



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

## Problematika sexuálních dysfunkcí u pacientů s nádorovým onemocněním

# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Blažena Hlavešová

**Vedoucí práce:** Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Problematika sexuálních dysfunkcí u pacientů s nádorovým onemocněním jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15.8.2019

.....

*podpis*

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D., za pomoc a odborné vedení při tvorbě této práce.

## **Problematika sexuálních dysfunkcí u pacientů s nádorovým onemocněním**

### **Abstrakt**

Bakalářská práce se věnuje problematice sexuálních dysfunkcí u pacientů s nádorovým onemocněním. **Cíle práce:** Zjistit vliv onkologického onemocnění na sexualitu nemocných a kvalitu jejich života, popsat problematiku sexuálních dysfunkcí. Zjistit, zda sestry provádějí edukaci u pacientů v oblasti sexuality. **Metodika a výzkumný soubor:** Byly určeny 4 výzkumné otázky. Jak ovlivňují onkologická onemocnění a jejich léčba sexualitu nemocných a kvalitu jejich života? Jak jsou pacienti informováni o problematice sexuálních dysfunkcí v souvislosti s onkologickým onemocněním a jeho léčbou? Jaká je úroveň znalostí a zkušeností sester s edukací u pacientů s onkologickým onemocněním v oblasti sexuality? Jaké vznikají komunikační bariéry mezi sestrou a pacientem v souvislosti s edukací o problematice sexuálních dysfunkcí v důsledku onkologického onemocnění a jeho léčby? Byl použit kvalitativní výzkum. Dva výzkumné soubory byly zpracovány otevřeným kódováním metodou tužka-papír a data rozdělena do kategorií. První soubor tvořilo 10 pacientů určených metodou sněhové koule. Bylo stanoveno 5 kategorií a 13 podkategorií. Druhý soubor tvořilo 10 sester vybraných metodou záměrného výběru sester pracujících na onkologickém oddělení či ambulanci v Jihočeském kraji. Byly stanoveny 4 kategorie a 11 podkategorií. **Výsledky:** Bylo zjištěno, že sestry needukují pacienty v oblasti sexuality. Nemají dostatek zkušeností s edukací, ani znalosti, spíše pacienty poučuje lékař. Onkologická onemocnění ovlivňují sexualitu nemocných i kvalitu jejich života. Pacienti nejsou dostatečně informováni o problematice sexuálních dysfunkcí v souvislosti s onkologickým onemocněním, více informací by uvítali. Ve většině případů mají ostych se na svoje problémy zeptat, nejčastější sexuální dysfunkcí je chybějící apetence, tedy projevuje se nezájem o sex. V souvislosti s léčbou jsou již častěji informováni. Pacientům velice pomáhá podpora partnera či rodiny. **Využití v praxi:** Získané výsledky mohou být použity jako možný vzdělávací materiál pro sestry ke zlepšení komunikace s klienty s nádorovým onemocněním v ošetrovatelském procesu nebo jako námět pro další výzkumná šetření.

**Klíčová slova** – bariéry v komunikaci; edukace; nádorová onemocnění; pacient s nádorovým onemocněním; sestra; sexuální dysfunkce

## **The issue of sexual dysfunctions in patients with cancer)**

### **Abstract**

The bachelor thesis deals with the issue of sexual dysfunctions in patients with cancer. **Objectives:** To determine the influence of cancer on the sexuality of patients and the quality of their lives, to describe the issue of sexual dysfunctions. To find out whether nurses are educating patients on sexuality. **Methodology and research set:** Four research questions were identified. How do cancer diseases and their treatment affect the sexuality of patients and the quality of their lives? How are patients informed about the issue of sexual dysfunction in connection with cancer and its treatment? What is the level of knowledge and experience of nurses with education in cancer patients in the field of sexuality? The qualitative research was used. Two research files were processed by open coding using the pencil-paper method and the data were categorized. The first group consisted of 10 patients determined by the snowball method. Five categories and 13 subcategories were identified. The second sample consisted of 10 nurses selected by the method of deliberate selection of nurses working in the oncology department or outpatient department in the South Bohemian Region. 4 categories and 11 subcategories have been identified. **Results:** It has been found that nurses do not educate patients in the field of sexuality. They do not have enough experience with education or knowledge, patients are rather taught by a doctor. Oncological diseases affect the sexuality of patients and the quality of their lives. Patients are not sufficiently informed about the issue of sexual dysfunctions related to cancer, they would welcome more information. In most cases, they are shy to ask their problems, the most common sexual dysfunction is the lack of appetite, thus manifested by a lack of interest in sex. They are more often informed about the treatment. Patients are greatly assisted by a partner or family. **Use in practice:** The obtained results can be used as a possible educational material for nurses to improve communication with cancer clients in the nursing process or as a suggestion for further research investigations.

**Keywords** – communication barriers; education; cancer illnesses; a cancer patient; nurse; sexual dysfunction

## Obsah

ÚVOD .....	7
1 SOUČASNÝ STAV .....	8
1.1 Vznik nádorových onemocnění a jejich druhy .....	8
1.2 Léčba onkologických onemocnění a její dělení .....	9
1.2.1 Chemoterapie .....	10
1.2.2 Radioterapie .....	12
1.2.3 Biologická léčba .....	13
1.2.4 Hormonální léčba.....	14
1.2.5 Imunoterapie .....	15
1.2.6 Léčba chirurgická .....	15
1.2.7 Jiné metody léčby .....	16
1.3 Vedlejší účinky onkologické léčby .....	17
1.4 Sexuální dysfunkce.....	19
1.4.1 Sexuální dysfunkce u mužů .....	20
1.4.2 Sexuální dysfunkce u žen .....	21
1.4.3 Vliv nádorového onemocnění na sexuální funkce.....	22
1.5 Komunikace o sexualitě u pacientů s onkologickou diagnózou .....	23
1.5.1 Psychické trauma v souvislosti s nádorovým onemocněním a psychosociální intervence .....	24
1.5.2 Psychologický postoj k nemocným a edukace sestrou .....	25
1.5.3 Intervence u onkologických pacientů .....	26
1.5.4 Model PLISSIT .....	28
1.5.5 Ošetřovatelské diagnózy u onkologických onemocnění.....	29
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	32
2.1 Cíle práce.....	32
2.2 Výzkumné otázky .....	32
2 METODIKA .....	33
3.1 Použité metody výzkumu .....	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	34
3.2.1 Charakteristika výzkumného souboru pacientů.....	34
3.2.2 Charakteristika výzkumného souboru sester .....	34
4 VÝSLEDKY .....	35

4.1	Výsledky polostrukturovaných rozhovorů s pacienty .....	35
4.1.1	Identifikační data pacientů.....	35
4.1.2	Onkologická onemocnění u pacientů.....	37
4.1.3	Změny v oblasti sexuality a sexuální dysfunkce v souvislosti s léčbou ...	40
4.1.4	Informování pacientů.....	41
4.1.5	Edukace z pohledu pacienta.....	41
4.2	Výsledky polostrukturovaných rozhovorů sester .....	43
4.2.1	Identifikační data sester .....	44
4.2.2	Edukace o vedlejších účincích onkologické léčby .....	46
4.2.3	Edukace o problematice sexuálních dysfunkcí v souvislosti s onkologickým onemocněním. ....	47
4.2.4	Přístup pacientů k problematice sexuálních dysfunkcí v souvislosti s onkologickým onemocněním a jeho léčby.....	49
5	DISKUSE.....	51
6	ZÁVĚR .....	56
7	SEZNAM LITERATURY .....	58
8	SEZNAM PŘÍLOH.....	63
9	SEZNAM ZKRATEK .....	68

## ÚVOD

Tématem překládané bakalářské práce je problematika sexuálních dysfunkcí u pacientů s nádorovým onemocněním.

Sexualita a sexuální život jsou důležitou součástí života lidí od dětství až po stáří. Nádorová onemocnění a jejich léčba negativně ovlivňují sexualitu nemocných, mění sexuální funkci, kvalitu života a narušují pocit bezpečí.

Sexuální dysfunkce bývají často podceňovány, nebývají diagnostikovány, a tedy ani nedochází k jejich léčbě. Podstatná je i dobrá psychická kondice nemocného. Důležitý článek pro obnovu sexuálního života představuje také podporující rodina. Do této problematiky může zasáhnout kladně i zdravotní sestra, jež může pomocí edukace a komunikace přispět ke zlepšení psychického stavu nemocného.

Cílem předkládané práce je zjistit vliv onkologického onemocnění a jeho léčby na sexualitu nemocných a zmapovat informovanost pacientů o problematice sexuálních dysfunkcí v souvislosti s onkologickým onemocněním a jeho léčbou. Nedílnou součástí je zjistit, zda sestry provádějí edukaci u pacientů s onkologickými onemocněními v oblasti sexuality a jaké komunikační bariéry eventuálně v praxi vznikají v souvislosti s problematikou sexuálních dysfunkcí.

Tato práce by měla zmapovat problém sexuálních dysfunkcí u nemocných s nádorovými onemocněními. Jejím cílem je zjistit, jakým způsobem nádorová onemocnění zasahují do kvality života a jaké negativní vlivy na sexualitu člověka s sebou přináší. Podstatné je ověřit si informovanost sester v edukaci klientů s nádorovým onemocněním. Zjištěné poznatky výzkumu bude možné využít ke zlepšení komunikace s klientem v ošetrovatelském procesu.



# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 *Vznik nádorových onemocnění a jejich druhy*

Onkologická onemocnění jsou dnes velice rozšířená. Světová zdravotnická organizace uvádí, že takto onemocní každá třetí žena a každý druhý muž (Bollinger, 2014). V současné době dochází k nárůstu onkologických diagnóz. V České republice se ročně objeví desítky tisíc těchto diagnóz. Stovky tisíc pacientů s tímto onemocněním zůstávají nadále v péči lékařů. Za nejrozšířenější můžeme uvést zhoubné nádory tlustého střeva, konečníku, plic, prsu a prostaty (Krška et al., 2014). Pokud vezmeme v úvahu posledních 15 let, dochází v naší republice u častých onkologických onemocnění ke zvyšování počtu přežívajících pacientů. Můžeme uvést např. onkologické onemocnění prsu, kde významně pomohlo zavedení vyšetření mamografem. Tím se zvýšila včasnost zachycení této nemoci, což je velice důležité pro úspěšnost léčby. Z toho vyplývá, že prevence nádorových onemocnění je velice důležitá. Sestra může přispět edukací pacientů o preventivních prohlídkách, jelikož je v častém kontaktu s pacienty, kteří se jí svěřují a přicházejí pro radu (Vorlíček et al., 2012).

Obecně můžeme slovem onkologická onemocnění označit veškeré zhoubné choroby. Nemocná tkáň se vytváří ze sliznice a také z kůže. Označujeme ji jako nádor. Při zvětšení nádoru dochází k jeho prorůstání do okolní tkáně i do orgánů, pronikne do krevního a lymfatického řečiště. Tímto se vytvoří další ložiska, která nazýváme metastázami (Kroiss, 2015). Nahromaděním mutací genů proběhne proces kancerogeneze. Podle toho, jak jsou schopny nádory růst a rozšiřovat se, rozeznáváme dva druhy dělení, které označujeme jako benigní (nezhoubné) a maligní, tedy zhoubné. Pokud dojde k patologickým změnám v DNA, vytvoří se zhoubný nádor, který ke svému rozšíření využívá kyslíku a živin. Dále využívá procesu angiogeneze, tedy tvorby nových cév, které také potřebuje ke svému růstu. Zhoubné nádory rostou agresivně a mohou metastazovat do okolí, tedy vytvoří nové kolonie buněk nádoru. U růstu záleží na růstové frakci, jež je závislá na druhu nádoru a zmenšuje se s velikostí nádoru. Záleží také na zániku nádorové buňky, ke které dochází v důsledku hypoxie (Krška et al., 2014).

Nádory rozlišujeme do skupin. Existují nádory epitelové, které se vyskytují nejčastěji. Dále rozlišujeme nádory mezenchymové, neuroektodermální, germinální, hematopoetické a smíšené nádory a dále ty, které nelze to těchto skupin

zařadit (Tomášek et al., 2015). Dělení nádorů je možné také podle typologie tkáně, ze které jsou tvořeny. Existují karcinomy – maligní nádory epitelového původu, sarkomy neboli maligní nádory neepitelového původu, mezoteliomy jsou nádory smíšené epitelové a částečně mezenchymální. Nádory lymfatické tkáně se nazývají lymfomy, nádory hematopoetického systému představují myeloproliferativní onemocnění (Šubrt, 2015).

Abychom mohli nádory klasifikovat, musíme znát jejich histologickou strukturu, anatomickou lokalizaci a biologické vlastnosti. Pro tento účel byl sepsán mezinárodní klasifikační systém, který hodnotí rozsah zhoubného nádorového onemocnění. Tento klasifikační systém je využíván na celém světě skoro pro všechny nádory, ale pro krevní choroby se nepoužívá. Tyto mají své specifické klasifikace (Vorlíček et al., 2012). UICC (Union Internationale Contre le Cancer) klasifikační systém hodnotí tři kategorie. Je to kategorie T – velikost primárního nádoru, N – stav regionálních mízních uzlin, případně uzlin juxtaregionálních a M – přítomnost, nebo nepřítomnost odlehlých metastáz (Krška et al., 2014).

Ke stanovení rozsahu nádorového onemocnění se přiřazuje číslice za písmeno. Vyšší číslo značí větší rozsah nádoru a jeho šíření. Pokud nejsou provedena potřebná vyšetření a nelze klasifikaci určit, použije se označení písmenem X. Klasifikace TNM je klasifikací klinickou předléčebnou a je stanovena na základě lékařských vyšetření (endoskopického, rentgenového, klinických a jiných). Pooperační klasifikace je označena p TNM. Tato klasifikace navazuje na klasifikaci předléčebnou TNM (Vorlíček et al., 2012). Tento systém klasifikace je nápomocný při stanovení prognózy onemocnění, léčení nemocného a vyhodnocení léčby, ulehčí předávání zpráv mezi pracovišti o závěrech léčby. Tato klasifikace byla pozvolně zaváděna do praxe z důvodu rozvoje diagnostických metod a získávání nových poznatků o onkologických onemocněních, je tedy průběžně přepracována a aktualizována (Krška et al., 2014).

## ***1.2 Léčba onkologických onemocnění a její dělení***

Léčba onkologických onemocnění je odlišná od léčby ostatních nemocí, protože pacienta více zatěžuje. Dochází při ní k likvidaci buněk nádoru, ale současně i k ničení fyziologických buněk a tkání, a proto má tato léčba i vedlejší účinky. Léčbou dochází ke zhoršení kvality života. Při plánování léčby toto musíme vzít

v úvahu (Vorlíček et al., 2012). Při stanovení diagnózy jsou důležité údaje o typu nádoru a jeho lokalizaci, o stupni vyžralosti nádoru a velikosti postižení těla. Je potřeba určit histologickou diagnózu nádoru, stanovit účinné možnosti léčby a určit stadium onemocnění. Dále je potřeba indikovat léčbu vhodnou k typu a rozsahu nádoru. Léčba nádorových onemocnění je léčbou interdisciplinární, tedy jsou využity všechny nabízené metody léčby, a to operační, radiační, medikamentózní léčba a podpůrná léčba (Vorlíček et al., 2012).

Základní postupy léčby můžeme dělit na metody lokální, kam patří chirurgie s radioterapií a metody celkové (systémové), jež postihnou celkový organismus. K celkovým postupům se řadí chemoterapie, imunoterapie, cílená léčba a hormonoterapie. Onkologické nemoci jsou různorodé a odlišují se průběhem onemocnění, tudíž jsou u jednotlivých druhů nádorů vhodné různé metody léčby (Adam et al., 2010). Nemocní se od sebe odlišují svým věkem, pohlavím, svým dalším onemocněním, názorem na léčení i prognózu. Asi jen u 50 % lze využít léčbu lokální, tedy operaci či terapii zářením (Bednařík et al., 2010).

Je potřeba nabídnout i jiné způsoby léčby a z tohoto důvodu vznikl multidisciplinární přístup u léčeného onkologického onemocnění. To znamená, že se na onkologickém léčení účastní experti z různých oborů a tím dojde k zajištění optimálnosti léčby. Příkladem může být léčba karcinomu prsu, na kterém se podílí experti z oboru chirurgie, rentgenologie, klinické onkologie a rentgenologie. V některých případech se využívá i služeb plastického chirurga a patologa. Uvedení odborníci se rozhodnou, v jakém rozsahu se využije možností radioterapie, chirurgie, chemoterapie, hormonální léčby a určí typ vhodné operační léčby. Největší důraz je kladen na co nejvyšší účinnost léčby s co nejmenším zatížením nemocného. Tyto multidisciplinární týmy se využívají i u karcinomů hlavy a krku, kůže, kostí a dalších, např. gynekologických (Adam et al., 2010).

### ***1.2.1 Chemoterapie***

Jednou z možností léčby rakoviny je chemoterapie. Rozlišujeme léčbou systémovou (působí na celé tělo) a lokální (zacílena na nádor a jeho okolí). Cílem je zlikvidovat nádorové bujení. Využíváme léky zvané cytostatika, které se aplikují i. v. ve formě

injekce či infuze, nebo se podávají tablety a mohou se použít i masti v malé míře (Karešová, 2011).

Cytostatika neboli cytotoxické léky zabraňují buněčnému dělení. U onkologické léčby se cytostatika podávají jako monoterapie, nebo dochází k jejich kombinaci. Léčba probíhá po cyklech v jednotlivých sériích. Například u karcinomu tlustého střeva se cytostatika podávají v aplikaci infuze 1x za 14 dní, kdy za tuto dobu mohou odeznít vedlejší účinky a dojít k regeneraci. Buňky nádoru mohou být ve fázi nedělících se buněk, a tak nemohou být zasaženy, avšak s odstupem času mohou být cytostatika účinná a zasáhnout již buňky ve fázi dělení. Cytostatika rozdělujeme na fázově specifická a nespecifická z hlediska mechanismu účinku. Ze specifických můžeme jmenovat antimetabolity a rostlinné alkaloidy, které zasahují v určité fázi dělení buněk, dále nespecifické alkylační látky, který působí v každé fázi buněčného dělení (Tomášek et al., 2015).

Chemoterapie ničí zhoubné nádory, které jsou nejcitlivější začátkem léčby, po delší době expozice se tyto nádorové buňky brání důsledkům léčby. Tato léčba ničí i zdravé buňky, které se obnovují oproti nádorovým buňkám rychleji a z toho vychází časový úsek mezi aplikováním cytostatik. Rozlišujeme více typů chemoterapie podle léčebných cílů. Jde o neadjuvantní léčbu, kdy cílem je zmenšení nádorů, aby mohlo dojít k operačnímu výkonu. Adjuvantní léčba má za cíl zamezit návratu nemoci a aplikuje se po operacích. Paliativní chemoterapie se zaměřuje na zlepšení kvality a prodloužení života, kdy se již nemoc nedá úspěšně vyléčit (Krška et al., 2014).

Při ověřování účinnosti léčby posuzujeme u adjuvantní léčby stadium bez onemocnění (relaps free survival) a celkové přežití (overall survival). Při paliativní léčbě ověřujeme účinek léčení. Další možností účinku léčení je kompletní remise, kdy dojde k zániknutí všech známek nádorového onemocnění, tj., že při zobrazovacích vyšetřeních není nádor viditelný. U parciální remise dochází k zmenšení nádoru o 50 %. Podle RECIST (Response Evaluation Criteria In Solid tumors) měřítka je dostačující zmenšení nádoru o 30 %. Pojem stabilizace označujeme nevelký efekt léčby. Progrese nádoru znamená jeho nárůst o 25 %, dle RECIST o 20 % (Krška et al., 2014).

Chemoterapii můžeme kombinovat s chirurgickým zákrokem, radioterapií či biologickou léčbou. Její nevýhodou je, že při aplikaci cytostatik ničí nejen nádorové bujení, ale i zdravou tkáň (Karešová, 2011).

### **1.2.2 Radioterapie**

Další možností léčby nádorového onemocnění je radioterapie. Tato procedura byla zavedena již na počátku minulého století k léčbě nádorů. V dnešní době tuto léčbu využívá až 80 % nemocných s maligními nádory. Je to léčení ionizujícím zářením. Účinek této léčby je buď přímý, nebo nepřímý. U přímého účinku záření poškodí strukturu DNA a buňka umírá. Nepřímý účinek znamená, že probíhá radiolýza vody a vznikající radikály projevují reakci se strukturou DNA a dochází ke komplexnímu poškození. Účinek ionizujícího záření na buňky organismu má 4 fáze. První fáze je fyzikální, kdy vzniká přenos kinetické energie na prostředí látkové. Druhá fáze je fáze fyzikálně-chemická. Působí na bio molekuly v prostředí buněk. Třetí fáze je buněčná, jež se projevuje odpovědí enzymů v buňce. Defekt buněk a tkání nastává ve fázi čtvrté. Tato fáze může trvat minuty až roky (Vorlíček et al., 2012).

Podle způsobu léčby rozdělujeme radioterapii na kurativní, paliativní, předoperační a pooperační. Kurativní metoda si dává za cíl zničit všechny buňky nádoru, a to nejvyšší možnou dávkou záření. Využívá se v těch případech, kdy není možné využít chirurgický výkon (pokročilý karcinom hrdla děložního). Dále se používá u nádorů prostaty, penisu, laryngu, análního kanálu nebo ORL nádorů v počátcích. U paliativní radioterapie je léčba zaměřena na zmírnění následků metastáz onkologického onemocnění. Jedná se spíše o radioterapii jednorázovou, či ozáření silnější dávkou při méně aplikacích. Cílem předoperační radioterapie (neadjuvantní radioterapie) je zmenšit velikost nádoru u pokročilých nádorů anu a jícnu přibližně 6-8 týdnů před operací. Adjuvantní či pooperační radioterapie nastává 4-6 týdnů po operaci a využívá se u léčby reziduálního nádoru konečníku a prsu během adjuvantní terapie, či po skončení terapie. Další rozdělení radioterapie je z hlediska polohy zdroje záření. Rozlišuje se zevní radioterapie (EBRT), kdy zdroj záření je umístěn přibližně 1 metr od těla pacienta. U brachyterapie (BRT) je zdroj záření v těsném kontaktu s nádorem, či co nejbliže nádoru (Tomášek et al., 2015).

Léčbu zářením můžeme kombinovat s jinými metodami léčby. Chemoradioterapie se současně kombinuje s prováděnou radioterapií s chemoterapií. Tato metoda má lepší

léčebný účinek a široké použití například u nádorů hrdla děložního, nádorů v ORL, GIT, mozkových nádorů. Dochází zde k ovlivnění případných metastáz směrem k jiným orgánům. Radioterapii s biologickou léčbou lze kombinovat u pokročilých lokálních ORL karcinomů a využívá se cetuximab. Radioterapii společně s hormonální léčbou využijeme u pokročilého stádia karcinomů prostaty (Tomášek et al., 2015).

### **1.2.3 Biologická léčba**

Od roku 1982 jsou k dispozici na trhu biologická léčiva a tvoří celkem 20 % prodeje léčiv. Na trh byla nejdříve uvedena léčiva zvaná peptidy, mezi které patří rekombinantní inzulin, dále rekombinantní růstový hormon, erythropoetin a další. Z biologických léčiv můžeme uvést například název Humira (adalimumab), Remicade (infliximab), Enbrel (etanercept). Jsou k dispozici různé způsoby léčení, kde se využívá imunitní systém, jeho aktivace, či potlačení u virových či autoimunitních chorob, dále protilátek u onkologických a autoimunitních nemocí, xenotransplantace, buněčné transplantace (Fusek et al., 2012). Biologická léčiva jsou zaměřena a cílena na molekulární pochody a pochody buňky, které stojí za vznikem některých onkologických, zánětlivých a autoimunitních onemocnění (Pavelka et al., 2014). Při léčení onkologických onemocnění můžeme využít biologickou léčbu, která zamezuje rozšiřování buněk nádoru do okolí a dochází k apoptóze neboli smrti nádorové buňky. Tato léčba může život zachránit, nebo prodloužit. Jedná se o skupiny různorodých molekulárních látek, jež jsou soustředěny do onkologických center (Karešová, 2011).

Biologickou léčbu je možné využít u poruch krevetvorby a karcinomu prsu, tlustého střeva, konečníku, ledvin a plic, kde chemoterapie má nízký účinek. K aplikaci léků dochází nitrožilně u léků, které působí na buněčnou strukturu, ústy u karcinomu ledvin. Léčení karcinomu prsu touto metodou trvá optimálně 12 měsíců. U chorob, kde jsou zasaženy i další orgány, jako bývají játra a kosti, dochází k dlouhodobé léčbě s pauzami. Na rozdíl od chemoterapie nedochází u biologické léčby ke snížení množství bílých krvinek, k nauze a ztrátě vlasů. Velice často se léčba chemoterapií kombinuje s biologickou léčbou, například u karcinomu prsu, kdy tato léčba má v kombinaci o 30 % lepší účinek. Biologická léčba je velmi nákladným způsobem léčby, kdy cena takovéto léčby se pohybuje kolem 40 až 80 tisíc Kč za měsíc (Petruželka, 2014).

V onkologii se vyskytují různé druhy biologické léčby. Je to Interferon alfa u zhoubných ledvinných nádorů, u onemocnění tvorby krve a zhoubného melanomu. Tato léčba se podává podkožně. Druhým způsobem léčby je Interleukin 2 u nádorů ledvin a maligního melanomu. Podává se nitrožilně či podkožně. Dále se používají tzv. monoklonální protilátky, které se kombinují s chemoterapií u nádorů tlustého střeva, prsu a u nemocí krve tvorby. V rámci klinických studií se například využívá protinádorových vakcín, či Interleukinu 6 a 12, u kterých dochází k ovlivnění imunitního systému (Komplexní onkologické centrum, 2018).

#### **1.2.4 Hormonální léčba**

Tato léčba se zavádí v případech, kdy onemocnění ovlivňují hormony, jako je tomu u onkologických onemocnění prostaty a vaječnicků. Může dojít k úplnému vyléčení, či pozastavení onemocnění v důsledku aplikace hormonálních přípravků (Kroiss, 2015). Hormonální léčba se soustředí na eliminaci endogenních hormonů, které mohou pozitivně působit při růstu nádorů, nebo na aplikaci hormonů, jež účinkují na buňky nádoru cytostaticky, nebo podání látek, co se vzájemně prolínají s hormony endogenními. Rozdělujeme ji dle mechanismu účinku na léčbu ablační, aditivní, inhibiční a kompetitivní (Cibula et al., 2009).

Ablační terapie byla, jako první metoda hormonální léčby, uvedena koncem 19. století. K blokování hormonální funkce vaječnicků dochází chirurgickým zákrokem a jejich odstraněním, nebo metodou ozáření. V současné době se tato terapie používá i u žen s hormonálně dependentním karcinomem prsu. Steroidní hormony se aplikují u aditivní léčby ve vyšších dávkách. U pokročilého či navracejícího se karcinomu endometria se využívají nejvíce gestageny. Dále se používají estrogeny a androgeny. Inhibiční léčba se používá u karcinomu prsu, endometria a ovarií. Tato léčba zablokuje syntézu hormonů nebo produkty jejich metabolismu. U kompetitivní léčby dochází k vytěsnění endogenních hormonů při vazbě na receptor. Této léčby se využívá u karcinomu prsu, endometria a ovarií. Využívá se přípravek s názvem tamoxifen (Cibula et al., 2009). Hormonální léčba je účinná zhruba u jedné třetiny pacientek s metastatickým onemocněním karcinomu prsu. Je to léčba systémová a je rozdílná u žen před a po menopauze. Záleží na odpovědi nádorové tkáně na hormonální podněty. U žen před menopauzou se provádí ovariectomie či radiační kastrace, po menopauze se podávají pacientkám léky, které jsou bez vedlejších účinků. U pacientek karcinomu

endometria je účinnou metodou léčby. Využívají se gestageny a tato léčba je účinná u 20 až 50 % nemocných. Záleží na hormonálních receptorech a jejich citlivosti k hormonální léčbě (Abrahámová et al., 2009).

### **1.2.5 Imunoterapie**

Úspěšné léčení onkologické nemoci je zásluhou imunitního systému, tedy schopnosti obrany organismu. U léčby karcinomů se uplatňuje léčení chemoterapií, kdy dochází i k poškození zdravých buněk organismu. Je tedy důležité aktivovat léčebné schopnosti organismu. Imunitu těla můžeme rozdělit do dvou částí. Je to schopnost obrany organismu, jež se nazývá imunitní systém. Dále je to bakteriální flóra, která se účastní obrany v našem organismu. Buňky karcinomu se dokáží v těle ukrýt tak, že imunitní mechanismy nedokážou zasáhnout. Podle Kroisse (2015) se využívá terapie, jež se nazývá „Immune Augmentine Therapy“ (I.A.T). Ta značí *postup podporující imunitu* (Kroiss, 2015, s. 189).

Jak uvádí Arenberger (2018): *imunoterapie dnešní doby napomáhá aktivitě imunitního systému, aby se lépe vypořádal s cizorodými či poškozenými buňkami nádoru.* Imunoterapie dokáže ovlivnit mechanismus, který způsobí zamaskování nádoru, aktivuje imunitní systém a zacílí se na nádorové buňky. Tato léčba se v dnešní době využívá u maligních melanomů a karcinomu plic. Roku 2010 byl uveden na trh účinný imunitní preparát, v únoru 2018 byl vyvinut další účinnější přípravek. Počet pacientů, kteří přežijí zásluhou imunoterapie, se zvyšuje. U zhoubného melanomu je to rok či dva. Někteří pacienti mají naději na přežití i deset a více let a prožití kvalitního života bez recidivy onemocnění. Tato léčba je placena z veřejného zdravotního pojištění (Arenberger, 2018).

### **1.2.6 Léčba chirurgická**

Chirurgická léčba je jednou ze základních léčebných metod. Je důležitá z hlediska diagnostiky profylaktických výkonů a terapie nádorových onemocnění. Z chirurgických výkonů můžeme jmenovat profylaxi (mastektomie, kolektomie, excize névu), určení diagnózy a stadia onemocnění (biopsie, laparotomie, diagnostická laparoskopie), radikální zákrok (odnětí celého nádoru), paliativní výkon (odstranění komplikací jako je bolest, výkony na nervovém systému, krvácení, laser, kryochirurgie), akutní výkon život zachraňující (perforace zažívacího ústrojí), operační výkon rekonstrukční (při rekonstrukci prsu), zajištění cévního přístupu (Coufal et al., 2012).



Operační výkon se řadí k výkonu krvavému. Dochází při něm k narušení povrchu těla, kůže a sliznice. Operace rozdělujeme na diagnostické a léčebné. Diagnostické operace se používají v případech přesného určení onemocnění, jako je při podezření na nádorové onemocnění, které můžeme určit z vyříznuté tkáně a následně histologického vyšetření. Léčebné neboli terapeutické operace rozlišujeme na naléhavé (neodkladné) a nenaléhavé, které můžeme naplánovat v průběhu času. Další dělení operací je na jednodobé a vícedobé. U jednodobé operace dojde k operačnímu výkonu najednou, u vícedobé se operace rozčlení na více úseků. Vícedobá operace se používá například u nádorového onemocnění konečné části tlustého střeva, a to esovité kličky (colon sigmoideum). V době dnešního technického pokroku se nejvíce využívají v diagnostice vyšetření a operace endoskopické jako například robotické operace, artroskopické a laparoskopické operace. Využívá se také mnoho nových zobrazovacích metod, jako je nukleární magnetická tomografie, sonografie, počítačová tomografie (Zeman et al., 2011). Metody chirurgické léčby jsou laparoskopie či klasický (otevřený) způsob, nejčastěji u resekce střev a karcinomu rekta, tumoru na pravém a levém tračníku (Ferko et al., 2015). To, jak bude léčba úspěšná závisí na mezioborové spolupráci, zkušenosti chirurga, i předoperační a pooperační péči sestry (Coufal et al., 2012).

### ***1.2.7 Jiné metody léčby***

Léčba, jež je zaměřena na symptomy léčby nádorové, se nazývá podpůrnou léčbou. Můžeme uvést ztížené dýchání či bolest u onkologické léčby, výskyt infekcí při léčbě chemoterapií, snížené množství trombocytů v krvi, anémii, zánětlivé a vředové onemocnění dutiny ústní u léčby chemoterapií a radioterapií. Dále je cílena na zlepšení kvality života nemocného a zlepšení psychických problémů (Vorlíček et al., 2012).

Pokud jsou všechny možnosti léčby vyčerpány, nastupuje paliativní léčba. Je uvedeno několik definic paliativní péče. Všechny se shodují na tom, že paliativní péče se zaměřuje na kvalitu života nemocných a řešení symptomů. Zaměřuje se na nemocné, kteří jsou ve fázi pokročilého onemocnění a nereagují na kurativní léčbu (Marková, 2010). Marková (2010, s. 19) uvádí *dle definice WHO paliativní léčba zahrnuje léčbu nejen o pacienta, ale i o jeho blízké*. Je zdůrazněno, že nemocní jsou se svými rodinami propojeni navzájem a pokud by nebylo toto akceptováno, nemohli bychom tuto léčbu považovat za kvalitní. Paliativní léčba se rozděluje na obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči. Obecnou paliativní léčbu mohou poskytnout

zdravotnická zařízení a jde o péči vedoucí ke zkvalitnění pacientova života. Týká se to především zhodnocení stavu pacienta, léčby bolesti, ostatních příznaků, útěchy pacienta a rodiny. U specializované paliativní péče působí střediska, která se zabývají přímo paliativní péčí, což je jejich zásadní náplní práce. Tato zařízení působí i jako konzultační střediska pro ostatní zdravotníky působící v nemocnicích. Ke specializované paliativní péči můžeme zařadit tato zařízení: oddělení paliativní péče, ambulantní zařízení paliativní péče, denní stacionáře, zvláštní zařízení paliativní péče, konziliární týmy paliativní péče, hospice lůžkové, domácí hospice (Marková, 2010).

Nejlepším řešením pro nemocného je paliativní péče poskytovaná v domácím prostředí. Rodina, která je nemocnému oporou a plní svoji funkci, je pro nemocného tím nejdůležitějším. Onemocnění, které ohrožuje život nemocného, ovlivňuje vztahy v rodině buď kladně, nebo záporně. Pro klidné umírání je důležité vyřešit vztahy v rodině, důležitá je komunikace mezi členy rodiny a mezi manželi či partnery. Problém sexuality v tomto případě ustupuje do pozadí, ale partneři by měli mít možnost hovořit se zdravotníky o problémech v sexuálních vztazích. Zvláště v případech, pokud je umírajícím člověk mladšího věku a nemoc probíhá v delším časovém období (Bužgová, 2015).

Pro péči v domácím prostředí je nutné splnit tři předpoklady. Hlavní je přítomnost osoby z rodiny, která může přes celý den pečovat o nemocného, dále musí nemocný dát souhlas s touto péčí. Dále je důležité, aby byly připraveni odborníci, kteří mohou být k dispozici při řešení různých komplikací a být rodině oporou (Marková, 2010).

### **1.3 Vedlejší účinky onkologické léčby**

Chemoterapie ničí zdravé buňky, jež se nachází v tkáni kostí, ve folikulech vlasů a v trávícím ústrojí, a tak dochází ke vzniku nežádoucích účinků, které působí komplikaci při léčbě (Krška et al., 2014). Z nežádoucích účinků můžeme vyjmenovat např. průjmy, změny na kůži, poškození žilního systému, významných orgánů: srdce, ledvin, plic, močového ústrojí, jater, nervového systému. Působením chemoterapie může dojít také k poškození reprodukčních orgánů, což ovlivňuje sexualitu jedince. U žen dochází k poškození vaječníků, zmenšuje se vylučování hormonů. Tyto problémy jsou pro ženu závažné z hlediska otěhotnění. Může také vlivem chemoterapie dojít k předčasnému přechodu. U mužů dochází ke zmenšení počtu spermií, mají menší pohyblivost a může

dojít k chromozomálním změnám, které ovlivňují vývoj plodu, což zapříčiňuje vývojové vady. Společným problémem mužů a žen při léčbě je zmenšení sexuální touhy. Bolest při pohlavním styku a poruchy erekce jsou problémy, které mohou při souloži vzniknout (Karešová, 2011).

Při podání cytostatik nemusí dojít k nežádoucím účinkům u všech nemocných. K většině těchto komplikací dochází v průběhu léčení a po skončení léčby dojde k jejich vymizení. Nejčastější komplikací je toxicita cytostatik, jež se projevuje nejčastěji anémií, neutropenií, trombocytopenií, leukopenií, edémy, poruchami rytmu srdce, srdečním selháním, poruchami funkce tubulů, slabostí dolních končetin, parestezií a neuropatií, infekčními problémy bakteriálními, plísňovými, virovými (Krčálová, 2012).

U radioterapie z celkových nežádoucích účinků můžeme uvést postradiační syndrom. U postradiačního syndromu jsou to celkové příznaky, jako je nechutenství, vyčerpanost, ospalost, častá a řídká stolice. K těmto nežádoucím účinkům dochází při ozařování míst velkého rozsahu (Vorlíček et al., 2012). Místní účinky dělíme na akutní a chronické. Z akutních nežádoucích účinků je to reakce kůže, poškození sliznic zažívacího ústrojí, močového měchýře, krvetvorby a špatný účinek na reprodukční orgány. Vždy záleží na tom, jaká část těla je ozařována. Z pozdních nežádoucích účinků, které jsou nevratné, můžeme vyjmenovat např. chronické změny na sliznicích a podslizničním vazivu, píštěle, chrapot, ztrátu hlasu, zúžení reprodukčních a trávicích orgánů, kazivost zubů, zánět plic a zjizvení tkáně plic, chronický zánět močového měchýře (Karešová, 2011).

I při biologické léčbě mohou vzniknout nežádoucí účinky, ale ve srovnání s chemoterapií jsou tyto účinky daleko menší. Jsou to např. obtíže jako při chřipkovém onemocnění: bolesti kloubů, svalů, hlavy, třesavka, teplota, vyrážka. Závažným nežádoucím účinkem může být poškození srdce (Karešová, 2011).

Hormonální léčba má méně nežádoucích účinků než chemoterapie a dochází tedy k lepší akceptaci této léčby. Tato léčba se používá dlouhodobě, několik roků v adjuvantní léčbě a u pokročilého nádorového onemocnění s metastázami celou dobu její účinnosti (Klener a Klener, 2010).

Specifické nežádoucí účinky u imunoterapie jsou způsobeny aktivací imunitního systému. Imunitní systém je stále v činnosti, a tak může dojít k autoimunitním onemocněním, které mohou způsobit perforaci střev, onemocnění štítné žlázy

či poškození podvěsku mozkového. Nežádoucí účinky se vyskytují u 10 až 15 % nemocných a znamenají snížení dávek, či pozastavení léčení (Arenberger, 2018). Další nežádoucí účinky zahrnují problémy gastrointestinální jako bolesti břicha, těžké průjmy, krev ve stolici, krvácení, či perforace, zvýšené jaterní testy, kožní vyrážky, motorická či sensorická neuropatie, pankreatitida, nefritida, myokarditida neinfekční. Při využívání nových protilátek může dojít k novým vedlejším účinkům, kdy je důležitá multioborová spolupráce (Lakomý a Poprach, 2015).

#### **1.4 Sexuální dysfunkce**

Dle Gurkové et al. (2009) znamená sexuální dysfunkce kvantitativní poruchu sexuální výkonnosti, která se vztahuje ke čtyřem komponentům lidského sexuálního chování, kterými jsou sexuální touha, vzrušení, orgasmus a sexuální uspokojení. Sexualitu ovlivňují absence informací o sexualitě a sexuálních funkcích, obavy z nižší výkonnosti v sexu do budoucnosti, změna vzhledu, nezáměr o sebe, změna v uvědomění si sexuální role, snížení sexuální výkonnosti způsobenou nemocí nebo léčbou, anatomické a funkční narušení těla způsobené chirurgickým výkonem či chorobou (Gurková et al., 2009). Sexualita doprovází život člověka od dětství po stáří. Má vliv na kvalitu života, jež se snižuje vznikem sexuálních dysfunkcí způsobených nemocí. Lidé se dožívají delšího věku, a tímto dochází k tomu, že sexuální aktivita se v životě člověka prodlužuje (Šrámková, 2013).

Kratochvíl (2008, s. 17) uvádí: *Sexuální reaktivita se chápe jako psychosomatický proces, ve kterém se na vzniku jejich poruch podílejí jak psychologické, tak somatické děje. Někdy je možné nepochybně prokázat psychogenní nebo organickou etiologii, ale často je obtížné určit relativní důležitost psychologických a organických faktorů.* Sexuální dysfunkce můžeme tedy rozdělit na organicky podmíněné, dysfunkce nevyvolané určitou nemocí nebo organickou poruchou. Z psychogenních příčin sexuálních dysfunkcí můžeme vyjmenovat nedostatečně účinnou stimulaci, psychické problémy, problémy v rodině a mezi partnery, dále poruchy osobnosti. Tyto dysfunkce často mají souvislost s příčinami somatogenními (Kratochvíl, 2008).

Sexuální dysfunkce bývají nejčastějšími důsledky úrazů a nemocí. Dochází k prodlužování lidského života, a tím také k prodlužování aktivního sexuálního života. Pokud je sexuální život naplněn, dochází k usnadnění navrácení nemocného

do obvyklého života po vážné nemoci či po úrazu (Šrámková, 2013). Při získávání sexuální anamnézy by sestra měla povzbuzovat pacienta k odpovědi o sexuálních problémech a také respektovat to, že může odmítnout odpovědět. Obsahem edukace sestry by měla být témata, jež se týkají proběhlých onemocnění, která jsou příčinou sexuálních dysfunkcí nebo snížené sexuální aktivity. Měla by pacienty informovat o farmakologické léčbě a vedlejších účincích léků. Dále by měla zmínit jiné možnosti sexuálního uspokojení a využití jiných poloh při sexu (Gurková et al., 2009).

#### **1.4.1 Sexuální dysfunkce u mužů**

Ze sexuálních dysfunkcí u mužů můžeme uvést erektilní dysfunkci. Jde o trvalou, či opakující se nemožnost ztopoření k provedení sexuálního styku. Dále je to ejakulární dysfunkce, kde se rozlišuje předčasná, retardovaná ejakulaci a anejakulace. Předčasná ejakulace představuje takovou, která proběhne 1-2 minuty po zavedení do pochvy. Retardovaná ejakulace se vykazuje častým nedosažením orgasmu. Dále rozlišujeme enejakulaci, která představuje neschopnost ejakulace, infertilitu neboli neplodnost, dyspareunii, jež s sebou přináší nelibý vjem při pohlavním styku a algopareunii. Ta se vykazuje bolestivostí při pohlavním styku. Poslední dysfunkcí je chronická pánevní bolest v oblastech třísel, šourku, penisu a podbříšku (Šrámková, 2013).

Diagnostika těchto mužských sexuálních dysfunkcí vychází z anamnestického rozhovoru, z rodinné a osobní anamnézy, otázek na kvalitu vztahu partnerů, sexuální aktivitu, dále následuje somatické, laboratorní vyšetření. K diagnostice využívá lékař dotazníky, které jsou validizované. Pokud nemocný trpí depresí lze využít sebeposuzovací ZUNGův dotazník či Beckovu škálu, případně psychiatrické vyšetření. U onkologických onemocnění bývají u mužů nejčastěji problémy s erektilní dysfunkcí (Šrámková, 2013).

U erektilní dysfunkce se užívá dotazník sexuálního zdraví u muže IIEF-5 (International Index of Erectile Function), kde se sečtou jednotlivé body a zjistí se celkové skóre. Skóre nižší jak 21 bodů znamená erektilní dysfunkci a je potřeba konzultace s odborníkem (Gurková et al., 2009). Muži přichází za lékaři řešit sexuální dysfunkce častěji než ženy. Podle urologů se uvádí, že více než 80 % sexuálních dysfunkcí u mužů má 80 % příčiny somatogenní, kde jsou nejvíce uváděny faktory cévní (Kratochvíl, 2008).

### **1.4.2 Sexuální dysfunkce u žen**

Ze sexuálních dysfunkcí u žen můžeme jmenovat poruchu sexuální apetence – nezájem o sex, kdy chybí sexuální touha. Další dysfunkce zahrnuje poruchu vzrušivosti – absenci sexuální vzrušivosti. Dalším problémem představuje anorgasmie, tedy nedosažení orgasmu. Může docházet ke ztrátě sexuální satisfakce – chybí pocit uspokojení po pohlavním styku. Dalšími dysfunkcemi jsou dyspareunie (nepříjemné vjemy v pochvě), algopaneurie (bolestivý pohlavní styk) a vaginismus neboli spasmus vaginálního svalstva (Šrámková, 2013).

Diagnostika sexuální dysfunkce spočívá v provedení anamnestického rozhovoru s dotazem na partnerský sexuální život od začátku do současné doby a provedení gynekologického, fyzikálního vyšetření a laboratorního vyšetření krve. V dnešní době se zvyšuje počet sexuálních dysfunkcí u žen, které přichází do sexuologických ordinací. Příčina sexuálních dysfunkcí u žen bývá nejčastěji psychosomatická. Problémem může být dysfunkce svalů pánevního dna, nekomunikace mezi partnery a nesoulad v sexu. U anorgasmie bývají příčinou neurologická, cévní, hormonální, psychiatrická onemocnění a nespokojenost ve vztahu mezi partnery a jejich nesoulad. K diagnostice je možno využít dotazníku Sexuální funkce žen (Šrámková, 2013).

U ženské sexuality je hlavním problémem nedostatek sexuálního zájmu a neschopnost orgasmu, méně častý je vaginismus (Kratochvíl, 2008). Vliv na ženskou sexualitu mívají i gynekologické operace vulvy, pochvy a zejména odnětí dělohy tedy hysterektomie, která se provádí velmi často. Pokud příčinou odnětí dělohy byl karcinom, vyskytují se časté psychosomatické potíže, kdy žena odstranění dělohy prožívá jako zmrzačení či znetvoření z toho důvodu, že přišla o podstatný znak ženství. Problémem je zkrácení a zúžení pochvy. Snížený zájem o intimní sblížení může být i následkem kastrace u žen, odstranění ovarií. V takovýchto případech by měla probíhat psychoterapie a edukace v oblasti sexu (Zvěřina, 2003).

Sexuální dysfunkce u nádoru prsu zahrnují ztrátu vzrušivosti a sexuální apetence a nedosažení orgasmu. Velmi často pomáhá využití kompenzačních pomůcek a v určitých případech plastická rekonstrukční operace prsu. Po skončení léčby chemoterapií a operační léčby dochází k úpravě těchto poruch při fázi uzdravování organismu.

V případě onemocnění depresí jsou použita antidepresiva, jež podporují sexualitu, jako jsou mirtazapin, trazodon (Šrámková, 2013).

### **1.4.3 Vliv nádorového onemocnění na sexuální funkci**

Šrámková (2013, s.105) uvádí, že *nádor a léčba mění sexuální funkci, potěšení ze sexu, rovnováhu vztahu, narušuje pocit bezpečí v životě včetně partnerského života*. Onkologické nemoci ovlivňují život klienta z hlediska zdravotního, sociálního, ekonomického a společenského. Podle Šrámkové (2013) je v České republice diagnostikován onkologickým onemocněním každý třetí občan a každý čtvrtý kvůli tomuto onemocnění zemře. Onkologické nemoci ovlivňují život člověka, mění jeho kvalitu a hodnotový systém. Nemocný má strach z vyšetření, je bezmocný, cítí bolest, beznaděj, obává se ztráty důstojnosti, závislosti na druhých osobách, bojí se smrti (Šrámková, 2013). Je jisté, že diagnóza onkologické nemoci a průběh léčeni způsobují psychologickou zátěž, což má velký vliv na uzdravování nemocného. Pokud není pacient psychicky vyrovnaný, je důležitá podpora rodiny a přátel, aby se nemocný mohl vyrovnat s nemocí a lépe ji zvládnout (Angenendt et al., 2010).

Nádorová onemocnění a jejich léčení mají vliv na sexuální život jedince, na radost z pohlavního styku, na život partnerů, jejich porozumění a pocit bezpečí. Ovlivněny jsou i vlastní pocity vnímání těla. Nemocní se cítí neatraktivní v důsledku vedlejších účinků léčby, jako jsou změny na kůži, jizvy, popáleniny, změna váhy, může dojít k amputaci (prsa, konečník, penis), dochází k negativnímu vnímání svého těla. Objevují se obavy ze smrti, může dojít k suicidálnímu chování. Je důležité věnovat pozornost prevenci onemocnění (laboratorní vyšetření, provádět sexuologické a gynekologické prohlídky) a nemoc včas diagnostikovat (Šrámková, 2013).

Rozeznáváme několik etap léčení onkologických onemocnění a jejich vlivu na sexuální funkci. Období diagnostiky je náročné fyzicky i psychicky. Dochází ke snížení pohlavních styků a jejich frekvencí klesá sexuální touha v důsledku prožívání stresu, nemocní jsou úzkostní a neví, co je čeká. Následuje fáze adaptace, kde probíhá pět fází podle Kubler – Rossové. Dále v etapě kurativní dochází k operační léčbě a u nemocných se objevují deprese až u 60 % léčených. Tato etapa bývá charakterizována sníženou či pozastavenou sexuální apetencí. Při rekonvalescenci dochází u klientů k obnovení energie, nálady a sociálních kontaktů. Nemocný vyhledává pomoc s vyřešením sexuální

dysfunkce, která souvisí s typem nádorového onemocnění. Nejvíce se ze sexuálních dysfunkcí projevuje porucha erekce, orgasmu, ejakulace, neschopnost sexuálního styku při amputaci pochvy či penisu (Šrámková, 2013).

### **1.5 Komunikace o sexualitě u pacientů s onkologickou diagnózou**

Sexualitu nemocného ovlivňují i psychické problémy z důvodu změněného vnímání svého těla a představě o něm „body image“. Tímto vnímáním nejvíce trpí ženy s nádory vulvy a vagíny, nádory prsu, pacienti s kolorektálním karcinomem. Důležité je motivovat klienta k léčbě a neméně důležitá je podpora partnerky/partnera. Nemocný má stud komunikovat o svém problému, ve většině případů ani neví, kde pomoc hledat. Případně se bojí, jak bude lékař reagovat. Onkologové by měli zařadit do konzultací s pacientem i problémy v sexuální oblasti, které vznikají jako důsledek léčby (Šrámková, 2013). Velmi důležitý je vztah lékař-pacient. Pacient by měl být partnerem lékaře, ne pouze podřízeným adresátem léčby (Tschuschke, 2004).

Pokud uvedeme erektilní dysfunkci, kterou trpí 54 % mužů, můžeme konstatovat, že každý desátý kontaktuje lékaře s tímto problémem. Ženy již nemají takové zábrany hovořit o sexu a nejvíce řeší tyto problémy se svým gynekologem (Šrámková, 2013).

Někteří lékaři mají problém o sexu komunikovat z důvodu nedostatku znalostí, neberou v úvahu, že ke spokojenému plnohodnotnému životu patří kvalitní sexuální život a častokrát nemají ani informace, jak tento problém řešit. Nemocný, jenž trpí sexuální dysfunkcí, by měl být od lékaře dostatečně informován před onkologickou léčbou o těchto dysfunkcích, bohužel komunikace bývá nedostatečná a lékaři rozhovor na toto téma vynechávají. Praktický lékař by měl nemocnému doporučit kontakt na lékaře specialistu sexuologa, urologa-androloga nebo gynekologa (Šrámková, 2013).

Komunikace je základem ošetrovatelské péče, důležité je navázání kontaktu s pacientem a ujistění rodiny, že je nemocný v dobré péči zdravotníků. Je potřeba vhodně komunikovat a získat tím dostatek informací k anamnéze a poučit příbuzné, jak se mohou zapojit v léčbě (Zacharová et al., 2007).

Sexuální dysfunkce nebývají včas diagnostikovány, a tedy ani léčeny. U většiny nemocných nedochází k edukaci o možné změně sexuálních funkcí a vztahu s partnerem. Nemocní postrádají komunikaci o sexualitě se zdravotníky. Často bývají sestry



„překvapeny“ tímto dotazem. Nejvíce jsou schopny hovořit o těchto problémech stomické sestry, které absolvují sexuologickou edukaci u pacientů se stomií. Často pečují o nemocného dlouhodobě a získají si pacientovu důvěru (Šrámková, 2013).

### ***1.5.1 Psychické trauma v souvislosti s nádorovým onemocněním a psychosociální intervence***

U tohoto onemocnění je reálnou hrozbou smrt, a tedy může způsobit u nemocného trauma. Je to normální reakce na vnější patologické události. Traumatická událost (psychické zranění) má několik fází. Je to fáze šoku, kdy se nemocný cítí zmatený, příznaky zahrnují bledost a povrchové dýchání. Nepamatuje si na významné události. Tato fáze může mít různou délku, a to několik hodin až týden. Nyní je důležité vyhledat pomoc lékaře. V další fázi trvání traumatu nemocný prožívá těžkou depresi, zažívá noční můry, má porušený spánek. Někdo mívá tendenci o nemoci stále hovořit a může dojít i k sebeobviňování. Trvání této fáze může být až do dvou týdnů. Poslední fází je fáze zotavení, u které nemocný začíná mít znovu zájem o budoucnost a její plánování. Trvání této fáze přichází po 2 až 4 týdnech průběhu traumatu (Angenendt et al., 2010).

Angenendt et al. (2010, s. 116) uvádí, že *(e)xistuje rovněž definice psychického traumatu založená na jednání. Trauma tak můžeme chápat jako „přerušenu činnost“ během vitálně důležité problémové situace. Činnost (životní plán) je násilně přerušena a pro řešení nové situace (ještě) nejsou k dispozici nové vzorce chování. Přibližně 25 % až 40 % pacientů, kteří se léčí s nádorovým onemocněním, jsou nuceni vyhledat profesionální psychoonkologickou pomoc (Angenendt et al., 2010). Velký vliv na život nemocných a jeho kvalitu mívají psychosociální postupy. Bez odpovídající pomoci dojde k posílení strachu a zhoršení psychiky nemocného a jeho nálady. Význam mají psychosociální intervence, které jsou důležité při smíření se s nemocí a zlepšení stavu psychiky. Projevují se tím, že dochází ke snížení deprese a strachu, pocit beznaděje a zmatenosti se zmenšuje, nastává zlepšení chuti do života a vitality. Psychiatrická diagnóza je stanovena u 30 % pacientů s onkologickým onemocněním (Tschuschke, 2004).*

Při depresi a úzkosti je důležité využití psychoterapie, která může v mnoha případech nahradit užívání farmak. Většinou ale dochází ke kombinaci psychoterapie a farmakoterapie. Psychoterapie umožňuje pacientům v onkologii smířit

se s onemocněním. Lze využít skupinovou či individuální terapii a například u žen s gynekologickými onkologickými onemocněními měly pozitivní účinky. U pacientek s gynekologickými nádory, které absolvovaly aspoň čtyři individuální terapie, bylo prokázáno zlepšení sexuálních funkcí a lepší návrat do zaměstnání. Skupinové terapie umožňují pacientkám lépe se vyrovnat se změnami nálad, onemocněním, vylepšují kvalitu života, zlepšují imunitní odpovědi organismu (Cibula et al., 2009).

Psychosociální intervence u nemocných v onkologii pomáhají ke zmírnění obav, deprese, stresu a bezmoci. Je jim umožněno vyjádřit své pocity a myšlenky. Dochází ke zdokonalování komunikace mezi pacientem a okolí, se zdravotníky. Napomáhá při nacházení nových životních cílů, přesvědčuje, že pacient není v nemoci sám a zmírňuje tedy pocit osamělosti, podporuje aktivitu při uzdravování v nemoci. Cílem sociální opory je začlenění pacienta zpět do společenství, jako je rodina, zaměstnání, přátelé a místa, kde tráví svůj život a může zde obdržet emocionální oporu, nalézt zpět svou hodnotu a uvědomění si, že je součástí společenství (Cibula et al., 2009).

K úspěšnému vyřešení akutních situací slouží krizové intervence, snižují následek traumatické příhody. Tuto intervenci mohou provádět proškolené zdravotní sestry a lékaři, mohou ji využít u probíhajících stádií smíření se s chorobou (Cibula et al., 2009).

### ***1.5.2 Psychologický postoj k nemocným a edukace sestrou***

Sestra by měla brát v úvahu to, že nemocní jsou lidmi ohroženými nemocí a mohou reagovat nepředvídatelným způsobem. U pacienta dochází k ventilování svých negativních emocí. Sestra by měla zachovat klid, tak sníží riziko rozvinutí patologického stavu psychiky. Je potřeba se pacientovi věnovat, důležitý je dotyk na částech těla, jako jsou ruce, loket, rameno, zápěstí. Jde o způsob komunikace, který například příbuzní mnohdy nedokáží. Důležité je naslouchat nemocným, aby mohli sestře sdělit své pocity (Kalvodová, 2012).

Při péči o pacienty je důležité uplatňovat psychologický přístup, který se projevuje citlivým jednáním, zachováním intimity, důstojnosti a soukromí pacienta. Zdravotník by měl také dodržovat přístup psychoterapeutický, který je orientován jak na zdravotníka, kdy dochází k vedení pacienta, tak na pacienta. Zdravotník se v tomto případě zajímá o subjektivní pocity nemocného a navazuje partnerský vztah s pacientem a jeho rodinou (Špirudová, 2015).

Je významné pacienty povzbudit a chválit je, což zpomaluje negativní nálady. Sestra se musí aktivně ptát, co může pro nemocné učinit. Pokud pacient uvidí zájem, lépe spolupracuje při léčbě onemocnění. Při komunikaci je potřeba netykat, hovořit přímě jako dospělý k dospělému, nepoužívat zdrobněliny a je potřeba zachovat takto důstojnost pacienta a nevyvolávat pocit bezmoci. Je třeba mít na mysli význam empatie, nicméně není účelem, aby sestra trpěla výčitkami svědomí, pokud nemůže splnit všechna přání nemocných. Toto je neprofesionální přístup v práci sestry. Sestra může provádět správnou ošetrovatelskou péči jen v tom případě, pokud bude sama v dobrém psychickém a fyzickém stavu. Při současné onkologické léčbě záleží na aktivitách celých týmů, kde jsou lékaři, psychologové, ošetrující sestry, sociální pracovníce, fyzioterapeuti, které dokáží poznat potřeby a problémy pacientů a mohou navrhnout ideální řešení a podpořit naději v úspěch léčby (Kalvodová, 2012).

Při léčbě onkologických onemocnění je potřeba věnovat pozornost edukaci pacienta o nežádoucích účincích léčení a závažné informace stále připomínat. Při ambulantní péči dochází k tomu, že určité informace si pacient uvědomí až po delší době po opuštění ambulance, kdy ho opouští napětí a stres. Proto je komunikace se sestrou velmi důležitá jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu. Při získání informací od sestry dochází k eliminaci strachů a obav (Krčálová, 2012).

U onkologických pacientů je nutné provádět edukaci v oblasti sexuálního života a sexuality, jež má vliv na problémy v oblasti psychiky. Psychika a sexuální život jsou spolu úzce spjaty. Je potřeba trpělivě naslouchat každému nemocnému a jeho partnerovi (Šrámková, 2013). Dále je důležité provádět edukaci i v oblasti, která se týká probíhající bolesti. Bolest je nejnebezpečnějším příznakem onkologického onemocnění. Bolestí trpí až 30 % pacientů při určení diagnózy a v průběhu onemocnění bolest udává 80–90 % nemocných. Zážitek, který se týká bolesti, velmi ovlivňuje strach, napětí, úzkost, frustrace. Současná medicína dokáže velmi dobře utišit bolest, která je snesitelná. Je potřeba získat u sociální sestry informace, zda rodina umí o takového pacienta pečovat (Sláma, 2012).

### ***1.5.3 Intervence u onkologických pacientů***

V určitých případech se pro určení druhu nádoru a jeho charakteru používá chirurgické řešení. Nemocní mají obavy ze své nemoci a operace. Sestra zaujímá důležitou roli

u onkologicky nemocných, kdy podává informace nemocnému o důvodu a průběhu výkonu, zajišťuje klid a soukromí pacienta. Je potřeba vysvětlovat srozumitelně a ohleduplně s trpělivostí. Zvláště důležité je to u výkonů, které mohou znamenat pro pacienta závažný zásah do organismu, kdy nastávají estetické a funkční změny. U těchto pacientů dochází při mastektomii, amputaci, kolostomii, kastraci k velkému psychickému vypětí a stresu. Důležitá je i spolupráce ošetřujících zdravotníků se členy rodiny (Vorlíček et al., 2012). Tito nemocní se potýkají se změnou vnímání svého těla, dochází k poklesu sebedůvěry a mají strach ze ztráty partnera. Nejvíce tyto problémy bývají u kolorektálního karcinomu a nádorů prsu (Šrámková, 2013).

U nemocného, který je hospitalizován, je potřeba věnovat pozornost návštěvám. Mohlo by dojít k narušení rovnováhy rodinného života a vědomí, že má někdo zájem o jeho vyléčení, pomůže překonat negativní pocity a příznivě ovlivnit léčebný proces. Sestra by měla dodržovat určité zásady při komunikaci s rodinou (Zacharová et al., 2007). Sestry by měly také profesionálně jednat a reagovat na otázky u onkologického pacienta se sexuální problematikou a mít dostatek odborných vědomostí (Šrámková, 2015).

U předoperační péče je důležité zaujmout s pacientem partnerský vztah. Zapojit ho do léčby a rozhodování, poskytnout informace o průběhu výkonu a používaných metodách. Je potřeba ověřit zpětnou vazbu, zda pacient všechno pochopil a zvolit vhodný způsob komunikace (Coufal et al., 2012).

Peroperační péče je péče před převozem na operační sál a sestra provádí úkony jako je příprava kůže, zavádí i. v. kanylu a aplikuje infuzní léčbu dle ordinace lékaře, kontroluje identifikační náramky, dbá na dodržování nařízení nepodávat nic per os, dohlíží u pacientů na vyndání zubních protéz, kontaktních čoček a odličení líčidel (Coufal et al., 2012).

U pooperační péče je důležité sledovat pooperační komplikace, pečovat o ránu, drény, sledovat bolesti, otoky končetin či překrvení. Onkologicky nemocní mají sníženou imunitu, a tak u nich může dojít k propuknutí infekcí a pooperační rána se může hojit déle. Z komplikací po operaci můžeme jmenovat například hlubokou žilní trombózu, paralytický ileus, plicní embolii, dekubity, nauzeu a zvracení, infekci močových cest, krvácení (Coufal et al., 2012).

U radioterapie sestra sleduje projevy vedlejších účinků této léčby a zná ošetrovatelskou péči u postradiační reakce. Je důležité kontrolovat projevy na kůži, projevy bolesti, nutriční stav. Je nezbytné provádět sestrou nutriční screening, sledovat hmotnost pacienta a její změnu, otoky končetin, které mohou vznikat při malnutrici. Je nezbytné, aby pokládala dotazy týkající se chuti k jídlu, únavy, potíží při polykání. Musí sledovat projevy zvracení, průjmů či zácpy (Vorlíček et al., 2012).

U léčby chemoterapií je důležitá spolupráce sestry, lékaře, pacienta a ostatních, kteří se podílí na léčbě pacienta. Sestra komunikuje s pacientem a jeho rodinou, pečuje o žilní vstupy, sleduje nežádoucí účinky chemoterapie a aplikuje léčbu cytostatiky. Sestry podávají opakovaně informace o léčbě chemoterapií a o cytostatikách, kterými jsou pacienti léčeni, sledují dodržování dietních režimů, provádí zpětnou vazbu týkající se pochopení poskytnuté informace, jsou ochotné odpovědět na dotazy pacientů, kteří se ptají na intimní život. Mohou to být dotazy týkající se problémů v sexuální oblasti s erekcí, s dosažením orgasmu, kdy dochází k poškození struktur nervů a cév v důsledku léčby chemoterapií a radioterapií (Vorlíček et al., 2012).

Hormonální léčba snižuje sexuální apetenci. Nádorová onemocnění a jejich léčba má vliv na sexualitu nemocného, je ovlivněna i psychika nemocného. Sestra při své ošetrovatelské činnosti sleduje psychické změny u nemocného, komunikuje s nemocným, pomáhá nemocného aktivizovat. Sestra sleduje veškeré vedlejší projevy léčby (Šrámková, 2013).

#### **1.5.4 Model PLISSIT**

Davis (2006) uvádí, že model PLISSIT byl vyvinut americkým psychosexuálním terapeutem Annonem v roce 1976 a byl navržen tak, aby pomáhal zdravotníkům s klienty v otázkách sexuality. Soustředí se na čtyři úrovně zásahu-intervence. Jednotlivé intervence jsou označeny zkratkami v anglickém jazyce.

P – Permission (povolení), LI – limited information (omezené informace), SS-specific suggestions (konkrétní návrhy), IT – intensive therapy (intenzivní terapie). Model PLISSIT je využíván v širokém spektru různých skupin klientů, aby posoudil individuální potřeby klientů. Může u většiny lidí vyřešit problémy týkající se sexuality, pokud budou diskutovat o sexualitě a obdrží informace, jak tyto problémy řešit.

Tento model je navrhován tak, aby mohli odborníci intervenovat a použít jej při řešení problémů v sexualitě (Davis, 2006).

Jack S. Annon přednesl tento koncepční model pro řešení sexuálních problémů na výročním zasedání Společnosti pro vědeckou studii sexu. Toto zasedání se uskutečnilo v listopadu roku 1974 v Las Vegas (Annon, 1976).

Problémy v sexualitě ovlivňují kvalitu života pacientů. Palmisano (2017) dle průzkumu sexuální orientace uvádí, že v ošetrovatelském procesu sdělilo ze 155 sester jen 12 %, že se zaměřuje na sexualitu u svých pacientů. Vzdělávání v oblasti zdravotní péče postrádá základy důležité pro správné řešení sexuálního zdraví. Lékaři se spíše zaměřují na anatomii než na využití sexuální tematiky při rozhovoru s pacienty, i když model PLISSIT je k dispozici několik desetiletí (Palmisano, 2017).

Podle Faghani a Ghaffari (2016) byl model PLISSIT využit u nejrozšířenějšího onkologického onemocnění prsu u pacientek po mastektomii, která ovlivňuje kvalitu sexuálního života. Studie probíhala u pacientek a jejich manželů. Bylo použito sexuální poradenství pomocí modelu PLISSIT, kde jsou popsány čtyři úrovně intervencí. Tento model byl představen do 4 sezeních po 90 minutách. Veškerá data byla získána pomocí dotazníku Sexual Quality of Life-Female (SQOL-F) a Indexu ženské sexuální funkce (FSFI). Byly stanoveny intervenční a kontrolní skupiny před zákrokem. Skóre průměru sexuálního chování v intervenční skupině bylo statisticky významné, avšak na rozdíl od skupiny kontrolní (před a po intervenci) nebylo statisticky podstatné. Závěrem lze říci, že sestry mohou využít model PLISSIT současně s léčbou chemoterapií a radioterapií, aby pomáhaly ženám s onkologickým onemocněním prsu a jejím manželům zvládnout problémy v sexuální oblasti a pomohly jim vyventilovat na skupinových terapiích své pocity a postoje ke svému současnému sexuálnímu životu (Faghani a Ghaffari, 2016).

### ***1.5.5 Ošetrovatelské diagnózy u onkologických onemocnění***

Tóthová et al. (2014, s. 65) uvádí, dle deváté konference NANDA klasifikace ošetrovatelských diagnóz, tuto definici: *Sesterská diagnóza je klinický závěr o odpovědích jednotlivce, rodin či komunity na skutečné nebo potencionální zdravotní problémy či životní proces. Ošetrovatelské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetrovatelských zásahů na dosažení výsledků, za které je sestra zodpovědná.*

Sestry nesou odpovědnost za propracování ošetrovatelských diagnóz. Tyto ošetrovatelské diagnózy popisují jak aktuální zdravotní problémy nemocného, tak i případné očekávané zdravotní problémy a rizikové faktory. Vyjadřují takové situace pacienta, které sestry umí řešit a jsou v jejich kompetencích. Ošetrovatelské diagnózy naznačují problémy, na které je třeba se u pacienta soustředit, a tak stanovit sesterské zásahy. Nejúčinnější zásahy sestry jsou stanoveny na základě přesné ošetrovatelské diagnózy. Záleží na dokonalém souznění práce sestry, potřeb pacienta a spolupráce s rodinou pacienta. Následně dochází k vytvoření terapeutického plánu, který je nejúčinnější. Ošetrovatelská diagnóza stanoví odpověď jedince na patologický proces. Terapeutický ošetrovatelský plán určila sestra, která provedla vyhodnocení pacientova zdravotního stavu. Tento plán reguluje samostatné činnosti sestry jako je plánování, realizace, vyhodnocení a doplňuje diagnózu lékaře. Vše je zacíleno na jedince, kdy se ošetrovatelská diagnóza mění v souvislosti s odpovědí na probíhající nemoc. Kvůli patologickému procesu vznikají fyzické, duševní, sociální, kulturní a psychické změny (Tóthová et al., 2014).

Sestry při posuzování problémů u pacienta používají různé ošetrovatelské modely. U pacientů s nádorovým onemocněním a sexuálními dysfunkcemi můžeme použít standardní ošetrovatelský model Marjory Gordonové funkčních typů zdraví. Tento model z hlediska holistického znázorňuje nejkomplexnější posouzení člověka v ošetrovatelství (Tothová et al., 2014). Gordonová zde vychází z myšlenky, že existují u člověka určité vzorce chování. Hodnocení těchto vzorců chování sestře poskytuje možnost rozpoznat dysfunkční chování od funkčního a pomáhá jí stanovit sesterskou diagnózu (Hudáková, 2010).

Při určování ošetrovatelských diagnóz v ošetrovatelském procesu by měla sestra použít kritické myšlení, kdy při svém myšlení využívá fakta a informace, které jsou dostupné. Sestra tímto během ošetrovatelského procesu může předejít různým problémům anečteným reakcím u pacienta a určí aktuální problémy k vyřešení. V souvislosti s kritickým myšlením je důležité využívat i kreativitu. Kreativita se vyazuje možností vytvořit novou myšlenku, využít nové možnosti a pozměnit stávající myšlenky (Mastiliáková, 2014).

Dle Gurkové et al. (2009) mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy při onkologických onemocněních můžeme uvést diagnózy jako je Akutní bolest 00132, Sexuální dysfunkce

00059, Porušená kožní integrita 00046, Porušená tkáňová integrita 00044, Deficit sebepéče při koupání a hygieně 00108, Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku 00109, Deficit sebepéče při jzení a stravování 00102, Porušený obraz těla 00118, Situačně snížená sebeúcta 00120 Hledání zdravého životního stylu 00084, Strach 00148, Únava 00093, Úzkost 00146, Sociální izolace 00053 (Gurková et al., 2009).

Nanda international Ošetřovatelské diagnózy (2016) uvádí ve vztahu k sexualitě diagnózu Sexuální dysfunkce 00059. Tato diagnóza se stanovuje při změnách u dosahování uspokojení v sexuální oblasti, při nezájmu o sebe a o druhé, při ztrátě sexuální touhy a u aktuálního ovlivnění v důsledku léčby a nemoci. Dále je zde popsána diagnóza Neefektivní vzorec sexuality 00065. Tato diagnóza se určuje při problematických a změněných sexuálních aktivitách a u sexuálního chování při změně sexuální roli. U problematiky sexuálních dysfunkcí při nádorovém onemocnění je zde uvedena diagnóza Narušený obraz těla 00118, kdy pacient uvádí změnu při pohledu na své tělo, záměrně zakrývá části svého těla, vyjadřuje záporné pocity ohledně svého těla, jako i pocity bezmoci, strachu z reagování jiných lidí. U tělesného postižení se stanovuje diagnóza Situačně nízká sebeúcta 00120, kdy pacient není schopen v určitých situacích jednat a rozhodovat, dochází k vyjádření bezmocnosti, negativně se vyjadřuje, není úspěšný. U sebepojetí je popsána diagnóza Beznaděj 00124. Projevuje se pasivitou, porušeným vzorcem spánku, nedostatkem aktivity, nedostatečným pečováním o sebe, verbálním vyjadřováním projevujícím se povzdechy, slovní projev provází sklíčenost (Nanda, 2016).

V ošetřovatelském procesu o pacienty se sexuální dysfunkcí můžeme do sesterských intervencí zahrnout zajištění dostatku informací, ujištění se o zpětné vazbě, provádění efektivní komunikace, odhalení překážek v komunikaci, spolupráci s příbuznými nemocného, zajištění informovaného souhlasu při výkonech, ujištění se, že nemocný porozuměl všem informacím a zjištění jeho duchovní potřeby (Šrámková, 2015).



## **2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle práce**

1. Zjistit vliv onkologického onemocnění a jeho léčby na sexualitu nemocných.
2. Zjistit informovanost pacientů o problematice sexuálních dysfunkcí v souvislosti s onkologickým onemocněním a jeho léčbou.
3. Zjistit, zda sestry provádějí edukaci u pacientů s onkologickými onemocněními v oblasti sexuality.
4. Zjistit, jaké komunikační bariéry eventuálně v praxi vznikají v souvislosti s problematikou sexuálních dysfunkcí.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jak ovlivňují onkologická onemocnění a jejich léčba sexualitu nemocných a kvalitu jejich života?
2. Jak jsou klienti informováni o problematice sexuální dysfunkcí v souvislosti s onkologickým onemocněním a jeho léčbou?
3. Jaká je úroveň znalostí a zkušeností sester s edukací u pacientů s onkologickými onemocněními v oblasti sexuality?
4. Jaké komunikační bariéry vznikají mezi sestrou a pacientem v souvislosti s edukací o problematice sexuálních dysfunkcí v důsledku onkologického onemocnění a jeho léčby.

## 2 METODIKA

### 3.1 Použité metody výzkumu

Výzkumné šetření bylo prováděno kvalitativní výzkumnou strategií. Důvodem byl fakt, že jde o intimní téma a o otázky týkající se sexuality a pocitů vlastního těla. Kutnohorská uvádí, že (v) *ošetřovatelství upřednostňujeme kvalitativní vědeckou metodu, což vychází z holistického přístupu k člověku, tj. vnímat ho v jeho bio-psycho-sociální jednotě* (Kutnohorská, 2009, s. 20). Byla zde použita metoda dotazování, přičemž technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor, ve kterém byly předem stanoveny otázky k rozhovoru. Záměrným výběrem byly vybrány dva výzkumné soubory, jež byly tvořeny pacienty s onkologickým onemocněním, kteří podstoupili onkologickou léčbu a sestrami pracujícími na onkologických odděleních či ambulancích. Všichni dotazovaní obdrželi informace o cílech a tématu výzkumu.

Rozhovory s pacienty (Příloha 1) byly vedeny v domácím prostředí pacientů a byla použita technika výběru metodou sněhové koule (snowball sampling method). Metoda sněhové koule je metodou, při které jsou cíleně vyhledány osoby účastnící se výzkumu a tyto osoby doporučí další ke kontaktování (Miovský, 2003).

Kvůli rozhovorům se sestrami jsem oslovila několik nemocnic z Jihočeského a Středočeského kraje a žádala o povolení k výzkumu, kdy jsem kontaktovala písemně a telefonicky hlavní a vrchní sestry nemocnic. Z šesti kontaktovaných pracovišť mi odpověděly pouze dvě. Pro výběr sester k rozhovorům (Příloha 2) byla tedy zvolena metoda záměrného výběru. Byly vybrány sestry pracující na onkologickém oddělení v Jihočeském kraji. Každý dotazovaný byl obeznámen s tím, že informace budou zveřejněny anonymně a jejich využití bude pouze pro účely bakalářské práce.

V rozhovoru s pacienty byly použity otázky zaměřené na osobní údaje, zdravotní stav a na edukaci pacienta. Jelikož se otázky týkaly intimních témat, pak pacienti nemuseli odpovídat, pokud by jim byly otázky nepříjemné. Rozhovory byly vzápětí přepsány do písemné podoby. Výzkumné šetření s pacienty bylo zpracováno otevřeným kódováním metodou tužka – papír a data byla rozdělena do kategorií.

Otázky pro sestry byly zaměřeny na délku praxe ve zdravotnictví a na onkologickém oddělení, také na nejvyšší dosažené vzdělání, převážně na téma edukace pacientů

z hlediska problematiky sexuálních dysfunkcí a edukace o vedlejších účincích onkologické léčby. Rozhovory byly následně opsány do písemné podoby. Výsledky výzkumného šetření se sestrami byly vyhodnoceny otevřeným kódováním metodou tužka – papír a byly popsány jednotlivé kategorie.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Pro výběr respondentů byl použit záměrný výběr, výzkumný soubor tvoří pacienti s onkologickým onemocněním, kteří podstoupili onkologickou léčbu a sestry pracující na onkologických odděleních.

#### **3.2.1 Charakteristika výzkumného souboru pacientů**

Soubor pacientů byl tvořen 10 pacienty, kteří prodělali onkologickou nemoc a podstoupili onkologickou léčbu. Tito pacienti jsou ve výzkumném šetření označeni písmeny P1 až P10, kdy písmeno P značí vždy pacienta s onkologickým onemocněním.

#### **3.2.2 Charakteristika výzkumného souboru sester**

Soubor sester byl stanoven na základě požadavku práce na onkologii, lůžkovém oddělení či ambulanci. Bylo dotazováno 10 sester, které pracují na různých onkologických odděleních. Tyto sestry jsou označeny písmenem S1 až S10.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 *Výsledky polostrukturovaných rozhovorů s pacienty*

Na základě rozhovorů s deseti dotazovanými pacienty jsou zde uvedené výsledky výzkumného šetření. Získané údaje byly pro lepší analýzu rozděleny do kategorií a podkategorií. Pro výzkumné šetření bylo stanoveno 5 kategorií a 13 podkategorií.

Byly stanoveny tyto kategorie a podkategorie:

#### 1) **Identifikační data pacientů**

- Věk, pohlaví, dosažené vzdělání, povolání, počet dětí, rodinné zázemí

#### 2) **Onkologická onemocnění u pacientů**

- diagnóza onkologického onemocnění, vyšetření a léčba
- pocity při léčbě a změna zevnějšku po onkologické léčbě
- reakce partnera a rodiny na zjištěné onemocnění

#### 3) **Změny v oblasti sexuality a sexuální dysfunkce v souvislosti s léčbou**

- vnímání změn v oblasti sexuality
- vzniklé sexuální dysfunkce u pacientů a potřeba blízké osoby
- problémy po léčbě

#### 4) **Informování pacientů**

- informace získané od personálu z hlediska nemoci, léčby
- informace získané od sestry o možné sexuální dysfunkci

#### 5) **Edukace z pohledu pacienta**

- absolvování edukace pacientem v oblasti sexuality
- zájem o edukaci u pacientů
- překážky v edukaci z pohledu pacienta
- dostatečnost edukace

##### 4.1.1 *Identifikační data pacientů*

V této kategorii jsou uvedena identifikační data pacientů, pohlaví, věk, rodinný stav, dosažené vzdělání. Pro přehlednost je přiložena tabulka (Tabulka 1), kde se nachází tyto identifikační údaje pacientů. Věk pacientů byl v rozmezí od 35 do 62 let. Průměrný věk je 48 roků. Bylo dotazováno 10 pacientů, z toho bylo 8 žen a 2 muži. Vzdělání probandů zahrnovalo 3 x vyučení, 3 x středoškolské, 4x vysokoškolské.

Co se týče počtu dětí a rodinného zázemí, pak pacienti P1, P4, P5, P7, P8 uvedli, že mají dvě děti. Pacienti P2, P3 děti nemají. Jedno dítě mají pacienti P6, P10. Při rozhovoru pacienti P2, P3, P4, P5, P8 zmínili dobré rodinné zázemí. Výborné rodinné zázemí uvádí pacienti P1, P6. Pacientka (P7) dodala: „Žiju sama se syny, hodně cestuji a v péči o děti mi pomáhá mamka, která bydlí ve stejném městě.“ Pacientka P9 si povzdechla: „Manžel mě opustil, mám dvě děti, ale nežijí se mnou...volají mi a zajímají se.“ Pacientka P10 uvedla: „Jsem sama, s manželem jsme se rozvedli a syn bydlí ve Švýcarsku, rodiče nemám a sestra žije na Moravě.“

V Tabulce 1 jsou uvedeny identifikační údaje pacientů. Dotazy směřovaly na vzdělání a rodinný stav.

**Tabulka 1:** Identifikační údaje pacientů

Pacient	Pohlaví	Vzdělání	Rodinný stav
P1	Žena	Vyučená	Vdaná
P2	Muž	Středoškolské	Ženatý
P3	Žena	Vysokoškolské	Vdaná
P4	Žena	Vyučená	Rozvedená
P5	Žena	Vysokoškolské	Vdaná
P6	Žena	Středoškolské	Vdaná
P7	Žena	Středoškolské	Rozvedená
P8	Muž	Vysokoškolské	Ženatý
P9	Žena	Vysokoškolské	Vdaná
P10	Žena	Vyučená	Rozvedená

**Zdroj:** vlastní výzkum, 2019

#### 4.1.2 Onkologická onemocnění u pacientů

Druhá kategorie měla za cíl zmapovat diagnózy onkologických onemocnění u pacientů. Předmětem zájmu byly pocity pacientů, dále zda došlo ke změně jejich zevnějšku a jaké byly reakce partnera a rodiny na onemocnění pacientů.

Tato podkategorie se nazývá Diagnóza onkologického onemocnění, vyšetření a léčba. Pacientka P1 uvedla, že jí byl u lékaře zjištěn karcinom prsu. Bylo jí provedeno sonografické vyšetření a vyšetření krve. Z léčebných metod absolvovala chemoterapii a resekci prsu. Na otázku, jak se cítila tělesně a z hlediska psychiky odpověděla: *„Cítila jsem se méněcenná jako žena, bylo mi nepříjemné se na sebe podívat. Štěstí jsem měla, že mě celá rodina podporovala, jinak bych to snad ani nezvládla. Tu podporu jsem potřebovala. Čekali jsme první vnoučátko od dcery, a to mi také dodalo trochu energie...vše vydržet a bojovat.“* Ke změně zevnějšku u ní došlo po operaci prsu, styděla se odhalit před manželem a trpěla úzkostmi. Společnosti se vyloženě nestranila, psychicky jí podpořili i kamarádky, tudíž se osaměle necítila. Podporovala jí i rodina. Pacient P2 zmínil, že mu v urologické ordinaci oznámili diagnózu rakoviny varlete po provedeném sonografickém vyšetření a odběrech krve. Bylo mu odstraněno varle a absolvoval chemoterapii. Ze svých pocitů uvedl: *„Přemýšlel jsem o tom, zda vůbec budu moci mít děti, psychicky jsem byl z toho rozhozen, protože děti ještě nemám a určitě je mít chci. Spíš jsem přemýšlel o tomto problému, tělesně nebyla moc energie, musel jsem hodně odpočívat.“* Došlo u něj k úbytku vlasů po léčbě chemoterapií a k veliké únavě. Necítil se dobře ve společnosti a nikam se mu jít nechtělo. Rodina ho podporovala. Pacientka P3 uvádí: *„Podezření na onkologické onemocnění padlo v gynekologické ambulanci na nádor vaječníků, do té doby jsem žila šťastným životem, bez problémů a nějakou nemoc jsem si nepřipouštěla.“* Bylo jí provedeno ultrazvukové vyšetření a magnetická rezonance. Léčba zahrnovala operační výkon a chemoterapii. Zevnějšek se jí výrazně nezměnil, nebylo jí dobře od žaludku a občas zvracela. Do společnosti chodila s manželem a věnovali se i kultuře a občasným vycházkám. Manžel a rodiče se zajímali o léčbu jejího onemocnění a ptali se na její stav. *„Svou nemoc jsem se snažila moc nepřipouštět a dál žila s manželem sexuálním životem, snažili jsme se nějak zabavit a když byl nějaký problém, vše jsme probrali a nějak vyřešili. Byla mi odstraněna děloha a vaječníky a obtěžovaly mě návaly horka a hodně jsem se potila. Občas jsem se cítila rozladěná i kvůli tomu, že již nebudu moci mít děti, které jsme plánovali. To mě hodně*

*trápí, ale přemýšlíme o adopci,*“ odpověděla pacientka P3 na otázku týkající se jejich pocitů. Pacientka P4 vypráví, že si nahmatala bulku v prsu. Následovalo sonografické vyšetření a mamograf. Proběhla chemoterapie a kontroly v onkologické ambulanci. Vlasy jí zřídly, a tak používala šátek. Musela vyhledat pomoc psychologa. Uvádí, že toho na ni bylo moc. Docházelo u ní k velké únavě a cítila se hodně vyčerpaná. *„Manžel si po roce, co jsem onemocněla, našel jiný vztah, nakonec jsme se rozvedli. Nyní mám nového přítele. Manžel mě v době nemoci vůbec nepodporoval a dost často mi říkal, že jsem líná...nic prostě nechápal. Ještě mi začal vyčítat mnoho věcí a dost často chodil sám do společnosti. Vůbec se mi nevěnoval,*“ povzdechla si. Uvádí, že do společnosti moc nechodila, spíš trávila čas s rodiči, dětmi a vnoučaty. Ti všichni jí dávali hodně energie a cítila, že je ještě něco platná a že vše musí zvládnou kvůli nim. Pacientce P5 byla provedena gynekologická vyšetření, ultrazvuk, odběry krve a další vyšetření. Domnívá se, že to byla vyšetření, která se jmenují PET, CT. Lékaři jí oznámili rakovinu děložního čípku a HPV virus. Již dříve bojovala s autoimunitním onemocněním a myslí si, že kdyby byla zdravá, tak by to nedopadlo takto špatně. Z léčebných metod byla provedena chemoterapie a ozařování. Padaly jí hodně vlasy, kůže měla suchou a citlivou, necítila konečky prstů. Smířila se s tím, že jde o důsledky léčby. Celou situaci shrnula slovy: *„Rodina se zalekla této nemoci, reakce byla horší jak u mě.“* Společnosti se nestránila, snažila se žít jako předtím, když byla zdravá a nemoc si nepřipouštět. Pacientka P6 si našla bulku v prsu. Byla jí provedena biopsie, odběry krve, ultrazvuk, mamograf, scintigrafie kostí a CT. Proběhla částečná mastektomie, chemoterapie a ozařování. Po psychické stránce to pro ni bylo ohromně náročné, ale vše za podpory rodiny zvládla. Vypadaly jí vlasy a přibrála 10 kg. Reakce jejího partnera a rodiny ji potěšily: *„Všichni se chovali zodpovědně a moc mě pomáhali, manžel byl jako skála, o kterou se dá opřít. Rodina byla otřesená, ale moc pomáhali.“* Následně dodává: *„Trpěla jsem pocity strachu a marnosti... proč zrovna já. Byla jsem protivná a občas i zlá, když mi bylo hodně zle...což manžel přiznal až po letech. Do společnosti jsem chodit nechtěla.“* I pacientka P si nahmatala bulku v prsu, navštívila svého obvodního lékaře a byla provedena vyšetření ultrazvukem, rentgen, CT, biopsie a krevní testy. Na otázku, jak se cítí po psychické a tělesné stránce zareagovala: *„Je to šok, když si nahmátáte bulku, tak vás hned napadne rakovina, ale pořád trochu doufáte, že to rakovina není. Po verdiktu lékaře opět prožíváte šok. To, že nemám prso, mi nevadí, až bude po léčbě, tak půjdu na plastiku (jedno prso si zaplatím a druhé bude na pojišťovnu.“* Je po operačním výkonu

ablaci prsu, stále se léčí a chodí na chemoterapie. Věří, že to dobře dopadne. Na otázku změny zevnějšku odpověděla: „*Nemám prso, ale to není nejdůležitější.*“ Dále vysvětlila: „*Partnera nemám, dětem jsem to řekla opatrně, ale narovinu a mamce jsem to nejdříve tajila, protože sama prodělala onkologické onemocnění. Řekli jsme si, že to zvládneme a slíbila jsem, že budu bojovat. Chci se úplně uzdravit. V synech i mamce mám velkou oporu.*“ Společnosti se nestraničila. Netajila se se svou diagnózou. Má kamarádku, která s ní o nemoci mluví narovinu, a to jí moc pomáhá. Brzy po operaci se vrátila do práce a hodně cestuje do zahraničí. Vždy si vše naplánuje tak, aby nejdříve zvládla chemoterapii, po které jí bývá týden špatně. Pacient P8 uvedl, že měl problémy při vyprazdňování, ale nepřikládal tomu důležitost, nicméně známý onemocněl rakovinou tlustého střeva, a tak tyto problémy začal řešit. Byla provedena kolonoskopie, CT, odběry krve. Z léčebných metod absolvoval chemoterapii a následně operaci. Hodně zhubnul a poznamenal: „*Psychicky jsem se cítil špatně a fyzicky – cítil jsem se víc unavený, musel jsem odpočívat. Myslel jsem na to, co kdyby se se mnou něco stalo, manželka by to špatně nesla. Plánovali si jsme si, že v důchodu si budeme spolu užívat a cestovat po republice i do zahraničí.*“ Uvádí, že manželka a děti mu dali najevo, že budou při něm a řekli, že to dobře dopadne. Bratři vše vědí, ale matce nic neřekl, nechtěl ji stresovat. Pacient P8 dále odpovídá: „*Společnosti jsem se nestraničil, chodil jsem do divadla, byl jsem na plese...Dlouho jsem o tom nikomu z přátel neřekl. Nechtěl jsem jim přidělovat starosti a nějak je stresovat a zatěžovat je s tím.*“ Pacientka P9 si při samovyšetření našla bulku v prsu. Následovala sonografie a rentgen. Absolvovala operaci a chemoterapii. „*Nemám prso, to zasáhne každou ženu,*“ stýská si. Z hlediska psychiky se cítila strašně. Je zklamaná z reakce partnera: „*Ze začátku to zvládal, ale pak mě opustil. Byla jsem na tom hodně špatně psychicky. Nechápala jsem to, myslela jsem, že se budu moci o něj opřít...cítila jsem zradu po tolika letech, co jsme spolu. Zachránily mě děti, které mě podporovaly hlavně psychicky, a to mi dodávalo sílu bojovat.*“ Uvádá, že se stále straní společnosti, má deprese, je v invalidním důchodu a přežívá. Pacientka P10 začala mít problémy s krví ve stolici a bolesti břicha. Byla provedena operace, dále chemoterapie a radioterapie. Po psychické stránce se cítí stále hrozně. Manžel se s ní rozvedl, protože neunesl, že má jejunostomii. Otázka týkající se změny vzhledu pacientce vrátila vzpomínky: „*Ano, mám vývod, manžel mě opustil.*“ Pacientka začala plakat: „*Sestřičko, nezlobte se, ale já už nebudu odpovídat, všechno se mi to vrací. Nevyrovnala jsem*



*se s nemocí ani s tím, že mě opustil muž... Promiňte, už o tom nechci mluvit.“*  
A dál pacientka neodpovídala.

#### **4.1.3 Změny v oblasti sexuality a sexuální dysfunkce v souvislosti s léčbou**

V této kategorii nás zajímá vnímání změn u pacientů v oblasti sexuality, jaké u nich vznikají sexuální dysfunkce, zda toužili po přítomnosti partnera a jaké problémy po léčbě následovaly.

První podkategorie se nazývá Vnímání změn v oblasti sexuality a řeší změny v oblasti sexuality u dotazovaných pacientů. Pacienti P1, P3, P4, P6, P8 shodně uvedli, že vnímali nechuť k sexu. Pacientka P1 dodává: *„Necítila jsem se přitažlivá, ani jako pro muže.“* Pacientka P3 ještě doplnila výpověď slovy: *„Při pohlavním styku jsem měla pocit suchosti pochvy a měla jsem při tom bolesti.“* Pacient P2 měl problémy s erekcí. Pacientka P5 uvádí, že sexuálně nežila a pacientka P7 dodává: *„Jsem bez partnera a sex mi nechybí, neměla jsem na chlapy štěstí.“* Pacientka P9 reaguje na otázku slovy: *„Změny jsem vnímala, ale nechci o tom mluvit.“* Pacientka P10 také na tuto otázku neodpověděla.

Druhou podkategorii se nazývá Vzniklé sexuální dysfunkce u pacientů a potřeba blízké osoby. Monitoruje vznik sexuálních dysfunkcí. Předmětem zájmu bylo zjistit, zda u pacientů tyto dysfunkce vznikly a zda toužili po blízkosti partnera či partnerky. Všichni probandi se shodují, že po přítomnosti partnera toužili. Pacient P8 uvedl: *„Chtěl jsem, aby mi byla manželka na blízku, ale ani ne kvůli sexu, ale spíš kvůli psychice. Pořád jsem si říkal, hlavně ať se uzdravím a mohu být se svojí rodinou, na ničem jiném nezáleží.“* U všech dotazovaných pacientů kromě pacientky P7 vznikla nějaká sexuální dysfunkce. Pacienti P1, P2, P4, P5, P8 shodně uvedli, že je sex nebavil. Pacientka P3 uvedla nepříjemné pocity v pochvě, pálení při pohlavním styku a bolestivý pohlavní styk. Pacientka P6 situaci shrnula větou: *„Sex nebyl, nebylo na to ani pomyšlení.“* Pacientka P7 si myslí, že sexuální dysfunkce u ní asi nevznikla. Pacientky P9, P10 na tuto otázku nechtěly odpovídat.

Třetí podkategorie má název Problémy po léčbě. Probandi byli dotázáni, jak vše vidí po určité době, zda mají nějaké problémy. Pacienti P1, P2, P4, P5, P9 udávají, že nyní žádné problémy nemají. Pacientka P3 odpověděla: *„Mám pouze občasnou suchost při pohlavním styku, ale používáme různé gely k tomu určené.“* Pacientka P6 uvedla,

že jí po léčbě zůstala neuropatie nohou. Pacientka P7 ještě dochází na chemoterapii, cítí se unavená a je jí špatně. Pacient P8 uvádí, že má problémy s vyprazdňováním, jiné problémy si neuvědomuje. Pacientka P10 již na tuto otázku neodpovídala.

#### **4.1.4 Informování pacientů**

Tato kategorie se zaměřuje na to, jak jsou klienti informováni v souvislosti s onkologickým onemocněním, jeho léčbou a zda vůbec dostávají informace ohledně možné sexuální dysfunkce při léčbě.

První podkategorii se nazývá Informace získané od zdravotního personálu z hlediska nemoci a léčby. Cílem bylo zjistit, zda pacienti získali informace týkající se jejich onemocnění a léčby. Pacienti P1, P2, P4, P6, P9 se shodují, že byli informováni o vedlejších účincích léčby lékařkou či lékařem. Pacientka P3 odpověděla: *„Kvůli léčbě mi sestřičky opakovaly informace, co mi již řekl lékař.“* Pacientka (P5) dodává: *„Vůbec mě nikdo neinformoval, já ani nechtěla tyto informace vědět, raději nevědět co mě čeká.“* Pacienti P7, P8 uvedli, že si informace o léčbě a vedlejších účincích našli na internetu. Pacientka P10 již na tuto otázku neodpovídala.

Ve druhé podkategorii s názvem Informace získané od sestry o možné sexuální dysfunkci jsme se zaměřili na to, zda jsou pacienti informováni sestrou o možné sexuální dysfunkci v souvislosti s onkologickým onemocněním. Všichni dotazovaní pacienti P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 se shodli, že informováni nebyli. Pacientka P1 uvedla: *„Ne, lékařka na onkologii se mě ptala, jestli nemám nějaké problémy v této oblasti.“* Pacientka P5 odpovídá: *„Nebyla a ani mě to nezajímalo.“* Pacientka P10 již v rozhovoru nepokračovala.

#### **4.1.5 Edukace z pohledu pacienta**

Tato kategorie má za cíl zjistit, zda u dotazovaných pacientů dochází k edukaci sestrou v oblasti sexuálních dysfunkcí u onkologického onemocnění, případně čeho se edukace týkala a zda pacienti mají vůbec zájem o tyto otázky. Dále nás zajímalo, zda existují nějaké překážky na straně pacienta, zda nemají problém se na tyto otázky zeptat, jestli cítí ostych. Zajímalo nás také názor pacientů na to, zda byli dostatečně edukováni při léčbě a jaké informace postrádali.

První podkategorie byla označena názvem Edukace v oblasti sexuálních dysfunkcí. Předmětem zájmu bylo zjistit, zda byli pacienti edukováni sestrou v oblasti sexuality. Chtěli jsme zjistit, zda pacienti byli edukováni a čeho se edukace týkala. Všichni dotazovaní probandi shodně odpověděli, že k edukaci nedošlo. Další otázka týkající se tématu edukace tedy ztratila smysl.

Druhá podkategorie se jmenuje Zájem o edukaci u pacientů a tato podkategorie měla za cíl zmapovat zájem pacientů o informace týkající se sexuální oblasti. Tři pacienti (P1, P2, P3) z devíti dotazovaných uvedli, že by informace týkající se sexuality uvítali. Například pacient P2 uvedl: „*Ano, ptal jsem se cíleně na možnost zamražení spermií a řešení erektilní dysfunkce.*“ Pacienti P4, P5, P6, P7, P8, P9 uvedli, že je tyto otázky nezajímaly. Pacientka P5 udává: „*Vůbec jsem se o tyto otázky nezajímala. Pro mě je lepší nevědomost a nemít to v hlavě.*“ Pacient P8 uvedl: „*V mém stavu mě tyto otázky nezajímaly, na sex jsem neměl pomyšlení. Chtěl jsem se hlavně uzdravit a už být v pořádku.*“ Pacientka P9 k otázce poznamenala: „*Nepřikládala jsem tomu důležitost.*“

Třetí podkategorii jsme nazvali Překážky v edukaci z pohledu pacienta. Tato podkategorie měla zjistit, zda pacienti cítili ostych se zeptat na otázky týkající se problémů v sexuální oblasti. Zjistili jsme, že pacienti P1, P3 ostych měli. Pacientka P1 si povzdychla: „*Ano, nebylo mi to příjemné, ostych jsem měla o těchto otázkách hovořit a rozebírat své intimní problémy v oblasti sexu, viděla jsem i že sestřičky nemají na mě moc čas.*“ Naopak pacienti P2, P7 ostych neudávali. Pacient P2 řekl: „*Ostych jsem neměl, zeptal jsem se sestřiček na onkologické ambulanci a lékařky.*“ Pacientka P7 dodala: „*Ostych jsem neměla, ale nezajímalo mě to. Já bych se zeptala klidně každého, kdo by se mnou byl ochoten hovořit.*“ U pacientů P4, P5, P6, P8, P9 jsou odpovědi různé. Pacientka P4 uvedla: „*Vůbec jsem nic takového nechtěla řešit, chtěla jsem se hlavně uzdravit.*“ Pacientka (P5) odpověděla: „*Vůbec jsem se o tyto otázky nezajímala. Pro mě je lepší nevědomost a nemít to v hlavě.*“ Pacientka P6 to neřešila. Pacient P8 dodal: „*Sester bych se neptal. Uvítal bych třeba nějakou příručku nebo leták, ale nikdo mi nic nedal.*“ Pacientka P9 svou výpověď shrnula slovy: „*Neměla jsem pomyšlení na sex a ani něco takového řešit.*“

Poslední podkategorii jsme dali název Dostatečnost edukace. Snažili jsme se zjistit, zda si pacienti myslí, že byli dostatečně edukováni a zda postrádali nějaké informace. Pacienti P1, P2, P3 uvedli, že edukováni byli dostatečně co se týče léčby, v oblasti

sexuality jim informace scházely. Pacientka P4 si myslí, že edukace týkající se léčby byla dostatečná. Pacientka P5 uvedla: „*Vůbec mě nikdo neinformoval a já ani nechtěla slyšet co mě čeká, říkala jsem si, že jsme zdravá a že všechno zvládnou.*“ Pacientka P6 odpovídá slovy: „*Myslím, že informací kvůli léčbě bylo dost a hodně praktických rad.*“ Pacientka P7 má opačný názor: „*Myslím si, že ne...Něco jsem ohledně léčby konzultovala s mým kamarádem chirurgem a hodně informací mám z internetu a z osobní zkušenosti, kdy se mamka léčila.*“ Pacient P8 si postěžoval, že edukován téměř vůbec nebyl. Pacientka P9 dodala: „*Myslím si, že dostatečně jsem informována nebyla, na to Vás nikdo nepřipraví. Představovala jsem si, že to bude prostě hrůza a hrůza, hrozně jsem se toho bála. Možná by bylo lepší nic nevědět. Říkala jsem si, proč právě já, co jsem komu udělala, že mě toto muselo postihnout.*“

#### **4.2 Výsledky polostrukturovaných rozhovorů sester**

V této kapitole jsou výsledky výzkumného šetření, kterých bylo dosaženo na základě nestandardizovaných rozhovorů se sestrami pracujícími na onkologických odděleních. Pro lepší přehlednost byly získané údaje rozděleny do kategorií a podkategorií. Byly stanoveny 4 kategorie a 11 podkategorií.

Byly stanoveny tyto kategorie a podkategorie:

##### **1) Identifikační data sester**

- věk, pohlaví, dosažené vzdělání, délka praxe ve zdravotnictví, délka praxe na onkologickém oddělení, délka praxe v průměru

##### **2) Edukace o vedlejších účincích onkologické léčby**

- provádění edukace sestrami a způsob informování sestry o vedlejších účincích onkologické léčby

##### **3) Edukace o problematice sexuálních dysfunkcí v souvislosti s onkologickým onemocněním**

- Provádění edukace sestrami – způsob edukace
- důvod neprovádění edukace sestrami
- informování sestrami o možnosti využití specialistů sexuologa či psychologa
- zkušenosti s edukací prováděné sestrami a schopnost orientace v této oblasti

- schopnost poskytnout radu pacientovi v otázce sexuálních dysfunkcí
- překážky v komunikaci

#### **4) Přístup pacientů k problematice sexuálních dysfunkcí v souvislosti s onkologickým onemocněním a jeho léčby z pohledu sester**

- zájem o problematiku sexuálních dysfunkcí ze strany pacientů
- řešení problémů v oblasti sexuálních dysfunkcí pacienty
- nejčastější problémy v oblasti sexuálních dysfunkcí u pacientů

##### **4.2.1 Identifikační data sester**

Tato kategorie obsahuje identifikační data sester, věk a průměrný věk, délku praxe ve zdravotnictví a na onkologickém oddělení, průměrnou délku praxe na onkologickém oddělení a vzdělání sester. Bylo dotazováno deset sester ve věku od 25 do 52 let, přičemž průměrný věk je 36 let. U vzdělání sester bylo zaznamenáno 3x vysokoškolské, 6x středoškolské, 1x středoškolské se specializací (Tabulka 2). Celková praxe ve zdravotnictví se pohybovala v rozmezí od 1 roku do 32 let a praxe na onkologickém oddělení od 10 měsíců do 13 let (Tabulka 2). Délka praxe v průměru ve zdravotnictví činila 13 let, délka praxe na onkologickém oddělení byla v průměru 5 let.

V Tabulce 2 je uvedeno nejvyšší dosažené vzdělání sester, dotazovali jsme se na vzdělání vysokoškolské, středoškolské či specializaci.

**Tabulka 2:** Nejvyšší dosažené vzdělání sester

<b>SESTRA</b>	<b>NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ</b>
S1	Vysokoškolské
S2	Středoškolské
S3	Středoškolské
S4	Středoškolské
S5	Vysokoškolské
S6	Vysokoškolské
S7	Středoškolské
S8	středoškolské + specializace
S9	Středoškolské
S10	Středoškolské

**Zdroj:** vlastní výzkum, 2019

V Tabulce 3 je uvedena praxe sester celkem ve zdravotnictví a na onkologii. Dotazovali jsme se na počet let praxe ve zdravotnictví a počet let praxe na onkologii.

**Tabulka 3:** Celková praxe sester ve zdravotnictví a na onkologii

SESTRA	DÉLKA PRAXE VE ZDRAVOTNICTVÍ	DÉLKA PRAXE NA ONKOLOGII
S1	23	9
S2	12	1
S3	10	3
S4	10	6
S5	24	5
S6	1	1
S7	8	2
S8	32	13
S9	7	5
S10	5	1

**Zdroj:** Vlastní výzkum, 2019

#### 4.2.2 Edukace o vedlejších účincích onkologické léčby

Druhá kategorie zahrnuje edukaci o vedlejších účincích onkologické léčby, podkategorie se zabývají tím, zda sestry edukují pacienty, či nikoliv a jakým způsobem sestry pacienty informují o vedlejších účincích onkologické léčby.

Podkategorie s názvem Provádění edukace sestrami se zabývala edukací zdravotními sestrami o vedlejších účincích onkologické léčby. Zajímalo nás, zda vůbec k edukaci dochází a zda sestry používají ústní metodu, či jiný způsob edukace. Nejvíce sestry odpověděly, že v této oblasti needukují. Nejvíce bylo odpovědí – neinformuji, informuje či provede lékař. Toto uvedly sestry S1, S2, S3, S6, S8. Sestra S4 uvedla: „*Ano, informace poskytují ústně, pacienti podepisují informovaný souhlas: paliativní, kurativní a adjuvantní léčba, brožurky ohledně stravy, ohledně hospicové péči, i o vedlejší účincích léčby jako zvracení, porucha krvetvorby, padání vlasů, premedikace nemají už takové*

*vedlejší účinky, hospitalizovaní jezdí na biologické léčby.*“ Sestra S5 odpověděla: *„Neinformuji, pacienti se moc neptají.*“ Sestra S7 dodává: *„Informuji ústně, připomínám opakovaně, co se může při léčbě stát.*“ A sestra S9 výpověď zakončuje: *„Informuji ústně o vedlejších účincích onkologické léčby informuji, případně dám brožurku, máme brožurku o stravě.*“ Sestra S10 uvedla, že pacienty informuje ústně, zdá se jí to důležité, pacienti se jí ptají i na určité věci týkající se stravy.

#### **4.2.3 Edukace o problematice sexuálních dysfunkcí v souvislosti s onkologickým onemocněním.**

Tato kategorie se věnuje problematice sexuálních dysfunkcí v souvislosti s onkologickým onemocněním a je rozdělena na šest podkategorií. Záměrem je zjistit, zda je sestrami edukace v této oblasti prováděna a jaký je její případný způsob. Zajímá nás důvod k neprovádění edukace sestrami, zda sestry informují o využití specialistů jako je sexuolog či psycholog, jaké mají zkušenosti s edukací u pacientů v oblasti sexuality a zda se sestry dokáží v této oblasti orientovat, jaké jsou překážky v komunikaci mezi sestrou a pacientem.

První podkategorie má název Provádění edukace sestrami – způsob edukace. Tato podkategorie byla zaměřena na to, zda sestry edukují v oblasti sexuálních dysfunkcí a jakým způsobem. To, že edukaci neprovádí a informuje lékař, uvedly sestry S1, S2, S3, S7, S8. Sestra S4 uvedla: *„Ano provádím edukaci, když se pacienti ptají, např. u nádorů varlete, kdy informuje onkolog, urolog, operatér. Pacienti vědí, jak se budou léčit, podrobně jim vše řeknou na ambulanci, jaký budou mít režim atd., například Mama tím řeší i tyto věci. Máme zde stacionář, kde pacienti léčí, řeší komplikace, jsou k dispozici lékaři z JIP.*“ To, že neinformují, uvádí sestry S5, S6, přičemž sestra S5 dodala: *„... pacienti se moc neptají.*“ Sestra S9 řekla, že o tom s pacienty moc nemluví. *„Neinformuji, raději bych poradila navštívit specialistu“*, uvedla sestra S10.

Druhá podkategorii s názvem Důvod neprovádění edukace sestrami se zaměřuje na důvody, které vedou sestry k neprovedení edukace v oblasti sexuality.

Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S8 shodně odpovídají, že needukují a edukuje lékař. Sestra S4 ještě dodává: *„...lékař může napsat farmakologickou léčbu.*“ Sestra S5 situaci obsáhleji popsala slovy: *„U nás edukuje lékař, ale spíš, když se pacient sám vyptává, myslím si, ale je to můj názor, že preventivně o sexuální dysfunkci mluví málokterý lékař.*“



Sestry S6, S7, S9, S10 uvedly, že needukují. Sestra S9 poznamenala: „*My needukujeme a pacienti se moc neptají.*“ Názor sestry S10 je takový, že o těchto problémech má edukovat lékař.

Následující podkategorie se jmenuje Informování sestrami o možnosti využití specialistů sexuologa či psychologa. Chceme zjistit, zda sestry doporučují využití specialistů jako je sexuolog a psycholog. Sestry S1, S2, S3, S6 uvádí, že informace o využití specialistů nepodávají. U sester S4, S5, S8, S9 dochází ke shodě, že specialisty doporučí. Sestra S4 doplňuje: „*Máme k dispozici vlastního psychologa, jsou páry, co muži opouštějí manželky při nádorovém onemocnění prsa, kde ženy absolvují 17 x chemoterapii a následně modelaci prsou.*“ Sestra S7 uvedla, že doporučí psychologa a sexuologa, když mají pacienti zájem a také mají k dispozici kaplana. Sestra S10 doporučí psychologa, kterého mají k dispozici, pokud by se pacient zajímal.

Čtvrtá podkategorie v pořadí má název Zkušenosti s edukací prováděné sestrami. Týká se zkušeností sester s edukací pacientů v oblasti sexuality a schopností orientace v této oblasti a zda sestry dokáží poradit. Skoro všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S9, S10) udávají, že nemají zkušenosti s edukací pacientů v oblasti sexuality. Sestra S4 ještě doplnila svoji odpověď: „*...mám jen zkušenosti od lékaře, který následně informuje. Pacienti si sama hledají informace na internetu.*“ Sestra S8 dodala, že nemá skoro žádné informace, jen si o tom sama jednou něco přečetla na internetu.

Pátá podkategorie se nazývá Schopnost poskytnout radu pacientovi v otázce sexuálních dysfunkcí. Zde jsme se zaměřili na to, zda by sestry dokázaly poradit pacientům v oblasti sexuálních dysfunkcí u onkologického onemocnění. Shodně vypovídají sestry S1, S2, S3, S4, S5 a to tak, že by poradit dokázaly. Sestra S4 říká: „*Dokázala bych poradit, i odkázat na lékaře či konkrétního specialistu. Mám zkušenosti i s brachyterapií prsu i vaginální, poučená pacientka musí dodržovat šestinedělí, provádí se nejčastěji 4x, objednává sem gynekologie.*“ Názor sestry S5 je takový, že: „*Něco vím, ale, abych mohla podat dostatečné informace musela bych se sama více vzdělat. Každý pacient má jiné požadavky, jiné problémy, řeší jinou životní situaci, jiné sexuální problémy. I mně by bylo příjemnější o sexualitě mluvit spíše se ženou, a to ještě v mé věkové kategorii.*“ Sestry S6, S7, S9, S10 udávaly, že by raději zavolaly lékaře. Sestra S8 přiznala: „*Moc neradím, ale na některé otázky bych dokázala odpovědět.*“

V podkategorii Překážky v komunikaci jsme chtěli zjistit, zda dochází k bariérám při provádění edukace sestrou. Sestry S1, S3, S4, S5, S7, S8, S10 uvedly, že hlavní roli hraje stud. Sestra S4 osvětluje situaci slovy: „*Stydí se zeptat, asi i málo personálu a není spousta času, nejsou termíny, ambulance přeplněné, nejsou doktoři, v důchodovém věku jsou čtyři, je to problém.*“ Sestra S2 si myslí, že se vyloženě neptají, tedy hlavním důvodem je nezájem z jejich strany. Názor sestry S6 je ten, že sestra nesmí edukovat. U sestry S9 je hlavní překážkou při provádění edukace nezájem, pacienti se neptají. Sestra S10 si myslí, že tyto otázky pro ně nejsou prioritní.

#### **4.2.4 Přístup pacientů k problematice sexuálních dysfunkcí v souvislosti s onkologickým onemocněním a jeho léčby**

Čtvrtá kategorie se zabývá přístupem pacientů k problematice sexuálních dysfunkcí. Cílem bylo zjistit, zda pacienti řeší tyto problémy, dále, zda tyto problémy řeší více muži, či ženy a o co se nejčastěji v této oblasti zajímají.

První podkategorii jsme nazvali Zájem o problematiku sexuálních dysfunkcí ze strany pacientů. V této podkategorii chceme zjistit, zda se pacienti zajímají o problémy v oblasti sexuálních dysfunkcí. Sestry S1 a S4 odpověděly, že se ptají občas. Sestry S2 a S3 shodně udaly, že se vyloženě neptají. Sestra S5 má pocit, že se ptají výjimečně. Sestry S6, S7, S8, S9 uvedly, že se moc neptají. „*Moc ne, spíše se ptají, jestli zvládnou chemoterapii, jestli umřou.*“ odpověděla sestra S8. Sestra S10 tuto tematiku uzavřela odpovědí: „*Moc ne, spíše se ptají lékaře nebo sestry.*“

Druhá podkategorie má název Řešení problémů v oblasti sexuálních dysfunkcí pacientů. Zde bylo předmětem zájmu zjistit, zda se více ptají na tyto problémy ženy, nebo muži. Z deseti dotazovaných sester jich sedm (S1, S2, S3, S5, S7, S8, S10) uvádí, že problémy více řeší muži než ženy. Sestra S4 uvedla: „*Spíše ženy s onemocněním prsu, kdy jsou uměle převedeny na přechod a otěhotnět mohou za pět let po léčbě.*“ Sestra S7 nevěděla: „*Nedokážu říct. Asi spíše chlapi, ale to si myslím. Zkušenost moc nemám.*“ Sestra S8 řekla: „*Problémy spíše řeší muži, záleží na postiženém orgánu.*“ Sestry S6, S9 uvedly, že neví. Sestra S9 ještě poznamenala, že možná tuto otázku řeší více muži.

Třetí kategorii jsme nazvali Nejčastější problémy v oblasti sexuálních dysfunkcí u pacientů. Nejvíce sester (S1, S2, S3, S4) uvedlo, že se pacienti nejčastěji ptají na sexuální aktivitu. Sestra S3 se rozpovídala: „*Řeší, zda můžou být sexuálně aktivní,*

*spermiogramy, dotaz na zamražení spermií, kontakt na pracoviště, kde toto provádí ...po chemoterapii jsou dotazy na to, zda mužou mít děti.“ Sestra S4 uvedla: „Muži v produktivním věku se ptají, zda mohou být sexuálně aktivní, když postupují chemoterapii, nejvíce zda potom budou moci mít děti, starší pánové s onemocněním prostaty a muži s rakovinou varlat.“ Sestra S5 řekla, že se pacienti muži ptají spíše okrajově, nikoliv konkrétně. Sestry S6, S7, S9, S10 odpověděly, že neví. Sestra S8 ještě dodala, že muži možná více řeší problémy s erekcí.*

## 5 DISKUSE

Tato bakalářská práce s názvem Problematika sexuálních dysfunkcí u pacientů s nádorovým onemocněním měla zmapovat problematiku sexuálních dysfunkcí u onkologicky nemocných. Toto výzkumné šetření zjišťovalo vliv onkologických onemocnění a jeho léčby na sexualitu nemocných a kvalitu života. Následně se práce zaměřila na to, zda sestry provádějí edukaci u pacientů s onkologickými onemocněními v oblasti sexuality.

V předkládané práci byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. První otázka se zabývá vlivem onkologického onemocnění a jeho léčby na sexualitu nemocných a kvalitu jejich života. Dotazovali jsme se pacientů na problémy v oblasti sexuality po absolvování onkologické léčby a na to, zda vnímali nějaké změny v sexuální oblasti. Většina dotazovaných probandů uvádí, že u nich došlo ke vzniku sexuální dysfunkce. Šrámková (2013) udává, že nádorová onemocnění ovlivňují intimní stránku člověka a jeho sexualitu i životní hodnoty. Z toto výzkumu vyplynulo, že nejčastější sexuální dysfunkcí je nedostatek apetence, kdy dochází ke ztrátě sexuální touhy. Tuto odpověď uvedlo pět probandů, dva nechtěli na tuto otázku odpovídat a jeden proband uvedl, že u něj sexuální dysfunkce asi nevznikla. Šrámková (2013) a Kratochvíl (2008) uvádí jako nejčastější sexuální dysfunkci právě chybějící apetenci neboli nezájem o sex.

Léčba nádorového onemocnění ovlivňuje i vnímání vlastního těla a tím i sexualitu nemocného, kdy se cítí neatraktivní a zvláště u diagnóz, kdy vzniká jizva (Šrámková, 2013). Ptali jsme se probandů, zda u nich došlo ke změně zevnějšku a jak je tyto změny zasáhly. Bylo potvrzeno, že ke změně zevnějšku po onkologické léčbě dochází u většiny dotazovaných pacientů. Jeden proband uvedl, že se jeho vzhled výrazně nezměnil. Bylo zjištěno, že nejhorší změnu cítí ženy po léčbě nádorového onemocnění prsu a po prodělané mastektomii prsu. Dotazovaná pacientka s onkologickým onemocněním prsu uvedla, že po operaci prsu se styděla za své tělo a bylo ji i nepříjemné se na sebe podívat i se ukázat s jizvou před manželem. Velice ji podpořil manžel, který se jí hodně věnoval. V tomto případě je podpora partnera a rodiny velice přínosná. Z výzkumného šetření vyplývá, že všichni dotazovaní probandi toužili po přítomnosti blízké osoby. U probandů bez partnera bylo poznat, že situaci nesli hůř než probandi s dobrým či výborným rodinným zázemím. Fatehi et al. (2019) poukázali na randomizovanou kontrolní studii, která byla provedena v Iránu roku 2015.

Z 286 žen, které se vyléčily z nádorového onemocnění prsu, se studie zúčastnilo 118 žen. Těmto ženám byly poskytnuto poradenství v rámci sexuality a psychiky. Délka terapie trvala od 90 do 120 minut. Cílem bylo zlepšení kvality života v sexuální oblasti. Sexuální kvalita života byla zhodnocena použitím sexuálního dotazníku SQOL-F. Prokázalo se, že nejčastější sexuální dysfunkcí je zmenšení sexuální touhy. Studie došla k závěru, že absolvované poradenství bylo přínosné ve zlepšení sexuálních funkcí a kvality sexuálního života. Ženám s nádorovým onemocněním prsu tato studie umožnila vést rozhovor o otázkách v oblasti sexu, což pro ně bylo přínosem.

Dále jsme se zajímali o to, jaká je informovanost pacientů o problematice sexuálních dysfunkcí v souvislosti s onkologickým onemocněním a jeho léčbou. Dotazovaní probandi se shodli, že k informování nedošlo. Pacienti nejvíce uváděli, že tyto informace dostávají spíše od lékařky či lékaře. Je velice důležité pacienty informovat, jelikož sexuální dysfunkce nebývají včas rozpoznány, a tedy ani nedojde k jejich léčbě. Pacientům chybí komunikace se zdravotníky o sexualitě (Šrámková, 2013).

Den Ouden et al. (2019) uvedli studii, která probíhala v Nizozemsku u pacientek s nádorovým onemocněním prsu. Výzkumu se zúčastnilo 667 žen. Obdržely dotazník, kde odpovídaly na to, jaké mají zkušenosti s poskytováním informací o intimitě a sexualitě. Celých 66,4 % dotazovaných respondentů dalo přednost poskytnutím informací od sestry. Od lékaře chtělo získat informace pouze 27,9 % respondentů. Nejpožadovanější metodou komunikace byla konverzace s odborníkem spolu s partnerem (51,6 %) nebo osobní rozhovor s odborníkem. Uvedená studie ukázala, že informace o intimitě a sexualitě by měly být zahrnuty v konzultacích nejvíce na začátku léčení a následně v každém stádiu onemocnění. Pacientky s onemocněním prsu očekávají, že konverzaci s nimi naváže nejvíce sestra či lékař o samotě nebo i s jejich partnerem. Almont et al. (2018) uvedli studii adresovanou zdravotníkům pracujícím v onkologii. Studie probíhala ve Francii a zúčastnilo se ho 165 respondentů, mezi nimiž byli lékaři, záchranáři a další pracovníci v onkologii, kteří byli účastníky 4. zasedání Rakovina, sexualita a plodnost. Zúčastněným ze všech regionů Francie byly zaslány elektronické dotazníky. Celých 90 % respondentů provádělo diskusi o sexuálních otázkách s nemocnými. 75,8 % respondentů se poptávalo po školeních v oblasti sexuality při onkologickém onemocnění. Závěrem se dá říci, že příprava pro odborníky v onkologii se zdá být v sexuologické oblasti nedostatečná.

Výzkum této bakalářské práce zjistil, že třem pacientům scházeli informace týkající se sexuality. Jeden proband uvedl, že se cíleně musel zeptat na otázku potence, erektilní dysfunkce a zamražení spermií. Informace si musel zjišťovat i na internetu, protože kdyby se nezeptal, informace by se od zdravotníků nedozvěděl. Pacientka s karcinomem prsu si stěžovala, že by o svých problémech ráda s někým mluvila, ale zdálo se jí, že sestřičky na ni nemají čas. Cítila se pro partnera neatraktivní z důvodu jizvy po operaci a necítila sexuální touhu. Svoje problémy řešila tak, že spoustu informací si našla na internetu. Ty samé zkušenosti uváděla třetí pacientka. Měla problémy se suchostí pochvy a bolestivostí při pohlavním styku, ale nikdo s ní o tom nehovořil. Uvedla, že kdyby neměla chápajícího manžela, se kterým se vždy domluvila, musela by vyhledat specialistu. Hodně informací získala z internetu. Jedna pacientka odmítla na toto téma hovořit, při rozhovoru se jí vracely nepříjemné vzpomínky na období léčení nemoci a na to, že ji vlastně kvůli zavedené jejunostomii opustil manžel. Šest pacientů odpovědělo, že otázky týkající se sexuality neměli zájem řešit. Nejdůležitější bylo pro ně se vyléčit.

V průběhu rozhovoru většina odpovídajících pacientů uvedla, že se z hlediska psychiky cítili špatně a jedna pacientka dokonce musela vyhledat pomoc psychologa. Šrámková (2013) uvádí, že častým problémem při onkologickém onemocnění bývá i stres, nemocní trpí stresem a úzkostí. Na tuto problematiku odkazuje i Adam et al. (2019), který uvedl, že pacienti s nádorovým onemocněním trpí stresem, úzkostmi a depresemi a emočními výkyvy. Americká onkologická společnost NCCN (The National Comprehensive Cancer Network) každoročně organizuje vzdělávací akce pro onkologické odborníky na podporu zlepšení péče o pacienty s nádorovými onemocněními. Tato společnost vydala Doporučení pro zvládání destruktivního stresu u onkologických pacientů. Je zde popsán stres v souvislosti s nádorovým onemocněním a možné negativní emoce (NCCN, 2018).

Dalším cílem předkládané bakalářské práce bylo zjistit, zda sestry edukují pacienty s onkologickým onemocněním v oblasti sexuality. Juřeníková (2010) uvádí, že edukace znamená vychovávat a vzdělávat. Je to činnost, kdy dochází k neustálému působení na člověka s cílem změnit jeho chování. Rozdíl je ve slovech edukování a informování. (Juřeníková, 2010). Sestry si často tyto pojmy pletou. V informování není zahrnuta edukace. Sestry si myslí, že edukují, přitom ale předávají informace. Důležité je určit,

co pacientovi potřebujeme vysvětlit, co ho naučit, s čím mu poradit, aby mohl provádět sebepečí, aby lépe pochopil, k čemu dochází. Dále je důležité stanovit téma edukace. (Špirudová, 2015). K předávání informací také dochází při komunikaci, která vede k uspokojení potřeby sociálního kontaktu, jak zmiňuje Zacharová (2016). V ošetrovatelském procesu dochází ke sdílení informací mezi zdravotníkem a pacientem. Záleží na tom, jak pacient subjektivně vnímá nemoc a léčbu, to má vliv na jeho vyrovnání se s nemocí a pocit pohody (Gurková, 2017). V této práci bylo zjištěno, že sestry edukaci v oblasti sexuality neprovádí. Takto odpovědělo devět z deseti dotazovaných sester. Jedna sestra odpověděla, že edukaci provádí, ale pouze když se pacienti sami zeptají. Ukázalo se, že ani sestry nemají zkušenosti s edukací pacientů v této oblasti. Spíše si sestry myslí, že by měl edukovat lékař. Na otázku, zda by dokázaly poradit, jich pět odpovědělo kladně. Případně by dokázaly odkázat na specialistu. Čtyři sestry uvedly, že by raději zavolaly lékaře a jedna sestra odpověděla, že aby mohla dostatečně poradit, musela by se sama více vzdělat v této oblasti. Z výzkumného šetření tedy vyplynulo, že lepší situace je u edukace o vedlejších účincích onkologické léčby. Čtyři sestry zmínily, že poučují pacienty ústně, myslí si, že je to pro ně důležité. Další dvě sestry uvedly, že dávají pacientům brožurku, která se týká stravy. Šest z deseti dotazovaných sester uvedlo, že edukaci neprovádí, že spíše poučuje lékař.

Posledním cílem této práce bylo zjistit, zda vznikají komunikační bariéry mezi sestrou a pacientem v souvislosti s edukací o problematice sexuálních dysfunkcí v důsledku onkologického onemocnění. Sedm z odpovídajících sester si myslí, že hlavní roli hraje stud, že se pacienti stydí zeptat nebo to pro ně není prioritou. Dále dvě sestry vypovídaly, že hlavní je i nezáměr z pacientovi strany o tyto otázky. Jedna ze sester si myslí, že sestra nesmí edukovat. Šrámková (2013) uvádí, že u nemocných je hlavním problémem v komunikaci o sexu stud. Mnoho pacientů nachází informace na internetu. Z odborníků nejvíce pacientky vyhledávají gynekologa, sedm z deseti pacientů urologa nebo svého praktického lékaře. Sexuologové většinou mívají ordinace ve větších městech a nejsou tak dobře dostupní. Zábrany v komunikaci jsou menší u pacientů mladšího věku, jinak reagují pacienti, kteří jsou ve středním věku a lidé starší 65 let.

Ve svém výzkumném šetření jsme se setkali i s názorem, že sestry nemají dostatek času, kdy jsou ambulance přeplněné. To by mohlo být překážkou v komunikaci. Schouten et al. (2019) popsali výzkumnou studii, která vznikla v Belgii. Cílem této studie

bylo zjistit, zda a do jaké míry dochází k diskusi o psychosociálních problémech mezi zdravotníky a pacienty s nádorovým onemocněním. Kontaktováno bylo 4 965 zdravotníků, ze kterých průzkum dokončilo 368. Průzkumným šetřením vyplynulo, že nejvíce se v rozhovorech s pacienty řešila témata nemoci, léčby, možnosti vyléčení. Tématika sexuality byla rozebírána v menší míře. Účastníci výzkumu zastávali názor, že nejsou dostatečně vzdělaní a chybí jim znalosti. Nemají také dostatek času a soukromí. Celých 67,9 % respondentů uvedlo, že poskytují rady pacientům s nádorovým onemocněním. Doporučují také specialisty, jako jsou psychologové, sociální pracovníci, specializované sestry, centra duševního zdraví. U poloviny respondentů převládal názor, že nedochází u pacientů k dostatečnému řešení těchto problémů.

V zahraničí působí společnost AASECT (Americká asociace pedagogů, poradců a terapeutů), která se od roku 1967 zabývá sexuálním zdravím a poradenstvím v této oblasti. Považuje sexualitu za součást existence člověka. Rozvíjí nejvyšší standardy v odborné péči o pacienty (AASECT, 2016). V zahraničí dochází i k využívání modelu čtyř úrovní intervencí PLISSIT v oblasti sexuality, nejvíce se uplatňuje u pacientek po mastektomii, jež ovlivňuje sexuální prožitek pacientek. Využívá se zde dotazník Sexual Quality of Life-Female (SQOL-F) a Index ženské sexuální funkce (FSFI).

Výzkumným šetřením a analyzováním získaných údajů jsme došli k závěru, že u pacientů s nádorovým onemocněním není dostatečně řešena otázka sexuality. Nedochází v této oblasti k edukaci sestrou, ani k dostatečnému podávání informací. Pokud mají pacienti problémy v oblasti sexuálních dysfunkcí a mají zájem tyto problémy řešit, informace si hledají na internetu, protože o těchto problémech s nimi nikdo nemluví. Problémem je i občasný nezájem ze strany pacientů, kdy se více soustředí na léčbu a na to se uzdravit. Určitou roli hraje také stud, jelikož jde o intimní téma. Bylo zjištěno, že stud je často zmiňován jako komunikační bariéra mezi sestrou a pacientem. Dále ze strany sester hraje určitou roli i nedostatek času a neznalost problematiky sexuálních dysfunkcí. Přesvědčili jsme se, že sestry nejsou dostatečně vzdělávány v této oblasti a schází jim informace, spíše pacienta odkáží na pomoc lékaře či specialisty. Dotazovaným pacientům nebylo umožněno sexuální poradenství v takové míře, jak je tomu v zahraničí. Přesvědčili jsme se, že by se měla v naší ošetrovatelské péči sexualita u pacientů více řešit.



## 6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce řešila problematiku sexuálních dysfunkcí u pacientů s nádorovým onemocněním. Léčba nádorových onemocnění má vliv na kvalitu života nemocných, přičemž zasahuje i do oblasti sexuální a negativně ji ovlivňuje. Sexualita se stala důležitou a obvyklou částí v životě lidí. Důležitá je jak podpora rodiny, tak i edukace sestrou, která může tak zlepšit psychiku nemocného.

Byly určeny čtyři cíle. Prvním bylo zjistit vliv onkologického onemocnění a jeho léčby na sexualitu nemocných. Druhým cílem bylo zmapovat informovanost pacientů o problematice sexuálních dysfunkcí v souvislosti s onkologickým onemocněním a jeho léčbou. Třetím cílem bylo získat informace o tom, zda sestry provádějí edukaci u pacientů s onkologickými onemocněními v oblasti sexuality. Poslední cíl měl odhalit, jaké eventuální komunikační bariéry v praxi vznikají v souvislosti s problematikou sexuálních dysfunkcí. K dosažení těchto cílů byly určeny čtyři výzkumné otázky. První otázka zněla, jak onkologická onemocnění a jejich léčba ovlivňují sexualitu nemocných a kvalitu jejich života. Následovala otázka, jak jsou klienti informováni o problematice sexuální dysfunkcí v souvislosti s onkologickým onemocněním a jeho léčbou. Další otázka se týkala úrovně znalostí a zkušeností sester s edukací u pacientů s onkologickými onemocněními v oblasti sexuality. Poslední otázka se zabývala komunikačními bariérami mezi sestrou a pacientem v souvislosti s edukací o problematice sexuálních dysfunkcí v důsledku onkologického onemocnění a jeho léčby. Výzkumným šetřením došlo ke splnění cílů. Bylo zjištěno, že nádorová onemocnění ovlivňují sexualitu nemocných a kvalitu jejich života, přičemž byla popsána problematika sexuálních dysfunkcí. Výzkum odhalil, že nedochází k edukaci v oblasti sexuality u pacientů s nádorovým onemocněním. Sestry postrádají zkušenosti a znalosti spojené s edukací v oblasti sexuality.

Po proběhlém zhodnocení dat jsme dospěli k závěru, že onkologická onemocnění velice ovlivňují sexualitu nemocných. U pacientů důsledkem léčby vznikají různé sexuální dysfunkce. Průzkumem jsme zjistili, že nejčastější sexuální dysfunkce je nezájem o sex (chybí apetence). Výzkumným šetřením se potvrdilo, že léčba nádorových onemocnění ovlivňuje i vnímání vlastního těla, a tím také sexualitu nemocných. U nemocných dochází ke změně zevnějšku, tím k pocitu méněcennosti a neatraktivnosti a trpí tím i psychika pacienta. V tomto případě velice pomáhá podpora partnera a rodiny. Prokázalo

se, že všichni dotazovaní pacienti toužili po přítomnosti blízkého člověka. Probandi bez partnera se necítili dobře po psychické stránce. Došlo i k vyhledání psychologa.

Výzkumem bylo zjištěno, že pacienti nejsou sestrou informováni o možné sexuální dysfunkci v souvislosti s onkologickým onemocněním. Pacienti udávali, že o sexuálních dysfunkcích s nimi hovoří spíše lékař. Bylo prokázáno, že někteří pacienti postrádali tyto informace od sestry a spoustu informací si hledali na internetu, nebo se cíleně museli zeptat. Někteří pacienti se těmito otázkami nezabývali a zaměřili se hlavně na léčbu svého onemocnění.

Výzkumné šetření odhalilo, že námi dotazované sestry neprovádí edukaci v oblasti sexuálních dysfunkcí. Z výpovědí sester jsme poznali, že často edukují pacienty lékaři. Sestry by spíše odkázaly na lékaře či specialistu. Jako komunikační bariérou mezi sestrou a pacientem v souvislosti s edukací o problematice sexuálních dysfunkcí se objevil stud. Pacienti se stydí sestry zeptat, nebo to pro ně není prioritní a nemají zájem o tyto otázky.

Dospěli jsme k názoru, že by se sestry měly více zaměřit na edukaci pacienta v oblasti sexuálních dysfunkcí u onkologicky nemocných, ke které nedochází např. v porovnání se zahraniční praxí.

Tato práce by mohla být využita jako možný vzdělávací materiál pro sestry v ošetrovatelském procesu ke zlepšení komunikace s pacienty.

## 7 SEZNAM LITERATURY

1. AASECT, 2016. *O společnosti AASECT* [online]. Chicago [cit.2019-05-10]. Dostupné z: <https://www.aasect.org/about/about>.
2. ABRAHÁMOVÁ, J. et al., 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-3063-9.
3. ADAM, Z. et al., 2010. *Speciální onkologie*. Praha: Galén. 417 s. ISBN 978-80-7262-648-9.
4. ADAM, Z. et al., 2019. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-271-2539-
5. ALMONT, T. et al., 2019. Sexual health in cancer: the results of a survey exploring practices, attitudes, knowledge, communication, and professional interactions in oncology healthcare providers. *Support Care Cancer*. 27 (3). 887-894. doi: 10.1007/s00520-018-4376-x [online]. cit. 2019-06-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30109489>.
6. ANGENENDT, G. et al., 2010. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál. 326 s. ISBN 978-80-7367-781-7.
7. ANNON, J., S., (1976). The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems, *Journal of Sex Education and Therapy*, 2 (1), 1-15. DOI: 10.1080/01614576.11074483.
8. ARENBERGER, P., 2018. *Lékaři mají nový lék na rakovinu, hradí ho pojišťovna*. [online]. Praha. [cit.2019-05-10]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/novy-lek-na-rakovinu-hradi-ho-pojistovna/>.
9. BEDNAŘÍK, O. et al., 2010. *Několik rad pro onkologicky nemocné* [online]. Brno: Masarykův onkologický ústav [cit.2019-05-10]. Dostupné z: <http://www.mou.cz/o-1-nekolik-rad-pro-onkologicky-nemocne/f958>.
10. BOLLINGER, T., 2017. *Pravda o rakovině: vše, co potřebujete vědět o historii, léčbě a prevenci této zákeřné nemoci*. Praha: Dobrovský. Knihy Omega. 304 s. ISBN 978-80-7390-592-7.
11. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.

12. CIBULA, D. et al., 2009. *Onkogynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 614 s. ISBN 978-80-247-2665-6.
13. COUFAL, O. et al., 2012. Chirurgická léčba zhoubných nádorů. In: VORLÍČEK, J. et al., *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, s.85-87. ISBN: 978-80-247-3742-3.
14. DAVIS, S., 2006. *Rehabilitation: the use of theories and models in practice*. New York: Elsevier Churchill Livingstone. 208 s. ISBN 9780443100246.
15. DEN OUDEN, M. et al., 2019. Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed. *Breast Cancer*. 26(3). 326-332. doi: 10.1007/s12282-018-0927-8. [online]. [2019-07-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30361832>.
16. FAGHANI, S., GHAFFARI, F., 2016. Effects of sexual rehabilitation using the PLISSIT model on quality of sexual life and sexual functioning in post-mastectomy. *Breast cancer survivors. Asian Pacific journal of cancer prevention*. 17(11), 4845-4851. doi: 10.22034/APJCP.2016.17.11.4845 [online]. [2019-07-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28030909>.
17. FATEHI, S. et al., 2019. The effects of psychosexual counseling on sexual quality of life and function in Iranian breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Breast cancer research and treatment*. 175(1), 171-179. doi: 10.1007/s10549-019-05140 [online]. [2019-07-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30701349>.
18. FERKO, A. et al., 2015. *Chirurgie v kostce*. 2. vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.
19. FUSEK, M. et al., 2012. *Biologická léčiva: teoretické základy a klinická praxe*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3727-0.
20. GURKOVÁ, E. et al., 2009. *Vybrané ošetrovatelské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: Osveta. 238 s. ISBN 978-80-8063-308-0.
21. GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 192 s. ISBN 978-80-271-0461-1.
22. HUDÁKOVÁ, Z., 2010. *Holistický přístup v ošetrovatelstve-prístup jednoty tela a mysle. Cesta k profesionálnému ošetrovatelstvu. Opava 22. – 23. září*

2010. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, ústav ošetrovatelství. 91-96 s. ISBN 978-80-7248-607-6.
23. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
24. KALVODOVÁ, L., 2012. Psychologický přístup sester k onkologicky nemocným. In: VORLÍČEK, J. et al., *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, s.433-438. ISBN: 978-80-247-3742-3.
25. KAREŠOVÁ, J., 2011. *Praktické rady pro onkologické pacienty, aneb, Jak překonat nesnáze při léčbě rakoviny*. 2. vydání. Praha: Maxdorf. 165 s. ISBN 978-80-7345-268-1.
26. KLENER., P., KLENER, P. jr., 2010. *Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2808-7.
27. KOMPLEXNÍ ONKOLOGICKÉ CENTRUM, 2018. *Biologická léčba*. [online]. Praha: KOC [cit. 2018-12-13]. Dostupné z: <http://www.koc.cz/pro-verejnost/typy-lecby/biologicka-lecba/>.
28. KRATOCHVÍL, S., 2008. *Sexuální dysfunkce*. 3. vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada).304 s. ISBN 978-80-247-2476-8.
29. KRČÁLOVÁ, H., 2012. Problémy ambulantní aplikace chemoterapie na onkologickém stacionáři. In: VORLÍČEK, J. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2.vydání. Praha: Grada. Sestra (Grada). s. 183-189. ISBN 978-80-247-3742-3.
30. KROISS, T., 2015. *Rakovina: šance na uzdravení*. Přeložil Rudolf ŘEŽÁBEK. Liberec: Dialog. Zdraví (Dialog). 280 s. ISBN 978-80-7424-075-1.
31. KRŠKA, Z. et al., 2014. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada. 904 s. SBN 978-80-247-4284-7.
32. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
33. LAKOMÝ, R., POPRACH, A., 2015. Nežádoucí účinky moderní imunoterapie a jejich řešení v klinické praxi. *Klinická onkologie*. 28(4), s. 103-114. ISSN 1802-5307.
34. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.

35. MIOVSKÝ, M., 2003. *Průručka k provádění výběru metodou sněhové koule (snowball sampling)*. Praha: Úrad vlády České republiky. 108 s. ISBN 80-867-3408-0.
36. NANDA international, 2016. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2014-2016*. Praha: Grada, 564 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
37. NCCN, 2018. *Guidelines For Patients Distress*. [online]. NCCN. [cit. 2019-08-05].  
Dostupné z: [https://oncolife.com.ua/doc/nccn/Distress\\_Management.pdf](https://oncolife.com.ua/doc/nccn/Distress_Management.pdf).
38. PALMISANO, B., 2017. *PLISSIT Model: Introducing Sexual Health in Clinical Car*, [online]. PsychiatryAdvisor [cit.2019-07-13]. Dostupné z: <https://www.psychiatryadvisor.com/practice-management/improving-provider-education-regarding-sexual-health/article/629446/>.
39. PAVELKA, K. et al., 2014. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii*. Praha: Grada. 388 s. ISBN: 978-80-247-5048-4.
40. PETRUŽELKA, L., 2014. *Biologická léčba v onkologii*. [online]. Brno: Liga proti rakovině. [cit.2019-07-13]. Dostupné z: <http://www.onko.cz/lekar-biologicka-lecba-v-onkologii/>.
41. SCHOUTEN, B. et al., 2019. Healthcare professionals' perspectives on the prevalence, barriers and management of psychosocial issues in cancer care: A mixed methods study. *European journal of cancer care*. 28(1), e12936. doi: 10.1111/ecc.12936 [online]. [cit. 2019-05-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30298960>.
42. SLÁMA, O., 2012. Nádorová bolest. In: VORLÍČEK, J. et. al., *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada. 190 s. ISBN: 978-80-247-3742-3.
43. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
44. ŠRÁMKOVÁ, T., 2013. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4453-7.
45. ŠRÁMKOVÁ, T., 2015. *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén. 237 s. ISBN 978-80-7492-162-9.

46. ŠUBRT, Z., 2015. Onkochirurgie. In: FERKO, A., ŠUBRT, Z., DĚDEK, T. *Chirurgie v kostce*. 2.vydání. Praha: Grada. s.174-177. ISBN 978-80-247-1005-1.
47. TSCHUSCHKE, V., 2004. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál. 215 s. ISBN 80-7178-826-0.
48. TOMÁŠEK, J. et al., 2015. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite. 448 s. ISBN 978-80-88046-01-1.
49. TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2.vydání. Praha: Triton. 226 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
50. VORLÍČEK, J. et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2.vydání. Praha: Grada. Sestra (Grada). 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
51. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
52. ZACHAROVÁ, E., et al., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
53. ZEMAN, M. et al., 2011. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.
54. ZVĚŘINA, J., 2003. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: Cerm. 288 s. ISBN 80-7204-264-5.

## **8 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru-pacienti

Příloha 2: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru-sestry



## Příloha 1 *Otázky k polostrukturovanému rozhovoru-pacienti*

### Identifikační údaje:

1. Jaký je Váš rodinný stav?
2. Máte děti a případně kolik?
3. Jaké máte rodinné zázemí?

### Zdravotní stav:

1. Jak jste zjistil /a/ že máte onkologické onemocnění?
2. Jaká byla provedena vyšetření?
3. Jak přistupoval partner k Vašemu onemocnění, jaké byly jeho reakce a reakce rodiny?
4. Jak probíhala léčba, které léčebné metody jste absolvoval/a/?
5. Jak jste se cítil /a /z hlediska psychiky a tělesně?
6. Došlo u Vás ke změně zevnějšku a jak Vás tyto změny zasáhl /a/?
7. Stranil /a/ jste se společnosti, cítila se osamělá, nebo jaké měl /a/ pocity?
8. Vnímá /a/ jste nějaké změny v oblasti sexuality? Pokud ano, jaké?
9. Toužil /a/ jste po přítomnosti partnerky/a/? Jak jste tento problém řešil/a/?
10. Vznikla u Vás nějaká sexuální dysfunkce v souvislosti s onkologickým onemocněním a jeho léčbou?
11. Jaké byly reakce Vašeho partnera /y/? Jaké byly i reakce na změnu zevnějšku?
12. Jak vše vidíte po určité době?
13. Máte nějaké problémy a jak je řešíte?

### Edukace pacienta:

1. Ohledně čeho jste byl /a / poučena z hlediska Vaší nemoci a léčby?
2. Byl /a/ jste informován /a/ sestrou ohledně možné sexuální dysfunkce v souvislosti s onkologickým onemocněním a jeho léčbou?
3. Docházelo u Vás k edukaci sestrou v této oblasti a v souvislosti s léčbou?
4. Čeho se edukace týkala?
5. Zajímaly Vás tyto otázky?
6. Nastaly nějaké problémy v oblasti sexuality po absolvování onkologické léčby? Pokud ano, jaké?

7. Měl /a/ jste ostych se na nějaké informace zeptat v souvislosti s problémy v sexuální oblasti?
8. Jaké jste postrádala informace ohledně Vaší léčby? Myslíte si, že jste byl /a/ edukován /a/ dostatečně?

**Zdroj:** Vlastní výzkum, 2019

## Příloha 2 *Otázky k polostrukturovanému rozhovoru-sestry*

1. Kolik je Vám let?
2. Jak dlouhá je Vaše praxe ve zdravotnictví? A na onkologii?
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Jakým způsobem Informujete pacienty o vedlejších účincích onkologické léčby?
5. Provádíte edukaci pacientů o problematice sexuálních dysfunkcí v souvislosti s onkologickým onemocněním?
6. Informujete pacienty o možnosti využití specialistů – sexuolog či psycholog?
7. Jakým způsobem edukaci provádíte? Ústní, specialisté?
8. Pokud k edukaci nedochází, z jakého důvodu?
9. Jaké máte zkušenosti s edukací u pacientů v oblasti sexuality?
10. Jaké si myslíte, že jsou komunikační bariéry při provádění edukace sestrou, či jiné překážky?
11. Zajímají se pacienti o problematiku sexuálních dysfunkcí v důsledku onkologického onemocnění a jeho léčby?
12. Jaké řeší nejčastěji problémy?
13. Máte pocit, že se dokážete v této oblasti orientovat a poradit? Co dokážete poradit?

**Zdroj:** Vlastní výzkum, 2019

## 9 SEZNAM ZKRATEK

AASECT – Americká asociace pedagogů a terapeutů

BRT – brachyterapie

CT – počítačová tomografie

DNA – deoxyribonukleová kyselina

EBRT – zevní radioterapie

FSFI – index ženské sexuální funkce

GIT – gastrointestinální trakt

GIT nádory – nádory v oblasti trávicího traktu

HPV – lidský papilomavirus

JIP – jednotka intenzivní péče

NANDA – klasifikace ošetrovatelských diagnóz

NCCN – Národní onkologická společnost pro rakovinu

ORL – otorinolaryngologie

ORL nádory – nádory v oblasti hlavy a krku

PET – pozitronová emisní tomografie

PLISSIT – model sexuální terapie (Annon, 1976)

RECIST – hodnocení terapie nádorů

SQOL-F – dotazník sexuální kvality života žen

TNM – klasifikace zhoubných novotvarů