

RAK IN SPOLNOST TER VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE

pred. Danijela Pušnik, mag. zdr. nege

UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in pe-
rinatologijo

danijela.pusnik@ukc-mb.si

IZVLEČEK

Rak in zdravljenje le-tega vpliva na kakovost vseh ravni zdravja ter tako povzroča motnje tudi v spolnosti. Najpogosteje prisotne spolne motnje se kažejo kot zmanjšana želja po spolnosti, poleg tega pri ženskah še boleč spolni odnos, pri moških motnje erekcije. Obravnava spolnosti pri onkoloških pacientih je del celostne oskrbe, v katero so vključene tudi medicinske sestre. Z ustreznimi komunikacijskimi modeli lahko ugotovljajo prisotnost spolnih motenj in izberejo za pacienta in partnerja ustrezno pomoč ob njunem sodelovanju. Obstaja več dejavnikov, ki ovirajo celostno obravnavo spolnih motenj; med njih sodijo pomanjkanje znanja in komunikacijskih veščin, osebna in kulturna prepričanja ter prisotnost stereotipov med zdravstvenimi delavci in pacienti. Z ustreznim izobraževanjem medicinskih sester in vključitvijo spolnosti kot življenjske aktivnosti v proces zdravstvene nege se lahko izboljša obravnava spolnosti pri onkoloških pacientih ter posledično tudi njihova kakovost življenja.

Ključne besede: spolne motnje, onkološki pacient, medicinska sestra, komunikacijski modeli, ovire za obravnavo spolnih motenj.

UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija je zdravje definirala kot popolno dinamično ravnovesje telesnih, duševnih, čustvenih, duhovnih, osebnih in socialnih prvin, ki se kaže v zmožnosti neprestanega opravljanja funkcij in prilagajanja okolju. Rak in zdravljenje le-tega pogosto poruši ravnovesja vseh ravni zdravja, tudi področje spolnega življenja, in vpliva na kakovost življenja.

Spolnost je pomembna življenjska aktivnost z biološkega, medosebnega, s psihološkega in z vedenjskega vidika ter je prvinska človekova lastnost. Je pomemben dejavnik kakovostnega življenja. Je večplastna, saj vključuje integracijo osebnosti, kulture, intelektualnosti in lastne samopodobe (Bakewell, Volker, 2005). Doživljanje spolnosti se razlikuje glede na spol, starost in številne vrednote nekega okolja in časa, zato je težko podati enotno definicijo spolnosti. Spolna aktivnost je sposobnost uživati v spolnosti brez predsodkov in negativnih občutkov. Njena posledica je zadovoljstvo.

Normalno spolnost je težko definirati, saj lahko pojem »normalno« ljudje pojmujejo različno. Običajno je normalna spolnost pojmovana kot tisto, kar daje osebama v odnosu užitek. Vemo, da na spolnost vpliva več dejavnikov — to imenujemo spolni odziv. Številne študije so pokazale, da je prekinjeno ali nezadovoljivo spolno življenje povezano z nižjo kakovostjo življenja. Spolna motnja ali spolna disfunkcija je nezmožnost, da bi popolnoma uživali v spolnosti. Posledice spolne disfunkcije so opazne predvsem na psihosocialni ravni. Lahko je prisotna ves čas življenja ali je le situacijska. Pri pacientih z rakom je spolna disfunkcija prisotna v razponu od 40 % do 100 %, razlikuje se glede na vrsto in stadij bolezni ter načine zdravljenja (Nacional cancer institute, 2014).

Namen prispevka je teoretično seznaniti z najpogosteje prisotnimi spolnimi motnjami pri pacientih z rakom ter predstaviti z raziskavami ugotovljene potrebe pacientov po pomoči zdravstvenih delavcev in vlogo zdravstvene nege v procesu obravnav spolnih motenj.

METODE

Literatura je bila iskana v spletnih okoljih Google in PubMed z iskalnimi pojmi »cancer and sexuality and nursing« ter »oncology patient and sexuality«. Za predstavitev najpogostejših spolnih motenj ter pomoči pacientom in njihovim partnerjem so bile pregledane spletne strani nacionalnih združenj za zdravljenje raka. Za analizo so bile uporabljene raziskave, objavljene v obdobju med letoma 2002 in 2014 in so vključevale onkološke paciente in zdravstveno nego. Primerjane so z raziskavami, objavljenimi v slovenskem prostoru.

SPOLNE MOTNJE PRI PACIENTIH Z RAKOM

Spolne motnje se pri onkoloških pacientih najpogosteje kažejo kot izguba želje po spolnosti pri obeh spolih, poleg tega pri ženskah tudi bolečina pri spolnem odnosu ter suha nožnica, pri moških pa motnje erekcije. Pojavi se lahko še motnja v ejakulaciji in nezmožnost doseganja orgazma (Nacional cancer institute, 2014). Najpogostejši dejavniki za pojav spolnih motenj pri pacientih z rakom so (Jenkins, Ashley, 2002; Huges, 2009; American cancer society, 2013):

- skrb za preživetje, predvsem v obdobju aktivnega zdravljenja,
- fizični (utrujenost, slabost, bruhanje, bolečina, anoreksija),
- hormonski (vpliv zdravil, zgodnja andropavza, zgodnja menopavza) ali
- psihološki dejavniki (anksioznost, depresivnost, spremenjena samopodoba).

Prisotnost dejavnikov je odvisna od načina zdravljenja ter vrste in stadija rakave bolezni ter pacienta samega (starost, kulturne vrednote, spol, zakonski stan ...).

Na voljo je vse več raziskav, ki proučujejo povezavo med spolnimi motnjami pacientov z rakom ter kakovostjo življenja in dobrim psihičnim počutjem. Raziskave kažejo, da spolne motnje povzročajo nižjo raven kakovosti življenja in večjo psihično stisko, najpogosteje so prisotne pri moških z rakom prostate, limfoma in kolorektalnim rakom, pri ženskah pa z rakom dojke, materničnega vratu in debelega črevesa (Schover et al., 2014).

VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE PRI OBRAVNAVI SPOLNIH MOTENJ

V nekaterih državah je obravnava spolnosti pri onkoloških pacientih del celostne oskrbe, v katero so vključeni različni strokovnjaki: zdravniki, medicinske sestre – specialistke onkološke zdravstvene nege, psihologi in drugi. V celostno obravnavo so vključeni tudi svojci – partnerji (Schover et al., 2014). Primarna naloga medicinskih sester v onkološki dejavnosti je oceniti vpliv bolezni na človeka. Rak ne povzroča le bolezni organa, tj. fizičnega obolenja, temveč povzroča tudi psihične, socialne in duhovne travme (King, 2003). Strokovna praksa zato zahteva podrobno poznavanje bioloških, fizikalnih, psihosocialnih razsežnosti onkološke bolezni. Potrebujemo znanja s področja zdravljenja spolnih motenj, sposobnost zagotavljanja in vzdrževanja intimnosti in zaupnosti ter komunikacijske veščine. Z uporabo pravih komunikacijskih orodij lahko medicinske sestre pridobimo zaupanje v svoje sposobnosti za nudenje strokovne pomoči pri obravnavi spolne disfunkcije (Kaplan, Pacelli, 2011; Perz, Ussher, Gilbert, 2013).

Obstaja več komunikacijskih modelov, s pomočjo katerih si pomagamo v komunikaciji o spolnih motnjah. V zdravstveni negi priporočajo uporabo modelov

PLISSIT in BETTER (Hordern, 2008; Southard, Keller, 2009; Kaplan, Pacelli, 2011; Schover et al., 2014).

BETTER je model, ki medicinskim sestram najbolj ustreza pri izvedbi ocene spolnih motenj. Elementi modela so:

- B (bring up the topic) — govoriti o tem, aktualna vzgoja;
- E (explaining) — pojasnjevanje, skrb za kakovost življenja, vključno s spolnostjo (pacientom smo na voljo za vprašanja in nasvete o spolnih motnjah kadar koli);
- T (telling) — pacientom povemo, kje lahko najdejo vire in sredstva za ustrezno pomoč pri spolnih motnjah;
- T (timing) — pacientom smo vedno na razpolago za pogovore;
- E (educating) — izobraževanje pacientov o neželenih učinkih zdravljenja, ki vplivajo na spolnost;
- R (recording) — dokumentiranje, arhiviranje ocene in intervencij v pacientovo dokumentacijo.
- **PLISSIT** je model, ki je nastal kot konceptualni sistem za vedenjsko zdravljenje spolnih motenj v štirih stopnjah:
 - P (permission – giving), — dovoljenje za začetek pogovora o spolnosti;
 - LI (limited information), — zagotovitev osnovnih informacij o spolnosti in motnjah,
 - SS (specific suggestion), — posebni, specifični predlogi posameznikom za vzdrževanje spolne funkcije;
 - IT (intensive therapy), — intenzivno zdravljenje.

Model predvideva za vsako višjo stopnjo več strokovnega znanja s področja onkološkega zdravljenja, posledic zdravljenja in potencialnih spolnih motenj. Ob ustrezni oceni je potrebna napotitev pacientov k ustreznim specialistom na intenzivno zdravljenje spolnih motenj.

Aktivnosti pri obravnavi spolnih motenj morajo biti individualne in prilagojene vsakemu pacientu posebej ob upoštevanju njegovih želja, prepričanj ter ocene spolne funkcije pred zdravljenjem. Priložnosti za pogovore o spolnosti in morebitnih spremembah izkoristimo ob izvajanju drugih aktivnosti (Katz, 2011). Pacientove potrebe, ki vplivajo na spolnost, lahko razvrstimo v negovalne diagnoze po psihosocialnih, fizičnih in čustvenih – duhovnih komponentah, kot predlaga Shellova (2002):

- socialni odnosi (prizadeta socialna povezanost, socialna izolacija, nevarnost osamljenosti, spolne motnje, spremenjeni družinski procesi, spremenjeni vzorci spolnega življenja, sprememba uspešnosti),
- duhovne vrednote (nevarnost za duhovno stisko, poglobljene duhovne potrebe),
- fizična aktivnost (prizadeta gibljivost, kronična utrujenost, zmanjšana zmogljivost vzdrževanja osebne higiene ...),

- psihološko zaznavanje (zmanjšana samopodoba, zmanjšana samozavest, kronično pomanjkljiva samozavest, motnje v osebni identiteti, motnje v zaznavanju).

OBRAVNAVA SPOLNOSTI V KLINIČNEM OKOLJU – razhajanja med potrebami pacientov in izvedenimi aktivnostmi

Kljub védenju, da so pri nekaterih pacientih z rakom prisotne spolne motnje kot posledica zdravljenja, ostanejo pacienti in njihovi partnerji brez ustreznih informacij. Pacienti brez pobude strokovnih delavcev ne spregovorijo o spolnih težavah. S tega stališča so osamljeni in nemočni, saj običajno niso seznanjeni s povezanostjo spolnih motenj z boleznijo in zdravljenjem (Southard, Keller, 2009). Pacienti in partnerji si želijo informacij.

Kljub temu, da so bolj prizadeti mlajši pacienti in partnerji, pa spolne motnje negativno vplivajo na počutje tudi pri starejših pacientih in partnerjih. Pomoč pri obravnavi spolnih motenj si želijo vsi onkološki pacienti, ne samo tisti z obolenji reproduktivnih organov. Želijo si, da bi lahko sodelovali tudi partnerji. Aktivnosti za izboljšave morajo temeljiti na fizičnem, psihosocialnem in duhovnem področju (Schover et al., 2014). Pacienti poročajo o razhajanjih med potrebami in dobljenimi informacijami glede spolnih motenj s strani zdravstvenih delavcev (Perz, Ussher, Gilbert, 2013), kar pomeni, da smo pri dajanju informacij in nudenju pomoči preskopi.

Hordern in Street (2007) sta ugotovili, da med medicinskimi sestrami obstajajo stereotipi o spolnosti – informacije so odvisne od starosti, spola, diagnoze, partnerskega razmerja in kulturnih značilnosti zaposlenih in pacientov. Southardova in Kellerjeva (2009) pravita, da imajo onkološke medicinske sestre razmeroma liberalno stališče do spolnosti, imajo pa omejeno znanje in pomanjkljive komunikacijske sposobnosti. V raziskavi, ki je bila izvedena na Finskem (Hautamäk et al., 2007), so prav tako ugotovili, da le v 35 % primerov medicinske sestre pričnejo razpravo o spolnih motnjah na lastno pobudo, vzrok pa je premalo usposabljanja in izobraževanja.

Enake vzroke in dodatno še premalo časa za pogovore o spolnosti navajajo tudi Saunamäki, Andersson in Engström (2010) in Olsson s sodelavci (2012). V raziskavi, ki so jo izvedli Julien, Thom in Kline (2010), so ugotovili, da obstaja statistično pomembna razlika v komunikaciji in nudenju informacij glede spolnih motenj tudi v starosti in izkušnjah. Mlajše in manj izkušene medicinske sestre se počutijo bolj nelagodno v tej aktivnosti kot starejše in z več delovnih izkušenj. Želijo, da bi večino obravnave spolnih motenj prevzeli zdravniki.

Stališča slovenskih medicinskih sester do obravnave spolnih motenj pri onkoloških pacientih

Stališča slovenskih medicinskih sester so podobna kot stališča medicinskih sester iz drugih držav. Z raziskavo (Pušnik, 2011a) je bilo ugotovljeno, da medicinske sestre vedo, da se spolne motnje lahko pojavijo kot posledica onkološkega obolenja in zdravljenja, vendar menijo, da so težave prisotne le pri mlajših pacientih. Znanje so pridobile iz literature in na strokovnih srečanjih. Na delovnem mestu se redko srečujejo s strokovno obravnavo spolnih motenj, so pa doživele izkušnjo s pogovorom s pacienti. Bile so mnenja, da so pacienti »v šali« postavljali vprašanja o spolnosti. Menijo, da nimamo urejene obravnave spolnih motenj v procesu zdravljenja in spremljanja onkoloških pacientov, razen na področju zdravljenja erektilnih disfunkcij. Ob zagotovitvi ustreznih prostorov bi sodelovale v multidisciplinarnih timih za obravnavo spolnih motenj. Medicinske sestre bi o spolnih motnjah s pacienti komunicirale, vendar le, če bi bil pobudnik pacient. V raziskavi niso navajale sodelovanja s pacientovimi partnerji, kar je za uspeh pri obvladovanju spolnih motenj zaželeno.

Zaslediti je prisotnost stereotipov, enako kot jih navajajo tuji avtorji: spolnost je prisotna pri mlajših pacientih, v starosti spolnost ni pomembna, v času zdravljenja se pacienti posvečajo bolezni, zanima jih preživetje, o spolnosti bodo razmišljali doma. Kar dve tretjini v raziskavo vključenih medicinskih sester ima znanja s področja spolnosti in spolnih motenj pri onkoloških pacientih. Največ si jih je znanja pridobilo s prebiranjem strokovne literature, saj je tema o spolnih motnjah redko predstavljena na strokovnih srečanjih in v izobraževalnih programih, predvsem pa ni predstavljena z vidika celostne obravnave pacienta. Med najpogostejšimi dejavniki, ki ovirajo obravnavo spolnih motenj, so medicinske sestre navedle lastne komunikacijske težave ter dejstvo, da pacienti o tem ne govorijo in da se o težavah v spolnosti ne želijo pogovarjati, poleg tega tudi nimajo ustreznega prostora za pogovor (Pušnik, 2011b).

ZAKLJUČEK

Spolnost je zelo občutljivo intimno področje, na katerega vpliva veliko dejavnikov iz okolja (zunanjih) in osebnih (notranjih) dejavnikov. Lahko je ena najtrajnejših negativnih posledic zdravljenja raka, s katerimi se mora soočiti pacient, da odpravi ali omili težave, podporo in strokovno pomoč pa mu moramo dati zdravstveni delavci. Priporočeno je, da bi se zaposleni v onkologiji izobraževali in izpopolnjevali tudi na področju obravnave spolnih motenj (Perz, Ussher, Gilbert, 2013), saj številne raziskave kažejo na razhajanje med željami in potrebami pacientov na eni strani in ponujenimi aktivnostmi medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev na drugi strani. Zavedati se moramo, da je spolnost in intimnost z vidika kakovosti življenja enako pomembna kot drugi elementi za zagotavljanje dobrega počutja. Medicinske sestre smo usposobljene in odgovorne za procesni pristop v zdravstveni negi, kjer ocenjujemo pacientove potrebe, svetujemo, izobražujemo, spodbujamo, vzgajamo, učimo ter nudimo ustrezno

podporo pri zagotavljanju vseh življenjskih aktivnostih, tudi v spolnosti in spolnem zdravju.

LITERATURA

- Bakewell TR, Volker DL. Sexual dysfunction related to the treatment of young women with breast cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2005 Dec;9(6): 697—702.
- Hautamäki K, Miettinen M, Kellokumpu-Lehtinen PL, Aalto P, Lehto J. Opening communication with cancer patients about sexuality – relates issues. *Cancer Nurs*. 2007; 5: 399—404.
- Hordern AJ. Intimacy and sexuality after cancer: a critical review of the literature. *Cancer Nurs*. 2008; 2: 9—17.
- Huges MK. Sexuality and cancer: The final frontier for nurses. *Oncol Nurs Forum*. 2009 Sep; 36(5): 241—6.
- Jenkins M, Ashley J. Sex and the oncology patient: discussing sexual dysfunction helps the patient optimize quality of life. *Am J Nurs*. 2002 Apr;102 Suppl 4: 13-5; quiz 49—52.
- Julien JO, Thom B, Kline NE. Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice. *Oncol Nurs Forum*. 2010 May; 37(3): 168—90.
- Kaplan M, Pacelli R. The sexuality discussion: tools for the oncology nurse. *Clin J Oncol Nurs*. 2011 Feb; 15(1): 15—7.
- Katz A. Breast cancer and women's sexuality. *AJN*. 2011; 111(4): 63—7.
- King CR. Clinical implication of quality of life. In: King CR, Hinds PS. *Quality of life from nursing and patients perspectives* Sudbury, MA, Jones & Bartlett; 2003: 07—318.
- Olsson C, Berglund AL, Larsson M, Athlin E. Patient's sexuality - a neglected area of cancer nursing? *Eur J Oncol Nurs*. 2012 Sep; 16(4): 426—31.
- Perz J, Ussher J, Gilbert E. Constructions of sex and intimacy after cancer: Q methodology study of people with cancer, their partners, and health professionals. *BMC Cancer*. 2013; 3: 270. [electronic version]. Dostopno na: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/13/270> (9. 6. 2014).
- Pušnik D. Pogovor o težavah s spolnostjo pri pacientih z onkološkimi obolenjem. In: Matkovič M, Petrijevčanin B. *Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkimi pacientom, strokovni seminar*, Ljubljana 2011: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji; 2011a: 132—48.
- Pušnik D. Vloga medicinske sestre v obravnavi spolnih motenj pri pacientih z rakom. In: Skela Savič B, eds. *Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj*, 4. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi, Jesenice 2011: *Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice*; 2011b: 519—27.
- Saunamäki N, Andersson M, Engström M. Discussing sexuality with patients: nurses attitudes and beliefs. *J Adv Nurs*. 2010; 6: 1308—16.

- Schover LR, Kaaij M, Dorst E, Creutzberg C, Huvghé E, Kiserud CE. Sexual dysfunction and infertility as late effects of cancer treatment. *EJCSuppl.* 2014 may; . [electronic version]. Dostopno na: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359634914000068> (9. 6. 2014).
- Sexuality. American cancer society, 2013. Dostopno na: <http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/physicalsideeffects/dealingwithsymptomsathome/caring-for-the-patient-with-cancer-at-home-sexuality> (9. 6. 2014).
- Shell JA. Impact of cancer on sexuality. In: Otto SE. *Oncology nursing*. St. Luis, Missouri, USA: An Affiliate of Elsevier Science; 2002: 973—99.
- Southard NZ, Keller J. The importance of assessing sexuality: a patient perspective. *Clin J Oncol Nurs.* 2009; 13: 213—7.
- The prevalence and types of sexual dysfunction in people with cancer. Sexuality and reproductive issues (PDQ). National cancer institute, 2014. Dostopno na: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/sexuality/HealthProfessional/page1> (9. 6. 2014).