

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
FILOZOFICKÁ FAKULTA  
KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ  
ANTROPOLOGIE

**Sexualita a intimita onkologických pacientů**

**Bakalářská práce**

Andragogika

Autor: Jana Navrátilová

Vedoucí práce: Ph.Dr. et. Mgr. Naděžda Špatenková, Ph. D.

Olomouc, 2021

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Sexualita a intimita onkologických pacientů“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne. ....

Podpis .....

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce Ph.Dr. et. Mgr. Naděždě Špatenkové, Ph. D. za odborné vedení, věcné připomínky, pomoc a rady při zpracování této práce.

## Anotace

<b>Jméno a příjmení:</b>	<i>Jana Navrátilová</i>
<b>Katedra:</b>	<i>Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie</i>
<b>Obor studia:</b>	<i>Sociologie – Andragogika</i>
<b>Obor obhajoby práce:</b>	<i>Andragogika</i>
<b>Vedoucí práce:</b>	<i>Ph.Dr. et. Mgr. Naděžda Špatenková, Ph. D.</i>
<b>Rok obhajoby:</b>	<i>2021</i>

<b>Název práce:</b>	Sexualita a intimita onkologických pacientů
<b>Anotace práce:</b>	Bakalářská práce se zaměřuje na dopady onkologického onemocnění na sexualitu a intimitu onkologických pacientů a jejich řešení za pomoci andragogických metod. Analyzuje literaturu týkající se tématu měnící se sexuality a intimity v důsledku rakovinného onemocnění a komunikaci tohoto tématu s lékaři. Poskytuje přehled informací dostupných veřejnosti v odborné literatuře.
<b>Klíčová slova:</b>	sexualita, intimita, onkologie, pacient, lékař
<b>Title of Thesis:</b>	Sexuality and intimacy of oncological patients
<b>Annotation:</b>	The bachelor thesis focuses on the impact of cancer on sexuality and intimacy of cancer patients and their solution using andragogical method. It analyses literature about subject of changing sexuality and intimacy due to cancer and communication of this theme with doctors. It provides an overview of information available to the public in the professional literature.
<b>Keywords:</b>	Sexuality, intimacy, oncology, patient, doctor
<b>Názvy příloh vázaných v práci:</b>	/
<b>Počet literatury a zdrojů:</b>	39
<b>Rozsah práce:</b>	51 s., 80 562 znaků (včetně mezer)

## Obsah

Úvod .....	7
1 Vliv onkologických onemocnění na sexualitu .....	8
2 Fáze onkologického onemocnění a jejich vliv na sexualitu.....	8
3 Vliv protinádorové léčby na sexuální funkce .....	9
4 Psychické faktory ovlivňující sexualitu .....	10
5 Role partnera onkologického pacienta.....	11
5.1 Faktory ovlivňující partnera onkologicky nemocného.....	12
6 Onkologická onemocnění ovlivňující sexualitu.....	12
6.1 Onkologická onemocnění u mužů.....	12
6.1.1 Nádory varlat.....	13
6.1.2 Karcinom penisu .....	13
6.2 Onkologická onemocnění u žen.....	13
6.2.1 Karcinom prsu .....	13
6.2.2 Nádory děložního čípku, dělohy, vaječnicků, vulvy a vagíny.....	14
7 Sexuální dysfunkce vznikající v důsledku onkologického onemocnění.....	14
7.1 Sexuální dysfunkce u mužů .....	14
7.1.1 Erektce a erektilní dysfunkce, Psychogenní erektilní dysfunkce .....	14
7.1.2 Ejakulace a ejakulatorní dysfunkce .....	15
7.1.3 Mužská reprodukce – infertilita.....	15
7.2 Sexuální dysfunkce u žen .....	15
7.2.1 Porucha sexuální apetence.....	15
7.2.2 Porucha vzrušivosti a anorgasmie.....	16
7.2.3 Ztráta sexuální satisfakce .....	16
7.2.4 Dyspareunie a algopareunie.....	16
7.2.5 Vaginismus .....	16
8 Edukační proces ve Zdravotnictví.....	16
8.1 Druhy edukace .....	17
8.2 Fáze edukačního procesu ve zdravotnictví.....	18
8.3 Proces edukace u onkologických pacientů.....	19
8.4 Zásady správné edukace.....	21
8.5 Cíle edukace.....	22

8.6	Lékař v roli vzdělavatele a terapeuta .....	22
9	Intervence .....	23
9.1	Andragogická intervence – psychosociální intervence .....	23
9.1.1	Formy intervence dle způsobu působení .....	24
9.2	Intervence ve zdravotnictví .....	24
10	Komunikace s onkologickým pacientem .....	26
10.1	Typy komunikace .....	28
10.2	Zásady komunikace s pacientem .....	28
10.3	Kritéria úspěšné komunikace .....	29
10.3.1	Faktory ovlivňující úspěšnost komunikace .....	30
11	Výzkumná část .....	30
11.1	Scoping review .....	30
11.2	Metodika .....	31
11.3	Vyhledávací technika .....	31
11.4	Prohledané multidatabáze a databáze .....	31
11.5	Operacionalizace proměnných .....	32
12	Přehled výzkumů: .....	33
12.1	Výsledky přehledu: .....	40
12.1.1	Výsledek studie 1 .....	40
12.1.2	Výsledek studie 2 .....	40
12.1.3	Výsledek studie 3 .....	41
12.1.4	Výsledek studie 4 .....	41
12.1.5	Výsledek studie 5 .....	41
12.1.6	Výsledek studie 6 .....	41
12.1.7	Výsledek studie 7 .....	41
12.1.8	Výsledek studie 8 .....	41
13	Diskuse .....	41
14	Shrnutí .....	43
15	Návrh vzdělávací akce orientované na onkologické pacienty .....	44
	Závěr .....	46
	Seznam použité literatury: .....	48
	Seznam grafů obrázků a tabulek .....	51

## Úvod

Tématem mé bakalářské práce je Sexualita a intimita onkologických pacientů. Nelze pochybovat o tom, že člověk je tvor sexuálně společenský, a sexuální pud nemizí ani při onkologickém onemocnění, potřeba uspokojení intimních potřeb však může být značně oslabena, nebo odsunuta do pozadí. Jak člověka toto onemocnění ovlivňuje nejen po fyzické stránce, ale i v oblasti psychiky, a jaký dopad mají tyto změny právě na jeho sexualitu se pokusím odpovědět na následujících stranách. Tato práce shrnuje dostupné poznatky z oblasti komunikace a edukace ve zdravotnictví, které by nám měly pomoci nahlédnout na pohled pacienta, jejich partnera i odborného lékařského personálu na edukaci v této oblasti.

Sexuální a intimní život pacientů a jejich partnerů je závislý na průběhu onemocnění. Od počátečního stádia spojeného se ztrátou sexuální apetence po úspěšnou léčbu, která neodmyslitelně napomáhá k návratu spokojeného sexuálního a intimního života. Právě proto by nemocnému měly být v průběhu léčby poskytnuty dostatečné informace o možném vzniku bariér, s nimiž se bude muset vypořádat. V českých ordinacích komunikaci na téma sexuality stále není věnována dostatečná pozornost, výsledkem je nedostatečně informovaný a mnohdy nespokojený pacient. Jak kvalitní a naplněný tedy ve skutečnosti je sexuální život pacientů záleží na informovanosti nejen jejich, ale i zdravotnického personálu. Jak tedy pacienta vhodně edukovat? Stručně představím edukační proces ve zdravotnictví, popíši jeho proces, fáze a cíle. Tyto informace poté aplikuji na edukaci onkologických pacientů.

Dále se tato práce bude zaměřovat na komunikaci pacienta a lékařského personálu. Budu se zabývat tím, jak vypadá komunikace ve zdravotnickém prostředí. Jaké typy a postupy je vhodné využívat, k čemu slouží, a jak mezi nimi vybírat. Odpovím na otázku, jak v rámci léčebného procesu vhodně komunikovat, jaké bariéry se mohou objevit a jakých zásad se držet, aby byla komunikace úspěšná.

V praktické části práce poté pomocí metody scoping review provedu analýzu výzkumů zaměřených právě na onkologické pacienty, ať už ve fázi diagnostiky nemoci, v průběhu léčby či po úspěšném dokončení léčby a na vliv, jež má jejich onemocnění na jejich partnerský, sexuální a intimní život. Na základě výsledků výzkumu poté vytvořím návrh vzdělávací akce, jež bude navázán na nalezené nedostatky plynoucí ze studií.

## 1 Vliv onkologických onemocnění na sexualitu

Nelze pochybovat o tom, že onkologická onemocnění představují nejen velké zdravotní, ale také sociální a společenské omezení pro nemocného a jeho blízké. Onemocnění zhoubným nádorem negativně ovlivňuje jak celkovou kvalitu života nemocného, tak i mění se systém hodnot onkologického pacienta. Ovlivňuje například délku života, sociální kontakty, ale i ekonomický status. Vzhledem k dlouhodobému charakteru onemocnění, je jeho zásah do života pacienta nevyhnutelný.

Onkologické onemocnění zastihuje jedince zpravidla nepřipravené. Diagnostikovaný pacient se cítí bezmocně, v ohrožení, má strach z vyšetření, obává se důsledků léčby a s ní spojené bolesti, ztráty důstojnosti, inkontinence, ztráty intimity i závislosti na druhých při uspokojování intimních potřeb. Trpí strachem ze smrti, mnohdy se objevuje zoufalství a beznaděj, která je vážným prediktivním faktorem suicidálního jednání spojeného nejen s depresemi. Nádor a důsledky léčby mění sexuální funkce, snižují či naprosto odstraňují potěšení ze sexu, mohou narušovat rovnováhu ve vztahu a tím i odstraňují pocit bezpečí plynoucí z partnerského života. Je porušeno vnímání „sebe sama“, objevují se problémy s vlastní body image. Nádor a jeho léčba ovlivňuje vnímání vlastní erotické atraktivity. Toto vnímání může být prohloubeno, pokud má nemocný jizvy, popáleniny, alopecii, ubyl nebo naopak přibyl na váze, nebo podstoupil amputaci např. penisu či rekta. Nemocní mají různě rozvinuté schopnosti copingových strategií, mezi jedinci mohou být markantní rozdíly. (Šrámková, 2013, s. 109-111)

Proto je zásah ze strany zdravotnického personálu nezbytný.

## 2 Fáze onkologického onemocnění a jejich vliv na sexualitu

Nádorová onemocnění je bohužel stále vnímána jako smrtelná, především kvůli jejich chronickému průběhu, vzhledem k tomu bývá šokem již samotné stanovení diagnózy. Je však důležité si uvědomit, že nádorové bujení již není beznadějně, jako bývalo ještě před dvaceti nebo třiceti lety, ale existuje mnoho způsobů, jak pacienty léčit. S nástupem nových medikací a zdokonalenými postupy léčby stále roste počet těch, kteří se dočkají úplného zotavení, zvláště pokud dojde k časně diagnostice. (Vorlíček)

První problémy spojené s intimitou pacienta se mohou objevit již v období diagnostiky nádorového onemocnění. Zmiňované období je pro pacienta fyzicky i psychicky nesmírně náročné, a tento proces může být



poměrně zdlouhavý. Především v tomto období je psychická podpora partnera je velmi důležitá. Nemocného provázejí emoce strachu, úzkosti a nejistoty, a v důsledku toho může, a velmi často klesá právě sexuální apetence a frekvence sexuálních styků, sex jako takový, a jeho důležitost v žebříčku hodnot člověka klesají a ustupují do pozadí. Podporu nemocného v tomto období může partner vyjádřit pomocí citové blízkosti, tzn. pohlazením, objetím, slovní podporou, ale také nekoitální či koitální sexuální aktivitou. (Šrámková, 2013, s.109)

V období prvotní adaptace na onkologické onemocnění prochází pacient zpravidla pěti stadií dlouhodobého procesu popsáním Kübler-Rossovou, kdy fáze kurativní zahrnuje operační léčbu, chemoterapii, radioterapii či biologickou léčbu nebo chemoterapie či radioterapie operaci předchází. V období protinádorové léčby se až u 60 % pacientů objeví příznaky deprese. Kurativní fázi provází únava, nechutenství, zažívací obtíže, mnohdy i úbytek na váze a bolesti. (Šrámková,2013, s. 105-106)

Ze sexuologického hlediska je období onkologické léčby charakterizováno u většiny nemocných výrazným snížením nebo úplnou ztrátou sexuální apetence. Nemocný však nadále ocení partnerovu blízkost a podporu. Přeje si nebýt sám v těžkých chvílích. V období po ukončení nádorové léčby, ve fázi rekonvalescence, zpravidla dochází nejen k postupnému nabývání sil, snížení únavy ale i zlepšení nálady. Narůstá zájem o práci i opětovnou socializaci, většina pacientů popisuje i návrat sexuální apetence. (Vorlíčková & Kocourková,2006, s. 5-9) V tomto období nemocní, kteří trpí sexuální dysfunkcí v souvislosti s daným typem nádoru nejčastěji vyhledávají pomoc sexuologa, a obrací se na něj se žádostí o pomoc v oblasti sexuality a intimity. Nejčastěji se v souvislosti s onkologickým onemocněním objevuje ztráta sexuální apetence, dále ztráta pohlavní role (amputace penisu, pochvy), poruchy vzrušivosti (erekce, lubrikace), či porucha orgasmu/ejakulace. Někteří pacienti se setkávají s bolestmi při sexuálním styku po operativních zákrocích. Nejpalčivějším problémem však pro pacienty stále zůstávají poruchy plodnosti, které jsou u určitých typů nádorového onemocnění nevyhnutelné.

### 3 Vliv protinádorové léčby na sexuální funkce

Je nezpochybnitelné, že chemoterapie i hormonální léčba snižují sexuální apetenci a výrazný vliv mají i další faktory, kterými je např. únava či vznik problémů s body image a problémy s vnímáním vlastní sexuality. Dále může dojít k poruchám v oblasti erekтивности a lubrikace, které negativně ovlivňuje chirurgická léčba společně s radioterapií. Ta může mít vliv

například i na změny anatomických poměrů (např. úzká a mělká pochva), může dojít ke vzniku pooperačních jizev, popřípadě k poškození nervových a cévních struktur. (Linkos, Nežádoucí účinky chemoterapie)

Orgasmus a ejakulaci negativně ovlivňuje i chirurgická léčba spolu s farmakoterapií. Erotogenní zóny mohou být poškozeny již zmíněným zjizvením po chirurgických operacích a po radioterapii. Dyspareunie a bolestivá erekce, které se objevují jako důsledek chirurgické léčby a radioterapie, sekundárně vedou k problémům s erekcí (lubrikací) i s dosažením orgasmu. Některé poruchy mohou být reverzibilní a mohou vymizet po týdnech až měsících po dokončení léčby, jiné vedou k nutné trvalé úpravě sexuálního života pacienta. Poškození gonád stejně jako mutagenní účinek je typické pro alkylační cytostatika (látky využívané k léčbě nádorových onemocnění) v závislosti na jejich dávce. (Šrámková, 2013, s. 128-129)

#### 4 Psychické faktory ovlivňující sexualitu

Sexualita a sexuální život pacienta nejsou ovlivněny pouze fyzickými faktory, silnou roli zde hraje i narušená psychika pacienta. Nádory, jejichž důsledky jsou handicapující poškození vedoucí ke změnám vzhledu, což následně vede ke změně vnímání vlastního těla. Tyto problémy s body image vedou ke sníženému sebevědomí a sebehodnocení pacienta. Dochází k poklesům v oblasti sebedůvěry, nemocný se obává ztráty sexuálního partnera, popřípadě nastává ostych sexuální vztah navázat. Pacienti mohou mít pocit, že jejich tělo ztratilo sexuální přitažlivost a následně trpí studem při svlékání. Obávají se i lítosti partnera. Změna vzhledu má několik faktorů, například může dojít k výrazným úbytkům na váze při zhoubném onemocnění. Velké procento pacientů se setkává s alopecíí po chemoterapii, a dále u nemocných léčených kortikosteroidy se projevuje tzv. „Cushingoidní habit“ (měsícovitý obličej). (Šrámková, 2015, s.127)

Ke změnám dochází i v důsledku operačních výkonů – amputacím či vzniku jizev po opakovaných operačních výkonech. Dále na psychiku onkologicky nemocného negativně působí:

Vnitřní faktory	Vnější faktory
únava/chronická únava, bolest, fyzické omezení	sociální izolace, nedostatečná komunikace a edukace ošetřujícím personálem, vážnoucí komunikace

	s partnerem
ztráta fyzické schopnosti a nemožnost upravit svůj zevnějšek (vlasy, obličej, oblečení...)	změna vzhledu a následná ztráta sebevědomí, atraktivity a sebehodnocení, stud
deprese, úzkost, zármutek	symptomy snižující důstojnost, zápach či užívání léků.

*1 Faktory ovlivňující onkologického pacienta*

Pacient se soustřeďuje na svůj tělesný handicap. Sexualita, tělesný vzhled a psychický stav jsou velmi úzce spjaty. Nejvíce pocítí změnu tělesného vzhledu jako handicap nemocní, kteří si před onemocněním na svém vzhledu velmi zakládali, dále ti, kteří postrádají podporu partnera či měli problematický partnerský vztah již před onemocněním, pacienti, jež jsou v době stanovení diagnózy svobodní, a ti, kteří mají v anamnéze psychické onemocnění. Se změnou vnímání tělesného schématu se potýkají nejčastěji nemocní s kolorektálním karcinomem a s nádory prsu. K méně častým, avšak mutilujícím nádorům, jež vedou ke změně vnímání tělesného schématu patří nádory penisu muže a vulvy a vaginy ženy. (Weiss, s. 401-408)

## 5 Role partnera onkologického pacienta

Pokud partnerské soužití funguje zdravě a přirozeně, oba jedinci jsou sexuálně a emočně vyzrálí, tak je poskytnutí citové a morální podpory onkologicky nemocnému naprosto přirozené a samozřejmé. Setkáváme se však s partnery nemocných, kteří pociťují stud, pocity viny, strach, ale i ostych, mají-li komunikovat se svým partnerem o sexu. Mají strach obnovit sexuální život. Nezřídka se stává, že trpí pocity odcizení, štítivosti či odporu. Že podpora partnera představuje důležitou a nezastupitelnou roli se snažili Šrámková T., Hořice K., Dobiášová a Z. Vorlíček J. vystihnout v edukačním DVD určeném onkologicky nemocným (Šrámková T. & Hořice K. & Dobiášová Z. & Vorlíček J., et al.: Jistoty. Jak kvalitu člověka s onkologickým onemocněním dokáže ovlivňovat úroveň partnerského vztahu a komunikace lékaře s nemocným a jeho rodinou. (Edukační DVD. Praha: MZ ČR, Odbor zdravotnických služeb 2010).

Pokud se partner pacienta aktivně zapojuje do pomoci léčbě pacienta, je vhodná nabídnout možnosti vhodné edukace i jemu. V pokročilých stádiích nemoci se může role partnera měnit v roli pečovatele, na kterou by

měl být předem připraven. Nemoc pacienta se aktivně dotýká i života jejich partnera.

### **Faktory ovlivňující partnera onkologicky nemocného**

Je třeba si uvědomit, že pro rodinu a blízké v podstatě platí totéž jako pro pacienta samotného. Po sdělení diagnózy partnera z pravidla, nastupuje fáze šoku. I když ke sdělení diagnózy dojde až ve chvíli, kdy se partner aktivně léčí, a on sám může být v tomto bodě s diagnózou vyrovnaný, mění se spolu se sdělením diagnózy role, které nemocný doposud zastupoval, a to je pro partnera velký otřes. Tato změna rolí zasahuje celé jeho okolí, jeho blízké a rodinu, zejména partnera. Je však důležité zmínit, že partner se informace dozvídá později, tudíž na ně později reaguje. Tudíž je už pacient například již ve fázi léčby onemocnění, u partnera může stále probíhat fáze šoku se kterou je třeba se vyrovnat. V danou chvíli se mohou pocity pacienta a jeho partnera míjet.

Partner si stejně jako rodina a blízcí si prochází stejnými obdobími jako nemocný. Potřeby partnera se však mohou výrazně lišit. To může v počátcích způsobit řadu problémů v partnerském a rodinném soužití s onkologicky nemocným. V tomto bodě je důležité soustředit na se na léčebný proces nemocného, který by mohl být neshodami ve vztahu komplikován. I když partner na jedné straně prožívá strach, obavy a nejistotu. Může trpět frustrací z nastalé situace a mnohdy i cítit vinu či vztek. Na straně druhé cítí povinnost, být nemocnému partnerovi oporou a být shovívaví. Proto je důležité, odbornou pomoc a edukaci nabídnou jak pacientům, tak i jejich partnerům.

## **6 Onkologická onemocnění ovlivňující sexualitu**

### **Onkologická onemocnění u mužů**

Nejčastější nádorová onemocnění u mužů jsou nádory prostaty, kolorektálním karcinom, nádory plic a kožními nádory. Z těchto nejčastěji se vyskytujících nádorů mají velký vliv na sexualitu kolorektální karcinom a karcinom prostaty které vedou k celé řadě sexuálních dysfunkcí. Nádory varlat se u mužů vyskytují poměrně často a postihují hlavně muže ve fertilním věku. Nádory pohlavních orgánů spolu s chemoterapií a radioterapií negativně ovlivňují nejen fertilitu, ale i schopnost realizace koitální aktivity. Další typy nádorových onemocnění negativně ovlivňují sexualitu nemocného komplexní onkologickou léčbou (radioterapie, chemoterapie, operace). (Šrámková,2013, s. 107)

### 6.1.1 Nádory varlat

Nádory varlat tvoří asi 1 % všech mužských nádorů a 6 % urogenitálních nádorů. Postihují všechny věkové kategorie, nejčastěji však mladé muže ve věku 20–35 let. V tomto věku představují nádory varlat nejčastěji se vyskytující zhoubné onemocnění. U nekorigovaného kryptorchizmu dochází k rozvoji testikulárního nádoru ve 12–33 % také u sestouplého varlete. (zdroj NOR, ÚZIS ČR, Šrámková, 2013., s. 121).

Nejrozšířenějším typem karcinomu varlat je seminom. K nádorům neseminového typu patří embryonální karcinom a teratokarcinom. (Šrámková 2015, s. 122)

### 6.1.2 Karcinom penisu

Karcinom penisu se v populaci vyskytuje zřídka, tvoří asi 2 % všech nádorů urogenitálního systému a 0,5–1 % všech nádorů u mužů. Ojedinele se objevuje u Židů a muslimů v důsledku provedené rituální obřízky v dětství. (Šrámková, 2015, s. 124)

Vyskytuje se spíše u starších mužů, ale výjimkou není ani u těch mladších. Spinocelulární karcinom (nádor ve středí vrstvě kůže, náchylný k metastázi) představuje 90 až 95 % všech nádorů penisu. Do penisu mohou metastazovat zhoubné nádory z ledvin, prostaty či močového měchýře. Až ve 48 % je tento typ nádoru lokalizován přímo na penisu, ve 21 % na předkožce. (Linkos, O rakovině penisu, prevence)

## Onkologická onemocnění u žen

U žen se řadí k nejvíce rozšířeným nádorům zhoubné onemocnění prsu, endometria, kolorektální karcinom a kožní nádory. Z těchto nádorů sexualitu přímo ovlivňuje kolorektální karcinom, karcinom prsu a endometria. Onkologická léčba bývá provázená nejen masivní únavou nemocného, která může vést ke sníženému zájmu o sex, dále pak 40–60 % onkologicky nemocných trpí anxiózně-depresivní poruchou, která je typická právě snížením až ztrátou sexuální apetence. (Šrámková, 2015, s. 125)

### 6.2.1 Karcinom prsu

Ženský prs bývá považován za symbol ženské sexuální identity. Plní funkci mateřskou (výživnou), kosmetickou (estetickou) a v neposlední řadě sexuální (erotickou a smyslovou). Situace po diagnostice nádoru prsu bývá silně emocionálně náročným obdobím pro ženu. U pokročilých a rozsáhlých nádorů je třeba provést mastektomii (chirurgický zákrok, při kterém se odstraňuje celá mléčná žláza, až na výjimky i s prsním dvorcem a bradavkou) a lymfadenektomii (vynětí lymfatických uzlin). Mastektomii

žena vnímá jako mutilující zákrok z hlediska tělesného i duševního, necítí se žensky a sexuálně atraktivní. (Linkos, O nádorech prsu)

### 6.2.2 Nádory děložního čípku, dělohy, vaječníků, vulvy a vagíny

Nádory endometria (děložní sliznice) trpí převážně ženy starší. Řada žen, které prodělaly hysterektomii (odstranění dělohy), trpí pocitem ztráty ženské role. Sexuální dysfunkce mohou zahrnovat ztrátu sexuální chuti, poruchy vzrušivosti či absenci orgasmu a ztrátu sexuální satisfakce. (Šrámková, 2013, s. 131)

Dále pak nádory děložního čípku, které naopak postihují častěji mladé ženy, u kterých je v etiologii potvrzen lidský papilomavirus (vir způsobující rakovinou tvorné bujení), HPV 16 a 18. Zcela nezbytné je vést ženy k pravidelným ročním preventivním gynekologickým prohlídkám, které mohou odhalit již předrakovinové stadium. Léčba nádoru zachyceného včas je vždy šetrnější. (Šrámková, 2015, s. 126)

Poté nádory vaječníků a ovariectomie (vyoperování části, či celého vaječniku). Nádory vaječníků jsou druhým nejčastějším typem nádorů ženských pohlavních orgánů po karcinomu těla a hrdla děložního. Jejich léčba je náročná pro pozdní diagnostiku, první varovné známky bývají většinou až pozdní příznaky. (Šrámková, 2015, s. 126)

V neposlední řadě nádory vulvy a vagíny. Nádory vulvy a vagíny postihují většinou ženy starší než 50 let. Léčba bývá operační s doprovodnou radioterapií. Operační řešení nádorů vulvy a vagíny je pro ženu mutilujícím zákrokem. Ze sexuologického hlediska ztratí pochva po operaci kopulační funkci, dochází ke ztrátě pohlavní funkce. U nádorů vulvy, které jsou menšího rozsahu, nemusí být koitální funkce výrazněji narušena. Není-li narušena receptivní funkce pochvy, může pár začít po konzultaci s ošetřujícím lékařem realizovat šetrnou koitální aktivitu. (Šrámková, 2015, s. 127)

## 7 Sexuální dysfunkce vznikající v důsledku onkologického onemocnění.

### Sexuální dysfunkce u mužů

#### 7.1.1 Erektce a erektilní disfunkce, Psychogenní erektilní dysfunkce

Poruchy erekce (selhání genitální odpovědi) jsou jedna z nejčastějším sexuálním dysfunkcím. S tímto problémem se aspoň jednou v životě setká většina mužů. (Breza, s. 270) Ojedinělá a situační selhání nelze označit za sexuální dysfunkci. Porucha erekce může být izolovaná a všechny ostatní

sexuální funkce mohou být naprosto v pořádku. Tato izolovaná porucha je u mužů s poruchami erektility zastoupena asi v jedné čtvrtině. Ve většině případů jde o kombinaci s jinou sexuální poruchou – sníženou apetencí, ejaculatio praecox (předčasná ejakulace), dyspareunií či bolestivou ejakulací. Vždy je třeba rozlišit jedná-li se o poruchu erekce kompletní či nekompletní. (Mendenhall W. M., Henderson R. H., Indelicato D. J., Keole S. R., Mendenhall N. P. s. 443-447)

Při kompletní poruše chybí erekce spontánní, noční, ranní a masturbační. Neúplné poruchy jsou v klinické praxi výrazně častější. U kompletní poruchy je organická příčina přítomna vždy, nekompletní dysfunkce jsou multifaktoriální povahy. Mohou se u nich mísit vlivy biologické, psychologické, partnerské a sociální, nebo i vliv emocí jako především deprese, úzkost či strach ze selhání. (Kratochvíl, 2008, kap. 2)

### 7.1.2 Ejakulace a ejakulatorní dysfunkce

Ejaculatio praecox: Dysfunkce předčasné ejakulace je plně vyjádřena, když k překotné ejakulaci dochází i při častých a opakovaných pohlavních stycích. Některé neurofyziologické studie ukazují, že pacienti s touto problematikou mají skutečně objektivně dokazatelně rychlejší reakce a vedení vzruchů periferními nervy. Dle MKN – 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) je orientační časový limit do 15 sekund po začátku soulože, jiní autoři uvádějí časový limit mezi 1–2 minutami. (Kratochvíl, 2008, kap. 3)

### 7.1.3 Mužská reprodukce – infertilita

Infertilita je závažným problémem nejen biologickým, ale i společenským a sociálním. „Infertilita je neschopnost sexuálně aktivního páru, který nepoužívá kontracepci, dosáhnout otěhotnění do jednoho roku“ (WHO 1995). Signifikantní pokles fertility je pozorován při podílu spermií s poškozenou integritou chromatinu 27 % a více (ve smyslu přítomnosti zlomů DNA). (Šrámková, 2013, s. 44)

## Sexuální dysfunkce u žen

### 7.2.1 Porucha sexuální apetence

Nízká sexuální apetence je porucha, která se vyskytuje jen vzácně izolovaně a jen vzácně jde o poruchu primárního charakteru. Nejčastěji se vyskytuje jako sekundární porucha, a to v souvislosti s různými duševními a tělesnými potížemi. Často je stav vyvolán exhauscí ženy v důsledku léčby, která je mentálně i fyzicky vyčerpávající. Dysfunkce je vyjádřena, pokud je nízká sexuální touha pro ženu zdrojem potíží v osobním nebo partnerském životě. (Weiss, 2010, s. 346)

### 7.2.2 Porucha vzrušivosti a anorgasmie

Nedostatek prožitku ze sexuality neboli frigidita je častá dysfunkce, vyskytující se u žen všech věkových kategorií. Může mít povahu primární dysfunkce i povahu dysfunkce sekundární (a selektivní). Jde o absenci základní sexuální emoce, pohlavního vzrušení. (Kratochvíl, 2008 kap. 6)

Dysfunkční orgasmus: orgasmus ženy je mnohem zranitelnější různými situačními a zevními vlivy, žena je ve své sexualitě náročnější na partnera (Potíže s dosažením orgasmu, stejně jako anorgasmii, není proto možné vždy označit za sexuální dysfunkci.) Anorgasmie tedy představuje absenci emoce centrálního pocitového vyvrcholení s periferním korelátém, kterým jsou stahy svalového dna pánevního při adekvátní úrovni sexuálního vzrušení. (Kratochvíl, 2008, kap. 6)

### 7.2.3 Ztráta sexuální satisfakce

Poruchy satisfakce (nedostatečné prožívání sexuální slasti): ani uspokojivý průběh sexuálního vzrušení s dosažením orgasmu nemusí znamenat úplnou spokojenost se sexuálním životem. Sám orgasmus může být někdy zdrojem velice negativních pocitů. (Šrámková, 2015, s. 54)

### 7.2.4 Dyspareunie a algopareunie

U dyspareunie, algopareunie jde o stavy koitálního diskomfortu, kdy frikční pohyby penisu vyvolávají nepříjemné pocity (dyspareunie) až bolest (algopareunie). Tyto dysfunkce mohou být čistě funkční povahy, odvozené od nízké sexuální vzrušivosti nebo vaginizmu. Sekundární dyspareunie a algopareunie u žen v menopauze mohou být způsobeny nedostatkem endogenních estrogenů. V tomto případě má příznivý efekt substituční hormonální terapie. (Weiss, 2010, s. 345)

### 7.2.5 Vaginismus

Vaginismus je charakterizován mimovolnými stahy svalstva introitu poševního, takže nelze provést imisi penisu. Ke stahům pochvy se přidávají obranné reakce při pokusu o dilataci a neochota až odpor ke každému doteku genitálu. (Kratochvíl, 2008, kap. 7)

## 8 Edukační proces ve Zdravotnictví

Realizace edukačního procesu ve zdravotnických zařízeních je specifická a měla by být vždy pevnou součástí léčebného procesu jež je v souladu se systémem a metodami péče v konkrétních zdravotnických zařízeních. Dle Juřeníkové bývá edukace dělena na pět fází, a to fázi počáteční pedagogické diagnostiky, dále fázi projektování, realizace, upevnění a prohlubování učiva, a finální fázi zpětné vazby. U edukace ve zdravotnictví se dle



Magurové a Majerníkové jedná o fázi posuzování neboli anamnézy, fázi edukační diagnózy, fázi plánování průběhu edukace, fázi realizace plánované edukační akce a finální fázi zhodnocení. Uvedené fáze by měly být zahrnuty všechny, a měly by být propojeny nejen mezi sebou, ale i s probíhajícími fázemi ošetrovatelského procesu.

Dále je možné edukační proces dělit dle počtu účastníků vzdělávání, a to dle formy edukace. Po formální stránce se edukace provádí dvěma základními způsoby, a to buď individuálně nebo skupinově. (Hradecká)

*Individuální edukace* má jednu zásadní výhodu oproti edukaci skupinové a to, že je pro ošetřujícího lékaře možné navození velice úzké spolupráce s nemocným, možnost plně individualizovat plán edukace a přizpůsobit se potřebám pacienta, stejně jako jeho okamžitě reagovat na aktuální situaci nemocného, a změny jeho stavu v průběhu onemocnění. Na druhé straně nevýhodou individuální edukace je vysoká časová náročnost a ani navázané ekonomické výdaje. (Němcová & Hlinková, kap. 1.2)

*Skupinová edukace* proto vyžaduje od edukátora markantně odlišný přístup a přípravu oproti individuálně prováděné edukaci. Je nutné umět řídit diskusi, srovnávat individuální rozdíly ve schopnostech účastníků vzdělávání chápat a učit se a co možná nejlépe se přizpůsobit jednotlivým členům skupiny a podporovat skupinovou aktivitu všech přítomných. Nevýhodou skupinové edukace, kterou nikdy nebude možné plně odstranit je nemožnost individualizovaného přístupu, jak už samotné dělení napovídá. Je proto nutné tento faktor zvážit při volbě postupu edukace u jednotlivých pacientů. Posoudit nejen závažnost jejich situace a citlivost tématu, ale i jejich intelektuální predispozice a schopnost fungování ve skupině. Pod edukaci skupinovou lze zahrnout i tzv. edukaci hromadnou, kdy všichni účastníci získávají stejné informace a je nejčastěji realizována formou semináře či přednášky za poměrně nízké aktivity účastníků. (Němcová & Hlinková, kap. 1.2)

Cílem edukace je v ideálním případě předcházet poškození zdraví, případně zdraví udržovat a navracet. V případě nevyléčitelně nemocných pacientů či handicapovaných zkvalitnit jejich dosavadní život i přes nově získané překážky a restrikce. Z tohoto pohledu lze edukaci rozdělit na primární, sekundární a terciární. (Juřeníková, 27-31)

### ■ Druhy edukace

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, edukaci lze dle jejího cíle a zaměření rozdělit na 3 druhy.

Cílovou skupinou *primární edukace* je skupina zdravých lidí, jejím hlavním cílem tudíž je především předcházet vzniku zdravotních problémů, ale snaží se také pozitivně zlepšovat zdravotní stav jedince či skupin účastnících se edukace. *Sekundární edukace* se zaměřuje na nemocné jedince či

skupinu a jejím úkolem je tyto klienty dukovat ohledně toho, jakým způsobem je vhodné a žádoucí nemoci čelit a jak se s ní vyrovnat, dále se snaží zabránit vzniku případných možných komplikací spojených s nedostatkem informací, či špatnou léčí a směřují k obnově zdraví. Třetím druhem edukace je *edukace terciální*, která je zaměřena na jedince s trvalými a nezvratnými změnami jejich zdravotního stavu, cílem je tudíž co možná nejvíce zkvalitnit jejich život s ohledem na nutná omezení. (Juřeníková, 2010, s. 34-37).

#### Fáze edukačního procesu ve zdravotnictví

Edukační proces ve zdravotnictví lze rozdělit na 5 fází. Dle publikace Magurové a Majerníkové (kap. 4, 4.2) tedy na:

Posuzování neboli anamnéza. Fáze kdy ošetřující lékař zajišťuje sběr dat a informací o nemocném, dále analyzuje klientovu schopnost a ochotu učit se, posuzuje potřebu klienta získat nebo rozšířit si vědomosti, dovednosti a návyky, které by mohly být v době nemoci prospěšné.

Další fází je stanovení edukační diagnózy, kdy lékař identifikuje skutečné problémy klienta, sestra přesně specifikuje jeho dosavadní vědomosti, dovednosti a návyky, je nutné zjistit které informace klient nemá a mít by měl, což je zásadní pro efektivitu edukačního procesu.

Následuje Plánování průběhu edukace, sestra stanovuje priority edukace, zvolí metody, které budou použity, vybírá obsah a v návaznosti na něj plánuje učivo, které je nutno zahrnout s ohledem na pedagogické principy a zásady výchovy (princip cílevědomosti, soustavnosti, aktivity, názornosti, uvědomělosti, trvalosti, přiměřenosti, emocionálnosti, všestranného výchovného zaměření), dále stanovuje cíle edukace v oblasti kognitivní, psychomotorické a oblasti afektivní, kterým se budu blíže věnovat v kapitole věnující se cílům edukace.

Poté přichází řada na samotnou Realizaci plánované edukační akce, probíhat by měla t tak, abychom dosáhli žádoucího výsledku shodujícího se s vytyčeným cílem (je nutné přihlídnout k věkové specifikaci/individuálním zvláštnostem pacienta)

Opomenuta by neměla být finální fáze Zhodnocení, ta nám poskytuje informaci, zda bylo dosaženo stanovených cílů edukace, zda si klient osvojil žádoucí vědomosti, popř. dovednosti. Výsledkem je zhodnocení efektivnosti edukačního plánu a zápis o úspěšné/neúspěšné edukaci pacienta

## Proces edukace u onkologických pacientů

Jak lze tedy tento proces aplikovat na problematiku onkologických pacientů. Edukace onkologických pacientů má bezesporu svá specifika, na které musí být ošetřující lékař připraven. Pacient potýkající se s touto nemocí bývá zpravidla negativně ovlivněn hned v několika sférách svého života.

Co se procesu posuzování týče, pacient trpící nádorovým onemocněním bývá často na sdělení diagnózy předem nepřipravený. Onemocnění nemusí být v počátcích provázeno silnými příznaky identifikujícími přítomnost vážné nemoci. Je proto nutné přihlídnout k pacientově anamnéze při identifikaci edukačních potřeb. Pacientovi informaci, co se průběhu léčby, případných komplikací, nebo i celoživotních dopadů onemocnění na jeho život mohou být značně omezené či zkrácené.

Ve fázi stanovení edukační diagnózy, je nutná přesná specifikace současných informací pacienta. Sestra by měla získat přehled nejen o informacích jimiž pacient disponuje v danou chvíli, ale i o mezerách, které je nutné procesem vzdělání doplnit. Dále je velmi důležité odhalit i případné dezinformace, jež pacient považuje za správné, ty by měly být procesem edukace odstraněny, pokud k jejich odhalení nedojde, mohly by nesprávné postupy či informace narušit průběh léčby, či mít drastický dopad na psychiku klienta. Je nutné potlačit tendenci pacientů uchýlovat se ke strachu, lítosti nebo časté ztrátě naděje na znovu nabití zdraví. Pacienta je nutné v této fázi motivovat a přimět ke včasné spolupráci a přístupu k edukaci, které pacientovi pomohou zvládnout léčbu. V této fázi pacienti a jejich okolí často vyhledávají a vyžadují edukaci v oblastech redukce fyzických/tělesných změn, rozsahu nemoci a případných dopadech, léčbě a možných vedlejších účincích, a velmi často i informace týkající se pravděpodobnosti či rozsahu jejich vyléčení. Často kladené jsou ovšem i otázky zdravého životního stylu spojeného s vhodnou výživou a možností zachování aktivního života během nemoci při narůstající únavě organismu.

Dosáhneme-li kompletního obrazu o pacientu, jeho onemocnění a požadavcích na edukaci jež na tento rozbor navazují, můžeme se přesunout k plánování edukační akce a samotnému průběhu edukace. Již během diagnostiky by měl lékař spolu s pacientem určit vhodnou formu edukace, zda je vhodná individuální konzultace s odborníkem či je vhodnější skupinová terapie, například ve formě podpůrné skupiny. Není neobvyklé, že lékař doporučí kombinaci obou, odborník poskytuje ryze profesionální rady (např. sexuolog, urolog, nutriční poradce, případně odborný lékař zabývající se oblastí zasaženou nádorovým onemocněním) pro zvládnutí

situace a podpůrná skupina emocionální podporu a zázemí pro sdílení podobných zkušeností a získávání informací z praxe, které pacientu dodávají naději v uzdravení. Lékař na základě vypracované edukační diagnózy může doporučit edukační programy či semináře jež mohou zodpovědět pacientovi dotazy, pokud je sám na dané téma odborníkem, může poradenství pacientu poskytnout přímo ošetřující lékař. Zde je ochota pacienta zapojit se do procesu léčby rozhodující, je nutné, aby si uvědomil, že je nutnou součástí léčebného procesu a self-edukace je nedílnou součástí léčby.

Rozhodne-li se pacient zúčastnit dané plánované edukační akce, ať už se jedná o individuální formu či seminář, měla by daná akce směřovat k naplnění cílů určených ve fázi stanovení edukační diagnózy. Ostýchá-li se pacient, postupujeme nenásilně a postupně, například nabídkou edukačních letáčků či doporučením publikace. Pacient by měl získat nové informace a dovednosti, měly by být zopakovány i informace jež pacient měl již vstupu do problematiky, a je-li to nutné, měly by být prohloubeny. Mýty a dezinformace, jež pacient má by měly být vysvětleny a vyvráceny a měly by být nahrazeny správnou interpretací dané problematiky. Při plánování edukační akce by měl být předem vymezen prostor pro doplňující otázky, které vyvstaly v průběhu edukační činnosti a nebyly v původním plánu zahrnuty. Nejsou-li tyto dotazy zodpovězeny, pacient získává nové vzdělávací potřeby, které je nutné pokrýt edukační akcí, pokud k tomu nedojde, může dojít k frustraci ze strany pacienta a neochotě k dalšímu vzdělávání. To samé platí i pro srozumitelnost informací předávaných pacientům, nepochopení by mohlo pacienty od edukace odradit. Kvalitní vzdělavatel by měl být schopen tyto specifika pokrýt a pacientům vyhovět.

Následující krok, a tedy finální fáze zhodnocení by neměla být opomíjena ani podceňována. Vyslechnout si zpětnou vazbu pacienta je důležité z hlediska poskytnutí dalších možností poradenství. V ideálním případě byly pokryty pacientovi vzdělávací potřeby a je plně informován. Často se ovšem stává že vyvstaly nové otázky v návaznosti na edukační činnost, či s postupem onemocnění a léčby, je proto nutné, aby lékař tento stav průběžně monitoroval, a poradenskou a edukační činnost pacientu i nadále nabízel.

Jak jsem již zmiňovala, proces edukace by v ideálním případě měl pacienta provázet po celou dobu onemocnění od diagnostiky až po ukončení léčby, u onkologických pacientů není výjimkou, že pomoc podpůrných skupin využívají i po dokončení léčby, které jim pomáhají vyrovnat se s případnými důsledky nemoci. Vzhledem k recidivitě onemocnění, je

vhodná i pravidelná konzultace s odborníky a poskytnutí poradenství o možnosti případného návratu nemoci.

### Zásady správné edukace

Jelikož vzdělavatelem ve zdravotnictví se může stát nejen speciálně edukovaná osoba s potřebnými znalostmi jak ze sféry zdravotnické, tak ze sféry vzdělávání. Je nutné si osvojit základní principy správné a efektivní edukace, jelikož do role vzdělavatele se ve sféře zdravotnictví často staví i lékař, či zdravotní sestra.

Jedním ze základních pravidel úspěšné a kvalitní edukace, je schopnost vzdělavatele, vzdělávaného, v tomto případě pacienta motivovat. U závažně nemocných pacientů je neodmyslitelnou složkou motivace kromě pacientovi motivace vnitřní i motivace vnější. V náročné životní situaci, obzvláště je-li dlouhodobá, bývá vnitřní motivace pacienta na ústupu, zde je nutný zásah vnějšku, ať už ze strany nejbližšího okolí, tak i ze strany lékaře.

Schopný vzdělavatel by měl být schopen předávané informace rozdělit tak, aby postupoval systematicky od podstatných informací k podružným, od celku k detailu, a v neposlední řadě od jednoduchého ke složitému. Je nutné, aby byl lékař schopen uzpůsobit svůj jazyk vyjadřování úrovní pacienta, a co možná nejlépe, mu danou situaci popsal a vysvětlil. Proto je důležité být připraven na individuální případy a situace jež mohou nastat a nelze aplikovat univerzální interpretaci pro všechny pacienty.

Pro udržení motivace pacienta je vhodné stanovovat konkrétní stanoviska a cíle, jichž se pacient schopen v dohledné době dosáhnout, nejasné predikace do budoucna bývají pro pacienta frustrující.

Na nově nabitých schopnostech a vědomostech pacienta je potřeba i nadále pracovat a pravidelně je opakovat a kontrolovat jejich progres. Pokud je odhalena skulina v informovanosti pacienta, měla by být doplněna co nejrychleji ošetřujícím lékařem, nebo by měl být pacient odkázán na pomoc příslušného odborníka.

Ač to může být pro lékaře náročné, edukace pacienta by neměla sklouznout k pouhému monologu, či odborné konverzaci se zdravotní sestrou. Pacient by se měl cítit angažovaný v průběhu celého procesu léčby.

Informace jsem čerpala z evropského projektu Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče. (Ošetřovatelství – Výuka – Edukace. Object moved [online]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>)

## Cíle edukace

Cíle edukace lze definovat jako předpokládané, očekávané změny v chování klientů, na které pomocí edukace působíme. Čím přesněji jsou cíle formulované, tím efektivněji lze edukační proces plánovat, lékař může pacienta lépe motivovat a přesněji řídit učební činnost.

Konkrétní stanovení cílů umožňuje objektivní kontrolu nad výsledky edukační činnosti a usnadňuje případnou operativní diagnostiku změn ve struktuře dovedností, vědomostí, návyků, postojů a názorů edukovaného pacienta.

Stanovení cílů je nutné jak v oblasti kognitivní, zahrnující osvojování si vědomostí a rozumových schopností. Dále psychomotorické, kam lze zařadit například formování pohybových a pracovních činností po fyziologické změně. A v oblasti afektivní, kde edukace vede ke získávání názorů, postojů či hodnotová orientace. (Havelková & Tumová, s. 6)

## Metody edukace

### 8.6.1 dle aktivity

Metody edukace lze dělit dle aktivity edukátora a edukanta na *tradiční* a *alternativní*. (Němcová, Hlinková, 2010, s. 165-166)

Tradiční metody spočívají v předávání informací mezi edukátorem a edukantem. Mezi tyto metody lze řadit například diskusi, rozhovor či přednášku. Metody alternativní se soustřeďují na nácvik situace, například pomocí modelových situací, mezi tyto metody řadíme například simulaci či hru. Ve zdravotnictví lze využít i tzv. alternativních metod, z nichž je možné zmínit např. metodu životní přímky, nebo kruhu rozhodnutí.

### 8.6.2 dle formy výuky

Metody poté dělíme na *metody slovní* neboli teoretické, *metody názorně-demonstrační* neboli teoreticko-praktické a *metody praktické*. (Skalková, 2007).

V ambulanci jsou nejčastěji využívány metody klasické, především pak metoda monologická, slovní. Nejčastěji se využívá výklad, a to metodou vysvětlování či přednášky. Při procesu výuky je vysvětlování nedílnou součástí komunikace. Jeho cílem je, aby byly pacientovi objasněny principy a souvislosti tak, aby pochopil podstatu edukovaného tématu. Jedná se tedy o metodu zaměřenou na logickou rekonstrukci, vysvětlování a následné pochopení určitého procesu či jevu. V ambulantní péči nabývá podoby interpretační a popisné. (Maňák, 2003).

## Edukační pomůcky

### Lékař v roli vzdělavatele a terapeuta

Dostane-li se lékař do role terapeuta, je potřeba zohlednit několik faktorů, které ho ovlivňují. Nejpalčivější z faktorů je v dnešní době

časové hledisko. Aby byl pacient spokojený nesmí při konzultaci pociťovat časovou tíseň. V současné době má však lékař běžně pouze 5 minut na konzultaci jednoho pacienta, existují ovšem výjimky, kde lékař věnuje pacientovi 20 až 30 minut pro vzájemnou konzultaci, zejména jedná-li se o starší osoby. Nelze pominout proměnné na straně terapeuta. Ne každý lékař je na roli terapeuta dostatečně připraven, například není schopen adekvátně upravit své vyjadřování, či není připraven přijmout určité role terapeuta, které jsou nezbytné pro řešení problému pacienta. Dále mohou proces ovlivňovat podmínky ze sféry společensko-ekonomické, situační proměnné např. v návaznosti na měnící se závažnost onemocnění, proměnné ze strany pacienta, například jeho osobnostní charakteristiky, či proměnné právní a etické. (Skála,J, s. 78)

Celý terapeutický vztah lékař – pacient je vztah interpersonální a nevyhnutelně zde dochází k vzájemnému působení a ovlivňování. Lékař se snaží přivést pacienta k určitému cíli a pacient tuto cestu ať už vědomě či nevědomě, pozitivně či negativně ovlivňuje.

## 9 Intervence

### Andragogická intervence – psychosociální intervence

U intervence jako takové se setkáváme s několika pojetími. Zprv může jít o jakékoli záměrné působení andragoga na klienta a na to navazující vzájemný vztah. Poté mluvíme o tzv. intervenci psychosociální, která má za vylepšení kvality života klientů, kteří si procházejí náročnou životní situací.

Mezi základní strategie intervence řadíme zlepšování psychologických a sociálních kompetencí jedince. Primární je v tomto ohledu změna v psychice a následně v sociálním jednání v rámci prostředí jedince. Rozlišujeme několik strategií psychosociální intervence. Jednou z hlavních je poskytování psychologických služeb, poradenství, naslouchání a poskytnutí prostoru pro vyjádření emocí. Lze při nich využít například postupy expresivních terapií. Další strategií je vzdělávání. Klientovi jsou poskytnuty informace, ale také trénink na potenciálně možné situace. Řadíme sem například metody zvládání stresu a potíží, což přispívá k dovednostem klienta. Dále pak sociální aktivity umožňující klientu vyjádřit jeho pocity a myšlenky, opět lze využít např. expresivní terapie. Na závěr je nutné zmínit motivaci klienta, usilovat o posílení existujících sociálních vazeb, podpořit a poukázat na možnost vzájemné pomoci v rámci komunity v níž se klient nově nachází. (Hoskovcová, s.22-30)

### 9.1.1 Formy intervence dle způsobu působení

Dále lze intervenci dělit dle způsobu poskytnutí pomoci na formu prezenční a formu distanční. (Mlčák, 2011, kap. 2.2)

Prezenční forma intervence zahrnuje pomoc ambulantní, kdy klient přichází do přímého kontaktu s odborníkem, či do instituce, v jejíž kompetenci je poskytnutí krizové pomoci. Tato intervence může být na základě vyhodnocení problému jednorázová, nebo v případě vyhodnocení problému jako závažného, může být navržena vhodná forma dlouhodobé intervence, například v pobytovém centru.

Druhou formou je forma distanční, která se v dnešní době stává stále více populární. On-line služby, či poradenské služby po telefonu nabízí odbornou konzultaci problémů, která je vždy snadno dostupná, a na případné ohrožující situace může velmi rychle reagovat. Ač má tato forma své výhody, není vhodné, aby jí klient plně nahrazoval osobní kontakt s odborníky.

Pokud distanční forma intervence u klienta nevede k dostatečnému uspokojení jeho potřeb, a krizová situace i nadále trvá, je vhodné zvážit prezenční formu intervence.

#### Intervence ve zdravotnictví

V praxi se v podstatě nesetkáváme se skutečností, kdy si pacienti stěžují na realizaci zdravotnického výkonu. Setkáváme se však s tím, že se objevují stížnosti na nevhodné chování či nedostatek úcty a pochopení ze strany zdravotníka. Většinou tyto domněnky plynou ze vzájemného nedorozumění pacienta a lékaře. Komunikační bariéry nastavené odbornou převahou lékaře však mohou být vhodnými postupy eliminovány. V závislosti na vnitřních a vnějších faktorech ovlivňujících danou situaci by měl být lékař schopen vyhodnotit, zda je vhodné zvolit individuální či skupinovou terapeutickou pomoc.

1. V případě volby individuálního přístupu, doporučují odborníci využití tzv. krátké intervence. *“Krátké intervence jsou definované praktické postupy, které vedou k časně identifikaci rizikového chování, rozpoznání míry problému a motivují k aktivní nápravě.”* (Krátké intervence v pracovně lékařské péči – Národní síť podpory zdraví.)

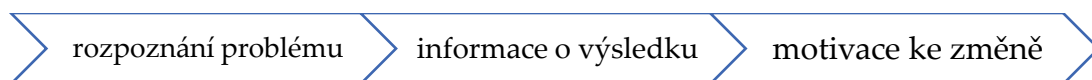
Tato metoda funguje na principu krátkých motivačních rozhovorů. Lékař se za pomoci intervence snaží motivovat pacienta pomocí vnějších faktorů. Je-li intervence provedena správně, dochází k vnitřní motivaci pacienta. Správně motivovaný pacient věří, že



změna je možná, a snaží se ji uskutečnit. Využívá medicínského modelu lékař-pacient s ohledem na odborný přesah ošetřujícího lékaře. (Dolejšia, E. & Košťálová, A. & Mareva, R. & Nejedlá, M., s. 4-6)

Jejich účinnost byla potvrzena v rámci několika výzkumů zaměřených na zdravý životní styl. Tento styl intervence je vhodné aplikovat, nehoduje-li se pacientův životní styl s doporučeními lékaře. Cílem krátkých intervencí je potlačení či úplné odstranění rizikového chování.

Dostane-li se pacient do mimořádného stavu psychického vyčerpání či deprese, měl by být lékař schopen tuto situaci rozpoznat. Psychické problémy nejsou při léčení onkologických onemocnění nijak ojedinělé. Pomoc psychologa či psychiatra by měla být vyhledána v co možná nejkratším čase. Negativní psychické rozpoložení pacienta může mít silný dopad na průběh samotné léčby.

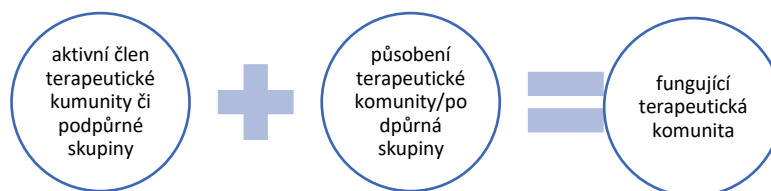


2 Schéma krátké intervence

2. Upřednostní-li lékař skupinovou terapii, role terapeuta přechází na podpůrnou skupinu či terapeutickou komunitu. Cílem pobytu v terapeutické komunitě, či docházení na pravidelné schůzky podpůrné skupiny je osobní růst a změna každodenního fungování za pomoci komunity angažovaných lidí se stejným či obdobným problémem. Společně poté pracují na tom, aby pomohli nejen sobě, ale i druhým.

Komunita nepoužívá klasického medicínského modelu vztahu lékař – pacient, ale je založena na principu pospolitosti. Navázání vztahů v nové komunitě přirozeně podporuje nové vzorce chování a s tím spojený sekundární emocionální vývoj.

V terapeutické komunitě jsou každodenní události, interakce mezi členy komunity a předávání zkušeností využívány k reflexi a procesu učení. Silným nástrojem terapeutické komunity je i tlak a podpora členů komunity, kteří se vzájemně konfrontují s realitou. Sami tímto způsobem vytvářejí silný a účinný terapeutický nástroj jež posiluje žádoucí změny. Klient zde není pouze pasivním příjemcem terapeutické péče.



Obrázek 3 Schéma skupinové intervence

## 10 Komunikace s onkologickým pacientem

*„Onkologové mají strach komunikovat o sexu, sexuologové se bojí, mají-li komunikovat o rakovině.“ (Gianotten, 2008)*

Onkologické onemocnění mění kvalitu sexuálního života nejen v období diagnostiky, ale i léčby nemoci, přesto sexuální dysfunkce bývají podceňovány, a v důsledku toho nemohou být včas rozpoznány, diagnostikovány, a tudíž ani léčeny. V průběhu onkologické léčby postrádá většina nemocných konzultaci o možnosti změny a partnerského vztahu a s tím spojené sexuality v souvislosti s onemocněním. Onkologičtí pacienti si proto právem stěžují na nedostatečnou kvalitní komunikaci o sexualitě. (Šrámková, 2015, s. 184-185) Dle Juřeníkové (s. 20) je komunikace v edukačním procesu důležitá hned z několika důvodů. Nejen že je komunikace prostředkem k edukaci, slouží i jako nástroj vzájemného ovlivnění mezi lékařem či zdravotní sestrou a pacientem. Tento vzájemný kontakt slouží k vytvoření vztahu, jež usnadňuje zprostředkování informací, zkušeností a postojů.

Pacienti často bojují s pocitem, že je jejich okolí, včetně zdravotnického personálu, považuje za asexuální. Stud jim brání zahájit komunikaci a lékaři se ve většině případů na sexuální život onkologických pacientů neptají. Velmi často může být i zdravotní sestra „zaskočena“ dotazem sexuálního charakteru ze strany onkologicky nemocného pacienta. (Šrámková, 2013, s. 107-108) Proto je důležité vztah prostřednictvím komunikace navázat.

Odborníci předpokládají, že bude přibývat i mladších nemocných. Jelikož známe genetickou predispozici k nádorům prsu, vaječníku, kolorektálnímu karcinomu či nádoru prostaty, kdy se u potomků onkologicky nemocných rodičů objevuje nádor již v mladším věku. Tento fakt je spojen i s tím, že dnešní mladá generace, která se o sexu nebojí a nestydí komunikovat, generace, pro kterou je sexuální dysfunkce jako kterákoli jiná nemoc, která vyžaduje včasnou léčbu postupně stárne, a stává se tedy rizikovou. Lze tedy předpokládat, že pacientů vyžadujících odbornou konzultaci bude přibývat. V důsledku by měly být sestry, které pracují s onkologicky nemocnými, připraveny na možné dotazy, které

v souvislosti s operací, chemoterapií či radioterapií mohou padnout. (Šrámková, 2013, s. 133-134)

Na velmi dobré odborné úrovni jsou dnes již schopny komunikovat stomické sestry, které se starají o nemocného dlouhodobě a jsou s nimi v intenzivním kontaktu, proto se často stávají jeho důvěrníci. Mnoho z nich absolvovalo sexuologickou edukaci formou přednášky zaměřené na komunikaci a přehled možných sexuálních dysfunkcí pacientů se stomií. Všichni lékaři, pracující s onkologickými pacienty – onkologové, urologové, chirurgové či proktologové, gynekologové, ale i praktičtí lékaři by v oblasti sexuality měli velmi dobře naslouchat každému onkologicky nemocnému, každému páru a každému partnerovi nemocného. S prodlužováním lidského věku bude onkologických nemocí přibývat. (Zachová, V., s. 49)

Dále můžeme uvést například 16. pravidel komunikace dle Honzáka

1. *Poslouchejte pacienta vždy pozorně.*
2. *Snažte se vyloučit časový stres. Nebuďte předpojatí v komunikaci o sexualitě. Mějte dostatek znalostí. 2. Vysvětlete vždy všechno jasně a srozumitelně. Vytvořte si zpětnou vazbu a ujistěte se, že vám pacient rozuměl. Nepoužívejte lékařské termíny. Respektujte v oblasti komunikace o sexualitě kulturní a náboženská specifika.*
3. *Hovořte s pacientem pravidelně o prevenci. Podpořte jeho motivaci ke změně životního stylu (úbytek na váze, pohyb, vyloučení kouření).*
4. *Buďte poctiví a čestní.*
5. *Vyptejte se pacienta na všechno, co by mohlo vaši spolupráci ztěžovat (obavy, nechuť, odmítání, případně vliv druhé osoby). V oblasti sexuality jsou to i rozpaky, stud a předsudky.*
6. *Zachovejte vždy důvěrnost informací získaných od pacientů.*
7. *Respektujte pacientova přání.*
8. *Nekritizujte veřejně pacienta. Vždy zachovávejte jeho důstojnost.*
9. *Během rozhovoru udržujte oční kontakt. Zbytečně negestikulujte, můžete nemocného zneklidnit.*
10. *Respektujte pacientovo soukromí nejen při odebírání anamnézy, ale také při somatickém vyšetření.*
11. *Dejte pacientovi najevo svoji emoční podporu.*
12. *Nenavazujte s pacienty sexuální vztahy. Vztah lékař-pacient je partnerský, na pacienta orientovaný model.*
13. *Stanovte jasnou diagnózu, a pokud je to možné, seznamte s ní pacienta způsobem, který je pro něj přijatelný a srozumitelný. Navrhněte způsob léčby, se kterým nemocný souhlasí.*

14. Váš upravený zevnějšek je nezbytnou samozřejmostí.
15. Vystupujte před pacienty v tom nejlepším světle. Lékař vyvolává placebo efekt (opak je nocebo).
16. Nepožadujte od pacientů finanční podporu, kromě výkonů nehrazených ze zdravotního pojištění. (Honzák 1999, s. 7)

Pří vedení rozhovoru s pacientem lze využít např. schématu, které zajistí plné oboustranné pochopení jak ze strany lékaře, tak ze strany pacienta. Je tak možné vyhnout se budoucím problémům vzniklým v důsledku chyb v komunikaci. Nepochopení, ať už ze strany lékaře či pacienta, bývá častým zdrojem tenze, což je nepříznivé pro léčbu.



Obrázek 4 Schéma komunikace

### Typy komunikace

Při komunikaci s pacientem lze komunikaci rozdělit do 3 typů.

Prvním typem komunikace je tzv. *Sociální komunikace*. Jedná se o běžný hovor a kontakt s nemocnými osobami, o které sestry pečují a přicházejí s nimi do kontaktu. V užším slova smyslu tedy jde o navázání vztahu zdravotníka a nemocného, který má v nemocničním prostředí omezený sociální kontakt. Sociální komunikace se zpravidla odehrává při úpravách lůžka, hygieně, pomoci při jídle, nebo ve volném čase na pokojích.

Druhým typem komunikace je poté *komunikace Specifická* neboli strukturovaná, kdy jsou pacientovi sdělována důležitá fakta, a je motivován k další spolupráci při léčbě. Sdělení musí být srozumitelná a vyjádřená přijatelnou formou s ohledem na aktuální zdravotní stav nemocného. Jedná se zejména o informace o vyšetřeních a možných rizicích, o stravování – dietním režimu a podobně.

Posledním typem je *Terapeutická komunikace*, ta se odehrává formou rozhovoru s nemocným, při kterém je poskytována podpora a pomoc, například při rozhodování a přijímání nepříjemných a závažných zpráv o jeho onemocnění (Venglářová, M. & Mahrová, G., s. 27-33)

### Zásady komunikace s pacientem

Základem úspěšné komunikace s pacientem je projevení zájmu, je nutné, aby pacient cítil ze strany lékaře a sester zájem o jeho zdraví a osud, opak by mohl vyvolat nocebo efekt.

Je nutné, aby byl ošetřující zdravotnický personál schopen sladit verbální a neverbální komunikace. Pokud neverbální komunikace nekoresponduje s verbální, může pacient nabýt špatného dojmu, například snaží-li se pacient vyjádřit své problémy a sestra mu nevěnuje dostatečnou pozornost ve formě očního kontaktu či posturiky. (Janáčková & Weiss, s. 15-17)

Pokud nemocný sám otevře nepříjemné, závažné téma, neměl by se ošetřující snažit téma uzavřít, nebo uhýbat k méně závažným tématům, pacient poté ztrácí motivaci hovory na závažné téma znovu navazovat, narůstá strach z odmítnutí a bagatelizování jeho problémů. Zároveň ukončení rozhovoru ponecháváme na nemocném, pozornost by měla být soustředěna na něj, ne na jeho nemoc, aby mu byl rozhovor co nejpříjemnější.

Při komunikaci by měl být ošetřující schopen podat nemocnému dostatek informací pomocí jazyka, který mu bude srozumitelný. Lékař by se měl snažit vyvarovat příliš odbornému jazyku, není-li to nutné, aby v pacientu nevyvolával pocit podřadnosti. Zároveň informace o diagnóze by měly být předávány na přímo a bez použití sugestivních otázek, nebo manipulativních technik ve snaze vyhnout se přímému pojmenování. Výsledkem rozhovoru by mělo být předání dostatečného množství informací pro to, aby si pacient byl schopen vytvořit kompletní představu o tom co onemocnění obnáší, a co to pro něj v současný moment znamená. (Verbální komunikace mezi sestrou, pacientem a rodinou, Linkos)

### Kritéria úspěšné komunikace

Venglářová a Mahrová dále uvádějí 5 pravidel úspěšné komunikace s pacientem. Prvním pravidlem je jednoduchost, sdělení musí být stručné a jasné. Je vhodné následně ověřit, zda nemocný porozuměl všem poskytnutým informacím a zda nemá doplňující dotazy. Druhým pravidlem je Stručnost, stručná informace působí profesionálně. Dále u nemocných, kteří se necítí dobře, cítí se unavení může vzniknout vyšší citlivost na čas. Dalším uváděným pravidlem je Zřetelnost, při komunikaci s nemocným musíme jasně vyjádřit podstatu věci (např. není vhodné používat dvojsmyslná či nejasná slova). Je nutné dbát Vhodného načasování, načasování zohledňujeme zvláště u závažných témat. Podmínkou pro sdělování závažných informací je zajištění klidu, soukromí, nerušeného prostoru a dostatek času, aby mohl pacient novou informaci přijmout a zpracovat. Posledním kritériem je Adaptabilita. Přizpůsobivost je nutná při stylizaci hovoru v závislosti na reakcích nemocného. Je nutné sledovat jak

verbální, tak neverbální projevy pacienta, dát mu dostatek času pro vyjádření. (Venglářová, M. & Mahrová, G., s 23)

#### 10.3.1 Faktory ovlivňující úspěšnost komunikace

1. Důvěra pacienta v pozitivní výsledek lékařem stanovené léčby
2. Empatický přístup lékaře k pacientovi – rovnocenný, partnerský přístup k pacientovi a schopnost lékaře aktivně naslouchat, dobré komunikační dovednosti na straně lékaře i pacienta
3. Kladný emocionální vztah – lékaře k pacientovi i pacienta k lékaři, sociální opora pacienta v jeho rodinném zázemí
4. Pacient chápe svou nemoc jako vážnou nemoc, nesnaží se ji zlehčovat
5. Zvyk chovat se a poslouchat rad lékaře tak, jak je mu stanoveno – pacient pochází z prostředí, které vnímá rady lékaře pozitivně. (Křivohlavý, 2002, s. 198)

## 11 Výzkumná část

Cílem tohoto výzkumu je zjistit, jaký je dopad onkologických onemocnění na život pacientů. Výzkumy se soustřeďují na změny v oblasti intimity a sexuality pacientů. Výběr bude proveden s důrazem na informovanost pacientů lékaři, jak pacienti vnímali lékaře ve funkci edukátora v oblasti sexuality a intimity. Cítili dostatečně informováni? komunikoval lékař dostatečně a vodným způsobem? Jaký vliv měla vhodně zvolená komunikace tohoto tématu či její nedostatek?

V tomto výzkumu zařazují výzkumné práce týkající se pacientů ve všech fázích onkologického onemocnění. Dále výzkumy týkající se dopadů onemocnění na jejich intimitu a sexualitu, případně dopadů na jejich partnerský a sexuální život. A také výzkumy poskytující informace o komunikaci s lékařem týkající se řešení sexuálních dysfunkcí způsobených fyzickými či psychickými dopady léčby nádorového onemocnění, a důsledků nemoci samotné.

Výzkumnou metodou této práce je systematická studie neboli scoping review, která zpracovává výsledky kvalitativních a kvantitativních výzkumů.

Klugar scoping review definuje jako rychlý systematický přezkum identifikující různé fenomény (Klugar, 2015, s. 10)

### Scoping review

Abychom mohli použít techniku scoping review, je nutné pochopit již prozkoumané poznatky týkající se daného tématu. I když neexistuje definitivní a zcela úplná definice toho, co scoping review je, autoři se shodují

na tom, že ji nejlépe popsal Mays (2001). Podle Mayse scoping review nebo scoping studie za cíl „rychle a přesně zmapovat klíčové pojmy podporující a popisující výzkumnou oblast a hlavní zdroje a typy dostupných důkazů“, lze je realizovat jako samostatné projekty, je-li oblast dostatečně složitá, a nebyla-li dříve dostatečně komplexně prozkoumána. Na rozšíření Mayseho definice pracovali Arksey & o'Malley (2005), snažili se původní definici doplnit o metodický rámec, ve kterém mohou výzkumní pracovníci provádějící přezkum požádat o identifikaci literatury související s jejich tématem. Dnes se jedná o nejvíce využívaný metodický rámec při provádění přezkumu v oboru.<sup>1</sup>

## Metodika

Byly vyhledávány výsledky studií (primárních a sekundárních) v elektronických databázích, dostupné v plném textu, za pomoci rešeršní strategie.

Dané studie obsahují údaje o počtu účastníků výzkumu a jejich bližší specifikaci včetně typu nádorového onemocnění, dále o zvolené metodice a postupu a specifikují výsledky výzkumu týkající se sexuality účastníků.

## Vyhledávací technika

Jako základní vyhledávací technika této strategie je uváděno použití kombinovaných operátorů Booleovy algebry a klíčových slov, kdy Booleovy operátory určují vztahy mezi jednotlivými klíčovými slovy. Takto sestavený řetězec slov poté slouží k vyhledávání v databázích. Základními operátory jsou AND, OR a NOT. (Zeman & Krška, 2011, s. 47)

Operátor AND: a zároveň, logický součin, vyhledává výsledky, které obsahují všechny zadané výrazy. Lze nahradit mezerou.

Operátor OR:nebo, logický součet, vyhledává jeden nebo druhý výraz, a zároveň oba výrazy

Operátor NOT: ne, negace, výraz, který v řetězci slov stojí za not, se ve výsledku neobjevuje. (Zeman & Krška, 2011, s. 47)

## Prohledané multidatabáze a databáze

Databáze byly prohledávány prostřednictvím portálu elektronických informačních zdrojů Univerzity Palackého. Konkrétně byly využity databáze

---

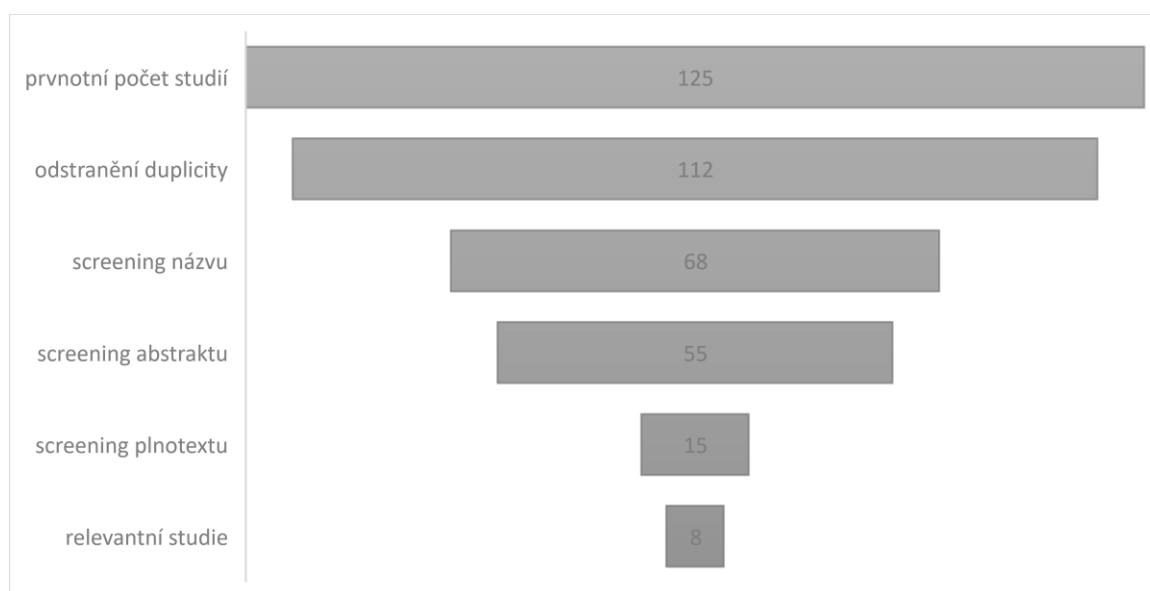
<sup>1</sup> překlad vlastní

se zaměřením na zdravotnictví a medicínu založenou na důkazech, a dále databáze obsahující plné texty lékařských časopisů.

MBJ Journals online collection, DynaMed Plus, Hospital premium collection, Lippincott Williams & Wilkins Journals, MEDLINE Complete, MEDLINE Ovid, Ovid, Ovid Emcare with Ovid Nursing Full Text, Springer Link, Thieme MedOne Education

Vyhledávací kritéria:

- jazyk: angličtina
- klíčová slova: oncology, intimacy, sexuality, cancer, patient, doctor, communication, nurse, education, oncosexology, sexual behaviours, sexual funkcion, relationship, patient education, sexual dysfunction
- kombinace klíčových slov dle Booleovských operátorů
- období: 2010-2020
- okruhy k vyhledávání: zdraví a medicína, vzdělávání, lékařství
- schéma postupu:



5 Schéma postupu/graf výběru studií

## Operacionalizace proměnných

Rok vydání: Proměnná byla zjišťována z odborného článku. Má informační charakter a slouží k bližšímu určení výzkumu.



Typ rakovinného onemocnění: Proměnná blíže určující typ nádorového onemocnění u účastníků výzkumu. Údaj byl získáván z odborného textu. Některé z výzkumů specifikují pouze jeden typ nádorového onemocnění, u některých se vyskytuje více typů a specifikují pouze nejčastější typ.

Velikost výzkumného vzorku: Proměnná specifikuje počet účastníků výzkumu.

Použitá metoda/Typ výzkumu: Proměnná specifikuje dostupné údaje o typu/metodě výzkumu.

Výsledky výzkumu: Zhuštěná specifikace výsledků výzkumu získávaná z odborného textu.

## 12 Přehled výzkumů:

Následující tabulka obsahuje přehled operacionalizovaných proměnných určených pro bližší zkoumání v rámci tematiky sexuality a intimity.

Z průzkumu byly vynechány proměnné, jež nebyly dohledatelné u všech výzkumů v rámci zkoumání jejich plnotextu.

IDENTIFIKACE STUDIE (ROK VYDÁNÍ, AUTOR)	POČET ÚČASTNÍKŮ VÝZKUMU (IDENTIFIKACE)	TYP RAKOVINNÉHO ONEMOCNĚNÍ	TYP VÝZKUMU	VÝSLEDKY VÝZKUMU
1 GREENFIELD 2010	MLADÍ MUŽI – VĚK 25-45  N=176 VYLÉČENÝCH ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ  N=213 KONTROLNÍ VZOREK	MIX  NEJČASTĚJI RAKOVINA MÍZNÍCH UZLIN	DEROGATIS INTERVIEW FOR SEXUAL FUNKCION & SELF REPORTING  (SEMISTRUKTUROVANÉ INTERVIEW POJEDNÁVAJÍCÍ O SOUČASNÉ KVALITĚ SEXUÁLNÍCH FUNKCÍ JEDINCE)	MUŽI SHODNĚ UVÁDĚLI ÚBYTEK SEXUÁLNÍ APETENCE, VZRUŠENÍ A ORGASMŮ. DOŠLO K CELKOVÉMU POKLESU KVALITY JEJICH SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA. DÁLE UVÁDĚJÍ, ŽE TENTO POKLES NEZASÁHL DO KVALITY JEJICH PARTNERSKÝCH VZTAHŮ. OBJEVUJE SE HYPOGONADISMUS SPOJENÝ SE ZHORŠENÍM SEXUÁLNÍCH OBTÍŽÍ.
2 CHARIF, 2016	DATA Z FRANCOUZSKÉ CELOSTÁTNÍ STUDIE KONANÉ V ROCE 2012  N= 4349 DOSPĚLÝCH	PACIENTI 2 ROKY PO PŘEKONÁNÍ RAKOVINY	OSOBNÍ VÝPOVĚDI PACIENTŮ V MODEROVANÉM V ROZHOVORU	Z TÉTO STUDIE VYPLÝVÁ ŽE U 54,7 % PACIENTŮ NEBYLA ODBORNÁ POMOC V RÁMCI SEXUALITY NABÍDNUTA, 21,9 % PACIENTŮ VYPOVĚĎELO ŽE O TUTO DISKUSI NEJEVILI ZÁJEM. CO SE TÝČE

---

				VÝSLEDKŮ MUŽŮ A ŽEN, ŽENY BYLY K DISKUSI VYZÝVÁNY MÉNĚ NEŽ MUŽI A TAKÉ VYVÍJELI MENŠÍ INICIATIVU TOTO TÉMA ZAČÍT. NABÍDKA ODBORNÉ POMOCI V TÉTO TÉMATICE BYLA FREKVENTOVANĚJŠÍ U PACIENTŮ S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM, JEŽ SE K PORUCHÁM SEXUALITY VÁŽE PŘÍMO.
3 LINDAU, 2011	N= 13 PÁRŮ	RAKOVINA PLIC	KVANTITATIVNÍ VÝZKUM/ROZHOVOR S PACIENTY A JEJICH PARTNERY	STUDIE UVÁDÍ, ŽE AČ JE SEXUALITA DŮLEŽITÁ, BĚHEM LÉČBY TOTO TÉMA NA DŮLEŽITOSTI ZTRATILO. S NARŮSTAJÍCÍM POČTEM BARIÉR A PŘÍPADNÝCH SEXUÁLNÍCH DYSFUNKCÍ OPADAL O SEXUALITU ZÁJEM. PACIENTI I PARTNEŘI UVÁDĚJÍ, ŽE LÉČBA MĚLA NEGATIVNÍ VLIV NA JEJICH SEXUÁLNÍ ŽIVOT, ALE VLIV

---

---

POZITIVNÍ NA JEJICH  
PARTNERSKÝ VZTAH.

4 ALBERS,2019

N= 173 PACIENTŮ  
A 76 JEJICH  
PARTNERŮ

RAKOVINA PRSU

DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

VĚTŠINA (80,4 %) RESPONDENTŮ VYPOVĚĎĚLA, ŽE JIM NEBYLY POSKYTNUTY ŽÁDNÉ INFORMACE O EFEKTU JEJICH ONEMOCNĚNÍ NA SEXUALITU. ČTVRTINA (24,9 %) VYJÁDŘILA POTŘEBU VÍCE INFORMACÍ, CO SE SEXUALITY TÝČE ZÍSKAT, Z NIC 62 % DOSUD NEOBDRŽELO ŽÁDNÉ INFORMACE OD SVÉHO OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE. K OTÁZCE ZDA BY KAŽDÝ PACIENT MĚL AUTOMATICKY

---

---

TYTO INFORMACE OBDRŽET  
SE 47,6 % VYJÁDŘILO  
KLADNĚ, 20 % ZÁPORNĚ A  
32,4 % ZŮSTALO  
NEUTRÁLNÍCH.

5 TSAI, 2011

N= 105

RAKOVINA  
DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

ČÍNSKÁ VERZE FEMALE  
SEXUAL FUNKCION INDEX.

72 % PACIENTEK NEBYLO  
POSKYTNUTO PORADENSTVÍ.  
U 67 % SE VYSKYTLA  
NĚJAKÁ SEXUÁLNÍ  
DYSFUNKCE ČI JEJICH  
KOMBINACE. RIZIKOVÉ  
FAKTORY PRO VZNIK  
SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE BYLY  
VYŠŠÍ VĚK, NIŽŠÍ VZDĚLÁNÍ,  
NEPOSKYTNUTÍ  
PORADENSTVÍ A POZDNÍ  
DIAGNOSTIKA.

---

6 YANG, 2011	N= 191	RAKOVINA PRSU	<p data-bbox="1294 197 1637 368">LONGITUDIÁLNÍ VÝZKUM 3,6 A 12 MĚSÍCŮ PO OPERACI, OTÁZKY PŘEVZATÉ Z</p> <p data-bbox="1294 408 1637 531">1. EORTC BREAST CANCER SPECIFIC QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE</p> <p data-bbox="1294 571 1637 694">2. KOREJSKÁ VERZE THE BECK DEPRESSION INVENTORY</p> <p data-bbox="1294 734 1637 906">3. KOREJSKÁ VERZE DISABILITY OF ARM, SHOULDER, AND HAND (K- DASH)</p>	<p data-bbox="1697 197 2078 368">FREKVENCE SEXUÁLNÍCH STYKŮ SE MEZI 3 A 12 MĚSÍCEM MARGINÁLNĚ ZVÝŠILA Z 39 NA 50 %.</p> <p data-bbox="1697 384 2078 826">POSTUPNĚ SE ZVYŠOVAL I CELKOVÝ ZÁJEM O SEXUÁLNÍ ŽIVOT A DOŠLO KE ZVÝŠENÍ SEXUÁLNÍHO USPOKOJENÍ V OBDOBÍ OD 6 DO 12.MĚSÍCE. PACIENTI, JIMŽ BYLA POSKYTNUTA SPECIALIZOVANÁ POMOC DOSAHUJÍ LEPŠÍCH VÝSLEDKŮ.</p>
--------------	--------	---------------	--	--

7	WITTMANN, 2017	N= 142 PACIENTŮ A JEJICH PARTNEŘI	RAKOVINA PROSTATY	LONGITUDIÁLNÍ VÝZKUM 3 A 6 MĚSÍCŮ PO DOKONČENÍ LÉČBY, BYL POUŽIT MIX METOD PRO VÝZKUM A VÝSLEDKY BYLY POROVNÁVÁNY S KONTROLNÍ SKUPINOU.	OBA PACIENT, I JEJICH PARTNER VYKAZOVALY NIŽŠÍ MÍRU SEXUÁLNÍ SATISFAKCE NEŽ KONTROLNÍ SKUPINA. TYTO ROZDÍLY SE POSTUPNĚ SNIŽOVALY DÍKY JEJICH PŘÍSTUPU K PORADENSTVÍ PO DOKONČENÍ LÉČBY.
8	REIS, 2010	N= 100 PRO PRŮŘEZOVOU STUDII  N= 30 HLOUBKOVÉ ROZHOVORY	GYNEKOLOGICKÁ NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ	PRŮŘEZOVÁ STUDIE DOPLNĚNÁ O HLOUBKOVÉ ROZHOVORY U VYBRANÝCH PŘÍPADŮ	GYNEKOLOGICKÉ NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ OVLIVNILO PACIENTY V NĚKOLIKA SFÉRÁCH ŽIVOTA, OD SEXUÁLNÍHO ZDRAVÍ, PŘES POTÍŽE NAPLNIT GENDEROVÉ ROLE PO PROBLÉMY S BODY IMAGE A PLODNOSTÍ. VÝZKUMNÍCI NARAZILY NA PROBLÉM S KULTURNÍM VLIVEM A NEOCHOTOU PACIENTŮ KOMUNIKOVAT O JEJICH SEXUÁLNÍM ZDRAVÍ.

---

---

## ■ Výsledky přehledu:

Pomocí rešeršního vyhledávání bylo nalezeno celkem 132 studií. Po dokončení rešeršního vyhledávání a odstranění irelevantních studií, bylo k bližšímu prozkoumání vyhodnoceno jako relevantní 8 studií.

Analyzované studie byly publikovány v letech 2010-2019. Z nichž 3 (3,5,6) byly publikovány v roce 2011, dále 2 z nich (1,8) byly publikovány v roce 2010. 6 byly tři studie poté v roce 2016 (2), další (7) byla publikována v roce 2017 a poslední (4) roku 2019.

Velikost výzkumného vzorku se pohybovala od nejnižšího počtu účastníků ve studii 3 a to 13 párů, po nejvyšší počet účastníků ve studii 2, která zkoumala 4349 účastníků.

Dále se 5 studií zabývalo výhradně pacienty s jedním typem onkologického onemocnění (3,4,5,6,7), zbytek obsahoval mix. U jedné ze studií se jednalo o více typů gynekologických nádorových onemocnění (8). Ve studii (1) není konkretizován typ rakovinného onemocnění u všech účastníků, ale je uvedeno nejčastější (mízních uzlin) Ve zbývajících studii (2) se jedná o mix pacientů bez bližší konkretizace.

Poslední oddíl se zabývá zhuštěným výsledkem studií vypovídajících o kvalitě sexuálního života onkologických pacientů v různých fázích nemoci, popřípadě po ukončení léčby ovlivněné odbornou konzultací s lékařem.

### 12.1.1 Výsledek studie 1

Muži shodně uváděli úbytek sexuální apetence, vzrušení a došlo ke snížení počtu orgasmů. Uvádějí celkový pokles kvality jejich sexuálního života. Dále uvádějí, že tento pokles nijak nezasáhl do kvality jejich partnerských vztahů. Muži zmiňují nedostatečnou informovanost o problematice. Objevuje se hypogonadismus spojený se zhoršením sexuálních obtíží.

### 12.1.2 Výsledek studie 2

Pacienti poukazují na vysokou neinformovanost a nízkou aktivitu ze strany lékařů. Necítí dostatečnou snahu pomoci jim v této problematice. Část pacientů zmiňuje bariéry v komunikaci s lékařem, stud, nedostatek informací v odborné problematice, neochota začít nepříjemné téma.



#### 12.1.3 Výsledek studie 3

Studie uvádí, že ač je sexualita důležitá, během léčby toto téma na důležitosti ztratilo. S narůstajícím počtem bariér a případných sexuálních dysfunkcí opadal o sexualitu a intimitu zájem. Pacienti i partneři uvádějí, že léčba měla negativní vliv na jejich sexuální život. Vliv na jejich partnerský vztah byl ovšem pozitivní.

#### 12.1.4 Výsledek studie 4

Pacienti opět poukazují na nedostačenou informovanost ze strany jejich ošetřujícího lékaře. Téměř čtvrtina pacientů vyjádřila potřebu komunikovat více a do problematiky proniknout. Potřeba komunikovat o svém sexuálním zdraví se díky této frustraci u pacientů zvyšuje.

#### 12.1.5 Výsledek studie 5

72 % pacientek uvádí, že jim nebylo poskytnuto poradenství. U 67 % se vyskytla nějaká sexuální dysfunkce či jejich kombinace, což mělo negativní vliv na jejich sexuální život. Jako rizikové faktory pro vznik sexuální dysfunkce byly vyhodnoceny vyšší věk, nižší vzdělání, neposkytnutí poradenství a pozdní diagnostika.

#### 12.1.6 Výsledek studie 6

Frekvence sexuálních styků se mezi 3 a 12 měsícem marginálně zvýšila z 39 % na 50 %. Postupně se zvyšoval i celkový zájem o sexuální život a došlo k nárůstu sexuálního uspokojení i apetence v období od 6 do 12.měsíce.

#### 12.1.7 Výsledek studie 7

Oba, pacient i jejich partner vykazovali nižší míru sexuální satisfakce než kontrolní skupina. Tyto rozdíly se postupně snižovaly díky jejich přístupu k poradenství a odborné léčbě po dokončení léčby.

#### 12.1.8 Výsledek studie 8

Gynekologické nádorové onemocnění ovlivnilo pacienty hned v několika sférách života, od sexuálního zdraví, přes potíže naplnit genderové role po problémy s plodností a body image. Výzkumníci narazili na problém s kulturním vlivem a neochotou pacientů komunikovat o jejich sexuálním zdraví a sexuální aktivitě, velkou roli hrál stud a ostych.

## 13 Diskuse

Po prozkoumání relevantních výzkumů a interpretaci dostupných dat, jsem získala poměrně ucelený pohled na problematiku sexuality a intimity u onkologicky nemocných pacientů a vlivu této nemoci na jejich život nejen v průběhu léčby, ale i

po jejím překonání. Není pochyby, že nemoc do intimity a sexuality pacienta zasahuje markantním způsobem, a je proto nutné, se tomuto tématu i nadále věnovat. Studie poukazují na to, že stigma ohledně sexuality nemocných stále zcela neopadlo.

U všech studií zaměřených přímo na sexuální život pacientů během léčby nemoci bylo prokázáno, že kvalita sexuálního života, sexuálního zdraví, apetence a spokojenost s jejich sexuálním životem a výkonem byla nemocí signifikantně nabourána. Sex jako takový byl u pacientů kvůli nemoci na žebříčku priorit odsunut, stejně tak jako u jejich partnerů. To v důsledku může vést k sexuální frustraci, či k ostychu se k sexuálnímu životu po ukončení léčby plně vrátit.

U studií, jež měly longitudinální charakter, nebo se zaměřovaly na pacienty po dokončení léčby či po chirurgickém zákroku upozorňovaly na to, že následky nemoci nemusí být co se sexuality týče trvalé. Upozorňují na důležitost podpory partnera a nutnost poskytnutí poradenství odborným zdravotnickým personálem. Má-li pacient v době nemoci stálého, podporujícího partnera, s nímž má vybudovaný pevný vztah, má jeho podpora silný pozitivní vliv na sexualitu nemocného. Výzkumy týkající se nemocných a jejich partnerů potvrzují, že v oblasti intimity je prodělání onemocnění sblížilo a upevnilo jejich vztah.

Jedna ze studií zmiňuje závažný problém, který se projevil u 80,4 % respondentů, a to ten, že jim odborná pomoc nebyla vůbec nabídnuta. Na tento problém narážíme i v další studii a to u 72 % pacientek jimž poradenství nebylo nabídnuto. Jelikož neposkytnutí poradenství je jeden z rizikových faktorů pro vznik sexuálních dysfunkcí, je nutné tento problém zmínit a vyvolat diskusi na téma dostupnosti odborného poradenství pro onkologické pacienty. Ti se často potýkají s ostychem debatu na takto intimní téma začít sami. Pokud se pacient rozhodne o svém problému s lékařem komunikovat, studie poukazují na fakt, že lékaři komunikaci o tomto tématu vnímají jako svou povinnost.

Vyvstává tedy otázka, zda je téma sexuality a intimity u onkologických pacientů dostatečně pokryto, nebo jsou na místě další výzkumy. Vzhledem k výsledkům, které stále poukazují na určité problémy, se kterými se pacienti a jejich partneri potýkají bez odborné pomoci, můžeme konstatovat, že na toto téma stále není ze strany odborného zdravotnického personálu kladen dostatečný důraz při edukaci pacientů. Pacienti se stále dožadují vyšší míry komunikace a informovanosti ohledně této problematiky. Jakým způsobem a v jaké míře jim tyto informace lépe zprostředkovat by mohlo být předmětem dalších výzkumů.

V reakci na získané informace o nedostatku informací o možnostech vzdělávání a odborného poradenství jsem vypracovala návrh vzdělávací akce opírající se o témata, které vyplývají jak z části teoretické, tak části empirické.

## 14 Shrnutí

Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jak onkologická onemocnění ovlivňují člověka v oblasti intimity a sexuality a jak k tomuto ovlivnění přispívá komunikace s ošetřujícími lékaři. Bylo nesporně dokázáno, že kvalita sexuálního života kopíruje průběh onemocnění, tudíž, že onkologická onemocnění se sexuálního zdraví a intimního života člověka přímo dotýkají.

Všechny studie poukazují na snížení kvality sexuálního života u účastníků výzkumu v období od diagnostiky nemoci přes léčbu nádorového onemocnění. Studie shodně uvádějí snížení zájmu o sexuální aktivitu jako takovou, snížení sexuální apetence a možnosti sexuálního uspokojení. Onkologičtí pacienti byli náchylnější k rozvinutí nějaké ze sexuálních dysfunkcí či jejich kombinace než kontrolní skupiny. Dále studie uvádějí pokles i u frekvence masturbace a pokles zájmu v oblasti intimity.

Tyto problémy dle studií mohou navazovat na problémy v oblasti body image, nebo problémy s plněním genderových rolí. Tyto faktory mohou negativně ovlivňovat nejen sexuální zdraví člověka ale i psychický stav člověka.

Studie, které pracovaly s pacienty po dokončení léčby a po případné operaci shodně uvádějí data vypovídající o postupném zlepšování stavu pacientů v oblasti sexuality. Změny v období od operace až jeden rok od operace, což byl nejdelší časový úsek uváděný ve studii, byly markantní.

V několika studiích je bohužel poukazováno na nedostatečnou či úplně neexistující informovanost a neschopnost jak lékaře, tak i pacienta komunikovat o dané problematice. Lékaři se tomuto tématu stále vyhýbají a jeho otevření v mnoha případech pořád závisí právě na pacientech, kteří se s tímto problémem potýkají, to může mít negativní vliv na psychiku pacienta i na jeho vztah k lékaři. Studie poukazují na nedostatečnou dostupnost odborného poradenství pro pacienty se sexuálními dysfunkcemi a na frustraci kterou pacienti pocíťují.

Proto bych v závěru odpověděla na otázku, zda jsou zdroje informací pro pacienty dostatečně dostupné a tématu sexuality a intimity je lékaři věnován dostatečný důraz a časová dotace pro vysvětlení nově vzniklých náročných témat.

Dle studií se situace v posledních letech zlepšila, a toto téma se postupně otevírá i pro laickou veřejnost, dle mého výzkumu však musím konstatovat, že většina článků byla bohužel dostupná pouze v odborných databázích s omezeným

přístupem. Je tedy nutné téma dále nejen zkoumat, ale hlavně zpřístupnit více informací pacientům, kteří o odbornou pomoc stojí a stále častěji ji vyhledávají a dožadují se jí. Momentálně se spousta pacientů cítí odkázána pouze na informace, jež jim poskytnul lékař.

## 15 Návrh vzdělávací akce orientované na onkologické pacienty

V reakci na studii jsem vytvořila následující projekt návrhu vzdělávací akce pro onkologicky nemocné pacienty.

### **Informační seminář pro čerstvě diagnostikované onkologické pacienty.**

#### **Popis vzdělávací akce:**

- **Popis:** Jedná se o intenzivní kurz zabývající se nejčastějšími otázkami, jež vyvstávají po prvotní diagnostice pacienta. Bude poskytovat základní informace nutné pro pochopení možností léčby, rizik a závažnosti onemocnění i šance na zotavení. Bude se věnovat obecnému popisu léčebných postupů a jejich případných rizik. Pacientům budou v průběhu kurzu poskytovány další materiály s blíže určujícími specifickými informacemi, týkající se jednotlivých typů nádorového onemocnění, spolu s kontakty na profesionály v dané oblasti a doporučením na další sebevzdělávací akce. Tento kurz neslouží k individuálnímu řešení potíží, ale k předání informací a postupů, kde získat pomoc pro daný specifický problém.
- **Specifikace účastníků:** Seminář je doporučen pro pacienty, jež byli nově diagnostikováni (ideálně do 3 měsíců), případně pacienty, jež se léčí dlouhodobě, ale nevědí, kde potřebné informace získat a jak poradenství vyhledat.
- **Čas:** Seminář probíhá ve dvou blocích, o víkendu, pro usnadnění přítomnosti na kurzu pro pacienty. Probíhá v 5 blocích po 2,5 hodinách (1. Jak se vyrovnat s diagnózou a co pro pacienty znamená. 2. Léčba onkologického onemocnění a její úskalí. 3. Specifické problémy jednotlivých nádorových onemocnění. 4. Jak a kde vyhledat odbornou pomoc. 5. Jak s odborníkem komunikovat – jak se vhodně a efektivně ptát?)
  1. s ohledem na studii č. 3 jež zmiňuje nutnost překonání nově nastalých bariér
  2. s ohledem na studie 6 a 8 dokazující postupné změny v průběhu léčby onemocnění a po něm
  3. s ohledem na studie 1, 2 a 5 ve kterých se projevil problém s neposkytnutím dostatečného poradenství ve specifických problémech.
  4. s ohledem na studie na studii 7, jež jasně dokazuje výrazné pozitivní působení poradenství na život pacientů

5. Vyplyvá z diskuse, kde bylo zjištěno, že informace jsou pro onkologické pacienty zásadní, mnohdy však nedostupné.

Volně navazuje na studii č. 4 která se soustřeďuje na pacienty s přetrvávající problémy i přes zdárné ukončení léčby.

- První tři bloky probíhají v sobotu, dva poté v neděli.

Není pevně stanoven konec semináře. Ukončení je přizpůsoben s ohledem na „6. blok“ ve kterém vzdělavatel odpoví na případné nutné dotazy.

- **Kde:** V prostorách ošetřujícího nemocničního zařízení. Je vhodné zajistit přítomnost jednoho z ošetřujících lékařů, především na interaktivní blok s dotazy.
- **Profil absolventa:** Pacient, jenž absolvuje seminář má obecný přehled o svém onemocnění a možnostech léčby. Ví, jaká rizika s sebou může onemocnění a léčba nést a je schopen vyhledat odbornou pomoc. Zvládne identifikovat své edukační potřeby pomocí formulace otázek, a na jejich základě vyhledá vhodné poradenství.

**Cíle:** Cílem akce je vzbudit v pacientech motivaci se do léčby onemocnění aktivně angažovat, informace si efektivně vyhledávat. Ukazuje, že není nutné ani žádoucí se ostýchat vyjádřit své obavy či nesrovnalosti v rámci léčby onemocnění. Naopak nabádá pacienty dále s odborníky dané obavy konzultovat.

*Psychomotorický cíl:* Účastník bude schopen efektivně vyhledávat relevantní informace a pomoc odborníků. Bude schopen komunikovat se svým ošetřujícím lékařem a vysvětlit mu, své vzdělávací potřeby.

**Profil účastníka:** Onkologický pacient vyhledávající poradenskou pomoc.

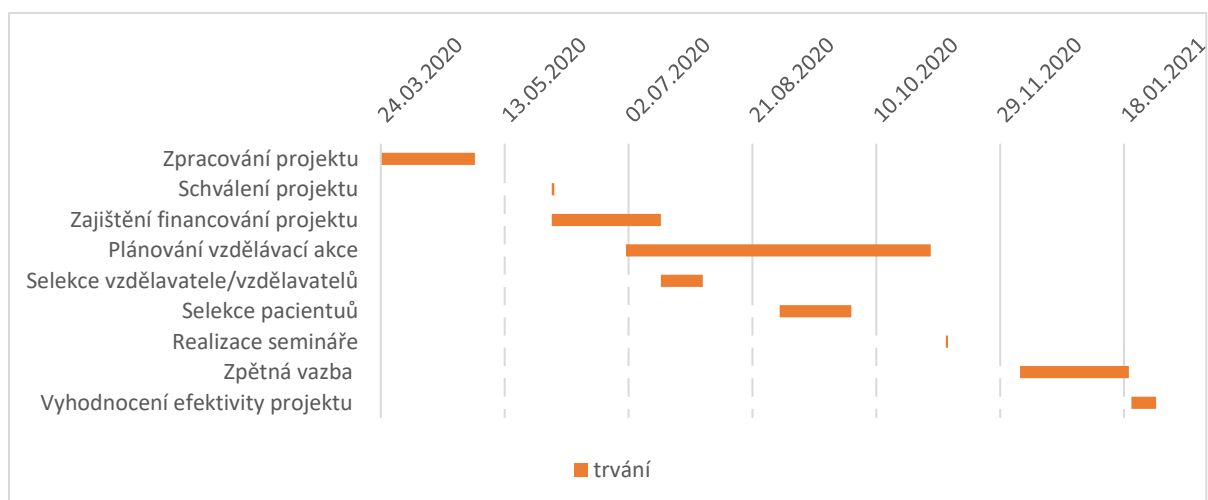
**Počet účastníků:** 8-10

**Časové rozpětí:** 5 bloků po 2,5h, rozložené do dvou dnů

**Pomůcky:** Audio vizuální pomůcky, tištěné materiály, kontakty na odborníky a podpůrné skupiny.

**Specifikace místa konání:** Přednášková místnost s možností užití dataprojektoru. Možnost uspořádání nábytku pro pohodlnou debatu zúčastněných.

*Návrh časového rozložení projektu – Ganttův diagram*



7 Ganttův diagram navrhované vzdělávací akce

Je nutné podotknout, že výčet potíží, se kterými se onkologický pacient v průběhu onemocnění setkává může být velmi široké. Proto je tento seminář nastaven jako pomyslný rozcestník, pomocí kterého pacienti mohou získat široký, nikoli detailní vhled do specifických problému, které mohou nastat, a ušetřit si tak čas a frustraci z nejistoty, jež může přijít nevyhledají-li včas odbornou pomoc. Seminář jim neposkytne plně individualizované řešení jejich problému, ale poskytne jim kontakt na odbornou pomoc, kterou potřebují a nejsou schopni bez pomoci vyhledat.

## Závěr

Téma sexuality a intimity onkologicky nemocných, je stále tabuizováno a nedostatečně prozkoumáno. O tom, jak tato nemoc ovlivňuje sexuální a intimní život pacientů stále nemáme dostatečné množství informací a autoři, lékaři i pacienti samotní se shodují, že dostupnost k informacím a odborným konzultacím s lékařským personálem by měla být usnadněna.

Potřeba intimního a sexuálního života v průběhu nemoci nemizí, zájem o sex může opadat, ale potřeba intimity může být silnější než kdy jindy. Bylo potvrzeno, že milující, pevný a všeobecně naplněný vztah má pozitivní vliv na psychické zdraví člověka, jež je v důsledku nemoci ohrožené. Pohlížet na pacienty jako na asexuální, je mylné, a neposkytnutí vhodného návrhu léčby sexuálních dysfunkcí, jež s touto nemocí úzce a nepopíratelně souvisí, může vést k frustraci pacienta a jeho obecné nespokojenosti s lékařskou péčí. Autoři se shodují, že v posledních letech, dochází v oblasti komunikace lékař-pacient ke zlepšení. Toto zlepšení a rozšíření zájmu o téma můžeme dle všeho připisovat nové, mladší generaci pacientů, jež se nebojí o svém sexuálním zdraví komunikovat a vyžaduje v této oblasti otevřenější přístup a neostýchá se požádat o odbornou péči a konzultaci. Práce tedy shrnuje, jak proces edukace ve zdravotnictví vypadá, a jakým způsobem je pacienta vhodné edukovat. Dále pak zodpovídá na to, jak je vhodné ve zdravotnictví komunikovat a jaké

postupy a metody lze při předávání informací využít tak, aby výsledná komunikace byla co nejefektivnější, a pacient získal všechny požadované informace.

Praktická část práce se soustřeďuje na výzkum sexuálního zdraví a spokojenosti onkologických pacientů v různých fázích onemocnění od období brzké diagnózy po pacienty, jež úspěšně dokončili léčbu. Pomocí scoping review bylo potvrzeno, že sexualita je onkologickým onemocněním nepopíratelně negativně ovlivněna, což dokazuje, že toto téma je pro pacienty zásadní, a jeho zkoumání by tudíž mělo pokračovat. Ukazuje se, že dostatečné množství včas poskytnutých odborných informací a konzultací, může následky onemocnění zmírnit, popřípadě i eliminovat. Ze studií vyplynulo že toto téma není dostatečně zpřístupněno veřejnosti a odborná komunikace je pacienty stále více a intenzivněji vyžadována.

V závěru empirické části jsem proto vypracovala návrh vzdělávací akce, jež by pokrývala vzdělávací potřeby účastníků vyplývající z mého výzkumu, který poukazuje na nedostatek informovanosti pacientů. Tato edukační akce proto zahrnuje témata, která vyplynula z analýzy zkoumaných studií s ohledem na prostudovanou literaturu.

Je tedy toto téma dostatečně prozkoumáno? Literatura i výzkumy poukazují na problémy v komunikaci a informovanosti pacientů jež stále vyvstávají, což naznačuje že obsah zmiňovaného tématu, není zdaleka vyčerpán. Tématem, kterého se v práci dotýkám, a bylo by vhodné k bližšímu prozkoumání je například téma vlivu terapeutické sexuologické péče na rekonvalescenci pacientů po vzniku sexuální dysfunkce v důsledku onkologického onemocnění, jejíž absence byla často zmiňováno v rámci zkoumaných relevantních studií. Druhým tématem vhodným k prozkoumání, jehož se studie dotýkaly byla informovanost samotných lékařů, i v této oblasti vyvstávalo mnoho otázek.

## Seznam použité literatury:

- ALBERS, L.F. (2019). *Sexual health needs: how do breast cancer patients and their partners want information?.* Journal of sex and marital therapy.
- ARKSLEY, H. & O'MALLEY, L. (2005). *Scoping studies: towards a methodological framework*. International journal of social research methodology.
- BREZA, J. (1994). *Erektivní poruchy*. Martin: Osveta.
- DOLEJŠIA, E. & KOŠŤÁLOVÁ, A. & MAREVA, R. & NEJEDLÁ, M. (2016). *Krátké intervence – Manuál pro edukaci*. Státní zdravotní ústav.
- CHARIF, A.B. (2016). *Patient Discussion about sexual health with health care providers after cancer – a national survey*. The journal of sexual medicine.
- GIANNOTEN, W. (2008). *Sexuality in illness and physical disability*. Assen: An Gorcum.
- GREENFIELD, D.M. & WALTERS, S.J. & COLEMAN, R.E. (2010). *Quality of life, self-esteem, fatigue and sexual function in young man after cancer: a controlled cross-sectional study*. Cancer.
- HAVELKOVÁ, E. & TUMOVÁ, E. (2015). *Edukace v ošetrovatelství, průvodce edukační prací*. [cit. 2020-03-23]. Dostupné z: [https://elearning.zoat.cz/pluginfile.php/2007/mod\\_resource/content/1/Edukace%20v%20o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD.pdf](https://elearning.zoat.cz/pluginfile.php/2007/mod_resource/content/1/Edukace%20v%20o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD.pdf)
- HONZÁK, R. (1999). *Komunikační pasti v medicíně. 2., doplněné vydání*. Praha: Galén.
- HOSKOVCOVÁ, S. (2009). *Psychosociální intervence. 1. vyd.* Praha: Karolinum. s. 10-13.
- HRADECKÁ, L. (2009). *Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu*. [cit. 2020-03-23]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/edukace-jako-nedilna-soucast-osetrovatelskeho-procesu-448627>
- JANÁČKOVÁ, L. & WEISS, P. (2008). *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál.
- JUŘENÍKOVÁ, P. (2010). *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, Sestra.
- KLUGAR, M. (2015). *Systematická review ve zdravotnictví*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- KRATOCHVÍL, S. (2008). *Sexuální dysfunkce*. Praha: Grada.



*Krátké intervence v pracovně lékařské péči – Národní síť podpory zdraví. Národní síť podpory zdraví – Webová prezentace a blog Národní sítě podpory zdraví [online]. Copyright © 2019 Národní síť podpory zdraví [cit. 26.03.2020]. Dostupné z: <https://nspz.cz/kratke-intervence-v-pracovne-lekarske-peci/>*

KŘIVOHLAVÝ, J. (2002). *Psychologie nemoci. Praha: Grada.*

LINDAU, S.T. & SURAWSKA H. & PAICE J. & BARON S.R. (2011). *Communication about sexuality and intimacy in couples affected by lung cancer and their clinical-care providers, Psycho-oncology.*

MAGUROVÁ, D. & MAJERNÍKOVÁ, L. (2009). *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve. Martin: Osveta.*

MAYS, N. & ROBERTS, E. & POPAY, J. (2001). *Synthesising research evidence. In Studying the organisation and delivery of health services: Research methods.*

MENDENHALL W. M. & Henderson R. H. & Indelicato D. J. & Keole S. R. & Mendenhall N. P. (2009). *Erectile dysfunction after radiotherapy for prostate cancer. Am J Clin Oncol.*

MLČÁK, Z. (2011). *Emergentní psychologie a krizová intervence. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.*

NĚMCOVÁ, J. & HLINKOVÁ, E. (2010). *Moderná edukácia v ošetrovateľstve. 1. vyd. Martin : Osveta.*

*Nežádoucí účinky chemoterapie »Linkos.cz. Linkos: Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně »Linkos.cz [online]. Copyright © 2020 ČOS ČLS JEP [cit. 2020-03-26]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/nezadouci-ucinky-lecby-chemo/nezadouci-ucinky-chemoterapie-1/>*

*O nádorech prsu »Linkos.cz. Linkos: Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně »Linkos.cz [online]. Copyright © 2020 ČOS ČLS JEP [cit. 2020-03-24]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/nadory-prsu-c50/o-nadorech-prsu/>*

*O rakovině penisu, prevence »Linkos.cz. Linkos: Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně »Linkos.cz [online]. Copyright © 2020 ČOS ČLS JEP [cit. 2020-03-23]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/zhoubne-nadory-muzskeho-pohlavniho-ustroji-c60-c62/o-rakovine-penisu-prevence/>*

*Ošetrovatelství – Výuka – Edukace. Object moved [online]. [cit. 2020-03-22]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>*

REIS, M. & BEJI, N. & COSKUN, A. (2010). *Quality of life and sexual funktion in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data*. Eur J Oncol Nursing.

SKÁLA, J. a kol. (200). *Psychoterapie v medicínské praxi*. Praha: Avicenum.

ŠRÁMKOVÁ, T. (2013) *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Grada Publishing.

ŠRÁMKOVÁ, T. (2015). *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén.

ŠRÁMKOVÁ T. & HOŘICE K. & DOBIÁŠOVÁ Z. & VORLÍČEK J., et al. (2010). *Jistoty. Jak kvalitu člověka s onkologickým onemocněním dokáže ovlivňovat úroveň partnerského vztahu a komunikace lékaře s nemocným a jeho rodinou*. Edukační DVD. MZ ČR, Odbor zdravotnických služeb, Praha.

TSAI, T. & CHEN, S & TSAI, M. (2011). *Prevalence and associated factors of sexual dysfunction in cervical cancer patients*. J. Sex Med.

VENGLÁŘOVÁ, M. & MAGROVÁ, G. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Grada Publishing.

*Verbální komunikace mezi sestrou, pacientem a rodinou* »Linkos.cz. Linkos: Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně »Linkos.cz [online]. Copyright © 2020 ČOS ČLS JEP [cit. 2020-03-26]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/verbalni-komunikace-mezi-sestrou-pacientem-a-rodinou/>

VORLÍČEK, J., (2007). *Onkologická onemocnění a deprese*. [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <http://www.deprese.com/rozhovor.php?&content=vorlicek>

VORLÍČKOVÁ H. & KOCOURKOVÁ J. (2006) *Sexualita a tělesný image u onkologických pacientů*. Onkologická péče.

WEISS, P. (2010). ed. *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing.

WITTMAN, D. (2017). *Truenth sexual recovery intervoention for couples coping with prostate cancer: randomized controlled trial results*. American Urological Association Education and Research.

YANG, E. & KIM, S. & HEO, C & LIM, J. (2011). *Longitudinal changes in sexual problems related to cancer treatment in Korean breast cancer survivors: a prospective cohort study*. Support care cancer.

ZACHOVÁ V. a kol. (2010). *Stomie*, 1. vydání. Praha: Grada Publishing.

ZEMAN, M. & KRŠKA, Z. (2011). *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada Publishing.

## Seznam grafů obrázků a tabulek

Faktory ovlivňující onkologického pacienta .....	11
Schéma krátké intervence.....	25
Schéma skupinové intervence .....	26
Schéma komunikace.....	28
Schéma postupu/graf výběru studií .....	32
Přehledová tabulka studií .....	39
Ganttův diagram navrhované vzdělávací akce .....	46