 (16%) dotazovaných, že je pro ně největší překážkou ostych, 5 (8 %) uvádí komunikační bariéru, 8 (12 %) přiznává nedostatek znalostí v této problematice, 13 (19 %) respondentů uvádí jako překážku nevhodné prostředí k řešení intimních otázek klientů. Nejvíce dotazovaných 29 (42 %) se shoduje na překážce v edukaci v oblasti sexuality u onkologicky nemocných na neetičnosti vůči klientům a zbývajících 2 (3 %) respondenti z celkového počtu uvádí jiné důvody.

Graf 12 Preference pohlaví pro rozhovor o sexuálních problémech



Z celkového počtu respondentů 68 (100 %) odpovídá 53 (78 %), že by preferovali pro danou komunikaci klienty stejného pohlaví, 3 (5 %) respondenti naopak opačné pohlaví a 12 (17 %) bez rozdílu pohlaví.

Graf 13 Možnosti a zájem respondentů o vzdělávací akce v oblasti sexuality a body image u onkologicky nemocných



Z celkového počtu respondentů 68 (100 %) nemá 15 (22 %) zájem o vzdělávací akce v oblasti problematiky sexuality, ale ví o možnostech vzdělávání, 49 (73 %) má zájem o vzdělávací akce, ale je přesvědčeno, že nejsou příležitosti, 4 (5 %) dotazovaní nemá vůbec zájem bez rozdílu možností.

4.2 Výsledky nestandardizovaných rozhovorů s klienty

4.2.1 Kasuistika č. 1

Klientka po mastektomii pravého prsu pro rakovinu prsu s postižením axilárních uzlin

Paní Eva je žena ve věku 45 let, šťastně vdaná již 25 let, matkou dvou dospělých synů, dosažené vzdělání – vysokoškolské. Žila téměř spokojený a plnohodnotný život až do diagnostikování zhoubného nádoru v pravém prsu.

Při zjištění nálezu paní Eva myslela na nejhorší - na smrt. Souhlasila s léčbou a její hlavní prioritou se stala záchrana vlastního života. Podstoupila léčbu, chemoterapii, ozařování a nevyhnutelný chirurgický zákrok, při které jí bylo odejmutu pravé prso. Paní Eva již před operací, na podnět svého ošetřujícího lékaře, podstoupila několik sezení s psychologem. Odborná sezení byla směřována k přípravě na situaci, která nastane u klientky po odnětí prsu. Získala zde i informace o možné pomoci v období léčby i následně poté. Po operaci nastal výrazný zlom v postoji paní Evy k vlastnímu tělu. Při pohledu do zrcadla se psychicky zhroutila a nedokázala se smířit s tím jak vypadá. Dostavil se pocit neúplnosti, ztráty ženskosti, snížení sebeúcty a sebevědomí. Odmítala styk s vlastní rodinou i manželem, který jí byl velkou oporou. Paní Eva vnímala své tělo jako neúplné, zohavené a styděla se za sebe. Vyhýbala se jakýmkoliv intimnostem, nepovažovala se za plnohodnotnou a přitažlivou ženu.

Před operací byla paní Eva i ve svém věku velice atraktivní, úspěšná a aktivní žena. Pracovala jako obchodní manažerka a proto velmi dbala na svůj zevnějšek a precizní upravenost. Fakt, že díky protetice, může vést plnohodnotný život nemohla přijmout. Tížila jí myšlenka nedokonalosti, obavy z projevů lítosti kolegů. Vyhýbala se nejen návratu do zaměstnání, ale i blízkým a rodině. Vyhledávala samotu, ve které setrvala veškerý čas. Vyhýbala se veškerým intimnostem, nechtěla aby jí manžel viděl bez oblečení. Vznikala postupná propast mezi ní a manželem. Ztratila zájem o své koníčky a záliby. Styděla se za sebe. Velmi špatně snášela pohledy druhých a neměla zájem ani snahu vylepšit svoji vizáž pomocí protetiky.

Snaha rodiny o vylepšení a řešení jejího problému byla bezúspěšná, pomoc vyhledali i u odborníků, ale paní Eva vše odmítala. Manžel byl velice trpělivý, respektoval její rozhodnutí. Klientka věděla, že má snahu jí pomoci a snažil se přehlížet její handicap, ale ona si byla vědoma, že již pro něj nemůže být plnohodnotná sexuální partnerka.

Paní Eva se těžko vyrovnává se stávajícím problémem ztráty sebeúcty, vnímání vlastního já jako plnohodnotného celku. Body image je pro paní Evu citlivou stránkou, na které jí velmi záleží a vyrovnání se ztrátou fyzické dokonalosti je těžké a dlouhodobé. Po několika měsíční izolaci paní Eva navštěvuje sdružení Mama help, které sdružuje ženy se stejným problémem. Sama tvrdí, že se zde cítí dobře, vidí, že není sama v tíživé situaci, přijala i pomoc odborníka – psychologa, který spolupracuje se sdružením. Manžel paní Evy ji pravidelně doprovází na sezení a plně podporuje její aktivity spojené s touto komunitou.

Na otázku edukace v oblasti intimního života se paní Eva vyjádřila negativně. Sama se nedotazovala a ani o informace nestála, cítila se sexuálně nepřítažlivá a zájem o intimnost v dané situaci pro ni nebyl prioritní. Klientka vypověděla: „, Jakákoliv edukace v oblasti sexuality, by mi přišla po operaci vůči mě velmi neetická a zraňující.“

4.2.2 *Kasuistika č. 2*

Klientka po hysterektomii pro benigní nádor dělohy

Paní Blance bylo 35 let, když přišla ke svému ošetřujícímu gynekologovi pro trvalejší gynekologické problémy v podobě špinění mimo cyklus. V té době užívala jednofázovou HAK, gynekologem byla navržena změna HAK na 3 fázovou a doporučena kontrola za půl roku. Během dalších měsíců nedošlo ke zlepšení, ale naopak ke zhoršení stavu a přidružení dalších potíží, bolestí v podbřišku, výrazná bolestivost při pohlavním styku. Navštívila opět gynekologa, bylo provedeno abdominální i vaginální sonografické vyšetření, které prokázalo přítomnost 5 myomů o velikosti 2-7 cm, myxomatózní a atrofickou děložní sliznici. Byl proveden odběr na cytologii a histologii. Měsíc od stanovení diagnózy podstoupila klientka hysterektomii, provedenou dolní laparotomií, ovária byla zachována nebylo potřeba substituční léčby.

Klientka je rozvedená, žije s dvěma syny ve věku 15 a 13 let. Má středoškolské vzdělání, pracuje jako sestra na anesteziologickém oddělení. V současné době má přítele, který s nimi nežije ve společné domácnosti, ale pravidelně se navštěvují. Známost trvá již 3 roky. Vzhledem k věku přítele (je o 8 let mladší) se klientka obávala jeho reakce na její diagnózu. Poměrně dlouho se připravovala na to, jak mu vše sdělí. Ani se příliš nezaobírala tím, co pro ní operace znamená, jaká to pro ní bude fyzická i psychická zátěž, ale více přemýšlela co bude s jejich vztahem. O děti starost neměla, vše jim vysvětlila a vzhledem k tomu, že je zdravotník i ona vše lépe snášela. Věděla, že další děti již nechce a tak rozhodování pro ní bylo jednodušší. Problémy nastaly až po návratu z nemocnice. Ona sama měla pocit neúplnosti a ztráty své ženskosti. Navenek neutrpěla žádnou fyzickou újmu, jen vnitřně se necítila dobře. Její přítel se zpočátku zachoval velice pěkně, byl tolerantní, poskytoval jí dostatečnou psychickou podporu a pomoc, nevyhledala pomoc odborníka, měla pocit, že není potřeba. Po několika měsících, kdy klientka byla po zdravotní stránce v pořádku a mohla opět vést sexuální život, začala pociťovat odtažitosť svého přítele. Trvalo to několik měsíců než se vše vysvětlilo. Z důvodu hysterektomie a plastických úprav pochvy měl obavu z pohlavního styku, strach z kontaktu. Později se klientka dozvěděla,

že si nedovedl představit jak ženské pohlaví orgány mohou vypadat po operaci, jak jeho partnerka i on budou vnímat a pociťovat dotyky a samotný pohlavní akt. S odstupem času se partner paní Blance přiznal, že cítil až odpor k pohlavnímu styku. První týdny klientka nevěděla proč se tak její partner chová, nechtěl s ní o ničem komunikovat, tvrdil, že je vše v pořádku. Klientka věděla, že bez komunikace a vzájemné důvěry se problém nevyřeší a sama začala o operaci povídat. Byla si vědoma, že i věk přítele sehrál velkou roli při pochopení situace. Onemocnění a prodělaná operace změnila jejich intimní život. V současné době je klientka asi půl roku po operaci a přesto v jejím intimním životě není vše jak bylo. Má v rodině i v příteli velkou oporu po všech stránkách, ale jejich sexuální život je oproti minulosti chudší, není již tak spontánní, cítí stále od partnera odtažitost a nemá pocit plného uvolnění při intimitách. Občas se zaobírá myšlenkou zda vztah neukončit. Klientka je názoru, že spokojený sexuální život vede k bezstarostnějšímu partnerskému žití. Klientka se sama vyrovnala se svým „handicapem – ženskou nedokonalostí“, přikládá velký podíl zdravotnickému vzdělání, snáze se jí vše chápe, pohybuje se v prostředí pro ni ne tak cizí.

Edukaci v problematice sexuality neabsolvovala, spontánně jí nikdo o komplikacích nebo jiných nesnázích neinformoval. Jen lékař ji upozornil, kdy je vhodné začít s pohlavním stykem v souvislosti s operačním zákrokem. Klientka přiznává, že více informací by pro ni nebylo od věci. Spoustu edukačního materiálu si vyhledala sama z vlastní iniciativy. Nejvíce postrádala informace o možných komplikacích způsobených pohlavním stykem po operaci, čeho se po operaci v intimním životě vyvarovat a co naopak je při ní vhodné nebo jak promluvit a komunikovat se svým sexuálním partnerem o problému, popř. doporučení ke specialistovi.

4.2.3 *Kasuistika č. 3*

Klient s diagnostikou AML

Panu Zdeňkovi je nyní 32 let, je ženatý, má dvě děti a vystudoval střední průmyslovou školu. Nyní pracuje jako referent na stavebním úřadě.

Před třemi lety se u pana Zdeňka objevily nespecifické příznaky, kterým ještě tehdy nepřikládal žádnou váhu, byl velice unavený, bledý a často se u něj opakovaly infekce. Po měsíci si všiml zduřelých uzlin v tříselech a podpaždí. Tehdy vyhledal lékaře a nastal sled událostí, které poznamenaly jeho samotného i blízkou rodinu. Byl odeslán k podrobnějšímu vyšetření na hematologické oddělení v Plzni, kde po specializačních vyšetřeních mu byla potvrzena diagnóza akutní myeloidní leukémie. U klienta byla provedena chemoterapie a alogenní transplantace (dárce – bratr klienta).

Klient po stanovení diagnózy si ani nedovedl představit co všechno může následovat. Myslel jen na svou rodinu a především na jeho dvě dcery a na to, že je především otcem a manželem. Podstoupil chemoterapii, při které, jak sám tvrdí, si sáhl na dno svých sil. Ačkoliv byl o všem dostatečně informován (u klienta proběhla edukační činnost v oblasti chemoterapie a její negativní vliv na organismus prostřednictvím lékaře i onkologické sestry), netušil jaká to pro něj bude zátěž jak po stránce fyzické, tak i po stránce psychické. Cítil se jako troska a velká přítěž pro rodinu. Na to jak vypadá, klient příliš neřešil, jen si uvědomoval, že pokud by léčba nedopadla pozitivně, nebude již pro svou ženu oporou, ale spíše naopak a pro své děti nebude táta se vším všudy. Na sexualitu v době léčby nepomýšlel, nepřišlo mu to životně důležité. Po skončení léčby, kdy se postupně jeho stav stabilizoval spíše se zabíral myšlenkou zabezpečení rodiny a věděl, že pokud nebude vše v pořádku, bude trpět nejen on, ale i jeho blízcí. Jeho žena byla velice trpělivá a snažila se mu co nejvíce být nápomocna při návratu do normálního života. Po sexuální stránce se objevovali potíže ještě několik měsíců po ukončení léčby. Klient byl nejen unavený, ale jeho sexuální touha, jak sám přiznává, byla minimální. Při pokusu o soulož se dostavovali i poruchy erekce. Tato situace byla pro něj velice tíživá. Velkou podporu měl ve své partnerce, byla v tomto směru chápající a tolerantní. Odbornou pomoc nevyhledali, komunikovali spolu

o problému a oba se domluvili, že všemu nechají ještě čas. V současné době (více jak dva roky po léčbě) mají spokojený manželský i sexuální život.

U klienta proběhla edukace ve všech možných oblastech týkajících se nemoci a léčby leukémie. Před chemoterapií mu byly sděleny možné komplikace i nežádoucí účinky léčby. Věděl, že dojde ke ztrátě vlasů a ochlupení, výrazný úbytek na váze, slabost, únava a další potíže. Také si klient vzpomíná, že mu lékař sdělil informace o negativních účincích na tvorbu spermií a snížení nebo úplnou ztrátu plodnosti. Kdyby asi v té době již neměl dvě zdravé a šikovné dcerky, asi by ho tato informace daleko více zajímala a hledal by jiná možná řešení. Dále s ním lékař mluvil o možných poruchách sexuality, potence a snížení sexuální touhy. Více informací nepotřeboval, lékař mu prakticky sdělil vše, co ho mohlo potkat a s čím se také následně setkal. Špatně se mu o těchto záležitostech hovořilo s další cizí osobou, proto žádnou další odbornou pomoc nevyhledával. O všem se radil s manželkou a je velice rád, že se vše upravilo. Dnes už má jiný názor i pohled na věc.

4.2.4 *Kasuistika č. 4*

Klient s povrchovým nádorem močového měchýře

Pan Michal, věk 54 let, pracuje jako lékař, je podruhé ženatý, má celkem pět dětí, z prvního manželství má již dva dospělé syny a dceru a ze současného manželství má dvě dcery ve věku 5 a 1,5 roku. Jeho manželka je o 15 let mladší.

Prvotní potíže u klienta začaly již pře dvěma lety, kdy prodělal několik po sobě jdoucích infekčních onemocnění močového měchýře a močových cest. Po léčbě zánětů močového měchýře však potíže nevymizely a tak se klient podrobil podrobnějšímu vyšetření, sonografie, cystoskopie, vylučovací urografie, CT i MR. Klientovi byla odebrána biopsie močového měchýře a dle histologického vyšetření byl diagnostikován povrchový karcinom močového měchýře. Při mnoha vyšetřeních byla u klienta zjištěna anomálie – přítomnost čtyř menších, ale plně funkčních ledvin.

Klient sám říká, přestože je lékař, oznámení výsledků testů ho zaskočilo a potřeboval několik dní na přemýšlení a vyrovnání se s danou situací. Dlouho zvažoval, zda má celou situaci osvětlit manželce. Vzhledem následující léčbě, operaci a možných dalších komplikací, se rozhodl o všem manželku informovat. Podstoupil transureterální resekci s dočasným vyvedením močových cest přes stěnu břišní. Během půl roku se podrobil dalším operačním zákrokům, které byly pro jeho organismus zatěžující. Jeho tělesná hmotnost se během té doby snížila o 15 kilo, cítil se velice slabý a malátný. Spíše než na svůj vzhled se zaměřil na to, jak bude teď zvládat roli otce a živitele rodiny. Byl nesmírně rád, že veškeré léčebné zákroky dopadly uspokojivě a nejhorší má snad za sebou.

Sexualita není ani v současné době (dva měsíce po léčbě a operačních zákrocích) pro něj prioritou. Je si vědom, že má podstatně mladší ženu a její sexuální potřeby mohou být jiné než jeho, ale na druhou stranu klient uvádí, že současná manželka respektuje věkový rozdíl a s ním související problémy. Cítí se stále unavený a slabý, vnímá přetrvávající zvýšenou citlivost v operované oblasti, oblasti močového měchýře a vývodných močových cest. Intimnostem se však nevyhýbá, ale samotný sexuální akt nevidí teď jako něco nezbytného. Vzhledem ke svému lékařskému povolání

si uvědomuje jisté komplikace, které mohou nastat. Nyní na sobě pociťuje snížení libida a sexuální vzrušivosti. O sexuální přitažlivosti klient mluví spíše jako o ženské záležitosti. S manželkou otevřeně o této problematice ještě nemluvili, ale klient se domnívá, že není zatím důvod. Jeho žena je také zdravotník, a tak daleko více předpokládá pochopení, empatii a vstřícnost než od laika.

Veškerá edukace byla u klienta vedená ošetřujícím onkologem. Klient si nepamatuje, že by ho onkolog informoval o možných sexuálních problémech. Nemá pocit, že by mu nějaké informace chyběly. Jako lékař si dokáže hodně věcí zdůvodnit a najít řešení nebo zajistit si odbornou pomoc sám.

4.2.5 *Kasuistika č. 5*

Kasuistika klienta s diagnostikovaným karcinomem tlustého střeva

Pan Josef žije s manželkou a má již dvě dospělé děti, pracuje jako soukromý truhlář spolu se synem, je vyučen v oboru. Letos oslaví 55. narozeniny.

Bohužel pro něj nebyl loňský rok příliš optimistický. Pro trvající potíže s vyprazdňováním a přítomnost krve ve stolici navštívil na jaře svého lékaře. Vzhledem k rodinné zátěži (otec klienta zemřel na rakovinu tlustého střeva v 69 letech) vyslal lékař klienta k odbornému vyšetření do nemocnice. Klient podstoupil vyšetření tlustého střeva, kolonoskopii s odběrem biopsie a další vyšetření, už si ani nepamatuje, na co všechno byl konkrétně vyšetřen. Obávaný výsledek se bohužel nakonec potvrdil – kolorektální karcinom, zatím bez vzdálených metastáz. Hodně již o nádorech zvláště tlustého střeva četl a spoustu informací získal, když jeho otec podstoupil operaci pro nádor tlustého střeva. Léčba u pana Josefa spočívala v chirurgickém řešení a chemoterapii.

Chemoterapie byla pro něj velmi zatěžující, špatně jí zvládal, cítil se slabý a bezmocný, byl jako troska. Nerad vzpomíná ani na dobu po operaci, vadila mu ztráta soběstačnosti a důstojnosti. Špatně nesl pocit závislosti na druhých. Pan Josef zastává názor, že zvláště muž by měl stát pevně na svých nohou a být nápomocen svým blízkým v každé situaci. Nechtěl ani, aby ho rodina příliš často navštěvovala v nemocnici. Neměl rád, když se na něj všichni dívali soucitně a litovali ho. Jako nemohoucí na lůžku a neustále v pyžamu pociťoval ztrátu veškeré důstojnosti a sebeúcty. Na otázky ohledně partnerského soužití a intimního prožívání se klient vyjadřuje negativně. V pooperačním období a při chemoterapii klient uvádí, že byl sám sobě protivný. Neměl nejmenší chuť na jakékoliv intimnosti. Jeho manželka se snažila být mu pořád na blízku a věnovala mu veškerou péči, ale jak sám vypovídá o žádné něžnosti ani pohlazení nestál. Chtěl být nejlépe sám v době své slabosti. Klient přiznává, že ani před onemocněním nebyl příliš emocionálně založený. Pan Josef si je vědom, že občas svým chováním, chladností a někdy až tvrdostí své ženě někdy

ubližuje. S manželkou žijí společným životem již 33 let, na vzájem se dobře znají a své nedokonalosti si dokáží tolerovat.

V době rozhovoru byl již pan Josef v domácí péči, ještě dochází na pravidelné kontroly, ale cítí se mnohem lépe. Při rozhovoru byla přítomna i klientova manželka. Sama uvedla velké zlepšení i v chování manžela. Neočekává, že jejich sexuální život bude nijak bouřlivý, ale je ráda za objetí od manžela, vlídné slovo nebo jen pohlazení. Ví, že manžel je poněkud skoupý na projev lásky, ale po prodělání takto závažné choroby má pocit, že je k ní nyní po zvládnutí akutní fáze daleko vstřícnější a ohleduplnější. Domnívá se, že ve svých „izolacích“ hodně přemýšlel a přehodnotil své priority a životní postoje.

U klienta proběhla edukace o chemoterapii, o následcích léčby a komplikacích, byl obeznámen z výkonem, jak bude probíhat apod. Problematiku sexuality po operaci či po chemoterapii nikdo s klientem neprobíral. Klient se přiznal, že by edukaci o problematice sex u onkologicky nemocných ani nestál. Klient dále uvádí, že možná by nad tím uvažoval kdyby byl mladší, neměli by ještě s manželkou děti a vyskytli se nějaké problémy, pak by asi vyhledal pomoc nebo radu. Sám klient podotýká, že by to byl pro něj hodně tvrdý oříšek, těžko přiznává jakékoliv selhání.

4.2.6 *Kasuistika č. 6*

Klientka s karcinomem děložního čípku

Paní Kamila je mladou dvojnásobnou maminkou. V současné době je na mateřské dovolené se svou tříletou dcerkou. Klientce je 33 let, má ještě staršího syna (13). Žije s manželem a dětmi v panelákovém bytě a současné době začínají se stavbou rodinného domu. Před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala jako osobní asistentka.

Paní Kamila je zodpovědná vůči svému zdraví a pravidelně navštěvuje svého gynekologa. Na poslední preventivní prohlídce před 4 měsíci jí však gynekolog oznámil podezření na karcinom děložního hrdla. Čekala několik dnů na výsledky s odebraných vzorků než se diagnóza potvrdila. Po té prodělala chirurgický zákrok.

Klientka po všech informacích při preventivní prohlídce byla jako ve snách, nemohla se soustředit, byla velice lítostivá a pořád si představovala co bude dál nebo co by bylo, kdyby na prohlídku nešla. Nevěděla jak má vše sdělit manželovi. Klientka tvrdí, že manžel není z těch, který by nějak zvlášť někoho litoval nebo dával najevo své city. Hodně se v té době upnula na děti. Klientka vypovídá, že chtěla být pro ně tou nejlepší mámou. Sama říká, že se bála pocitu, kdyby se o své děti nemohla postarat. Provázel jí pocit strachu a úzkosti. Potřebovala získat hodně energie a sebevědomí, aby zvládla svoji situaci. Se vším se manželovi svěřila až před nástupem do nemocnice.

Po návratu s nemocnice se doma necítila dobře. Děti byli v pořádku, jen od manžela pociťovala odstup. O nemoci spolu nekomunikovali. Dávala si sama za vinu, že vše s ním neprobrala dříve, ale nevěděla jak. O intimnostech nemohla být ani řeč. Klientka přiznává, že ani před onemocněním spolu nějak výrazně o svém sexuálním životě nemluvili, ale má dojem, že byli oba spokojení. V současné době je již 4 měsíce po výkonu. Po fyzické stránce se již cítí lépe, nemá pocit nějaké výrazné odlišnosti, jen zhubla. Je ráda, že vše dobře dopadlo. V intimním životě zatím velké zlepšení nevidí. Klientka nechce o této problematice dále hovořit, ví, že to není v pořádku a přemýšlí a odborné pomoci.

Klientka uvádí, že byla poučena o výkonu, který jí čekal. Dále se jí dostalo hodně informací o vlastním onemocnění. Gynekolog jí také informoval o dalším postupu v léčbě a následné dispenzární péči. Lékař také klientku informoval o sexuální absenci po dobu 6 týdnů. Klientka zastává názor, že více informací od svého gynekologa nepotřebuje, spíše by potřebovala poradit po stránce komunikace s partnerem, možná i psychologická pomoc by dle jejích slov nebyla od věci. Klientka však nemá ponětí kam se obrátit.

4.2.7 *Kasuistika č. 7*

Klientka s rakovinou prsu a metastázami

Paní Anně je 56 let, je manželkou, matkou dvou již ženatých chlapců a je dvojnásobnou babičkou. Žije s manželem ve společné domácnosti v panelákovém bytě. Klientka je nyní již v předčasném důchodu, předtím pracovala jako učitelka v mateřské školce.

Se svou diagnózou žije již čtvrtým rokem, je po ablaci pravého prsu, postoupila chemoterapii, před půlrokem jí byly zjištěny metastázy. V posledních letech strávila hodně času po nemocnicích a stále více si uvědomuje hodnotu života. S manželem sice žije ve společné domácnosti, ale již delší dobu jsou spíše v letargickém vztahu. Domnívá se, že zásadní zlom nastal po odchodu jejich synů z domova, kdy bylo nejednou mezi nimi velké prázdno. Její velkou radostí a náplní života jsou dvě vnoučata, obě dívky.

Odlišnost po vizuální stránce si plně uvědomuje. Sama klientka poznamenala, že změna není nepřehlédnutelná. Zaznamenala úbytek na váze 15 kg, ztrátu vlasů, nošení paruky a samozřejmě odnětí prsu jí významně změnilo vizáž. Uznává, že vzhled je důležitý, sama se vždy snažila vypadat dobře, být upravená, ráda chodila mezi lidmi a chodí do teď, pokud jí to její zdravotní stav dovolí. Nemá pocit, že by nějak více strádala, či měla pocit snížené sebeúcty díky změně vizáže. Paní Anna dodává, že velkou pomocí a oporou jsou jí její dlouholetí známí, s kterými nepřetržitě udržuje kontakt a sama na sobě pocituje, že jsou pro ni elixírem života a zdrojem energie, kterou mnohdy velmi potrádá. Zastává názor, že vzhled a body image není v dané situaci na prvním místě. Sexuálně přitažlivá se samozřejmě necítí už jen kvůli své ženské nedostatečnosti, ale vzhledem k jejich chladnějším vztahům s manželem, jí tato záležitost nepřipadá prioritní. Klientka zdůrazňuje i svůj věk a domnívá, že i kdyby nebyla nemocná, sexuálně přitažlivá si již v jejím věku stejně nepřipadala. Přiznává, že pohazení nebo jen příjemné chvíle strávené ve dvou by někdy přivítala. Na druhou stranu klientka poznamenává, že po chemoterapii, kdy je unavená a necítí se nejlépe, jakoukoliv přítomnost blízkých odmítá a chce být raději sama. Klientka vypovídá, že

s manželem nežije intimně již delší dobu a možná proto nepocítuje v současnosti po této stránce nějakou výraznou nedostatečnost. Informace a edukace u klientky probíhalo formou pohovorů s lékařem, nepamatuje si, že by jí sestra nebo jiný zdravotnický personál poučoval či informoval o čemkoliv. Klientka vypovídá, že ohledně léčby, komplikací a nežádoucích účinků se jí dostalo dostatek informací. Klientka dodává, že za těch pár let co žije s onkologickým onemocněním získala spoustu informací jak od odborného personálu, tak se sama snažila najít informace, které by jí pomohly s nemocí úspěšně bojovat. Měla možnost navštěvovat psychologa, ale paní Anna tvrdí, že se se svým handicapem snažila vyrovnat sama po svém. Znova zmiňuje okolí svých přátel, kteří jsou pro ni velkou a nepostradatelnou oporou. Na závěr rozhovoru se paní Anna svěčuje, že při poslední kontrole jí lékař neřekl příliš pozitivní zprávy, nález dalších metastáz jí zkracuje čas na život. Paní Anna nedává příliš na sobě znát, jak vážná je její situace a snaží se bojovat. Na první pohled působí klientka velice vyrovnaně a spokojeně.

5. Diskuse

V bakalářské práci jsem se snažila zjistit informovanost a připravenost sester pro edukaci v oblasti sexuality u onkologických nemocných a také míru ovlivnění sexuality a sebeúcty u klientů s onkologickým onemocněním.

Pro splnění prvního cíle, zjistit připravenost sester provádět edukaci u klientů s onkologickým onemocněním v oblasti sexuality a body image, tvořily výzkumný vzorek sestry pracující na onkologickém oddělení, gynekologii a chirurgii. První otázky v dotazníku byly informační týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání a délky odborné praxe ve zdravotnictví.

Sestry, podílející se na výzkumu pokrývají celou škálu vzdělání od středoškolského až po vysokoškolské vzdělání. Nejvyšší počet z dotazovaných sester dosahují středoškolské vzdělání 42 %, 30 % sester má pomaturitní specializaci, 16 % respondentů absolvovalo vyšší odborné studium a nejnižší počet sester má vysokoškolské vzdělání 12 % (viz graf 2). Délka odborné praxe se u dotazovaných také lišila. Nejvíce dotazovaných sester (58 %) pracuje v oboru do 10 let, nejméně nad 20 let (4 %) (viz graf 3). Proč tomu tak je, je možná otázka do diskuse pro další výzkum ve zdravotnictví.

Dalšími otázkami v dotazníku jsem se snažila potvrdit nebo vyvrátit stanovené pracovní hypotézy H1: *Sestry nejsou připraveny provádět edukaci u pacientů s onkologickými onemocněními v oblasti sexuality* a H2: *Hlavní překážkou zanedbávání edukace pacientů dotýkající se oblasti sexuality ze strany zdravotnických pracovníků je komunikační bariéra.*

Jsem toho názoru, že základem pro provádění edukace je zařazení dané problematiky do ošetřovatelského procesu. V zahraničí (v USA) byl pro posuzování potřeb v oblasti sexuality vytvořen model BETTER nebo je využíván model intervencí P.LI.SS.IT, který napomáhá k řešení sexuality u nemocných a tím, se začleňuje do běžného ošetřovatelského procesu (27). Překvapivé zjištění je, že až 80 % dotazovaných sester nezařazuje sexualitu nemocných do ošetřovatelského procesu, 18 % dotazovaných uvedlo, že potřebu sexuality zařazuje do ošetřovatelské činnosti v závislosti na věku klienta, 2 % v závislosti na diagnóze a prognóze klienta a 0 %

respondentů zařazuje sexualitu jako potřebu klienta do ošetrovatelského procesu vždy (viz graf 4).

Obdobný výsledek je u dotazu na edukační činnost v oblasti sexuality a body image prováděnou sestrou (viz graf 6). Většina respondentů (68 %) odpovídá negativně a 18 % provádí edukaci v závislosti na věku klienta, 13 % v závislosti na diagnóze a prognóze a 1 % odpovídá na otázku pozitivně. Možným vysvětlením pro tento výsledek mohou být odpovědi u otevřené otázky č.7, kdy jako hlavní důvody neprovádění edukace sestrou byla převážně neetičnost vůči nemocným klientům, dále nestandardní situace, nezájem klientů, komunikační bariéra, nedostatek znalostí, kompetence lékařů a odborníků. Vorlíčková (25) uvádí, že nemocní dávají přednost při svěřování svých problémů právě sestřím, pro které však bývá velmi obtížné na toto téma hovořit z důvodu nedostatku vědomostí a komunikačních schopností, a tak se ve většině případů brání na toto téma s pacienty hovořit.

Na otázku sdělování informací pacientům o negativních vlivech onkologické léčby na sexualitu a body image odpovídá největší procento dotazovaných (68 %), že se jedná o kompetence lékařů, 18 % nesděluje vůbec informace klientům o negativních vlivech léčby na sexualitu, 7 % sděluje v závislosti na diagnóze a prognóze, 6 % dle věku klienta a pouze 1 % dotazovaných sester sděluje tyto informace (viz graf 5).

Výsledky z grafu 9 dále dokazují, že nezájem klientů o informace v oblasti sexuality při onkologickém onemocnění je výrazný. Více než polovina sester (59 %) vypovídá, že se ještě nikdy nesetkaly s klientem, který by měl zájem o tyto informace a 41 % se setkalo jen málokdy. Je ale zcela možné, že z důvodu ostychu nejeví klienti zájem o přímé informace a raději využijí informační a propagační materiál nebo internet a jiné mediální prostředky.

Na dotaz, zda respondenti dokáží fundovaně pomoci a poradit v problematice, 58 % dotazovaných neví zda dokáže pomoci, 33 % nedokáže odborně poradit v problematice a pouze 9 % je přesvědčeno, že dokáže odborně poradit (viz graf 10).

Zjištěné výsledky vypovídají o tom, že sestry nejsou dostatečně připravené pro edukaci onkologických klientů po stránce jejich sexuality a osobního vzhledu a tím se potvrdila hypotéza H1 *Sestry nejsou připraveny provádět edukaci u pacientů*

s onkologickými onemocněními v oblasti sexuality. Obdobného názoru je i Hajnová (6), která uvádí, že u nás sexuální výchova jako samotný předmět na školách chybí a připravenost zdravotníků řešit otázky v oblasti sexuality je mizivá. Adepti lékařských fakult a zdravotních škol nedokáží bez rozpaků a profesionálně hovořit s klientem o intimnostech a *vita sexualis*. Autorka se také domnívá, že pokud chceme pacientům pomoci, musíme se naučit jim naslouchat a komunikovat s nimi o životě, jehož nedílnou součástí je i lidská sexualita, která může pozitivně i negativně zasáhnout do celkového zdraví člověka. Výuka edukace sester a zdravotníků zvláště v této oblasti je u nás stále ještě opomíjena. Při hledání edukačních programů pro sestry jsem se setkala s edukačními programy zaměřené na širokou škálu problémů a onemocnění, ale sexualita byla zřídka do těchto akcí zařazena. Hajnová (6) uvádí, že jedinci vstupují do aktivního života nepřípravěni, s řadou mýtů a předsudků. Smutnou skutečností je, že sexuální neinformovanost postihuje i jedince vzdělané, kteří by sami měli být nositeli informovanosti a vzdělanosti, což je případ vztahující se na zdravotníky. Literatura (28) uvádí, že například v USA již probíhá vzdělávání nejen registrovaných sester v edukační činnosti pro oblast sexuality prostřednictvím asociace sdružující a podporující sestry edukátorky - AASECT (American Association of Sex Educators, Counselors, Therapists).

Z provedeného výzkumu vyplývá, že nejčastějším důvodem neschopnosti poradit a informovat v oblasti sexuality a body image u onkologicky nemocných je neetičnost 42 %, 19 % dotazovaných sester postrádá dostatek intimního prostředí k řešení takto choulostivých otázek, u 16 % sester je překážkou ostych, 12 % respondentů se domnívá, že nemá dostatek znalostí pro sdělování a řešení těchto záležitostí, 8 % vidí problém v komunikační bariéře a 3 % mají další jiné neudané důvody (viz graf 11). Tento výsledek nepotvrdil danou hypotézu H2: *Hlavní překážkou zanedbávání edukace pacientů dotýkající se oblasti sexuality ze strany zdravotnických pracovníků je komunikační bariéra*. Výsledky výzkumu ukázaly, že hlavní překážkou pro provádění edukace u onkologických klientů v oblasti sexuality a body image je pocit neetičnosti vůči nemocným klientům. Přesto se domnívám, že pocit neetičnosti vůči onkologickým klientům může vyplývat z nedostatku zkušeností

a znalostí jak vhodně komunikovat s klientem o intimních záležitostech a lidské sexualitě. Překvapujícím výsledkem výzkumu je, že 73 % dotazovaných sester, které mají zájem o vzdělávací akce a semináře týkající se dané problematiky, se ale domnívají, že není příliš mnoho možností. Naopak 22 % sester nemá zájem o semináře tohoto druhu, ale vědí, že existují a 5 % nemá vůbec zájem navštěvovat vzdělávací akce tohoto druhu (viz graf 13). Vzhledem k nedostatečné připravenosti sester pro edukační činnost v oblasti sexuality u onkologických klientů je pozitivním poznatkem to, že z celkového počtu dotazovaných uvádí 22 % respondentů pravidelnou přítomnost psychologa nebo sexuologa na oddělení, 75 % uvádí přítomnost specialistů dle potřeb klienta a pouhé 3 % respondentů uvádí nemožnost využití specialistů při řešení těchto problémů (viz graf 8).

Dále cílem práce bylo zjistit, zda onkologické onemocnění a jeho léčba ovlivňuje vnímání vlastního já, body image a také sexuální život klientů a zda mají klienti dostatek informací týkající se negativního dopadu léčby na jejich sexuální život. Oba vytýčené cíle vztahující se k ovlivnění sexuality a body image u onkologicky nemocných byly splněny. Pro získání širšího náhledu na danou problematiku jsem zařadila do výzkumného vzorku ženy i muže v širším věkovém rozmezí. Výběr výzkumného vzorku byl specifikován na klienty z onkologických sdružení a klienty, kteří již zvládli akutní fázi onemocnění a léčbu. S každým klientem byl vzhledem k choulostivému a citlivému tématu veden nestandardizovaný rozhovor zaměřen na osobní data, diagnózu, rodinné zázemí, změny v pohledu na vlastní tělo a změny v intimním životě po diagnostice onkologického onemocnění a jeho léčbě.

Pro stanovenou výzkumnou otázku jsem dle výsledků vyvodila hypotézu H3: *Důsledky léčby onkologických onemocnění vedou u pacientů k pocitu zhoršení sebeúcty*. Ukázkový příklad ztráty sebeúcty je v kasuistice č.1, kdy u klientky nastal po operaci, po ablaci prsu pro rakovinu, velký zlom v postoji k vlastnímu tělu. Odmítala jakýkoliv kontakt se společností i s vlastním manželem. Trpěla pocitem bezcennosti a neúplnosti. Dle získaných poznatků a dojmů z rozhovorů se domnívám, že ženy daleko hůře kompenzují svoji pomyslnou nedostatečnost a ztrátu ženskosti. Ablace prsu či odebrání ženských pohlavních orgánů má výrazný negativní dopad na psychiku ženy,

její prožívání a vztah k intimnímu životu. V kasuistice č.2 klientka popisuje nepříjemný vnitřní pocit po odnětí dělohy a i přes neviditelnou újmu měla pocit ztráty ženskosti a sebeúcty. Stejně tak McKayová (10) uvádí, že ženy po hysterektomii ve většině případů ztrácí část sebe a mnohdy trvá spousta času než dojde k plnému vyrovnání se se ztrátou. Dále autorka (10) uvádí případy žen po ablaci prsu či jiném chirurgickém zákroku nebo po chemoterapii, které odmítají pomoc blízkých, straní se společnosti, nechtějí být litovány a cesta k nalezení řešení pro ně i rodinu bývá dlouhodobá. Toto popírá klientka v kasuistice č.7, která si je plně vědoma fyzické odlišnosti, ale nepřikládá tomu příliš velký význam. Ablace prsu a následná léčba jí změnila život, ale pocit snížené sebeúcty nemá. Výsledky výzkumu ukázaly, že u mužů jde spíše o negativní pocit ze ztráty své sociální role. V kasuistice č.3 a č.4 oba respondenti zdůrazňují, že první jejich myšlenky vedly k jejich neschopnosti zabezpečit rodinu, než posouzení svého vzhledu a s ním spojená sebeúcta. Klient v kasuistice č.5 uvádí pocit studu za svou nesoběstačnost, ztrátu důstojnosti spojenou s onemocněním a upoutáním na lůžko. Po rozhovorech s onkologickými klienty jsem dospěla k názoru, že stejně tak jako spousta žen při ztrátě své ženskosti, tak i muži při ztrátě své důstojnosti a mužnosti zapříčiněné onkologickým onemocněním, pociťují sníženou nebo úplnou ztrátu sebeúcty.

Během rozhovorů se klienti svěřili s problémy z oblasti jejich intimního života, a tím umožnili posoudit zda důsledky léčby negativně ovlivňují pocit sexuální přitažlivost klienta a vyvodit pro druhou výzkumnou otázku hypotézu H4 *Důsledky léčby onkologických onemocnění vedou k pocitu snížené sexuální přitažlivosti.* Dienstbier (3) uvádí, že ve většině případů při onkologické léčbě dochází ke snížení sexuální přitažlivosti, snížení libida, potence a přítomnosti předčasné menopauzy. Klientka v kasuistice č.1 se po ablaci prsu zcela vyhýbala intimnostem, připadala si nepřitažlivá a nedokázala se s touto realitou dlouho smířit i přes trpělivou pomoc partnera. Naopak klientka v kasuistice č.7 zastává názor, že v dané situaci (ohrožení života) není pro ní sexuální přitažlivost na prvním místě. Domnívá se, že i kdyby nebyla nemocná, sexuálně přitažlivá by si v jejím věku stejně nepřipadala, ztráta prsu jí nějak zvlášť nepoznamenala její sexuální chování, vnímání a přitažlivost. Výsledek studie

Kornblith 1998 Tschuschke (16) dokazuje, že vliv mastektomie na sexuální chování pacientek s rakovinou prsu nemělo v 67 % - 85 % případů žádný dlouhodobý vliv na sexualitu pacientek. Klientka v kasuistice č.2 neměla výrazně snížený pocit sexuální přitažlivosti. Zřejmě i proto, že podstoupila pouze chirurgickou léčbu a její tělesný deficit nebyl na první pohled zřetelný. Daleko více se potýkala s negativním přístupem k intimnímu životu od svého přítele. Důvodem odmítní partnerky byla nedostatečná informovanost jejího sexuálního partnera o provedeném zákroku nebo opatření týkající se onemocnění a léčebného režimu. Podobný závěr byl i u klientky v kasuistice č.6, kdy z důvodů nedostatečné komunikace mezi partnery vznikla vztahová propast. Z těchto získaných informací jsem vyvodila závěr, že je nezbytné s partnerem o potížích otevřeně hovořit, aby se předešlo zbytečným dalším partnerským a vztahovým problémům. Dienstbier (2) uvádí, že nejen samotní nemocní prožívají složité životní období, ale i jejich manžel či manželka, partner nebo partnerka, rodina i přátelé. Sexuální partneři často neví, jak vyjádřit svou lásku, svůj cit a podporu. Přitom milostné obětí, vzetí do náruče a něžné pohlázení jsou nejjednoduššími projevy vzájemného citu a duševní podpory. Ke stejným závěrům došel ve své studii i Kornblith 1998, Tschuschke (16), kdy jsou velmi běžné manželské nebo partnerské neshody během onemocnění způsobené komunikačními problémy s partnery. Partnerské dvojice vzájemně vycítí nepřírozenost nebo odtazitost, a proto společná komunikace je zde na místě. Jsem přesvědčena, že u mužské části dotazovaných nebyla na prvním místě problémů jejich sexuální přitažlivost. Klient v kasuistice č.4 uvádí, že „sexuální přitažlivost je spíše ženská záležitost“. Na sobě pociťuje snížené libido a sníženou sexuální vzrušivost vlivem léčby a operačního zákroku. Stejně tak vypovídal klient v kasuistice č.3, který popisuje potíže s potencií ještě několik měsíců po léčbě. Domnívám se, že klienti po onkologické léčbě mají snížený pocit sexuální přitažlivosti v závislosti na dalších okolnostech. Svou roli zde může sehrát věk a pohlaví klienta, předchozí úroveň partnerského vztahu nebo rozsah tělesného omezení a změna vzhledu a ni mentální vyzářlost není bezpředmětná. Nezanedbatelnou ovlivnitelnost má samotná provedená léčba a prognóza onemocnění, schopnost komunikovat a otevřeně mluvit o vlastních potřebách. Tschuschke (16) uvádí výsledky studie Kornblitha z roku 1998,

provedenou u různých skupin pacientů, která byla zaměřena na problémy v sexuální oblasti. Tato studie potvrzuje, že všeobecně u klientů, kteří přežili nádorové onemocnění, klesá sexuální aktivita a schopnost sexuálního požitku v závislosti na poškození tělesného obrazu.

Pro stanovenou výzkumnou otázku týkající se informovanosti o důsledcích léčby v oblasti sexuality jsem vyvodila hypotézu H5: *Pacientům s onkologickým onemocněním chybí informace o důsledcích léčby v oblasti sexuality. Klienti nejvíce postrádají informace jak komunikovat s partnerem o komplikacích.* Dle získaných skutečností jsem přesvědčena, že klienti po onkologické léčbě příliš nepomýšlejí na získávání informací vzhledem k intimnímu životu. Klientka v kasuistice č.1 vyjádřila negativní postoj k intimitě a nepřipadala jí tato problematika prioritní, spíše by jí tyto informace přišly neetické a pro ni zraňující. Klientka v kasuistice č. 2 naopak přiznává, že více informací o možných komplikacích či edukace v oblasti komunikace s partnerem, by přivítala. Sama vyhledávala informační materiál, vzhledem ke zdravotnickému vzdělání měla k těmto informacím trochu blíže než laik. Stejně tak u klientů v kasuistice č. 4 a č. 5 neproběhla žádná edukace v oblasti sexuality, ani samotní klienti neměli příliš zájem o edukaci v této oblasti. Informace ohledně důsledků léčby byly pro ně dostačující. Zaznamenala jsem jiný postup zdravotnického personálu u klienta z kasuistiky č. 3, kdy klient byl dostatečně informován o všech možných nesnázích spojených s onkologickou léčbou týkající se lidské sexuality. Sám přiznává, že to pro něj nebylo lehké vyslechnout tyto informace, ale s odstupem času byl za ně rád. Domnívám se, v tomto případě sehrál svou roli věk klienta. Jak uvádí McKayová (10), každý klient má právo se včas dozvědět o změně v jeho sexuálním životě, byť je to jen dočasně. Také autorka apeluje na řešení problému spolu s partnerem, doporučuje schůzky a setkání s obdobně nemocnými lidmi, a tím získání představy jak změny přijímají jiné páry. Myslím si, že takto podobně reagovala klientka v kasuistice č.1, která zpočátku odmítala jakoukoliv socializaci až po delší době přistoupila na návštěvu centra sdružující onkologicky nemocné (Mamma Help). Vyslechla podobné případy, našla prostřednictvím sdružení nový a širší náhled na problematiku, postupně získala pro sebe cenné informace nenásilnou a přirozenou formou. S tímto se ztotožňuje

i studie Wyszynskiho z roku 1990, kterou uvádí ve své publikaci Psychoonkologie Tschuschke (16), ta potvrzuje pozitivní vliv na pacienty s onkologickým onemocněním sdružující se ve skupinách. Studie ukazuje, že tito pacienti daleko lépe snáší léčebná opatření, prohlubují se jejich znalost o léčbě a lépe překonávají překážky. U dotazovaných respondentů jsem dospěla k názoru, že onkologickým klientům je věnováno dostatek informací ohledně léčby a nežádoucích účinků, ale sexualita a sexuální potřeby jsou v tomto směru poněkud opomíjené. Druhou stránkou věci je pohled na danou problematiku očima klienta. Výsledky výzkumu ukazují, že klienti sami nejeví aktivní zájem o získávání informací, při rozhovorech se klienti zmiňují o nedůležitosti nebo neetičnosti těchto informací za dané situace. Je možné, že klienti mají částečné informace z informačních materiálů nebo získávají informace při podepisování informovaného souhlasu se zákrokem, léčbou, operací apod. A otázkou je, zda se klient v případě nejasností zeptá týká-li se to jeho intimity.

6. Závěr

Nádory jsou v současné době jedním z největších zdravotních problémů lidstva. Pozornost zdravotnické společnosti se zaměřuje na rozvíjení prevence, diagnostiky a léčbu. Nemocní s onkologickým onemocněním netrpí pouze fyzicky, ale mají také velké psychické i sociální problémy. Zvláště fyzické potíže ovlivňují sebevědomí, a tím i zmiňovanou sexualitu a vnímání vlastního „Já“.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit připravenost sester provádět edukaci pacientů s onkologickým onemocněním v oblasti sexuality a body image.

Druhým cílem bylo zjistit ovlivnění vnímání vlastního těla a sexuality v důsledku léčby onkologických onemocnění.

Třetím cílem bylo zjistit, zda pacienti s onkologickým onemocněním mají dostatek informací o dopadu léčby těchto onemocnění v oblasti sexuality a body image. Všechny tři cíle výzkumu byly splněny.

Hypotéza H1 byla potvrzena. Sestry nejsou připraveny provádět edukaci u pacientů s onkologickými onemocněními v oblasti sexuality. Naopak hypotéza H2: Hlavní překážkou zanedbávání edukace pacientů dotýkající se oblasti sexuality ze strany zdravotnických pracovníků je komunikační bariéra, byla vyvrácena. Dále byly z výzkumu vyvozeny tyto hypotézy:

H3: Důsledky léčby onkologických onemocnění vedou u pacientů k pocitu zhoršení sebeúcty.

H4: Důsledky léčby onkologických onemocnění vedou k pocitu snížené sexuální přitažlivosti.

H5: Pacientům s onkologickým onemocněním chybí informace o důsledcích léčby v oblasti sexuality. Klienti nejvíce postrádají informace jak komunikovat s partnerem o komplikacích.

Práce poukázala na nedostatečnou připravenost sester v edukační činnosti v dané oblasti a mohla by být využita jako doporučení pro zvýšení kvality vzdělávání a edukace sester v této činnosti všeobecně a zároveň doporučením zařazení sexuální potřeby do standardního ošetrovatelského procesu. Pro srovnání např. v USA již probíhá vzdělávání registrovaných sester v edukační činnosti pro oblast sexuality

prostřednictvím asociace sdružující a podporující sestry edukátorky - AASECT (American Association of Sex Educators, Counselors, Therapists) a je zde využíván model pro vyhodnocení stavu sexuality klienta (BETTER) nebo model intervencí v oblasti sexuality (P.L.I.S.S.I.T).

.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BEDNAŘÍK, O. a kol. *Několik rad pro onkologicky nemocné*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 1998, 48 s.
2. DIENSTBIER, Z. *Rakovina a sex*. Praha : Liga proti rakovině Praha, 1999, 12.s
3. DIENSTBIER, Z. *Ženám po ablaci prsu*. [online]. Poslední autorizace [1.2.2006] Dostupné z: <http://www.lpr.cz/down/publikace/ablace.doc> [cit. 25.11.2007].
4. FIALOVÁ, L., *Moderní body image*. 1. vydání Praha : Grada Publishing, 2006. 92 s. ISBN: 80-247-1350-0.
5. GROGAN, S., *Body image- psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2000. 184 s. ISBN 80-7169-907-1.
6. HAJNOVÁ, R. *Medicína a sex. Onkologická péče*. Praha: 2006, roč. X, č. 3, s.1-2. ISSN 1214-56-02.
7. HONZÁK, R. *Psychologická pomoc onkologicky nemocným a umírajícím. Forum Medicíně*. Praha: 2000, roč. 2, č. 1, s. 72-76. ISSN 1212-4230.
8. HRUBÁ, M., FLORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. 1. vydání Brno: Masarykův onkologický ústav Brno, 2001. 77 s. ISBN 80-238-7618-X .
9. KOPECKÝ, J. *Žena po operaci prsu...a jak dále*. Ostrava : Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 1999. 76 s. ISBN 807042-321-8.

10. MCKAYOVÁ, J., HIRANOOVÁ, N. *Jak přežít chemoterapii a ozařování*. 1. vydání Praha : Triton, 2005. 206 s. ISBN 80-7254-542-6.
11. NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie osobnosti*. 2. vydání Praha : Academia, 2003. 336 s. ISBN 80-200-1289-3.
12. NEZU, A., NEZUOVÁ, CH. *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny, psychoonkologie*. 1. vydání Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2004. 311 s. ISBN 80-7364-000-7.
13. NOVÁKOVÁ, S. Urostomie a její vliv na sexuální život. *Sestra*. Praha: 2006, roč.16, č. 6, s. 56. ISSN 1210-0404.
14. SAXON, F. D., NUGENT, M.P., PELIKÁN, K.P. *Comprehensive Review of nursing for the NCLEX – RN*. Mosby elsevier, 2006. 931 s. ISBN 0-323-03901- 4.
15. SPURNÝ, V. *Radioterapie a Vy*. Publikace společnosti PLIVA CZ, 2004. 12.s.
16. TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie*. 1.vydání Praha : Portál, 2004. 216 s. ISBN 80-7178-826-0.
17. TŮMOVÁ, M. *Jak žít s rakovinou prsu*. Praha: vydavatelství Jan Krigl Praha, 2004. 32 s. ISBN 80-902045-62.
18. VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Karolinum Praha, 2003. 210 s. ISBN 80-246-0015-3.
19. VELEMÍNSKÝ, M., KOZLOVÁ a kol. *Klinická propedeutika*. 1.vydání České Budějovice : JU ZSF, 2003. 106 s. ISBN 80-7040-643-8.

20. VOKURKA, S. *Ošetrovatelské problémy a základy hemoterapie : učební texty a ošetrovatelské intervence nejen pro sestry z oboru hematologie a onkologie.* 1. vydání Praha : Galén, 2005. 140 s. ISBN 80-7262-299-4.
21. VODVÁŘKA, J. *Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkologie.* 1.vydání Ostrava : Repronis 1997. 88 s. ISBN 80-7042-314-5.
22. VORLÍČEK, J. a kol. *Klinická onkologie pro sestry.* Praha : Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
23. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína.* 1. vydání Praha : Grada Publishing, 1998. 544 s. ISBN 80-247-0279-9-7.
24. VORLÍČEK, J., VORLÍČKOVÁ H., ADAM Z. *Chemoterapie a Vy.* 2. vydání 2001. publikace společnosti PLIVA CZ. 32 s.
25. VORLÍČKOVÁ, H., KOCOURKOVÁ, J. *Sexualita a tělesný image u onkologických pacientů. Onkologická péče.* Praha: 2006, roč. X, č. 3, s. 5-9. ISSN 1214-56-02.
26. VORLÍČEK, J. *Onkologická onemocnění a deprese* [online] Poslední aktualizace 30.9.2007 Dostupné z: <http://www.deprese.com/rozhovor.php?&content=vorlicek> cit. [17.12.2007]
27. WHITE, K., O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů.* 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
28. WUJCIK, D. *Help your patient find the answers* [online]. Dostupné z: <http://ons.metapress.com/content/1092-1095/> cit. [8.4.2008]

8. Klíčová slova

Body image

Edukace

Onkologické onemocnění

Sebeúcta

Sexualita

9. Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník pro sestry

Příloha 2 Okruhy otázek pro nestandardizovaný rozhovor s klienty s onkologickým onemocněním.

Anonymní dotazník pro výzkum v ošetrovatelství

Jmenuji se Miroslava Wodecká a jsem studentkou 3. ročníku studijního programu Ošetrovatelství Zdravotně sociální fakulty JČU v Českých Budějovicích. Dotazník, který dostáváte do rukou, je určen pro zpracování mé bakalářské práce na téma : Sexualita a body image u onkologicky nemocných.. Chtěla bych Vás požádat o jeho vyplnění. Předem děkuji za ochotu a trpělivost při vyplňování dotazníku.

Miroslava Wodecká

1. **Uved'te, na jakém oddělení pracujete.....**

2. **Vaše nejvyšší dosažené vzdělání**
 - střední odborné vzdělání (SZŠ)
 - pomaturitní specializační
 - vyšší odborné
 - vysokoškolské vzdělání (Bc.,Mgr.)

3. **Délka odborné praxe ve zdravotnictví**
 - do 5 let
 - do 10 let
 - do 20 let
 - nad 20 let

4. **Zařazujete potřebu sexuality do ošetrovatelského procesu na svém oddělení**
 - ano
 - ne
 - v závislosti na diagnóze
 - v závislosti na věku
 - jiné, uveďte.....

5. Informujete klienty o negativních vlivech onkologické léčby na sexualitu a body image.

- ano
- ne
- dle diagnózy a prognózy klienta
- dle věku klienta
- jiní (lékař), uveďte.....

6. Provádíte u onkologických pacientů edukaci v oblasti sexuality a body image

- ano
- ne
- dle diagnózy a prognózy klienta
- dle věku klienta

7. Pokud neprovádíte edukaci v oblasti sexuálních potřeb, uveďte z jakých důvodů.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Informujete klienty o možnostech odborné pomoci v oblasti sexuality

- ano
- ne

9. Máte možnost využití pomoci odborníka (psychologa, sexuologa) přímo na oddělení ?

- ano, pravidelně
- ano, dle potřeb klientů
- ne

10. Setkáváte se s klienty, kteří projevují zájem o informace v oblasti sexuality při onkologickém onemocnění

- nikdy
- málokdy
- často

11. Dokážete fundovaně v této problematice poradit a pomoci

- ano
- ne
- nevím

12. Jaká je pro Vás největší překážka při poskytování informací a edukační činnosti pro oblast lidské sexuality

- ostych
 - komunikační bariéra
 - nedostatek znalostí
 - nedostatek intimního prostředí
 - neetičnost
 - jiný důvod
- uved'te jaký.....

13. Na toto téma by se Vám lépe hovořilo s klientem

- stejného pohlaví
- opačného pohlaví
- bez rozdílu pohlaví

14. Máte možnost a zájem navštěvovat různé semináře a konference týkající se dané problematiky.

- jsou možnosti, ale nemám zájem
- mám zájem, ale nejsou možnosti
- nemám zájem

Okruhy otázek pro nestandardizovaný rozhovor s klienty s onkologickým onemocněním.

Osobní údaje :

- Jaký je Váš věk?
- Jste ženatý/vdaná?
- Máte děti, kolik?
- Vaše dosažené vzdělání.
- Vaše profese.
- Jaké je vaše rodinné zázemí?
- Kde žijete?
- S kým žijete ve společné domácnosti?

Zdravotní údaje:

- Jak jste se dozvěděl/a o nemoci?
- Jaká byla diagnostika?
- Jak reagovala rodina nebo Váš partner/ka na Vaše onemocnění?
- Jak probíhala léčba, jaké léčebné procedury jste podstoupil/a?
- Jak jste léčbu zvládal/a po fyzické i psychické stránce stránce?
- Co bylo pro Vás nejobtížnější?
- Změnil se Váš zevnějšek a jak?
- Uvědomoval/a jste si na sobě nějaké odlišnosti a jak Vás ovlivnily.
- Změnilo se Vaše chování a psychika v souvislosti s fyzickou změnou, odmítal/a jste společnost, cítil/a jste se osamocení/á nebo jste vyžadoval/a společnost, pociťoval/a jste ztrátu sebeúcty, důstojnosti nebo jiné pocity?
- Pociťoval/a jste změny v sexuálním prožívání?
- Byla Vám přítomnost a dotyky partnera příjemná nebo naopak?

- Měl/a jste nějakou sexuální dysfunkci spojenou s léčbou?
- Jak reagoval Váš partner/ka na změnu vaší vizáže?
- Pokud jste zaznamenal/a nějaké odchylky po stránce sexuálního života, jak na to reagoval Váš partner/ka?
- Jak vše hodnotíte s odstupem času? Je už všechno v normálu nebo přetrvávají potíže, odlišnosti, problémy a jak je popřípadě řešíte?

Edukace u klienta:

- O čem všem jste byl/a informován s ohledem na vaše onemocnění, léčbu a komplikace?
- Informoval Vás někdo o komplikacích, změnách, které mohou nastat po prodělání onkologické léčby i v souvislosti s Vaším sexuálním životem.
- Věděl jste o všech úskalích léčby nebo Vás něco překvapilo?
- Jaké informace by jste přivítal/a nebo jaké Vám chyběly?