

POGOVOR O TEŽAVAH S SPOLNOSTJO PRI PACIENTIH Z ONKOLOŠKIM OBOLENJEM – KAKO POMAGATI PACIENTOM

Danijela Pušnik, dipl. m. s.

UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo

danijela.pusnik@ukc-mb.si

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: V procesu onkološkega zdravljenja se pogosto pojavljajo spolne motnje. Za ustrezno nudenje pomoči je potrebna predhodna ocena spolnih motenj. Ocenjevanje in nudenje pomoči najpogosteje izvajajo medicinske sestre. Pri tem se občasno pojavijo komunikacijske težave – kako s pacienti spregovoriti o spolnih motnjah. Avtorji navajajo več komunikacijskih metod in strategij za lažjo komunikacijo.

Metode: Raziskava je bila narejena v UKC Maribor. Sodelovale so medicinske sestre, ki izvajajo zdravstveno nego pri pacientih z onkološkim obolenjem. Raziskava je temeljila na intervjuju v pisni obliki. Podatki so bili obdelani kvalitativno z analizo besedila.

Rezultati: Medicinske sestre vedo, da onkološko obolenje in zdravljenje vplivata na spolnost, o tem pa si želijo še dodatnega znanja. O spolnih motnjah bi se s pacienti pogovarjale v primeru, da bi pogovor pričeli pacienti. V slovenskem prostoru obravnava spolnosti pri onkoloških pacientih ni prepoznana.

Diskusija in zaključki: Rezultati so podobni, kot jih navajajo različni avtorji. Zaznati je stereotipe, ki izhajajo iz občutkov medicinskih sester brez dokazov. Potrebna so dodatna izobraževanja s področja komunikacijskih veščin in spolnih motenj.

KLJUČNE BESEDE: rak, spolne motnje, medicinska sestra, komunikacija.

UVOD

Komunikacija je prenos podatkov med dvema ali več ljudmi. V praksi zdravstvene nege poteka komunikacija kontinuirano med medicinsko sestro in pacientom, pacientovo družino, s sodelavci in mnogimi drugimi. Je zapleten proces, kjer lahko zaradi različnih dejavnikov (ovir) v komunikacijski verigi pride do napake – prejemnik sporočila ne zazna enako kot pošiljatelj. Uspešna komunikacija ima tri glavne sestavine: pošiljatelja, sprejemnika in sporočilo. Komunikacija je lahko enosmerna ali dvosmerna (Možina et al., 2004). V zdravstveni negi naj bo dvosmerna, še posebno kadar komuniciramo s pacientom in svojci. Le tako bomo vedeli, kako je pacient prejel, razumel naše sporočilo. Pomembni elementi učinkovitega komuniciranja s pacienti in svojci so poštenost, čutnost, dostopnost in odzivnost. Marsikateri pacient in svojci bodo po zaključeni obravnavi pozabili naše ime, spomnili pa se bodo, kako smo zanje skrbeli, kakšen odnos smo imeli in kako smo komunicirali, ko so nas najbolj potrebovali (Anderson, b.d.)

Za uspešno komuniciranje moramo biti medicinske sestre posebej usposobljene. Pomembno je, da znamo poslušati in slišati. Imeti moramo dovolj strokovnega znanja, ki ga bomo znale posredovati na primeren, pacientom in svojcem razumljiv način.

Spolnost je pomembna življenjska aktivnost z biološkega, medosebnega, psihološkega in vedenjskega vidika in je prvinska človekova lastnost. Je pomemben dejavnik kakovostnega življenja. 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 in ima za posledico zadovoljstvo. Svetovna zdravstvena organizacija je že leta 1975 označila spolno zdravje za skupnost telesnih, čustvenih, intelektualnih in socialnih vidikov spolnosti, ki bogatijo življenje in izboljšujejo osebne lastnosti, medsebojno povezanost in ljubezen (Borko, 2006). Vemo, da na spolnost vpliva več dejavnikov, kar imenujemo spolni odziv. Poznamo naslednje faze spolnega odziva: želja po spolnosti, vzbujenje, orgazem, resolucija. Kadar gre za motnjo v kateri od omenjenih faz, govorimo o spolni disfunkciji (WHO).

RAK IN SPOLNOST TER VLOGA MEDICINSKE SESTRE

V zadnjih letih zdravljenje raka napreduje, preživetje je daljše, povečana je tudi skrb za izboljšano kakovost življenja pacientov z rakom. Rak in zdravljenje raka imata neposreden in posreden vpliv na fizično in psihično počutje ter na medosebne odnose, kar negativno vpliva na spolno funkcijo in spolne odnose. Obstaja več fizičnih, psihosocialnih in drugih dejavnikov za prisotnost spolnih motenj. Literatura kaže, da kar 50% žensk z rakom dojke ali ginekološkim rakom in 70% moških z rakom prostate poroča o spolnih motnjah (Jenkins, Ashley, 2002). Ta negativen vpliv lahko nekoliko ublažimo s poznavanjem ravni spolnega delovanja pri pacientih pred obolenjem oziroma zdravljenjem, s svetovanjem ter z zdravljenjem na farmakološki, psihološki način ter z izobraževanjem (Sadovsky et al., 2010).

V nekaterih tujih državah je obravnava spolnosti pri onkoloških pacientih del celostne oskrbe, v katero so vključeni različni strokovnjaki: zdravniki, medicinske sestre – specialistke onkološke zdravstvene nege, psihologi, seksologi in drugi. V celostno obravnavo so vključeni tudi svojci – partnerji. Medicinske sestre, ki so ob pacientu kontinuirano prisotne, so enakovredne članice tega multidisciplinarnega tima. Strokovna praksa od njih zahteva podrobno poznavanje bioloških, fizikalnih, psihosocialnih razsežnosti onkološke bolezni (Johnson, Jarbro, 2000). Potrebujemo znanja s področja zdravljenja spolnih disfunkcij, sposobnost zagotavljanja in vzdrževanja intimnosti in zaupnosti ter komunikacijske veščine. Z uporabo pravih komunikacijskih orodij lahko medicinske sestre pridobijo zaupanje v svoje sposobnosti za nudenje strokovne pomoči pri obravnavi spolne disfunkcije (Kaplan, Pacelli, 2011). Na trgu je veliko literature, s pomočjo katere je možno zagotavljati ustrezno strokovno pomoč pacientom s spolno disfunkcijo (Shell, 2002), ki pa jo lahko pravilno uporabimo le v primeru ustrezno pridobljenih informacij oziroma z oceno spolne disfunkcije (Jenkins, Ashley, 2002). Pacienti brez pobude strokovnih delavcev ne spregovorijo o spolnih težavah in se počutijo s tega stališča osamljeni in zelo nemočni, saj običajno niso seznanjeni s tem, da so težave povezane z osnovnim obolenjem in zdravljenjem (Southard, Keller, 2009). Ravno zaradi tega obstajajo med pacienti in zdravstvenimi delavci različna, neusklajena pričakovanja glede obravnave spolnosti in intimnosti.

Pacienti si želijo informacij, zdravstveni delavci pa predpostavljajo, da potrebujejo pacienti največ pomoči v boju proti bolezni, manj pa na čustvenem in psihološkem področju zdravljenja. V raziskavi Hordrnove in Streetove (2007) je bilo ugotovljeno, da med medicinskimi sestrami obstajajo tudi stereotipi o spolnosti – starost, spol, diagnoza, kultura, partnersko razmerje. Southardova in Kellerjeva (2009) pravita, da imajo onkološke medicinske sestre razmeroma liberalno stališče do spolnosti in smatrajo, da je zagotavljanje svetovanja o spolnosti pomembna naloga medicinskih sester, imajo pa omejeno znanje in pomanjkljive komunikacijske sposobnosti, zato se na ta problem ne odzivajo dovolj učinkovito. Poznavanje stranskih učinkov zdravljenja s kemoterapijo, radioterapijo, operativnim posegom nam pomaga pri prepoznavanju spolnih težav pri pacientih. Poleg poznavanja stranskih učinkov zdravljenja je potrebno upoštevati še druge faktorje, kot so kronične bolezni (hipertonija, diabetes, alkoholizem, debelost, psihiatrična obolenja) ter zdravljenje teh obolenj (Huges, 2009).

Najpogostejši stranski učinki onkološkega zdravljenja, ki povzročajo spolne motnje

Če poznamo spolne motnje in vzroke zanje, bomo lažje prepoznali paciente s spolnimi motnjami. Najpogostejše težave, o katerih razpravljajo v člankih tudi Jenkins in Askley (2002) ter Huges (2009) so:

- **Zmanjšan libido.** Pomanjkanje spolne želje je najpogostejša spolna disfunkcija pri moških in ženskah, ki se pojavi v procesu zdravljenja. Povzročijo jo lahko fizični (utrujenost, slabost, bruhanje, bolečina, anoreksija), hormonski (vpliv zdravil ali operativni poseg, radioterapija na spolnih žlezah, kar povzroči nizek nivo hormonov v krvi) ali psihološki dejavniki (anksioznost, depresivnost, spremenjena samopodoba). Po zaključenem zdravljenju s kemoterapijo se želja po spolnosti povrne.
- **Hormonske spremembe.** Sprememba ravni hormonov lahko vpliva na vse faze spolnosti. Moški z rakom na prostati ali modih imajo pogosto nizek nivo testosterona, kar povzroča motnje erekcije, zmanjšano sposobnost doseči orgazem in nižje število spermijev. Pri moških, ki se zdravijo z estrogeni, se lahko pojavi ginekomastija, feminizacija, atrofija penisa in mod in erektilna disfunkcija. Pri paci-

entkah, kjer je prišlo do odpovedi delovanja jajčnikov zaradi kemoterapije, radioterapije ali operativnega posega, se zniža nivo estrogena in testosterona, kar povzroča vaginalno atrofijo, zmanjšano vlažnost vaginalne sluznice in zmanjšan libido. Enako prizadete so tudi pacientke s hormonsko odvisnim rakom dojk, ki prejemajo antiestrogene. Pri teh pacientkah se pojavijo znaki zgodnje menopavze: vročinski vali, razdražljivost, suha vaginalna sluznica, nihanje razpoloženja in zmanjšan libido. Za vlaženje vaginalne sluznice priporočamo pacientkam uporabo lubrikantov na vodni osnovi, mazila z vitaminom E ter estrogenska ali testosteronska mazila (hormonskih mazil ni dovoljeno uporabljati pri raku dojk). Povemo jim, da naj pri nakupu lubrikantov pazijo, da le ti ne vsebujejo petroleja, saj poškoduje tanko vaginalno sluznico. Vročinski vali se lahko zdravijo z ustreznim oblačenjem, prehrano brez ostrih začimb ali ustreznimi zdravili, ki pri pacientkah z rakom dojk ne smejo vsebovati estrogenov. Za nihanje razpoloženja se priporoča gibanje, zdrav življenjski slog in zdravljenje z antidepresivi, ki pa vplivajo negativno na željo po spolnosti.

- **Dyspareunia.** Boleč spolni odnos je običajno posledica operacije ali radioterapije v mali medenici. Je ena izmed najpogostejših težav, s katerimi se soočajo ženske z ginekološkimi raki. Kirurški posegi, katerih posledica je lahko boleč spolni odnos, so: vulvektomija, histerektomija in kirurška odstranitev tumorjev materničnega vratu. Pacientke poučimo o uporabi vaginalnih dilatatorjev za preprečevanje vaginalne stenoze.
- **Eretilna disfunkcija.** Eretilna disfunkcija (ED) je eden od glavnih vzrokov za spolne motnje pri moških. To je nezmožnost doseči in vzdrževati ustrezno erekcijo skozi spolni odnos. Zmožnost za erekcijo se s starostjo zmanjšuje. Moški brez raka v starosti med 40 in 70 let ima 50 % možnosti, da imajo ED. Zdravljenje ED je odvisno od vzroka. Zdravljenje z viagro pride v poštev, kadar ne gre za poškodbo živčevja. V teh primerih pa se pacientom svetuje uporaba vakuumskih pripomočkov in podobnih naprav za spodbudo erekcije. Pomembno je, da so pacienti že pred zdravljenjem seznanjeni z možnimi tveganji za nastanek ED.
- **Telesna samopodoba.** Spremenjen videz kot posledica kirurškega zdravljenja, obsevanja (tanka, temnejša koža) ali kemoterapije (iz-

padanje las) vpliva stresno na spolne odnose. Spremenjena samopodoba je najpogostejša po kirurškem zdravljenju raka dojke, raka na mehurju, raka glave ali vratu, raka materničnega vratu, zunanjega spolovila in maternice ter raka debelega črevesa. Paciente je običajno strah reakcije partnerja na spremembe v njihovem videzu po operaciji, ali vonjav ob urostomi ali kolostomi. Intervencije izvajamo s poslušanjem in svetovanjem. Pomembno je, da paciente naučimo sprejemati svoje spremenjeno telo in jih spodbujamo, da o tem spregovorijo s partnerjem.

- **Neploidnost.** Neploidnost je lahko posledica kirurškega zdravljenja, obsevanja ali kemoterapije. Lahko je začasna ali trajna. Povzroča stres pacientom, ki si še niso ustvarili družine. Pacientom že pred zdravljenjem svetujemo zamrznitev spolnih celic.

Komunikacijski modeli in strategije za lažje komuniciranje o spolnosti

Obstaja več komunikacijskih modelov, s pomočjo katerih si pomagamo v komunikaciji o spolnih motnjah. Najpogosteje omenjeni so naslednji: ALARM, PLISSIT in BETTER (Hordern, 2008; Southard, Keller, 2009).

ALARM komunikacijski model je nastal za ugotavljanje spolne disfunkcije v posameznih fazah spolnosti v raziskovalne namene. Z uporabo tega modela ni možno zagotoviti strokovne praktične in psihološke podpore pacientom, zato se v zdravstveni negi praviloma ne uporablja več. Elementi tega modela so:

- A (activity) – pogostost sedanje spolne aktivnosti,
- L (libido/desire) – ugotavljanje želje po spolnosti,
- A (arousal/orgasm) – ugotavljanje vzburjenosti in orgazma,
- R (resolution) – občutek sprostitve po spolni dejavnosti,
- M (medical history) – podatki o zdravljenju, ki so pomembni za spolnost.

BETTER je model, ki medicinskim sestram najbolj ustreza pri izvedbi ocene spolnih motenj. Je novejši model, razvili so ga Mick, Hughes in Cohen, leta 2003. Elementi modela so:

- B (bring up the topic) – aktualna vzgoja,
- E (explaining) – pojasnjevanje, da se ukvarjamo s kakovostjo 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 stranskih učinkih zdravljenja, ki vplivajo na spolnost,
- R (recording) – dokumentiranje, arhiviranje ocene in intervencij v pacientovo dokumentacijo.

PLISSIT je model, ki je nastal leta 1974 (Annon) kot konceptualni sistem za vedenjsko zdravljenje spolnih motenj v štirih stopnjah:

- P (permission – giving) – dovoljenje za začetek pogovora o spolnosti,
- LI (limited information) – zagotoviti osnovne informacije o spolnosti in motnjah,
- SS (specific suggestion) – posebni, specifični predlogi posameznikom za vzdrževanje spolne funkcije,
- IT (intensive therapy) – intenzivno zdravljenje.

Model predvideva za vsako 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.

Mickova (2007) navaja, da se medicinske sestre zavedajo pomena obravnave spolnosti kot dela celostne obravnave, vendar pa v praksi ni vedno tako. Pripravila je sklop strateških točk, ki olajšajo izvedbo ocene spolnosti ter načrta izvedbe aktivnosti, ki pripomorejo k višji kakovosti življenja.

1. Razumevanje spolnosti: Medicinske sestre morajo poznati spolnost kot funkcijo in kot del kakovosti življenja, poznati morajo tudi vse dejavnike v procesu zdravljenja, ki bi lahko vplivale na medosebne odnose, spolnost in intimnost.

2. Informiranost: Medicinske sestre morajo pacientom zagotavljati vse informacije, da bodo lažje razumeli potek bolezni in zdravljenja in s

tem okrepili pomen spolnosti v kakovosti življenja. Potreben je individualni pristop, medicinska sestra mora biti pobudnica v izobraževanju pacientov. Poznati mora komunikacijske modele in se odločiti v dani situaciji za najboljšega.

3. Nelagodje: Medicinske sestre se ob obravnavi in komunikaciji o spolnosti lahko srečajo z občutkom neugodja. Vzrok je lahko prepričanje in vrednote, lastno razmišljanje o spolnosti, kultura okolja, vera, spol pacienta in drugo. Priporočljivo je, da medicinske sestre dojemajo spolnost kot del profesionalne odgovornosti in poskušajo obvladovati svoja čustva.

4. Biti objektivni poslušalec: Medicinske sestre bodo spolnost lahko obravnavale brez vpliva lastnih mnenj in vrednot, če bodo paciente z njihovimi težavami poslušale brez zadržkov in komunikacijskih ovir.

5. Ocenjevanje spolnih motenj: Medicinske sestre morajo izvesti oceno spolnih motenj, če želijo načrtovati delo. Oceno morajo znati pridobiti na primeren način, tako, da bodo pacienti sodelovali.

6. Uporaba praktičnih standardov: Združenje medicinskih sester Amerike (ANA) in Onkološko združenje medicinskih sester (ONS) je pripravilo poklicne standarde, ki vključujejo obravnave spolnosti pri pacientih z onkološkim obolenjem. Tako so medicinske sestre odgovorne za ustrezno obravnavo pacientov.

7. Postavljanje širokih, odprtih vprašanj: Medicinske sestre morajo na primeren način seznaniti paciente, da bodo nekatera vprašanja neprijetna. Lažje bo, če bodo upoštevale širše koncepte spolnosti, npr. o družini, otrocih, njihovih razmerjih in družinskih vlogah.

8. Izogibanje predpostavkam: Medicinske sestre pogosto predpostavljajo starost, spolno usmerjenost, kulturo, pacientovo (ne)zaskrbljenost glede spolnosti kot nepomembne elemente spolnosti. Predpostavke pogosto ne temeljijo na dejstvih ali dejanskih izkušnjah.

9. Izobraževanje o spolnosti: Kodeks etike nalaga medicinskim sestram skrb za nenehno izobraževanje in dopolnjevanje znanj, kar velja tudi za področje spolnega zdravja, katerega je v svoj program vključila tudi Svetovna zdravstvena organizacija (WHO). Izobraževalne teme za obravnavo spolnosti vključujejo vpliv kulture in religije na prepričanja, povezana s spolnostjo, vplivi bolezni na seksualnost in spolne funkcije ter komunikacijske veščine za obravnavo spolnosti s pacienti.

10. Spodbujane vprašanj o spolnosti: Če se medicinske sestre odločijo, da pacientov ne bodo spraševale o spolnosti ali ne bodo izvedle ocene akutnih ali potencialnih spolnih motenj, morajo pacientom povedati, da lahko postavljajo vprašanja o spolnosti in intimnosti, vprašanja, ki so posredno ali neposredno povezana z obolenjem in zdravljenjem.

RAZISKAVA

Namen in cilji

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, ali se medicinske sestre na področju onkološke zdravstvene nege srečujejo z obravnavo spolnih motenj pri obravnavi pacientov z onkološkimi obolenji.

Metodologija

Raziskava je bila narejena v UKC Maribor, 25. januarja 2011. V raziskavi je sodelovalo 8 medicinskih sester, ki sodelujejo v obravnavi onkoloških pacientov na različnih oddelkih in v ambulantah. Izveden je bil intervju s strukturiranimi vprašanji v pisni obliki. Vprašanja so zajemala naslednja področja: znanje o spolnih motnjah pri onkoloških obolenjih, izkušnja iz prakse – kliničnega okolja, zagotavljanje obravnave spolnih motenj v slovenskem prostoru in komunikacijske spretnosti. Raziskava je temeljila na kvalitativni metodologiji z analizo besedil.

Rezultati

Znanje medicinskih sester o spolnih motnjah pri onkoloških obolenjih

Medicinske sestre vedo, da onkološko obolenje in zdravljenje povzročata spolne motnje pri pacientih. Znanje so pridobile s prebiranjem literature in na strokovnih srečanjih. Potrebovale bi več znanja, ki si ga želijo pridobiti na delavnicah in strokovnih srečanjih. Menijo, da se spolnost dotika predvsem mlajših pacientov.

Izjave:

»Predvidevam, da onkološko zdravljenje vpliva na spolnost pacienta, vendar o tem do zdaj nismo govorili in se nismo pogovarjali s pacienti.«

»Na našem oddelku so starejši pacienti, vendar se zgodi, da je včasih tudi kakšen mlad ali srednjih let.«

»Z vidika medicinskih sester lahko povem, da je spolnost še vedno tabu.«

Izkušnje medicinskih sester v kliničnem okolju

V kliničnem okolju se medicinske sestre redko srečajo z obravnavo spolnih motenj, vsaka pa je doživela kakšno izkušnjo.

Izjave:

»Pacient je po pogovoru z zdravnikom pred pričetkom agresivnega zdravljenja dal v hrambo seme.«

»Včasih kdo vpraša, kako je glede spolnosti po zaključenem zdravljenju, vendar so ta vprašanja zelo redka.«

»Enkrat me je ena mlajša pacientka vprašala, če lahko po zaključeni kemoterapiji in obsevanju ima redne spolne odnose naprej, tako kot pred zdravljenjem in samo boleznijo.«

»Zlasti mlajši moški postavljajo vprašanja o spolnosti v šali in radi namigujejo na svoje spolne aktivnosti. Včasih pacienti postavijo vprašanja v času individualnih obravnav.«

»Pacient, operiran na črevesju je izrazil skrb zaradi svoje erekcije in drugačnosti, ker je pri operativnem posegu dobil stomo.«

»Ena znanka mi je enkrat pri kavi zaupala glede njene spolnosti. Povedala je, da sicer ima normalne spolne odnose po operaciji, vendar občuti, da ni več tako, kot je bilo pred operacijo. Občutki niso več enaki, povedala je, da nič več prav ne čuti med spolnim odnosom, npr. vzburjenost, željo.«

»Imam občutek, da so v bolnišnici za pacienta pomembne druge stvari, kot je potek bolezni, operativni poseg, rehabilitacija, uhajanje urina. Ko pa pridejo domov, v domače okolje, ko so že prebrodili prve težave, pa pridejo na vrsto druge potrebe. Takrat pa se obračajo večinoma na urologa in na ambulanto za erektilno disfunkcijo.«

»Pacientka je povedala, da se ji mož odtuja, odkar je bila zaradi raka odstranjena dojka. Ne najdeta več stika ne v pogovoru, niti intimno. Ne želi je niti poljubiti.«

Zagotavljanje obravnav spolnih motenj v slovenskem prostoru in v delovnih okoljih

Medicinske sestre menijo, da v slovenskem prostoru nimamo dovolj urejenega področja obravnav spolnih motenj, razen na področju urologije, kjer se ukvarjajo z motnjami erektilne funkcije. Predlagajo, da bi se s spolnimi motnjami ukvarjali timsko, kjer bi sodelovali v multidisciplinarnem timu različni strokovnjaki – zdravnik, medicinska sestra, psihoterapevt. Za to bi potrebovali ustrezne kadrovske in prostorske normative, kjer bi bilo možno zagotoviti diskretnost pri pogovorih in svetovanjih. V delovnih okoljih – na oddelkih in v ambulantah v večini primerov niso prostori primerni za obravnavo spolnih motenj.

Izjave:

»Menim, da bi se bilo potrebno tej temi bolj posvetiti, predvsem zato, ker je vse več bolnih mlajših ljudi, pri katerih je spolnost na višku. Zato bi bilo potrebno, da bi bile institucije, na katere bi se lahko obrnili, kjer bi jim ne bilo nerodno. Menim, da o tej temi premalo govorimo, predvsem zato, ker pacienti, ki potrebujejo pomoč, to težko povedo.«

»Nimam informacij, ali je urejena skrb za te paciente na to temo. Verjetno pri sami pripravi pacienta, ko se pripravlja na zdravljenje v obliki pogovora, brošur.«

»Pacient bi moral biti že pred operativnim posegom seznanjen z možnostjo motenj v spolnosti po posegu in drugem onkološkem zdravljenju, ker bi tako lažje izražal in se pogovarjal o svojih težavah.«

»Mislim, da to področje ni urejeno, saj se o tem ne govori dovolj in pacienti verjetno tudi ne vedo, na koga bi se v takih primerih obrnili po nasvet. Pri nas je še vedno govorjenje o spolnosti na glas med srednjo in starejšo generacijo en tabu.«

»O tem bi se več morali pogovarjati v ambulanti, da zdravnik ali medicinska sestra začneta to temo.«

Komunikacijske spretnosti

Medicinske sestre so se s pacienti pripravljene pogovarjati o možnih težavah v spolnosti, če bi le pacienti izrazili to potrebo. Vendar pa v delovnih okoljih ni ustreznih pogojev za komunikacijo – potrebovali bi prostore za individualno obravnavo, kjer bi lahko zagotovili mir in zasebnost.

Izjave:

»Predvsem se moramo naučiti poslušati in slišati.«

»Bi bila pripravljena na njegovo motiviranost mu posredovati podatke, skupni pogovori v obliki seminarja in individualno.«

»Za pogovor mora biti zagotovljena zasebnost, ki pacientu omogoči izražanje njegovih problemov. Na oddelku imamo sobo za usposabljanje za oskrbo stome in ta prostor bi tudi lahko izkoristili za pogovor s pacientovimi težavami.«

»Zagotovljen mora biti prostor za pogovor in seveda znanje iz tega področja.«

Razprava

Z raziskavo smo ugotovili, da medicinske sestre vedo, da se spolne motnje lahko pojavijo kot posledica onkološkega obolenja in zdravljenja, zaradi pisne oblike intervjuvanja pa ni bilo mogoče z vprašanji dopolnjevati izjav anketirank, npr. pri katerih obolenjih in zdravljenjih se pojavljajo spolne motnje, v katerih fazah spolnosti so najpogostejše, katere nasvete bi dali pacientom ...

Medicinske sestre bi o spolnih motnjah s pacienti komunicirale, vendar le, če bi bil pobudnik pacient. Obvladovanje spolnih motenj je uspešno, če paciente seznanimo z možnimi težavami že pred začetkom zdravljenja. Komunikacijske metode, kot so PLISIT, BETTER in literatura navajajo, da moramo zdravstveni delavci paciente nagovoriti in jih seznaniti z motnjami. Pomoč jim bomo lahko ponudili le, če bomo izvedli oceno spolnih motenj in na podlagi tega načrtovali aktivnosti. V raziskavi medicinske sestre niso navajale sodelovanja s pacientovimi partnerji, kar pa je v uspešnosti obvladovanja spolnih motenj zaželeno.

Ali so pacienti res v »šali« izražali svoja mnenja o spolnosti? Morda so želeli s tem naše odgovore, morda potrditev, da so motnje prehodne narave, pomoč in svetovanje, kaj storiti, ali na koga se obrniti za izboljšanje težav. Komunikacija je slišati pacientovo potrebo, ki jo pove na svojstven način. Težave v spolnosti pomenijo za moškega »udarec« za moškost, kakor izguba dojke ali las pri ženski »udarec« za ženskost.

V raziskavi je zaslediti prisotnost stereotipov, enako kot jih navajajo tuji avtorji: spolnost je prisotna pri mlajših pacientih, v starosti spol-

nost ni pomembna, v času zdravljenja se pacienti posvečajo bolezni, zanima jih preživetje, o spolnosti bodo razmišljali doma.

O spolnosti pri onkoloških pacientih se bomo morali pogovarjati tudi v strokovnih krogih.

ZAKLJUČEK

Celostna obravnava pacientov z onkološkim obolenjem zahteva tudi poznavanje spolnih motenj, kot posledico obolenja ali onkološkega zdravljenja. Spolnost je z vidika kakovosti življenja enako pomembna kot drugi elementi za zagotavljanje dobrega počutja.

Medicinske sestre smo ob pacientih v bolnišnicah prisotne veliko časa, tj. 24 ur na dan, tako da najbolj poznamo paciente, ti pa nam zau-pajo najintimnejše probleme. Zaupanje med nami in pacienti moramo znati izkoristiti v prid pacientov. Medicinske sestre smo kompetentne in odgovorne, da ocenjujemo pacientove sposobnosti, svetujemo, izo-bražujemo, ga spodbujamo, vzgajamo in učimo ter mu nudimo ustrezno podporo pri zagotavljanju vseh življenjskih aktivnostih – tudi v spolnosti in spolnem zdravju.

Potrebujemo dodatna izobraževanja in izpopolnjevanja s področja obravnav spolnih motenj in komunikacijskih veščin za lažje vodenje pogovora s pacienti.

LITERATURA

Anderson LL. Communication in nursing. Nurse Together. Dostopno na: <http://www.nursetogether.com/tabid/102/itemid/906/Communication-in-Nursing.aspx>. Pridobljeno 24. 8. 2010.

Hordern AJ, Street AF. Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. eMJA. 2007; 5: 224–7. Dostopno na: http://www.mja.com.au/public/issues/186_05_050307/hor10740_fm.html. Pridobljeno 6. 7. 2010.

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. ONF. 2009; 5: 241–6.

- Jenkins M, Ashley J. Sex and the oncology patient: discussing sexual dysfunction helps the patient optimize quality of life. *AJN*. 2002; 4: 13–5.
- Johnson M, Yarbro CH. Principles of oncology nursing. In: Bast RC, Kufe DW, Pollok RE, eds. *Holland – free cancer medicine*. Hamilton: BC Decker; 2000. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20777/>. Pridobljeno 23. 9. 2010.
- Kaplan M, Pacelli R. The sexuality discussion: Tools for the oncology nurse. *Clin J Oncol Nurs*. 2011; 1: 15–7.
- Mick JM. Sexuality assessment: 10 strategies for improvement. *Clin J Oncol Nurs*. 2007; 5: 671–5.
- Možina S, Tavčar M, eds. *Poslovno komuniciranje: evropske razsežnosti*. 2. dopolnjena izd. Maribor: Obzorja, založništvo in izobraževanje; 2004: 10–1.
- Sadovsky R, Basson R, Krychman M, Morales AM, Schover L, Wang R et al. Cancer and sexual problems. *J Sex Med*. 2010; 7: 349–73.
- Shell JA. Evidence-based practice for symptom management in adults with cancer: sexual dysfunction. *ONF*. 2002; 1: 53–66.
- Southard NZ, Keller J. The importance of assessing sexuality: a patient perspective. *Clin J Oncol Nurs*. 2009; 13: 213–7.
- WHO. Developing sexual health program. 2010; 11. Dostopno na: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf. Pridobljeno 16. 1. 2011.