

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2020

Bc. Jan Doležal

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Sexualita onkologicky nemocných pacientů

Bc. Jan Doležal

Diplomová práce

2020

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Jan Doležal**
Osobní číslo: **Z18322**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Sexualita onkologicky nemocných pacientů**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

FAFEJTA, Martin. *Sexualita a sexuální identita: sociální povaha přirozenosti*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1030-6
HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-0
CHRISTINA, Jan et al. *Sexualita a intimita v závěru života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. ISBN 978-80-244-5304-0
O'CONNOR, Margaret a Aranda SANCHIA. *Palliative Care Nursing ? A Guide to Practice*. Melbourne (Austrálie): AUSMED PUBLICATIONS Pty Ltd., 2005. ISBN 0 9577988 4 9
ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4453-7

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Kateřina Horáčková, DIS,**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2018**
Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DIS,
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. dubna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracoval/vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil/využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl/byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 06.06.2020

Podpis autora
Bc. Jan Doležal

PODĚKOVÁNÍ

Velké poděkování patří vedoucí mé diplomové práce PhDr. Kateřině Horáčkové, DiS. za odborné vedení, cenné rady, vstřícný přístup a čas, který mi věnovala. Další poděkování patří všem respondentům a informátorům, kteří mi poskytli důležitá data a informace.

ANOTACE

Diplomová práce *Sexualita onkologicky nemocných pacientů* má za úkol prozkoumat přirozené prostředí ošetrovatelské jednotky a popisuje jevy a zkušenosti týkající se potřeb v oblasti sexuality pacientů s maligním onemocněním. Teoretický základ pracuje s odbornou literaturou a napomáhá čtenáři vniknout do problematiky této ošetrovatelské domény. Zabývá se definicí, koncepcí a charakterizuje vliv onkologické léčby na sexualitu ženy a muže. Na konec teoretické části je zpracován přehled nástrojů a modelů pro posouzení sexuality a sexuálního zdraví.

V empirické části je proveden průzkum ošetrovatelské jednotky s hlavním cílem odpovědět na výzkumnou otázku, týkající se toho, jak personál této jednotky přistupuje k sexualitě onkologicky nemocných. Při tvorbě empirické části bylo získáno množství rozdílných dat, která byla sbírána kombinací několika metod kvalitativního designu – retrospektivní analýza zdravotnické dokumentace, nestrukturované pozorování, dotazník a polostrukturovaný rozhovor. Závěrem této diplomové práce je zpracováno celkové shrnutí struktur, výsledků a cílů. Konec obsahuje zamyšlení autora a prosté doporučení pro praxi. Důležitým úkolem této části byla příprava pracovní hypotézy pro budoucí možnost jejího statistického testování, jejíž součástí by byl nástroj EORTC SHQ-C22 Sexual Health.

KLÍČOVÁ SLOVA

nástroj EORTC SHQ-C22 Sexual Health, onkologicky nemocný pacient, potřeby, sexualita

TITLE

Sexuality of Cancer Patients

ANNOTATION

The diploma thesis *Sexuality of Oncological Patients* aims to explore the natural environment of the nursing unit and describes the phenomena and experiences related to the needs in the field of sexuality of patients with malignant disease. The theoretical basis works with professional literature and helps the reader to penetrate the issues of this nursing domain. It deals with the definition, concept and characterizes the influence of oncological treatment on the sexuality of women and men. At the end of the theoretical part there is an overview of tools and models for assessing sexuality and sexual health.

In the empirical part, a survey of the nursing unit is conducted with the main goal of answering a research question concerning how the staff of this unit approaches the sexuality of cancer patients. During the creation of the empirical part, several different data were obtained, which was collected by a combination of several methods of qualitative design - retrospective analysis of medical documentation, unstructured observation, questionnaire and semi-structured interview. At the end of this diploma thesis is a general summary of structures, results and goals. The end contains the author's thoughts and simple recommendations for practice. An important task of this part was the preparation of a working hypothesis for the future possibility of its statistical testing, which would include the tool EORTC SHQ-C22 Sexual Health

KEYWORDS

tool EORTC SHQ-C22 Sexual Health, cancer patient, needs, sexuality

OBSAH

ÚVOD.....	13
1 CÍLE PRÁCE.....	16
2 TEORETICKÁ část.....	17
2.1 Rešeršní strategie k dohledání relevantních literárních zdrojů.....	17
2.2 Ošetrovatelská doména – sexualita.....	18
2.3 Sexualita, sexuální zdraví a intimita člověka.....	22
2.3.1 Sexualita.....	22
2.3.2 Sexuální a reprodukční zdraví.....	24
2.3.3 Intimita.....	24
2.4 Sociálně kulturní charakter sexuality a sexuální práva.....	25
2.5 Mýty, stereotypy a specifika v oblasti sexuality.....	26
2.5.1 Postoj k sexualitě seniorů.....	26
2.5.2 Specifika komunikace v oblasti sexuality.....	27
2.5.3 Terminální fáze života a sexualita.....	28
2.6 Vliv onkologické léčby na sexualitu a sexuální zdraví.....	28
2.6.1 Specifika poruch sexuality u mužské populace.....	30
2.6.2 Specifika poruch sexuality u ženské populace.....	30
2.6.3 Možnosti v oblasti zachování fertility.....	32
2.7 Nástroje pro posouzení sexuality a sexuálního zdraví.....	32
2.7.1 Dotazníky zaměřené na sexualitu využívané ve výzkumu.....	34
2.8 Shrnutí teoretické části.....	39
3 EMPIRICKÁ ČÁST.....	40
3.1 Cíle a východiska empirické části.....	40
3.1.1 Předpokládané kauzální vztahy.....	42
3.2 Volba výzkumného designu a subjektů.....	42
3.3 Stanovení výzkumné otázky.....	44

3.4	Příprava a vlastní sběr dat	45
3.4.1	Technika vyhodnocení dat	46
3.5	Analýza získaných dat.....	47
3.5.1	Retrospektivní průzkum zdravotnické dokumentace.....	47
3.5.2	Pozorování ošetrovatelské jednotky	48
3.5.3	Strukturovaný dotazník a rozhovor se všeobecnou sestrou	50
3.5.4	Rozhovor s onkologickým pacientem – Informátor M.....	53
3.5.5	Rozhovor s onkologickou pacientkou – Informátorka Ž	56
3.6	Interpretace dat a představení výsledků	58
4	DISKUZE	62
5	ZÁVĚR	69
6	POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE	71
7	PŘÍLOHY	76

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Vývoj incidence novotvarů – vybrané diagnózy – ženy a muži	13
Obrázek 2 Věstonická venuše – symbol plodnosti	15
Obrázek 3 Severoamerická asociace sester pro ošetrovatelské diagnózy – oficiální logo	19
Obrázek 4 Vývoj standardizované incidence a úmrtnosti na vybrané diagnózy ZN u žen a u mužů na 100 000 žen/mužů, evropský standard.	30
Obrázek 5 Jednostranná mastektomie.....	31
Obrázek 6 PLISSIT Model	33
Obrázek 7 EORTC, International Association under Belgian Law – oficiální logo	35
Obrázek 8 Přehled nástrojů hodnotících sexualitu a intimitu	37
Obrázek 9 Přehled nástrojů hodnotících sexualitu a intimitu	38
Obrázek 10 Průběh modifikace cílů práce	41
Obrázek 11 Navazující kroky výzkumu prostřednictvím případové studie	43
Obrázek 12 Proces případové studie.....	44
Obrázek 13 Plán sběru dat	45
Obrázek 14 Část formuláře ošetrovatelská anamnéza	47
Obrázek 17 Informátor M a jeho partnerka při onkologické léčbě.....	54
Obrázek 18 Informátor M a jeho partnerka při onkologické léčbě.....	56
Obrázek 19 Vývoj výskytu odborných studií obsahujících klíčová slova „oncology, sexuality, nursing needs“ v letech 1980–2020	62
Obrázek 20 Struktura výsledků a představení hypotézy	68

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Přehled problémů a faktorů sexuality a body image v paliativní péči.....	21
Tabulka 2 Přehled vybraných diagnóz.....	46
Tabulka 3 Rozdělení personálu do skupin.....	49
Tabulka 4 Pozorované fenomény na ošetrovatelské jednotce	59
Graf 1 Dostatek nástrojů pro práci v oblasti sexuality.....	59
Graf 2 Důležitost potřeb v oblasti sexuality	60
Graf 3 Vedení rozhovoru na téma sexuality	60
Graf 4 Komunikace s pacienty o sexualitě	61
Graf 5 Zahájení rozhovoru na téma sexuality.....	61

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

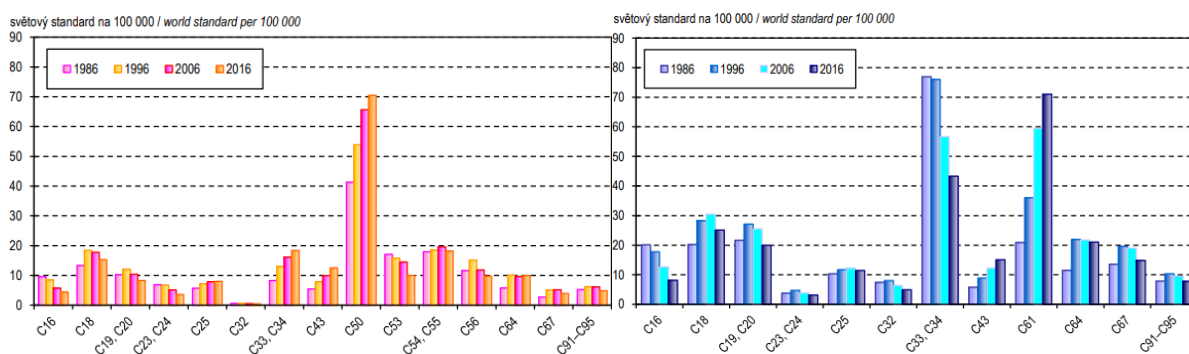
ČR	Česká republika
ED	erekttilní dysfunkce
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer (Evropská organizace pro výzkum a léčbu rakoviny)
FZS	Fakulta zdravotnických studií
LGBT	Lesbian Gay Bisexual Transgender (souhrnné označení pro lesbické ženy, gaye, bisexuální a transgenderové osoby, jejich komunitu nebo hnutí)
MKČR	Ministerstvo kultury ČR
NANDA	North American for Nursing Diagnosis Assotiation (Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy)
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WAS	World Association for Sexual Health (Světová sexuologická asociace)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZN	zhoubný novotvar

ÚVOD

„Lidský život se točí pouze kolem sexuality. Na tom se nic nezměnilo a nezmění.“

Sigismund Šlomo Freud

Sexualita a intimita patří do života každého jedince a provází ho od dětství až do stáří bez ohledu na jeho sociální status, nebo životní situaci. Sexuální dysfunkce a poruchy v oblasti sexuality jsou častým důsledkem onemocnění nebo úrazu a snižují kvalitu života. Nádorové malignity patří v České republice k druhým nejčastějším onemocněním, které jsou příčinou smrti. U ženské populace jednoznačně dominuje vývoj incidence zhoubných novotvarů prsu. Za posledních 30 let se výskyt tohoto onemocnění téměř zdvojnásobil (viz obrázek č. 1 graf vlevo). U mužské populace se o první příčku uchází novotvary dýchacího ústrojí a novotvary předstojné žlázy – prostaty, která za posledních 30 let vyniká svou více jak trojnásobnou incidencí (viz obrázek č. 1 graf vpravo). Onkologické choroby a jejich léčba mohou negativně zasahovat do oblasti sexuality, proto je nutné na taková témata hovořit a citlivě reagovat.



Obrázek 1 Vývoj incidence novotvarů – vybrané diagnózy – ženy a muži
Zdroj – ÚZIS, 2016

Komunikace na téma sexuality v prostředí českého zdravotnictví ovšem stále vážne a výsledkem může být nespokojený pacient. Některá chemoterapeutická léčiva svým negativním vedlejším účinkem poškozují lidské rozmnožovací buňky a tím značně snižují šance na schopnosti zachování fertility. Možná ztráta schopnosti reprodukce po ukončení onkologické léčby je u pacientů vnímána jako důležité téma. Naplněné potřeby v oblasti sexuality, spokojený partnerský a sexuální život pomáhají uzdravení a návratu pacienta do běžného života.

V čase, kdy fyziologie našeho těla začíná partnerům komplikovat sexuální život, u mužů se objevují problémy s erekcí a u žen nedochází ke zvlhčování poševní sliznice, nabízí lékařská medicína a ošetřovatelství několik řešení. Odborná společnost vytváří modely a hodnotící

nástroje, které mohou pomoci prolomit tabu tohoto tématu a pomáhají zdravotnickým pracovníkům tyto poruchy odhalit. Tyto nástroje jsou většinou zahraniční tvorby, nejsou modifikovány pro prostředí českého zdravotnictví a nereflktují požadavky moderní společnosti. V současné době neexistuje jednoduchý screeningový nástroj, který by odhaloval rizika poruch sexuality a intimity u onkologicky nemocných pacientů v České republice (Šrámková, 2013; Chrastina et al., 2018; Frühaufová a Hulvert, 2017).

Vybrané téma „*Sexualita onkologicky nemocných pacientů*“ má za úkol prozkoumat přirozené prostředí a připravit data pro další krok v hledání vhodného nástroje pro práci s potřebami onkologicky nemocných pacientů v oblasti sexuálního zdraví. Dotazník pro hodnocení sexuálního zdraví u mužů a žen s rakovinou – **EORTC SHQ-C22 Sexual Health** se zdá být vhodným instrumentem, protože svým zaměřením sahá nejen do oblasti fyzické, ale i psychologické a sociální. Je to mladý nástroj, který je možné modifikovat do ženské nebo mužské varianty. Vytvořila jej Evropská organizace pro výzkum a léčbu rakoviny (EORTC, 2019) za účelem odhalit oblasti sexuality, které onkologické onemocnění a jeho léčba negativně postihují.

Tato diplomová práce je dělena na několik částí a z toho čtyři hlavní představují následující kapitoly. Úvod do teoretické části pracuje s odbornou literaturou a pomáhá čtenáři vstoupit do problematiky ošetrovatelské domény sexuality. Zabývá se definicí, koncepcí a popisuje vliv onkologické léčby na sexualitu ženy a muže. Na závěr teoretické části je zpracován přehled nástrojů a modelů pro posouzení sexuality a sexuálního zdraví. V empirické části je proveden průzkum ošetrovatelské jednotky s hlavním cílem odpovědět na výzkumnou otázku, týkající se toho, jak personál této jednotky přistupuje k sexualitě onkologicky nemocných. Důležitým úkolem této části je příprava pracovní hypotézy pro její následné statistické testování, jejíž součástí by byl nástroj EORTC SHQ-C22 Sexual Health. Kapitola diskuze obsahuje porovnání výsledků této práce s výsledky jiných tuzemských i zahraničních autorů. Závěrem je zpracováno celkové shrnutí práce a výsledků a konec obsahuje prosté doporučení pro praxi.



**Obrázek 2 Věstonická venuše – symbol plodnosti
Zdroj – MKČR, 2016**

1 CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl

- Připravit strukturovaně přehled výsledků průzkumu a navrhnout pracovní hypotézu.

Cíle části teoretické

- Rešerše vybrané literatury, která vytváří teoretický základ pro část empirickou.

Cíle části empirické

- Navrhnout a zpracovat průzkum s cílem odpovědět na výzkumnou otázku.
- Nalézt odpověď na předpokládané kauzální vztahy.

2 TEORETICKÁ ČÁST

Úkolem této části je tvorba teoretického základu pro empirickou část, a především osvětlení tohoto mnohdy tabuizovaného¹ a těžko uchopitelného tématu. Sexualita, sexuální zdraví a intimita patří mezi témata, ke kterým se mnohdy stavíme konzervativně, formálně a s předsudky, ale přitom jsou to témata povídaná, zajímavá, lákavá a svůdná. Tato témata představují určité zapovězené oblasti, a to především z důvodu etického hlediska, ale také především z důvodu velké složitosti a komplexnosti těchto jevů (Chrastina a kol., 2018, Šrámková, 2013).

2.1 Rešeršní strategie k dohledání relevantních literárních zdrojů

Představené kapitoly vycházejí především z tuzemské literatury předních českých odborníků (Weis, Zvěřina, Haškovcová, Šrámková, Fafejta, Chrastina a další), která vyšla v posledních 10ti letech, ale výjimkou nejsou ani cenná díla staršího vydání. Výzkumné studie, které jsou zmíněné v této práci, byly vyhledány v odborných databázích NCBI (National Centre for Biotechnology Information), PubMed, ResearchGate a Google Scholar. Během rešeršní činnosti byla použita klíčová slova: *oncology*, *sexuality*, *nursing needs* a booleovský operátor „AND“. Pro relevantní vyhledání zdrojů je stanovena rešeršní otázka takto:

„Jaké jsou zkušenosti ošetrovatelské jednotky s přístupem k potřebám v oblasti sexuality u onkologických pacientů v kontextu využití relevantních nástrojů?“

Tato PICO otázka pro kvalitativní studie (Jarošová a Zeleníková, 2014, s. 19-28) byla sestavena z akronymu, který představuje komponenty „P“ *population* – populace, např. pacienti s určitým onemocněním, „I“ *interest*, *phenomena of interest* – předmět zájmu vztahující se k určité zkušenosti, „Co“ *context* – kontext vztahující se k určitému prostředí nebo charakteristikám. Tyto komponenty pak v této práci představují následující vysvětlení:

P – onkologický pacient, **I** – zkušenosti s potřebami v oblasti sexuality, **Co** – kontext využití relevantních nástrojů

¹ tabuizovaného – výraz pocházející ze slova tabu, které popisuje Kučera (2017) jako něco o čem zakazuje společnost mluvit. Může to být něco uctívaného se zvláštní schopností. Za porušení tabu většinou následovalo ve společnosti potrestání.

2.2 Ošetřovatelská doména – sexualita

Různé zdravotnické profese přináší v péči o pacienta jedinečné znalosti a schopnosti. Úzkou spoluprací může někdy docházet k překrývání kompetencí a ke vzniku duplicitních intervencí. Práce začíná touto kapitolou, abychom čtenáři představili specifika sexuality v ošetřovatelských doménách a přiblížili proces, který má ve své práci všeobecná sestra k dispozici. Příslušné diagnózy v této doméně představují především problematiku vnímání sebe sama z pohledu sexuality nebo pohlaví a způsobilost nebo schopnost účastnit se sexuálních aktivit (NANDA, 2016, s. 65). Celý ošetřovatelský tým nelékařských zdravotnických povolání, a to především všeobecné sestry, mají v současné době k dispozici pro svou práci tzv. ošetřovatelský proces. V tomto procesu mají za úkol pátrat po ošetřovatelských diagnózách, problémech a rizicích, které jsou spojeny s konkrétním jedincem či komunitou, poskytovat příslušné intervence, uspokojovat potřeby, podílet se na navrácení zdraví, zvyšovat nebo udržovat kvalitu života a zabezpečovat důstojné umírání a smrt. Abychom správně odlišili označení ošetřovatelský problém a ošetřovatelská diagnóza použijeme tyto dvě definice:

„Ošetřovatelský problém (celostní, psychosomatická reakce) je jakýkoliv stav nebo situace, ve které člověk zdravý/nemocný potřebuje pomoc pro udržení nebo znovunabytí zdraví (nebo podporu při klidném umírání).“ (Mastiliaková, 2014, s. 29)

„Ošetřovatelská diagnóza je klinický závěr o reakcích jedince (rodiny, komunity) na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy nebo životní proces.“ (NANDA, 2016)

Ošetřovatelský proces se skládá z několika neměnných a navazujících kroků: posouzení, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení. Tato metoda je již poměrně dobře aplikována do klinické praxe i do studijních programů zdravotnických škol (Mastiliaková, 2014, Tomagová, 2011, Žiaková, 2009). Klasifikační systémy tzv. taxonomie jsou relativně mladým fenoménem. Na jejich tvorbě se podílí řada odborníků a organizací činných v oblasti ošetřovatelství se snahou o standardizaci ošetřovatelské terminologie. V této oblasti nejintenzivněji působí *Severoamerická asociace sester pro ošetřovatelské diagnózy – NANDA* (North American Nursing Diagnosis Association, viz obrázek č. 3), která svou třicetiletou nepřetržitou činností v diagnostické klasifikaci vydala již několikrát přepracovaný a doplněný soubor klasifikací (Zeleníková, 2011, Vörösová, Solgajová, Archalousová, 2015).



Obrázek 3 Severoamerická asociace sester pro ošetrovatelské diagnózy – oficiální logo
Zdroj – NANDA, 2019

NANDA (2016) ve své poslední publikaci, která byla přeložena do českého jazyka a nejnověji v přepracovaném a doplněném vydání v původním anglickém znění pro období 2018-2020 (NANDA 2018) řadí tuto problematiku do samostatné ošetrovatelské domény č. 8: Sexualita. Tato doména je rozdělena na třídy takto:

- Třída 1. **Sexuální identita** (v současnosti žádné diagnózy)
- Třída 2. **Sexuální funkce** (sexuální dysfunkce 00059², neefektivní vzorec sexuality 00065³)
- Třída 3. **Reprodukce** (Neefektivní průběh porodu/perinatální období 00221, Snaha o lepší průběh porodu/perinatální období 00208, Riziko neefektivního průběhu porodu/perinatálního období 00227, Riziko narušení vztahu matky k plodu 00209)

Diagnóza onkologického onemocnění zasáhne člověka zpravidla nečekaně. Nemocný může pociťovat strach, beznaděj, ohrožení jeho důstojnosti, intimity a obavy z nežádoucích účinků léčby. Strach a beznaděj mohou u některých jedinců vyústit v sebevražedné závěry. Sexualita je zasažena určitou přeměnou především v oblasti vnímání „sebe sama“ a percepce vlastní sexuální atraktivity.

„Nádor a léčba mění sexuální funkce, potěšení ze sexu, rovnováhu ve vztahu, narušuje pocit bezpečí v životě včetně partnerského života.“ (Šrámková, 2013, s. 105).

U člověka s diagnózou onkologického onemocnění mohou ovšem dominovat další ošetrovatelské problémy, které NANDA (2016 a 2018) řadí do jiných domén, než je vlastní

² Číselné označení samostatné ošetrovatelské diagnózy, které slouží pro lepší orientaci v systému NANDA.

³ Marečková (2006, s. 46, 170) dle starší verze NANDA taxonomie (2005-2006) pojmenovala ošetrovatelskou diagnózu 00065 jako neefektivní sexuální život, který charakterizuje jako ošetrovatelský problém jedince, který vyjadřuje starost o svou sexualitu. Tato ošetrovatelská diagnóza je v nejnovějším klasifikačním systému NANDA přejmenována na neefektivní vzorec sexuality 00065.

sexualita. Jsou to například doména č. 6 **Sebepercepce** (Třída 3. Obraz těla – Narušený obraz těla 00118), doména č. 7 **Vztahy mezi rolemi** (Třída 3. Rodinné vztahy – Riziko narušení vztahu 00058) a další diagnózy, které se týkají konkrétního onemocnění a jedince. Nádorové onemocnění působí na všechny oblasti lidského života včetně sexuality a body image a v paliativní péči jsou specifické problémy a faktory, které je ovlivňují (viz tabulka č. 1). Sestry poskytující paliativní péči mohou pacientům pomoc tím, že sexualitu budou respektovat jako součást života a budou respektovat a posuzovat jejich potřeby vhodně a bez předsudků (O'Connor a kol. 2003).

Tabulka 1- Přehled problémů a faktorů sexuality a body image v paliativní péči

Problém	Příčina
nepłodnost	léky, chirurgický zákrok, hormonální léčba, radioterapie, chemoterapie
změna tělesného vzhledu	chirurgické vynětí tkání nebo orgánů, úbytek nebo přibývání na hmotnosti, ztráta funkce nebo napětí svalů, alopecie
impotence	chirurgický zákrok, léky, radioterapie, cévní nebo neurologické faktory
předčasná menopauza	chirurgický zákrok, radioterapie, chemoterapie, hormonální terapie
ztráta libida	léky, psychický stres, fyzické omezení, změna vzhledu
ztráta pohlavních funkcí	radioterapie v oblasti pánve, chirurgický zákrok, neurologický deficit
Symptom nebo léčba	Vliv na sexualitu
únava	ztráta libida, snížené fyzické schopnosti, pacient nemá sílu se upravit
deprese, úzkost, zármutek	ztráta libida, možný vliv na partnerské vztahy (pacient není schopen vyjádřit své obavy, nemá zájem o sexualitu a vlastní vzhled)
bolest	fyzické omezení z důvodu bolesti či nepohody, snížená sexuální touha
změna vzhledu	ztráta sebevědomí, změna názoru na atraktivnost
ztráta role	ztráta sebevědomí, ovlivněné vnímání vlastního vzhledu
neléčené symptomy	větší utrpení, únava, ztráta sexuální touhy a libida
symptomy, které způsobují snížení důstojnosti (např. inkontinence)	negativní vliv na body image a sexualitu, stud
léky (např. opioidy, antidepresiva)	ztráta libida, změna v body image
zápach	změna v body image, vliv na mezilidské vztahy
ztráta soběstačnosti	vnímání sebe sama, vliv na mezilidské vztahy
zápach z úst, sucho v ústech	stud
dušnost	nedostatek energie
neurolytické výkony	blok plexus coeliacus, suchá ejakulace

Zdroj – O'Connor a kol., (2003, s. 248)

2.3 Sexualita, sexuální zdraví a intimita člověka

„Předložené téma je náročné na adekvátní uchopení pojmů a reflexe významů „sexuality“ a „intimity“. Nejde jen o samotný sexuální akt v podobě pohlavního styku, mnohdy právě naopak. Sexualita a intimita může nabývat nejrůznějších forem a podob – od polibků, doteků, hlazení, sdílení životních příběhů, pocitu „být s někým“, přesvědčení, že mám někoho, s kým mohu sdílet „dobré i zlé“, že „mám lásku na život a na smrt“, že mohu milovat a být milován i ve fázi umírání apod.“ (Chrastina et al., 2018, s. 9).

2.3.1 Sexualita

Sexualita jako taková je velmi střídavě zpracována odbornými publikacemi, není komplexně uchopena i přesto, že je to téma velmi aktuální (Štěrbová a Rašková, 2016, s. 7). Od ostatních savců lidskou sexualitu odlišuje její oddělení pudu pohlavního od pudu rozmnožovacího. Člověk prožívá sexualitu nejen jako nástroj k zachování rodu, ale také emociálně (Jeníček, 2004). Sexualita je popisována jako nedílná součást žití, která nás v různých podobách doprovází celý život (Šrámková, 2010, s. 387) stejně jako reprodukční a sexuální zdraví, které se prolíná do všech věkových cyklů života (Štěrbová a Rašková, 2016, s. 13). V některých odborných publikacích pojednávajících o sexuologii⁴ není výraz sexualita přesněji definován a je považován za samozřejmý, proto se můžeme setkat s tím, že jsou tyto dva výrazy někdy používány jako synonyma (Weiss a kol., 2010; Zvěřina, 2003). Například Zlatko (2007) popisuje sexualitu spíše jako sex, sexuální vzrušení, sexuální zážitek, orgasmus a pomocí erotické mapy popisuje jednotlivé anatomické oblasti a jejich reakce na stimuly. Podobně je sexualita chápána laickou veřejností, tedy jako sex (Koliba, 2019). Ovšem někteří autoři (Hartl & Hartlová, 2015; Jand'ourek, 2001; Fafejta, 2016, Chrastina et al., 2018) právě uvádějí, že sexualita nemůže být vnímána jen jako genitální funkce, koitus, masturbace a erotické uspokojování. Na lidskou sexualitu působí několik vzájemně se ovlivňujících faktorů: biologické, psychologické, duchovní, sociologické, politické, kulturní, ekonomické, právní a historické. Tyto faktory někdy postrádají zákonitosti a pouze reflektují to co je daná společnost ochotná akceptovat (Veselský, 2011, Koliba, 2019, Frayser, 1995, Weiss a kol. 2010).

Koliba (2019, s. 11) ve své nové knize říká, že sexualita může být původem životního optimismu, ale i závažných poruch, je zdrojem uspokojení, rozkoše a výděлку. Přesto, že tento

⁴ Sexuologie je popisována jako samostatný lékařský obor s bohatou historií (Weiss a kol., 2010, Zvěřina, 2003).

autor ve své knize kritizuje absenci odborné literatury a zastaralost té stávající, kde chybí aktuální trendy postupně globalizovaného světa, zúžil definici sexuality pouze pro dvě pohlaví:

„...jako soubor projevů rozdílnosti pohlaví předpokládá existenci pouhých dvou druhů sexuality podle pohlaví. Existuje značná diverzita projevů i v rámci jedinců téhož pohlaví. Sexualita jedince je jedinečnou kombinací dispozic, případně projevů.“

Charakterizovat sexualitu mohou určité specifické rysy, které k ní patří a na kterých se někteří autoři shodují (Jeníček, 2004; Hartl & Hartlová, 2015; Fafejta, 2016; O'Connor a kol., 2003, Koliba, 2019):

- sexuální identifikace, genderové (sociální) role, příslušnost k pohlaví,
- sexuální orientace, erotické projevy, uspokojování a chování, reprodukční aktivity a touha po spojení s jiným jedincem,
- sexuální emoce, cítění a touha po partnerském vztahu, láska,
- vnímání tělesného obrazu (body image), vzhled a atraktivita vůči vlastní osobě a vůči ostatním,
- tělesné, hormonální a reprodukční rozdíly mezi ženou a mužem.

Pokud se podíváme do historie tak pohled na toto téma výrazně ovlivnil psycholog českého původu Sigmund Freud (6.5.1856 – 23.9.1939). Jeho psychoanalýza, stanoviska k sexualitě a osobitá filosofie sexuální kultury se stala důležitým dílem v rozvoji lékařského i nelékařského myšlení. Freud popisuje sexualitu jako důležitý zdroj pro tvorbu osobnosti a ve svém díle *„Tři pojednání k teorii sexuality“* charakterizuje dospělou sexualitu jako koitus a poté jako výběr partnera, prvek lásky. Ovšem pohledem do historie nenalezneme jenom důležitá a cenná díla, na které může být naše společnost hrdá, bohužel můžeme spatřit i celou řadu pokusů a omylů, které negativně zasahovaly do lidské sexuality a mnohdy měli katastrofální dopady na jedince, partnerské vztahy a celé komunity. Například „juvenalizační“ techniky (pravděpodobně chápáno jako omlazující nebo regenerující) a pokusy léčit homosexualitu transplantací varlat od heterosexuálních mužů, které prováděl vídeňský lékař *Eugen Steinach* (1861-1944) a dokonce implantace opičích žláz starým mužům od doktora *Sergeje Voronova* (1866-1951) byla natolik slepě populární, že ohrozila i některé druhy volně žijících opic (Kučera, 2017, Zvěřina, 2003). Léčbou homosexuality se také zabýval psychiatr a sexuolog československého původu Kurt Freund (17.1.1914-23.10.1996) jehož studie přispěly k dekriminizaci homosexuálních styků. Patří mezi první odborníky, kteří možnost změnit sexuální orientaci

odmítli. A po řadě svým vlastních pokusů sexuální orientaci změnit, učinil závěr, že je to jedinečný a neměnný rys každého člověka (Koliba, 2019, s. 106).

2.3.2 Sexuální a reprodukční zdraví

Světová zdravotnická organizace (WHO) pracuje v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví již od roku 1974. WHO (2006) popisuje chápání tohoto tématu nejen jako nepřítomnost nemoci a chorob, ale jako stav tělesného, duševního i sociálního blaha se vztahem k sexualitě (podobně jako definice zdraví). Sexuální a reprodukční zdraví popisuje Šterbová a Rašková (2016, s. 12-13) jako respektování sexuálních a reprodukčních práv, která nejsou v rozporu s právy jiného jedince a připojují příklad: *„Konflikt mezi individuálním právem a státními institucemi nastal i v naší zemi – u mužského páru, který v souladu s americkým právem byl uznán jako rodičovský pár po oplodnění surrogátní matky⁵ jejich spermiemi. Po návratu do vlasti nebylo možné dítěti udělit české občanství, protože český zákon nemohl uznat dva muže jako jeho rodiče. Nebylo možné ani řešení, že by se otcem stal jen jeden z nich a druhý je adoptoval. Praktickým důsledkem je, že dítě jako cizinec nemá automatický a bezplatný přístup ke zdravotnímu pojištění, přestože jeho faktičtí rodiče, kteří ho vychovávají, jsou čeští občané. Ať již souhlasíme s jednáním tohoto páru, nebo ne, špatné je, že oběti právního přístupu se stalo dítě.“*

Koliba a kol. (2019, s. 24) popisují že cílem lékařské sexuologie je naplnění závazků, které stanovila WHO ve vztahu k sexuálnímu zdraví a Světová sexuologická asociace (WAS) v dokumentu Deklarace sexuálních práv z roku 1999.

2.3.3 Intimita

Podobně jako sexualita tak intimita je často používána jako výraz, který nahrazuje sexuální chování. Oproti sexualitě je intimita chápána jako emoční složka partnerského vztahu a sdílení vzájemných pocitů důvěry, uznání a blízkosti. Obě domény jsou ovšem vnímány jako důležitá součást vnímání sebe sama (Chrastina a kol., 2018, s. 14-20, Vágnerová, 2007, Hargašová a Novák, 2007, s. 2007). Americký psycholog Robert J. Sternberg (2006) definuje intimitu ve své teorii láska jako „hřejivou“ komponentu lásky, vyjadřující pocit blízkosti, spojení, intimní

⁵ Surrogátní matka, také náhradní matka či náhradní mateřství – jeden z výrazů, jak definovat rodičovství. Náhradní matkou se stane žena, do jejíž dělohy je vneseno embryo, vzniklé oplodněním vajíčka jiné ženy se spermiemi muže. Žena, která dítě porodila a odevzdala ho k adopci?. Podle platných zákonů ČR (Zákon o rodině 94/1963 Sb. Z 4.12.1963 v platném znění) je matkou dítěte žena, která ho porodila. Metodu náhradní matky nelze v současném právním prostředí ČR použít (Řežábek, 2008; Šucha a kol., 2011).

komunikaci a prožívání štěstí s milovanou osobou. Vágnerová (2007, s. 66) popisuje znaky intimity takto:

1. sdílení přítomnosti s druhou osobou, vzájemná fyzická i duševní blízkost,
2. potřeba poznání a otevřenosti vůči sobě sama a partnerovi,
3. oboustranná důvěra a respekt,
4. přesvědčení, že intimita je výlučně záležitostí partnerského vztahu,
5. sdílení hodnot, budoucnosti a společných cílů.

Můžeme tedy vidět, že intimitu lze chápat spíše jako součást lásky, která svou emoční složkou hraje důležitou roli v naplněném partnerském vztahu a sexualitu jako soubor rozdílnosti projevů pohlaví jehož součástí intimita samozřejmě je.

2.4 Sociálně kulturní charakter sexuality a sexuální práva

V lidské společnosti je sexualita podřízena společenským normám a neexistuje skoro žádná možnost jejího přímého pudového vyjádření. V případě, že jedinec tyto normy nepřijímá, je považován za devianta a jako takový podroben léčbě, vyřazen ze společnosti nebo dokonce usmrcován. A právě v této oblasti říká Gagnon a Simon (2017, s. 10-11), že sexualita je sice biologická, ale nad tímto aspektem stojí její socio-kulturní charakter. Normy, které určují sexuální chování má každá kultura jiné. Rozdílnosti nalezneme například v chápání ňader. V některých kulturách jsou sexuálním symbolem a někde tuto funkci vůbec nemají. Každá kultura má také rozdílné normy a očekávání v ochraně mladých jedinců před sexualitou (Fafejta, 2016). Sexuální práva obsahují především právo na vzdělání a informace, jsou součástí lidských práv zakotvených v národních zákonech, mezinárodních úmluvách a rozhodnutích. Všechny osoby mají bez omezování, násilí a nátlaku právo na:

- přístup ke zdravotnickým službám sexuální a reprodukční péče,
- sexuálního zdraví,
- vyhledávat a dosáhnout na informace o sexualitě,
- na vzdělání v oblasti sexuality,
- na respekt k tělesné integritě,
- na výběr partnera,
- na možnost být nebo nebýt sexuálně aktivní,
- na sexuální vztahy a manželství na podkladě oboustranné dohody,

- rozhodnout se, kdy mít či nemít děti,
- vést uspokojivý, bezpečný a naplňující sexuální život.

Současná společnost je charakteristická tím, že navyšuje požadavky na rozšíření sexuálních práv především v oblasti nových genderových a pohlavních identit. Do popředí se také dostávají skupiny tělesně nebo mentálně handicapovaných, kterým byla v minulosti sexualita nepřiznávána nebo dokonce odmítána. Pro skupinu těchto osob jsou nabízeny různé služby pasivní či aktivní sexuální asistence. Na sexuální práva lze pohlížet jako veřejně akceptovatelné erotické projevy (objetí, polibek, držení za ruce, pohlázení) a však platí, že sexuálním menšinám jsou tato práva omezována. Veřejný projev heterosexuálního páru je považován za přijatelný, ovšem projevy homosexuálního páru na veřejnosti považuje stále mnoho lidí za neslušné. Příkladem může být veřejné vyjádření vzájemného citu mezi dvěma muži, které někteří lidé komentují stále se opakující frází: „proti homosexuálům nic nemám, ale ať to nedělají na veřejnosti“ (Fafejta, 2016, Dibonová, 2019).

2.5 Mýty, stereotypy a specifika v oblasti sexuality

Vzhledem k tomu, že sexualita patří do potřeb každého z nás, tak je možné pozorovat určitá specifika, která s sebou přináší menšinové skupiny. Mezi nejvíce diskutovaná téma patří sexualita mentálně postižených a handicapovaných lidí, specifika sexuality u LGBT⁶ populace a postoje v oblasti sexuality seniorů, o kterých budeme hovořit v následující kapitole.

Všechny skupiny bez rozdílu mají jedno společné. Vyskytují se u nich onkologické choroby stejně jako u většinové heterosexuální populace, proto je mohou postihnout komplikace spojené s protinádorovou léčbou, které mají negativní vliv na saturaci potřeb v oblasti sexuality. U těchto osob je správné posouzení a přístup k jejich potřebám o to komplikovanější, protože se mísí specifika příslušné menšiny a specifika onkologických pacientů.

2.5.1 Postoj k sexualitě seniorů

Naše společnost vnímá obraz stáří nereálně a je obklopena mýty a stigmaty, které si v oblasti sexuality seniorů vytváříme mnohdy na základě neznalosti dané problematiky nebo je

⁶ LGBT – označení pro skupinu osob s jinou genderovou identitou, než je heterosexuální, akronym tvoří tato hesla: „L“ (lesbian) – homosexuální ženy, „G“ (gay) – homosexuální muži, „B“ (bisexual) – bisexuální zaměření, „T“ (transgender) – např. transsexuální jedinci, asexuálové atd. (Špatenková a Olecká, 2018, s. 194-195)

přebíráme od ostatních (Hartl & Hartlová, 2010, Sýkorová, 2007). Haškovcová (2010, s. 104) používá ve svém díle *Fenomén stáří* definici sexuality jako kvantitu sexuální energie a podle ní erotika nutně nepotřebuje genitální aktivitu, aby byla schopna vyjádření. Špatenková a Olecká (2018) kritizují známý výzkum sexuálního chování (Kinsey et al. 1938-1948), který se dostatečně nevěnuje odlišnosti sexuality v seniorském věku a zcela opomíjí odlišnosti vnímání erotiky a intimity ve stáří. Studie, která mezi prvními představila důkazy o intimním uspokojení i ve starším věku byla podle těchto autorek práce Master&Johnson (1981). V tomto výzkumu byl učiněn tento závěr:

„Limity, které by jakkoliv korelovaly se stoupajícím věkem, neexistují.“

Stále je spousta výzkumů, které popisují snížení sexuality v pokročilém věku. Příčiny těchto závěrů je možné objevit v nastavené metodologii výzkumu. Např. v práci autorů Peiffer&Davis (1972) byly zkoumány pouze jedinci, kteří vnímali sexualitu pouze jako prostředek rozmnožování a další studie *Duke Longitudinal Study* (1954) byla omezena pouze na heterosexuální akt a respondenti byli ovlivněni silně konzervativní dobou. Další realizované výzkumy popisují, že stoupající věk nemá vliv na pravidelnost nebo charakter sexuální činnosti (Špatenková a Olecká, 2018).

2.5.2 Specifika komunikace v oblasti sexuality

Komunikace je prakticky považována za základní proces předávání informací. Je hlavním pilířem všech mezilidských vztahů a slouží nám k výměně a získávání informací, dat a postojů (Pokorná, 2011, s. 11). Zacharová (2016, s. 7) se domnívá, že komunikace je důležitou oblastí v ošetrovatelské praxi a její efektivní forma zkvalitňuje ošetrovatelskou péči. Nejen, že pacienti pocítují určité obavy a ostych při řešení svým sexuálními dysfunkcemi, ale objevuje se i neochota lékařů na toto téma komunikovat a tyto problémy řešit. V této oblasti jsou nejlépe edukovány stomické sestry, které dokáží na toto téma s pacienty vhodně hovořit (Šrámková, 2013). Specifickým vývoje prochází sexualita a sexuální chování ve spojení s nástupem nových komunikačních technologií a rozvojem virtuální komunikace. Moderní technologie ovlivňují naše chování a může docházet k přesunu sexuálních aktivit do umělého světa (Koliba, 2019, s. 17-18). Komunikaci v oblasti lidské sexuality provází mnoho předsudků, mýtů a specifíků, která jsou předmětem zájmu mnoha odborníků. Svoje zvláštnosti má i komunikace ve vztahu k sexualitě u osob s mentálním postižením, kteří jsou vystaveni sexuálnímu zneužívání a nástrahám dnešní doby (Štěrbová a kol., 2016).

2.5.3 Terminální fáze života a sexualita

Potřeby umírajících je možné strukturovaně rozdělit na oblast tělesnou, psychickou, sociální a spirituální. Podle amerického psychologa Abrahama Maslowa (2014) patří sexualita a intimita do základních lidských potřeb. I přesto, že nalezneme velké množství odborné literatury zabývající se paliativní péčí a problematice umírání, je oblast sexuality a intimity velmi opomíjena nebo popisována jen okrajově. Pokud správně pochopíme potřeby a problémy umírajících a jejich blízkých v oblasti sexuality a intimity, může nám to pomoci zkvalitnit péči na konci života (Vévodová, Vévoda, 2018, Bártlová, 2005). Jako důležitou součást paliativní péče hodnotí potřeby v oblasti sexuality a intimity autoři Cort a kol. (2004) a připojují vlastní definici: „*Sexualita je schopností jedince propojit citové potřeby s fyzickou intimitou.*“

V současné době je k dispozici publikace Jana Chrastiny a jeho kolektivu (2018), která velice komplexně popisuje sexualitu a intimitu v závěru života. Autoři velmi odborně a však citlivě a otevřeně mluví o tématu, které se může některým zdát ve spojení se závěrem života jako asexuální. V této souvislosti vyslovují myšlenku, že lidé v terminální fázi života jsou viděni jako objekty péče, nikoli jako lidé hodni lásky. Sexualita se v závěru života nevytrácí, pouze se mění způsob, jakým ji vnímáme a prožíváme, proto mnohdy nevíme na „co“ a „jak“ se vlastně ptát. Vhodná identifikace potřeb v této doméně by měla být součástí kvalitní ošetrovatelské péče.

2.6 Vliv onkologické léčby na sexualitu a sexuální zdraví

Onkologické onemocnění je v České republice druhou nejčastější příčinou onemocnění a zároveň biologickou bariérou v prožívání sexuality a intimity. Nemocný jedinec může pociťovat, strach, beznaděj, obavy ze ztráty důstojnosti a intimity. Sama diagnostika onemocnění představuje fyzicky i duševně obtížné období. Následuje období protinádorové léčby, kde ze sexuologického pohledu postihuje nemocné především ztráta sexuální apetence (Šrámková, 2013, s. 401-408, Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012). Jak uvádí Frühaufová (2017, s. 23) v pokročilých zemích umírá na onkologické onemocnění zhruba čtvrtina obyvatelstva a Šrámková (2013, s. 56) doplňuje, že každý třetí ve svém životě onemocní nějakým typem novotvaru. U žen v produktivním věku se nejvíce vyskytují onkologická onemocnění prsu, štítné žlázy, melanom, karcinom děložního hrdla a onemocnění červené a bílé krevní řady. Maligní nádory varlete a lymfomy jsou nejčastější onkologické diagnózy u mužů, kdy Hodginkův lymfom je dvakrát tak častější u mužské populace. Šrámková (2013) dává ve své

publikaci věnující se poruchám sexuality, také prostor nádorům prostaty a kolorektálnímu nádoru.

Mezi nádorové malignity, které mají výrazný dopad na sexualitu a způsobují řadu sexuálních poruch, patří u obou pohlaví kolorektální karcinom, u mužů dominuje karcinom prostaty a u žen je to karcinom prsu a endometria. Onkologické onemocnění reprodukčních orgánů i další typy nádorových onemocnění, a především jejich chirurgická, chemoterapeutická a iradiační léčba negativně ovlivňují jak fertilitu, tak i schopnost koitální aktivity. Protinádorová léčba je charakteristická silnou únavou a vyčerpáním nemocného, což v řadě případů vede ke sníženému zájmu o erotické aktivity až ke ztrátě sexuální apetence. Důležitou roli hraje v období diagnostiky a léčby nemoci komunikace s onkologicky nemocným na podceňovaná témata sexuálních dysfunkcí. Velké skupině onkologicky nemocných se během léčby nedostane konzultace ohledně změny sexuality a partnerského života, proto takové dysfunkce nejsou zachyceny, diagnostikovány a logicky ani léčeny. Důsledkem bývají stížnosti pacientů na nepřítomnost odpovídající plnohodnotné komunikace o sexualitě. Česká republika s kolorektálním karcinomem bohužel zaujímá přední místa v incidenci i mortalitě. Ročně je v naší zemi hlášeno celkem 7.610 případů onemocnění a toto množství tvoří 4.582 mužů a 3.028 žen (ÚZIS, 2016). Léčba kolorektálního karcinomu je komplexní a doprovází ji chirurgická operace, chemoterapie, radioterapie či biologická léčba. Významnou roli hraje včasný záchyt onemocnění, protože včasná diagnostika a odpovídající léčba mají největší vliv na návrat nemocného do běžného, společenského, pracovního a partnerského (sexuálního) života. Sexuální dysfunkce u pacientů s kolorektálním karcinomem jsou spojovány s abdominoperineální amputací rekta. Příchod operačních technik šetřících nervové struktury výskyt sexuálních dysfunkcí snížil, ale přesto nelze doposud spolehlivě zabránit dočasným ztrátám erektilní dysfunkce. Erektilní dysfunkce postihuje přes 40 % mužů a zásadní význam má rozsah a povaha operačního výkonu a případná chemoterapie a radioterapie. Další zhoršení sexuálního života může být spojeno s potřebou adaptovat se na stomii, bolest při sexuálním styku, předčasnou ejakulaci a ztrátou apetence. U žen podmiňuje zachování sexuálních funkcí a kvalitního sexuálního života umístění nádoru a jeho léčba. Na diskomfort má vliv stav perineální oblasti, přítomnost inkontinence, založená stomie či prolaps dělohy. Ženy vnímají tělesný handicap způsobený stomií daleko silněji než muži. Operační komplikace spojené s poškozením nervových pletení a přidružený psychický diskomfort jsou časté příčiny poruch vzrušivosti a dysfunkce orgasmu (Šrámková, 2010, Vorlíček, 2012, Adam, 2011, Daneš, 2018).

2.6.1 Specifika poruch sexuality u mužské populace

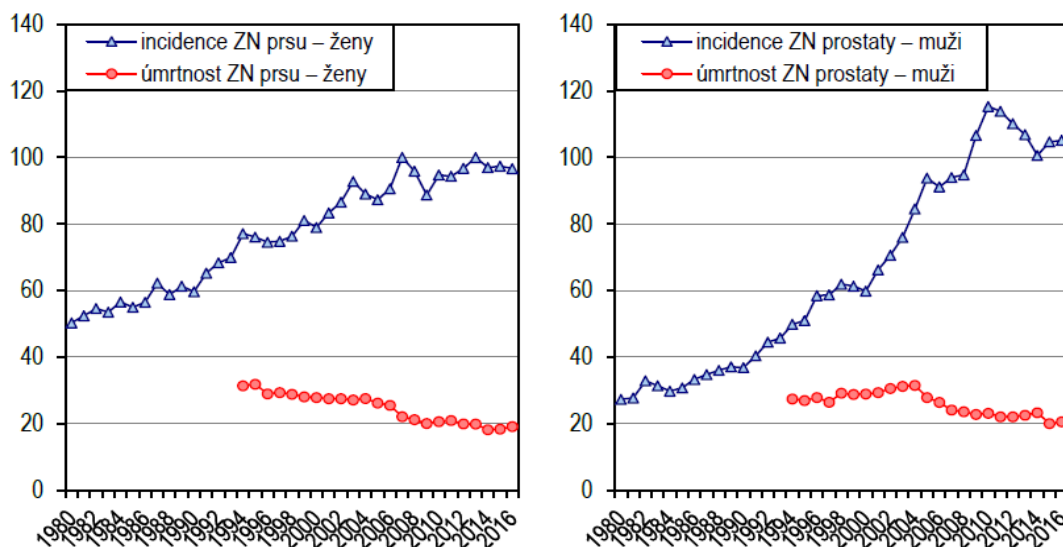
Ztopoření penisu čili erekci charakterizuje Šrámková (2013, s. 21.) jako symbol mužství, vitality a dále jako nástroj pro měření mužského zdraví. Poruchy v této oblasti popisuje autorka takto:

„Erektilní dysfunkce (ED) znamená trvalou či opakovanou neschopnost dosáhnout a udržet ztopoření dostatečné k realizaci uspokojivého sexuálního styku.“

Stejně jako u žen, tak u mužské populace způsobuje onkologická léčba potíže v oblasti sexuality, a to především v oblasti **erektilních dysfunkcí** (Frühaufová, 2017, s. 55). Šrámková (2013, s. 25) popisuje důležitost role lékaře v diagnostice ED. Anamnestický rozhovor řadí mezi základní pilíře a lékař by v něm měl pátrat po rychlosti vzniku ED, spojitosti s úrazem, nemocí nebo operací či farmakologických příčinách, přítomnostech a kvalitách erekce. Autorka také pokládá významnou otázku na kvalitu partnerského vztahu. Při odběru ošetřovatelské anamnézy mají k dispozici všeobecné sestry a další nelékařská povolání taxonomie ošetřovatelských diagnóz. Vnímavý a opatrný odběr anamnézy je předpokladem pro dobrý vztah pacienta s celým zdravotnickým týmem: všeobecná sestra – pacient a lékař – pacient (Šrámková, 2013, NANDA, 2016 a 2018).

2.6.2 Specifika poruch sexuality u ženské populace

V současné době statistiky naší populace zaznamenávají zvýšení incidence malignit u karcinomu prsu a prostaty (viz obrázek č. 4).



Obrázek 4 Vývoj standardizované incidence a úmrtnosti na vybrané diagnózy ZN u žen a u mužů na 100 000 žen/mužů, evropský standard. Zdroj – ÚZIS, 2016

Jedním z důsledků tohoto růstu malignit, ale i jiných onkologických onemocnění zasahujících sexualitu, je zvýšená potřeba žen navštěvovat sexuologické ordinace. Mezi sexuální dysfunkce u žen se řadí poruchy v oblasti: **apetence, vzrušivosti, vyvrcholení a zadostiučinění** čili satisfakce (Frühaufová, 2017, s. 23 a Šrámková, 2013, s. 55, Adam, 2011). Šrámková (2013, s. 47) ve své knize definuje takové ženské sexuální dysfunkce takto:

„Dysfunkce je vyjádřená, pokud je nízká sexuální touha pro ženu zdrojem potíží v osobním a/nebo partnerském životě.“

Karcinom prsu představuje systémové onemocnění, na jehož léčbě se podílí několik specialistů, nejen chirurgů, ale i klinických a radiačních onkologů. Součástí léčby tohoto onemocnění je i zvládnání nežádoucích účinků, které zasahují do biologických, psychologických a sociálních oblastí. Radikální nebo parciální mastektomie (viz obrázek č. 5) je pro ženu obrovský zásah do její psychiky a ovlivňuje její vnímání vlastního tělesného obrazu (Coufal, 2011).



Obrázek 5 Jednostranná mastektomie
Zdroj – Coufal, 2011, s. 190

Stejně jako u odběru anamnézy u muže, je anamnestický rozhovor u žen základem pro stanovení diagnózy. Prostředí, ve kterém je takový rozhovor veden by mělo být bez rušivých inzultů a v přátelském duchu. Dle taxonomie NANDA (2016 a 2018) má všeobecná sestra k dispozici samostatnou diagnostickou doménu sexualita a třídy popisující sexuální dysfunkce. Samotnou příčinu vzniku dysfunkce vidí ve spojitosti s onkologickou léčbou jako: *nedostatek znalostí a dovedností souvisejících se změnami zdravotního stavu s poruchami tělesných funkcí nebo s určitou chorobou a její léčbou*. Ošetrovatelskou diagnózu v této oblasti definuje NANDA (2016 a 2018) jako:

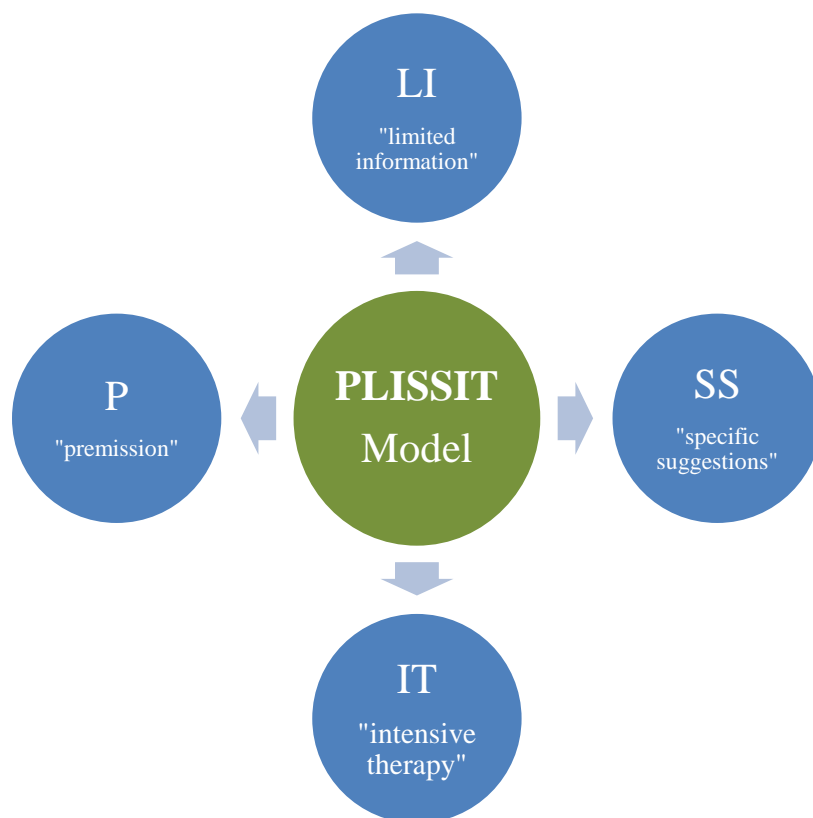
„Změnu sexuální funkce, která je vnímána jako neuspokojivá, nezasloužená nebo nevhodná.“

2.6.3 Možnosti v oblasti zachování fertility

Onkologická léčba často trvale poškozuje reprodukční schopnosti muže a ženy tím, že zničí gonády. Současné možnosti v oblasti reprodukce nabízejí nejen možnost mít vlastní rodinu za použití darovaných vajíček nebo spermií, ale moderní doba nabízí v oblasti prevence neplodnosti i šanci na geneticky vlastní děti. Včasná mezioborová spolupráce gynekologa, embryologa, klinického onkologa a dalších specialistů je důležitým prvkem v prevenci zachování reprodukčních funkcí u onkologicky nemocných. Obava ze ztráty potenciálu mít děti, je ze strany onkologicky nemocných vnímána jako jedno z hlavních témat. V dnešní době se vyvinul relativně mladý obor, který řeší tuto problematiku a to tzv. **onkofertilita**, která nabízí mužům kryoprezervaci spermatu anebo zmražení testikulární tkáně (u mužů v prepubertálním věku). U žen se jedná o odběr a následnou kryoprezervaci oocytů po předchozí stimulaci hormonů nebo o transpozici ovárií či přímé transplantaci ovariální tkáně do peritoneální kapsy (Adam, 2011, s. 323, Frühaufová, 2017, Šrámková, 2010).

2.7 Nástroje pro posouzení sexuality a sexuálního zdraví

Sexualita, sexuální zdraví, činnosti a dysfunkce v této oblasti jsou mnohdy zastoupeny v nástrojích hodnotící kvalitu života nejen u zdravých a nemocných jedinců, ale také osob s určitým typem handicapu a v neposlední řadě u osob v terminálním stavu, paliativní a hospicové péči. Existuje několik validních nástrojů – škály, dotazníky, sebehodnotící stupnice, a to obecné nebo velmi specifické. Některé jsou jednoduché a nezabírají tolik času a mají potenciál stát se vhodným pomocníkem v navázání komunikace v oblasti sexuality a intimity. Zdravotnický profesionál má k dispozici **BETTER Model** a **PLISSIT Model** (viz obrázek č. 6), které patří mezi nejčastěji využívané a komentované modely k posouzení sexuality (Chrastina, 2018).



Obrázek 6 PLISSIT Model
Zdroj – vlastní tvorba

Model PLISSIT⁷ je modelem intervencí v oblasti sexuality a zaměřuje se na čtyři klíčové intervence podle počátečních písmen zkratk anglického názvu (Southard&Keller, 2009, Krebs, 2008, Cagle & Bolte, 2009, O'Connor, 2003):

- **P „premission“** = svolení, zjištění sexuálních potřeb během anamnézy, zahrnutí oblasti sexuality do péče
- **LI „limited information“** = poskytnutí omezených informací, formálních i neformálních, informace o vedlejších účincích léčby na sexualitu
- **SS „specific suggestions“** = poskytnutí specifických rad k naplnění potřeb z domény sexualita, debata o zvláštních technikách, které mohou pomoci
- **IT „intensive therapy“** = léčba specialistou či vyškolenými odborníky v oblasti sexuality

⁷ ANNON, J. S., 1979. *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol 1. *Brief Therapy*. New York (USA): Harper & Row

U pacientů s onkologickým onemocněním je možné využít tzv. model BETTER (Southard&Keller, 2009, Krebs, 2008, Cagle&Bolte, 2009), který je pomůckou jak zavést doménu sexuality do komplexní péče. Jednotlivá písmena označují zkratky těchto kroků:

- **B** – „Bring up the topic of sexuality and sexual functioning“
- **E** – „Explain to the patient or partner that sexuality is part of quality of life and can be discussed“
- **T** – „Tell the patient that resources will be provided and about the healthcare team’s willingness and interest in addressing sexual concerns“
- **T** – „Time the discussion for when the patient wishes to raise the topic, emphasizing the patient can raise the topic at any time“
- **E** – „Educate the patient about the possible or expected changes sexual side effects of treatment and available interventions for treatment emergent sexual symptoms“
- **R** – „Record in the patient’s chart the content of the sexual health discussions, assesments, interventions or outcomes, recommend follow-up to further address the patient’s concerns and questions“

Prvním krokem je tedy otevření tématu sexuality a sexuálních funkcí. Vysvětlení, že sexualita je součástí kvality života a lze o ní hovořit je možné podat nejen pacientovi, ale i jeho partnerovi. V dalším kroku je nutné ubezpečit pacienta, že celý ošetřovatelský tým bude ochoten řešit jeho problémy v oblasti sexuality. Čas na diskuzi má pacient pevně ve svých rukou a může kdykoliv toto téma otevřít. V další části tohoto modelu je vhodné pacienta edukovat v oblasti možných vedlejších účincích jeho léčby na sexuální funkce a seznámit ho s případnými intervencemi. Závěrečným krokem je zaznamenání obsah rozhovorů, hodnocení, výsledků a následných doporučení. Chrastina a Kurucová (2018) uvádějí další používané modely k posouzení specifických sexuálních funkcí: **Sexual Assessment Model** a **ALARM Model**, které se týkají posouzení úrovně sexuální touhy, schopnosti dosáhnout orgasmu a kvality uvolnění.

2.7.1 Dotazníky zaměřené na sexualitu využívané ve výzkumu

Odborná společnost v zahraničí vytvořila nástroje pro posouzení oblasti sexuality, sexuálního zdraví, intimity a spokojenosti s body image. Shrnutí některých používaných nástrojů je vytvořen ve strukturovaném přehledu (viz obrázek č. 8 a č. 9). Dotazníky jsou koncipovány pro velmi specifickou skupinu jedinců nebo jsou všeobecného charakteru a hodnotí tyto domény na

obecné úrovni. Některé nástroje byly později modifikovány pro specifické potřeby konkrétních výzkumů. V praxi jsou také používány i dotazníky, které necílí přímo na sexualitu a sexuální zdraví, ale především na kvalitu života či potřeby a sexualita je většinou součástí jako kapitola či dílčí doména:

- **EORTC QLQ-C30** (Kvalita života pacientů s rakovinou)
- **QOL-RTI** (Kvalita života u pacientů v radiační terapii)
- **CARE a CARESF** (Zjišťování potřeb pro sociální rehabilitace onkologicky nemocných)
- **SPARC** (Měření distresu souvisejícího s pokročilou nemocí)
- **OCPC** (Zjišťování problémů pacientů souvisejících s nádorovým onemocněním a léčbou v ambulanci)
- **PNI** (Hodnocení důležitosti a saturace psychosociálních potřeb pacientů s nádorovým onemocněním)

Evropská organizace pro výzkum a léčbu rakoviny (EORTC) pracuje jako nezávislá, nezisková organizace v oblasti klinického výzkumu s cílem zlepšit úroveň léčby onkologických malignit.



Obrázek 7 EORTC, International Association under Belgian Law – oficiální logo
Zdroj – EORTC, 2019

Její pracovní skupina kvality života (EORTC QLG, viz obrázek č. 7) má za úkol vypracovat dotazníky pro hodnocení kvality života související se zdravím onkologicky nemocných pacientů, spolupracovat na klinických zkouškách a provádět výzkum s cílem lépe porozumět účinkům rakoviny a její léčbě. Jak již bylo řečeno v úvodu teoretické části, tak EORTC QLG pracuje se skutečností, že onkologické onemocnění významně narušuje sexualitu ve fyzické, psychologické i sociální úrovni. Z tohoto důvodu byl vyvinut dotazník pro hodnocení sexuálního zdraví u mužů a žen s rakovinou – **EORTC SHQ-C22 Sexual Health** (příloha A), jehož konstrukce otázek byla vytvořena na základě komplexního přehledu literatury. Nástroj obsahuje celkem 18 hlavních dotazů a 2 volitelné podle pohlaví. Respondent hodnotí různé oblasti vztahující se k jeho sexualitě za poslední 4 týdny. Protože pacienti po léčbě někdy uvádějí změny ve svém sexuálním zdraví, byly do dotazníku vloženy například tyto otázky:

- Jak důležitý je pro vás aktivní sexuální život?
- Byli jste spokojeni s Vaší schopností dosáhnout orgasmu?
- Ovlivnila únava nebo nedostatek energie Váš sexuální život?
- Byli jste spokojeni s komunikací o sexuálních problémech mezi Vám a partnerem?
- Cítili jste se nejistě, pokud jde o Vaši schopnost uspokojit Vašeho partnera?
- Byli jste spokojeni s úrovní intimity?
- Byl jste přesvědčen o schopnosti dosáhnout a udržet erekci, když jste měl sex?
- Zažila jste během sexuální aktivity problémy se suchou vaginální sliznicí?

Testování tohoto instrumentu je aktuálně ve IV. fázi dokončení a nyní čeká na závěry validační zprávy. Jamile modul úspěšně dokončí IV. fázi bude považována za ověřený a následuje jeho představení v mezinárodních recenzovaných publikacích (Chrastina a Kurucová, 2018, Bužgová, 2013, EORTC, 2019).

Zkratka	Název nástroje	Oblast použití
BSHS-B	Burns Specific Health Scale	osoby s popáleninami a jejich možné obavy změny body image
BSQ	Burn Sexuality Questionnaire	
	Sternberg's Triarchic Love Scale	posouzení romantické/erotické intimity ve vztahu
	Personal Assessment of Intimacy in Relationship	zhodnocení hladiny a vybraných hledisek intimity
RAS	Relationship Assessment Scale	
SRS	Sexual Relationship Scale	
ADAS	Abbreviated Dyadic Adjustment Scale	
DSHQ	Demographics and Sexual History Questionnaire	zhodnocení demografických veličin - etnický původ, víra, stav zdraví, sexuální orientace, frekvence sexuální aktivity
SOI	Sociosexual Orientation Inventory	
	Human Sexuality Scale	
SAS	Sexuality Scale	
	Kinsey Scale	zhodnocení sexuální orientace
KSOG	Klein Sexual Orientation Grid	
SFS	Sexual Function Scale	zhodnocení sexuality na obecné úrovni
	General Attitudes Towards Sex	
	Attitudes towards Sex Education Attitudes towards Sex Education for Learning Disabled People	
POS	POS scale	specifické sexuální chování
ESS	Embodied Spirituality Scale	zhodnocení propojení oblastí sexuality a spirituality
SAS	Sexual Attitudes Scale	zaznamenání postojů k sexualitě
	Brief Sexual Attitudes Scale	
ABS	Affect Balance Scale	zhodnocení duševní spokojenosti za časové období
	Brief Sexual Symptom Checklist	všeobecně platný screeningový nástroj
BASICS	Body Awareness and Sensitivity for Intimacy Comfort Scales	zhodnocení stavu fyzického komfortu v oblasti intimity
	Derogatis Sexual Functioning	
	Global Sexual Functioning	

Obrázek 8 Přehled nástrojů hodnotících sexualitu a intimitu (Zdroj – Chrastina a Kurucová, 2018)

Zkratka	Název nástroje	Oblast použití
AIAI	Intimacy Assessment Inventory	zhodnocení genderově vázané sexuality
POMS	Profile of Mood State	specifický nástroj pro cílovou skupinu LGBT lidí
IES	Impact of Events Scale	
BISS	Body Image and Sexuality Scale	
SAQ	Sexual Activity (Adjustment) Questionnaire	
PSRI	Pregnancy Sexual Response Inventory	
FSFI	Female Sexual Function Index	specifický nástroj pro cílovou skupinu těhotných žen
PSQ	Preagnancy and Sexuality Questionnaire	specifický nástroj pro ženy v klimakteriu
	Cervantes Questionnaire	
MSISQ-19	Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire	specifický nástroj pro cílovou skupinu pacientů s roztroušenou sklerózou
MSQ	Mood and Sexuality Questionnaire	
MSQ-R	Revised Mood and Sexuality Questionnaire	
QoLSPP	Quality of Life and Sexuality with Penile Prosthesis	specifický nástroj pro muže s penilní protézou
GSAQ-LD	Greek Sexuality Attitudes Questionnaire - Learning Disabilities	specifický nástroj pro osoby mentálně nebo tělesně postižené
	Sexual Rights of the Learning Disabled	
	Acceptability of Sexual Behaviour of the Learning Disabled	
	Stereotyping of the sexuality of the Learning Disabled	
	General Attitudes towards the Sexuality of the Learning Disabled People	
	Attitudes towards Sex Education for Learning Disabled People	
SKAT	Socio-Sexual Knowledge and Attitude Test	specifický nástroj pro osoby mentálním postižením a komparační nástroj všeobecné populace
SexKen-ID	Sesual Knowledge, Experience, Feelings, and Needs Scale for People with Mild Intellectual Disabilities	
ASQ-ID	Attitudes to Sexuality Questionnaire	specifický nástroj pro osoby s omezenou hybností a komparační nástroj všeobecné populace
ASQ-GP	Attitudes to Sexuality Questionnaire	
	SexKen-GP	specifický nástroj pro osoby se zdravotním postižením
	SexKen-PD	
MRD	Minimal Record of Disability	nástroj pro osoby s demencí v pobytových službách
SexAT	Sexuality Assessment Tool	

Obrázek 9 Přehled nástrojů hodnotících sexualitu a intimitu (Zdroj – Chrastina a Kurucová, 2018)

2.8 Shrnutí teoretické části

V průběhu zpracování dohledaných tuzemských i zahraničních zdrojů použitých pro teoretickou část této diplomové práce, byla zjištěna následující fakta, která se stala impulsem pro empirickou část, ve které budou představeny výsledky průzkumného šetření:

Klasifikační systém NANDA taxonomie zahrnuje pouze tři třídy ošetrovatelských diagnóz z domény sexuality (NANDA, 2016, s. 65), ale tuto oblast negativně ovlivňuje celá řada faktorů (O'Connor, 2003, s. 248).

Existují značné rozdíly v definování sexuality, a ne všichni autoři se shodnou na jednotné koncepci této oblasti (Štěrbová a Rašková, 2016, s. 7; Šrámková, 2010, s. 387; Weiss a kol., 2010; Zvěřina, 2003; Zlatko, 20017; Koliba, 2019; Hartl & Hartlová, 2015; Jand'ourek, 2001; Fafejta, 2016; Chrastina et al., 2018; O'Connor a kol., 2003).

Projev lidské sexuality je přímo řízen společenskými normami a neexistuje možnost jejího přímého pudového vyjádření (Gagnon a Simon, 2017, s. 10-11). Platí, že sexuálním menšinám jsou sexuální práva omezována a veřejný projev heterosexuálního páru je považován za přijatelný, ovšem projevy homosexuálního páru na veřejnosti považuje stále mnoho lidí za neslušné (Fafejta, 2016, Dibonová, 2019).

Společnost vnímá obraz stáří a smrti nereálně a je obklopena mýty a stigmaty, které si v oblasti sexuality seniorů vytváříme mnohdy na základě neznalosti dané problematiky nebo je přebíráme od ostatních (Hartl & Hartlová, 2010, Sýkorová, 2007).

Onkologické onemocnění tvoří bariéru v prožívání sexuality a intimity. Nemocný jedinec může pociťovat, strach, beznaděj, obavy ze ztráty důstojnosti a intimity. Období protinádorové léčby postihuje nemocné především ztrátou sexuální apetence (Šrámková, 2013, s. 401-408, Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

Některé nástroje pro hodnocení potřeb v oblasti sexuality jsou koncipovány pro velmi specifickou skupinu jedinců nebo jsou všeobecného charakteru a hodnotí tyto domény na obecné úrovni. V praxi jsou také používány i dotazníky, které necílí přímo na sexualitu a sexuální zdraví, ale především na kvalitu života či potřeby a sexualita je většinou součástí jako kapitola či dílčí doména. V současnosti existuje zahraniční nástroj posuzující sexuální zdraví u onkologicky nemocných **EORTC SHQ-C22 Sexual Health** a zdá se vhodným instrumentem pro hodnocení potřeb v oblasti sexuality (Chrastina a Kurucová, 2018, Bužgová, 2013, EORTC, 2019).

3 EMPIRICKÁ ČÁST

Základním výzkumným přístupem této práce je kvalitativní zkoumání fenoménů v oblasti sexuality onkologicky nemocných. Hlavním designem této části se stala průzkumná případová studie – *exploratory case study* s několika různými způsoby sběru dat, jejímž předmětem je ošetrovatelská jednotka poskytující onkologickou léčbu v kombinaci. Tato jednotka byla zvolena právě pro vhodnost onkologické specializace a možnost realizace různých výzkumných metod – pozorování, individuální rozhovor, retrospektivní analýza zdravotnické dokumentace, skupinová diskuze, hodnocení formulářů, fotodokumentace. Takový přístup je chápán jako holistický a vede k detailnímu porozumění zkoumaného případu (Mareš, 2015). Případovou studii lze charakterizovat jako hlubokou deskripci jednoho nebo dvou subjektů s identickými nebo obdobnými problémy (Mihál, 2003). Další odborník ji definuje jako detailní studii jednoho nebo velmi málo případů za účelem jejich celostního pochopení a následného porozumění stejným jevům (Hendl, 2016, s. 102). Olecká a Ivanová (2010a, s. 63) uvádí, že případová studie je často používaná v lékařských i nelékařských oborech a nazývá se *kazuistikou*.

„Fenomény jsou vzájemně složitě propojené časově souslednými akcemi a jejich pochopení vyžaduje uvažovat jejich kontext: časový, prostorový, ekonomický, kulturní, sociální a osobní. Případ, aktivitu, událost považujeme za cosi jedinečného i obecného. Porozumění případu vyžaduje porozumět jiným případům, aktivitám a událostem a jejich jedinečnosti. Uznání jedinečnosti nespočívá v porovnání případu s normou pomocí hodnot vybraných proměnných, ale v přístupu, jímž ho přiblížíme čtenáři a který vyzdvihne význam případu, jeho neopakovatelnost, kritickou jedinečnost. Čtenáře na to upozorníme vyprávěním, realistickými a analytickými obrázky a informacemi o zkušenostech výzkumníka. Množina vlastností a posloupnost událostí v případě se považují za jedinečné. Uznání této jedinečnosti je předpokladem pro pochopení daného případu.“ (Stake, 1995, s. 43).

3.1 Cíle a východiska empirické části

V teoretické části bylo již uvedeno, že téma této práce je stále více aktuální a bylo zvoleno na základě pozorování pacientů a prostředí ošetrovatelské jednotky. Hlavním výzkumným problémem se objevila určitá absence a nedostatečný odběr anamnézy z oblasti sexuality což byl hlavní důvod pro výběr tohoto tématu. Bylo tedy rozhodnuto, že průzkumem dotčených fenoménů na ošetrovatelské jednotce prostřednictvím několika rozdílných metod sběru dat, bude tento jev pochopen detailněji a do hloubky. Zkoumané fenomény bude tak možné zachytit přímo v jejich přirozeném prostředí.

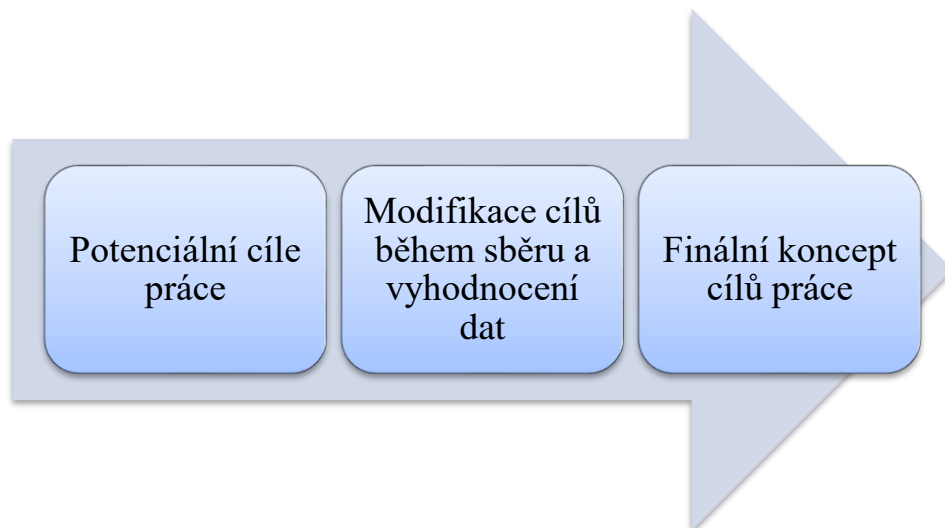
Literární sondáž byla dokončena v lednu roku 2019 a na základě rešerše odborné literatury byly určeny potenciální cíle, u kterých v průběhu průzkumu probíhala konečná modifikace. Takový přístup pracující speciálně účelově a zpětně s určitým problémem nazýváme ad hoc přístupem. Hendl (2016, s. 46) uvádí, že pro kvalitativní výzkum je zcela přirozené, že cíle formujeme v průběhu sběru dat i při jejich vyhodnocení, proto byly během výzkumu několikrát modifikovány (viz obrázek č. 10). Uvědomujeme si, že stanovené cíle se mohou zdát být poměrně abstraktní a nespécifické, ale tento průzkum pracuje s fenomény, které se snažíme teprve pochopit a popsat v přirozeném prostředí. Až výsledné závěry této práce pomohou stanovit specifické, měřitelné, akceptovatelné a termínované cíle pro další budoucí výzkum. Finální koncept cílů této práce prezentujeme takto:

Hlavní cíl

- Připravit strukturovaně přehled výsledků průzkumu a navrhnout pracovní hypotézu

Cíle části empirické

- Navrhnout a zpracovat průzkum s cílem odpovědět na výzkumnou otázku
- Nalézt odpověď na předpokládané kauzální vztahy



Obrázek 10 Průběh modifikace cílů práce
Zdroj – vlastní tvorba

3.1.1 Předpokládané kauzální vztahy

Při stanovení kauzálních vztahů, byla věnována pozornost především faktorům a determinantům ovlivňujících postoj k sexualitě informátora během hospitalizace na lůžkovém oddělení onkologické jednotky.

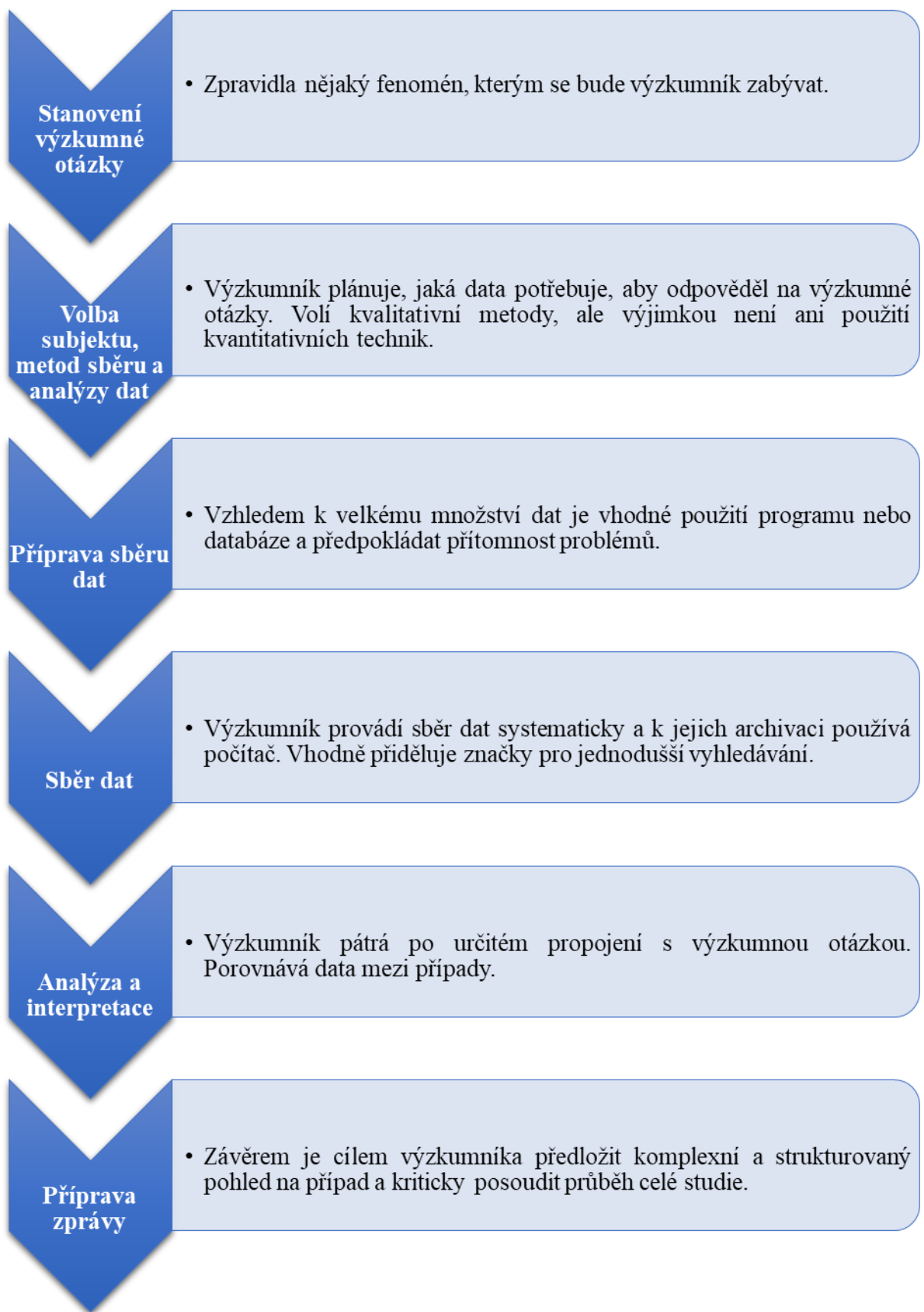
- Je zájem ošetrovatelského týmu o sexualitu dostatečný?
- Existuje dostatečný prostor pro vyjádření potřeb v oblasti sexuality?
- Které faktory ovlivňují sexualitu informátora?

3.2 Volba výzkumného designu a subjektů

Zkoumaným subjektem se stala ošetrovatelská jednotka v kombinaci s hospitalizovanými pacienty. Záměrně pro zastoupení obou pohlaví byl zvolen jeden muž a jedna žena. Informátor M byl záměrně vybrán, protože u něho došlo k souběhu dvou diagnóz (C62 Zhoubný novotvar varlete a C19 zhoubný novotvar konečníku) a jeho zdravotní stav prodělal fázi, kdy potřeboval intenzivní onkologickou péči. Informátor Ž byla záměrně vybrána pro svou diagnózu C50 Zhoubný novotvar prsu. Základní data byla sbírána především z jejich zdravotnické dokumentace a taky metodou pozorování, ze kterého byly v určitých cyklech prováděny písemné záznamy. Pro ověření bylo počítáno s metodou nahrávaného polostrukturovaného rozhovoru. Aby bylo dosaženo relevantní odpovědi na výzkumnou otázku, byl dále proveden průzkum a analýza formulářů pro odběr ošetrovatelské anamnézy, pozorování a rozhovory s členy ošetrovatelského týmu.

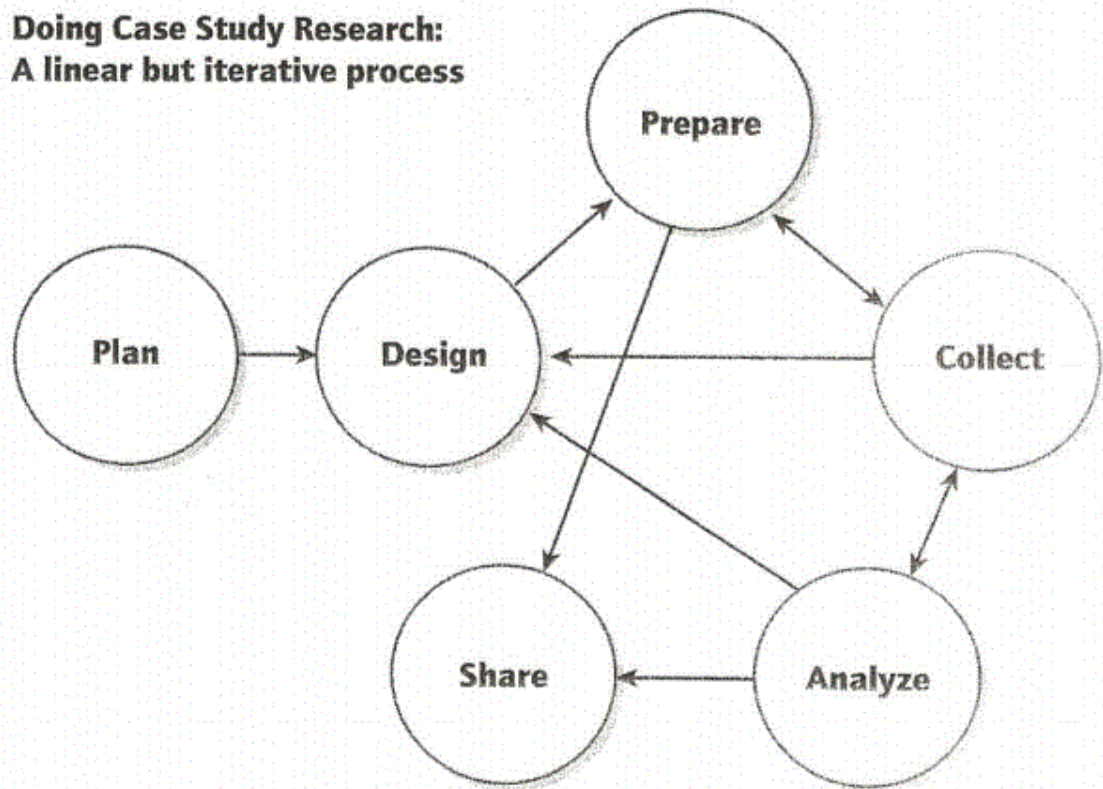
Hendl (2016, s. 101-118) ve své knize uvádí rozlišení případové studie podle počtu jedinců (individuální a skupinové) a také podle typu sledovaného případu: osobní případová studie, studie komunity, studium sociálních skupin, studium organizací a institucí, zkoumání programů, událostí, rolí a vztahů. Stake (1995 cit. podle Hendl, 2016, s. 104-106) rozlišuje tři typy případových studií: intrinsitní, instrumentální a kolektivní. Intrinsitní typ popisuje detailně vybrané aspekty případu a cílem je komplexní porozumění a propojení jeho dílčích částí. Další autor (Yin, 1994 cit. podle Hendl, 2016, s. 108) dělí studie na exploratorní, explanatorní, deskriptivní a evaluační.

Podle Hendla (2016, s. 112) výzkum prostřednictvím případové studie obsahuje několik navazujících kroků, které spolu souvisejí (viz obrázek č. 11).



Obrázek 11 Navazující kroky výzkumu prostřednictvím případové studie
Zdroj – Hendl, 2016, s. 112

Jiný autor (Yin, 1994, s. 1) popisuje proces případové studie jako přímý a neustálý koloběh základních fází: plán, projekt, přípravou na sběr dat, sběr dat, analýza a interpretací výsledků (viz obrázek č. 12).



Obrázek 12 Proces případové studie
Zdroj – Yin, 1994, s. 1

3.3 Stanovení výzkumné otázky

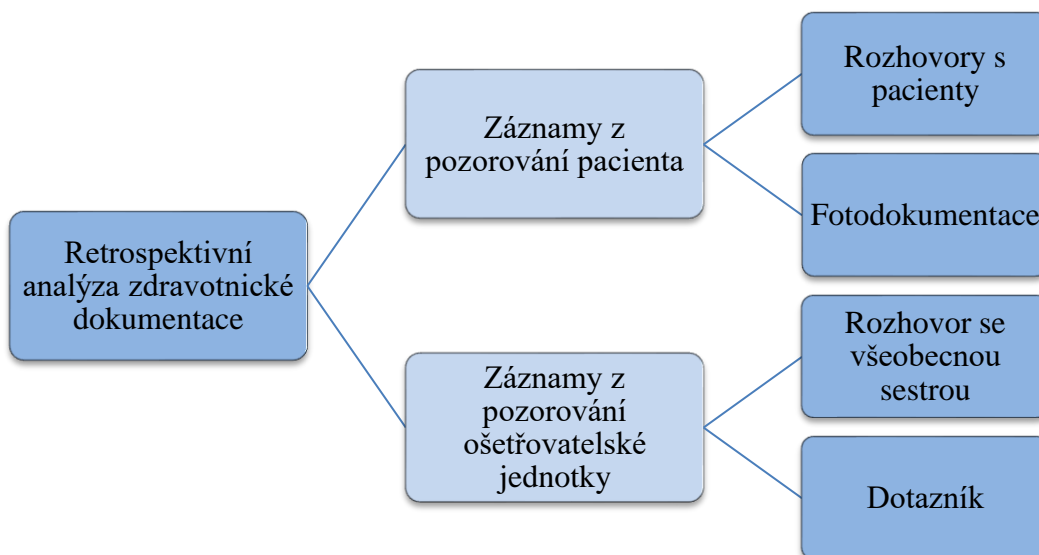
Každý obdobný výzkum začíná vytvořením výzkumné otázky a rozhodnutím, že právě metoda případové studie je ta správná. Pokud používáme otázky „proč“ a „jak“ je metoda případové studie tou nejvhodnější strategií (Olecká a Ivanová, 2010a, s. 64, Hendl, 2016, s. 112).

Na základě zvoleného tématu a pozorované situace byla stanovena tato výzkumná otázka:

Jak ošetrovatelská jednotka přistupuje k sexualitě onkologicky nemocných?

3.4 Příprava a vlastní sběr dat

Samotné šetření probíhalo v nemocnici krajského typu na lůžkovém oddělení klinické a radiační onkologie s kapacitou lůžek 23. Před vlastním sběrem dat byl vytvořen plán potenciálních způsobů sběru údajů (viz obrázek č. 13). Do plánu přípravy bylo zahrnuto několik metod a vlastní sběr dat byl zahájen retrospektivním průzkumem zdravotnické dokumentace.



Obrázek 13 Plán sběru dat
Zdroj – vlastní tvorba

Prvním krokem byla záměrná identifikace pacientů s onkologickou diagnózou, která dle teoretické části nejvíce zasahuje do problematiky sexuality. Prostřednictvím zdravotnického informačního systému MEDEA (2018) byl vytvořen přehled jednotlivých diagnóz a počet pacientů za období 01. leden 2018–31. prosinec 2019 (viz tabulka č. 2). Z celkového výskytu 1.694 diagnóz byly odstraněny opakované příjmy, protože vytvářely nežádoucí duplicitu. Následně proběhla další redukce, protože někteří pacienti měli souběžně více jak jednu předmětnou diagnózu. V závěru byli vyloučeni pacienti s kratší dobou hospitalizace jak 72 hodin, která je považována za krátkodobou hospitalizaci a zdravotnická dokumentace by tak obsahovala nedostatečné množství záznamů. Celkem zůstalo k dispozici 711 případů, u kterých byla provedena retrospektivní analýza. Lékařská dokumentace byla analyzována převážně z elektronických záznamů v programu MEDEA (2018) a ošetrovatelská dokumentace byla podrobena auditu záznamů o vývoji stavu. Cílem retrospektivní analýzy bylo pátrání po záznamech, které by souvisely se sexualitou pacientů, a to především v těchto oblastech:

- odběr lékařské i ošetrovatelské anamnézy (poruchy sexuality, porušené vnímání obrazu vlastního těla, zachování fertility),
- reakce na potřeby v oblasti sexuality,
- záznamy z pozorování a vývoje ošetrovatelského stavu,
- respektování práv v oblasti sexuality.

Získaná data byla dále ověřena a doplněna analýzou záznamů z pozorování chování ošetrovatelské jednotky a rozhovorem se zdravotnickým personálem.

Tabulka 2 Přehled vybraných diagnóz

Výskyt onkologické diagnózy za období 01.01.2018-31.12.2019		
Diagnóza	Počet výskytů	
	Ženy	Muži
C50 Zhoubný novotvar prsu	167	5
C51 Zhoubný novotvar vulvy	13	0
C52 Zhoubný novotvar pochvy (vagíny)	1	0
C53 Zhoubný novotvar hrdla děložního	33	0
C54 Zhoubný novotvar těla děložního	37	0
C56 Zhoubný novotvar vaječníků	60	0
C57 Zhoubný novotvar jiných a neurčitých ženských pohlavních orgánů	3	0
C60 Zhoubný novotvar pyje	0	4
C61 Zhoubný novotvar prostaty	0	109
C62 Zhoubný novotvar varlete	0	42
C63 Zhoubný novotvar jiných a neurčitých mužských pohlavních orgánů	0	0
C18, C19, C20, C21 Kolorektální karcinom*	89	148
* skupina maligních onemocnění, které zahrnuje diagnózy zhoubného novotvaru: tlustého střeva C18, rektosigmoideálního spojení C19, konečníku C20 a řiti a řitního kanálu C21		

Zdroj – vlastní tvorba

3.4.1 Technika vyhodnocení dat

Protože je pro kvalitativní design důležitý přesný a odpovídající popis dat, bylo zvoleno několik technik jejich vyhodnocení. Mluvená slova získaná z rozhovorů byla převedena transkripcí do písemné podoby. Existuje několik způsobů transkripce: doslovná transkripce, komentovaná transkripce, shrnující protokol a selektivní protokol (Hendl, 2016, s. 212-213). Rozhovory,

kteře byly zaznamenány na diktafon, byly následně doslovně transliterovány v programu Word (MICROSOFT CORPORATION, 2019a). Tento program byl použit také pro grafické znárodnění jednotlivých dílčích procesů pomocí funkce *SmartArt*. U získaného textu bylo předpokládáno zpracovávání a kódování v programu určeného pro kvalitativní výzkumy ATLAS.ti (2019), který nakonec nebyl využit pro nevhodnost. Tabulky uvedené v této práci jsou zpracovány za pomoci programu Excel (MICROSOFT CORPORATION, 2019b). Příložená fotodokumentace byla pořizena mobilním telefonem nebo ofocena stolním skenerem.

3.5 Analýza získaných dat

Všeobecné a praktické sestry během příjmu pacienta na lůžko odebírají ošetrovatelskou anamnézu. Pro tento úkon jim slouží předem definovaný tiskopis, který je rozdělen na jednotlivé domény. Tento formulář neobsahuje žádný prostor věnovaný sexualitě a zahrnuje pouze dotaz na menstruaci (viz obrázek č. 14). Tuto skutečnost hodnotíme jako nedostatečnou a označujeme ji jako „*nález 1*“.

LÉKY		SPÁNEK	
léčiva vnesena	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> bez potíží	
léčiva odevzdána	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> potíže, jaké:	
SOS léky ponechány	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
HOTOVOST A CENNOSTI		GYNEKOLOGIE	
<input type="checkbox"/> u sebe	<input type="checkbox"/> v trezoru na oddělení	poslední menstruace:	
<input type="checkbox"/> v centrálním trezoru		pravidelná <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	

Obrázek 14 Část formuláře ošetrovatelská anamnéza
Zdroj – vlastní fotografie

Musíme zároveň uvést, že starší verze formulářů místo oblasti „gynekologie“ obsahovala opravdu název „sexualita“, ale dotaz na menstruaci tam byl stále. Tato situace byla později upravena do aktuální podoby, tím ale oblast sexuality z formuláře zmizela úplně.

3.5.1 Retrospektivní průzkum zdravotnické dokumentace

U pacientů s diagnózou C62 Zhoubný novotvar varlete a C60 zhoubný novotvar pyje bylo celkem ve 39ti případech nalezen záznam týkající se možnosti zachování fertility formou kryopreservace spermatu. Z tohoto počtu této možnosti využilo 23 pacientů, 16 pacientů

uvedlo, že již děti má a tuto možnost nevyužije. Ve 3 případech nebyl ani po opakovaném pokusu odběr úspěšný, ale již nebyl nalezen záznam, jak se situace s pacientem řešila dále. Ošetrovatelská dokumentace u těchto pacientů neobsahovala téměř žádné přímé záznamy z oblasti sexuality. V několika případech bylo zaznamenáno, že si partnerka pacienta, který byl v terminálním stádiu⁸, přála provést hygienickou péči na lůžku sama. Další dokumentace pacientů obsahovala také zápis, že partnerce bylo umožněno zůstat se svým partnerem na pokoji i přes noc. Průzkumem příjmové dokumentace se při odběru ošetrovatelské anamnézy znovu opakoval stejný *nález 1*. Záznamy v oblasti erektilních dysfunkcí u pacientů s diagnózou C61 Zhoubný novotvar prostaty byly nalezeny celkem u 23 případů, a to jen při odběru lékařské anamnézy. Ošetrovatelská dokumentace neobsahovala žádný záznam týkající se erektilních dysfunkcí hospitalizovaných pacientů.

Záznamy týkající se poruch sexuality u žen nebyly nalezeny žádné.

3.5.2 Pozorování ošetrovatelské jednotky

Pozorování probíhalo v týdenních intervalech metodou záznamu „tužka – papír“ a trvalo v období od února do prosince 2019. Pro sběr dat byly použity záznamové archy vlastní tvorby (příloha C) bez předchozí kategorizace a byl tedy proveden technikou nestandardizovaného pozorování (Olecká a Ivanová, 2010b). Celkem bylo pořízeno 27 archů, protože některé týdny byly bez záznamů, které by se týkaly oblasti sexuality onkologicky nemocných pacientů. Nejčastěji pozorované jevy jsou v kapitole interpretace dat a výsledků sestaveny do přehledné tabulky.

V provozu ošetrovatelské jednotky bylo pozorováno, že nelékařský ani lékařský personál nepoužívá pro svou práci žádný model, screening či dotazník, kterým by zjišťovali stav sexuálního zdraví nebo sexuality pacientů. V teoretické části je popsán nový nástroj – EORTC **SHQ-C22** Sexual Health (příloha A), který se zdá být jednoduchou pomůckou pro identifikaci potřeb v oblasti sexuality a sexuálních dysfunkcí spojených s onkologickým onemocněním. Bohužel tento dotazník není v tuto chvíli přeložen do českého jazyka a neprošel validací ani modifikací pro prostředí českého ošetrovatelství a zdravotnictví. Během průzkumu byla oficiálně požádána společnost EORTC Quality of Life o souhlas s použitím dotazníku pro účely této kvalifikační práce. Odpověď byla získána téměř obratem včetně smlouvy o použití

⁸ Terminálním stavem označujeme situaci, kdy očekáváme nebo víme, že přichází smrt pacienta (*pozn. autora*).

dotazníku. Akademické použití **EORTC SHQ-C22** Sexual Health nevyžaduje žádné poplatky, ale jedním z hlavních podmínek smlouvy o použití je zákaz jakéhokoliv překladu či modifikace. EORTC Quality of Life sice připouští možnost předkladu, ale pouze za jejich přesně stanovených podmínek. Podmínky byly bohužel pro tuto kvalifikační práci nejen finančně, ale především časově neakceptovatelné.

Personál ošetrovatelské jednotky byl pro účely tohoto pozorování rozdělen do tří skupin (viz tabulka č. 3). Nejpočetnější skupinu označenou jako „V“ tvořily všeobecné a praktické sestry. Druhou skupinou „S“ byly sanitářky a ošetrovatelky. Třetí méně početnou skupinou „L“ se stali lékaři a lékařky.

Tabulka 3 Rozdělení personálu do skupin

Označení skupiny	V	S	L
složení skupiny	všeobecné a praktické sestry	ošetrovatelky a sanitářky	lékaři s atestací i bez atestace
počet informátorů	15	5	3

Zdroj – vlastní tvorba

Skupina V je specializována hlavně na práci prostřednictvím ošetrovatelského procesu. S pacientem přicházejí do styku několikrát denně, zajišťují odbornou ošetrovatelskou činnost, podílí se na individuálním léčebném režimu, každého pacienta, spolupracují s lékaři na plnění ordinací a podávají správná léčiva. U této skupiny byl pozorován výskyt těchto skutečností:

- citlivě zjišťují potřeby v oblasti intimity, ale na další potřeby v oblasti sexuality se neptají,
- respektují pacientovo přání být v kontaktu s partnerem/partnerkou, rodinou či osobou blízkou a nabízejí dostatečný prostor pro soukromí,
- předávají skupině L informace, které by se mohli týkat pacientovi sexuality,
- pokud existuje dostatek soukromí tak s pacientem dokáží hovořit na téma sexuality, ale pouze pokud pacient takový rozhovor zahájí sám,
- informace a potřeby související s pacientovou sexualitou si předávají ústně, do ošetrovatelské dokumentace záznam neprovádí, intervence a cíle neformulují, ale v kolektivu o nich dokážou mluvit, přistupují k nim bez předsudků a berou jejich význam vážně.

Skupina S je svou kvalifikací zaměřena především na zajištění hygienické péče, desinfekce a úklid prostředí pacienta, podávání stravy a péče o lůžko a lůžkoviny. U této skupiny byly pozorovány tyto jevy:

- respektuje potřeby v oblasti hygienické péče a klade důraz na přání pacientů a jejich partnerů, rodin či osob blízkých,
- klade důraz na zachování intimity pacientů,
- přistupuje k pacientům a jejich sexualitě s důstojností,
- vedou s pacienty rozhovory z oblastí týkajících se jejich domácností, zájmů a rodin,
- předávají skupině V informace o pacientech, které patří do oblasti sexuality (erotické projevy, sexuální emoce, vnímání tělesného projevu).

Skupina L reprezentována lékaři kvalifikovanými pro léčbu onkologického onemocnění, odebírá u každého pacienta lékařskou anamnézu a stanovuje individuální léčebný plán. U této skupiny došlo k následujícím jevům, které byly zaznamenány:

- respektují pacientova přání a potřeby, které se týkají jeho sexuality, dokáží s ním diskrétně na toto téma hovořit,
- velmi málo zaznamenávají potřeby a poruchy v oblasti sexuality do lékařské dokumentace,
- pokud identifikují poruchy v oblasti sexuality, jsou kompetentní předat pacienta do rukou odborníka,
- k sexualitě každého pacienta přistupují s respektem a důstojně,
- pokud je to nutné předávají zjištěné potřeby v této oblasti skupině V.

3.5.3 Strukturovaný dotazník a rozhovor se všeobecnou sestrou

Skupině, kterou tvoří praktické a všeobecné sestry byl následně předložen strukturovaný dotazník. Seznam otázek byl vytvořen podle dat získaných během pozorování. Sběr dat probíhal formou rozhovoru a výsledky byly zapisovány do záznamového archu. Odpovědi na jednotlivé otázky mohli respondenti vyjádřit jednoduše výběrem možnosti *souhlasím/nesouhlasím*. Získaná data a výsledky jsou představeny v následující kapitole formou grafů. Otázky do strukturovaného dotazníku byla sestaveny následovně:

Mám pro svou práci dostatek nástrojů, které mi pomáhají pracovat s potřebami v oblasti sexuality onkologicky nemocných pacientů?

Potřeby v oblasti sexuality jsou pro onkologického pacienta důležité.

Vím, jak s pacientem vést rozhovor na téma sexuality.

O sexualitě se s pacienty nebavím, protože je mi to nepříjemné.

Dokážu zahájit rozhovor s pacientem na téma sexuality jako první.

Pro polostrukturovaný rozhovor byla záměrně vybrána všeobecná sestra s vysokoškolským vzděláním bakalářského typu, pracující na ošetrovatelské jednotce druhým rokem. Rozhovor byl zařazen do fáze po skončení sběru dat z pozorování a za metodu sběru dat formou dotazníku. Informátorka měla možnost klást otázky a mohla rozhovor kdykoliv přerušit. Předmětem rozhovorů byly skutečnosti a otázky, které vyplynuly z předchozích metod sběru dat. Od nahrávaného rozhovoru bylo očekáváno detailnější vyjádření odpovědí. V kapitole s interpretací dat a výsledky jsou pak znázorněny opakující se struktury. Před vlastním rozhovorem byla stanovena osnova vodících otázek takto:

1. Co si podle Vás představíte pod pojmem „sexualita onkologicky nemocných“?
2. Jak je tato potřeba pro pacienty důležitá?
3. Jaké překážky pro komunikaci na toto téma vnímáte?
4. Jak hodnotíte úroveň Vašeho zájmu o potřeby pacientů z oblasti sexuality?
5. Popište situaci, se kterou máte zkušenost, a která se podle Vás týká potřeb pacienta v této doméně.

Na začátku bylo informátorce představeno téma diplomové práce a rozhovor byl zahájen první otázkou, tedy co si představuje pod pojmem „sexualita onkologicky nemocných“?

„Je to oblast, která zasahuje do jejich sexuálního života, třeba schopnost mít pohlavní styk a jestli si uvědomují svou orientaci.“

„Asi to je něco s čím mohou mít hodně problémy, hlavně chlapi, když to vidím, kolik jich u nás je a na co si pak stěžují.“

Samozřejmě se nabízela otázka, na co si stěžují.

„Na co? No oni sami nepřijdou a nebudou říkat, že nemají erekci, nebo že to stojí za prd, tedy v tomto případě nestojí. Ale člověk si to domyslí, když říkají, že to teď už nejde, nebo mají různé i vtipné poznámky na jejich potenci.“

A ženy si na tuto oblast nestěžují? (otázka směřující na respondentku)

„Toho jsem si nevšimla, asi to tolik neprožívají, nevím. Ale já si vždycky říkám, co ta ženská musí prožívat, když třeba nemá jeden nebo oba prsy. Nebo když se musí svléknout na vizitě před několika cizími lidmi.“

V dalším kroku jsem informátorce představil oblasti plynoucí z teoretické části této práce, a které podle některých autorů charakterizují sexualitu. Následovala další otázka na důležitost potřeb v oblasti sexuality.

„To jsou věci, které musí být hodně důležité snad pro každého. Neznám moc chlapů, pro které by nebylo důležité, aby byly doma funkční i v posteli. A taky neznám snad žádnou ženskou, která by nechtěla děti a prožívat partnerskou lásku. Ale ti naši onkologický pacienti, tam je to přeci trochu jiné si myslím. Ono, když jim není dobře nebo je něco bolí, tak zrovna nemyslí na to, jak budou dělat děti, ale tam se ty priority mění. Pokud mají manželku nebo naopak, to je jedno, tak myslím, že je pro ně důležité, aby mohli být spolu.“

Některá data získaná z předchozích metod sběrů naznačují, že existují určité bariéry bránící komunikaci na toto téma. Zajímalo nás, které z nich informátorka vnímá.

„Já kolikrát nevím, na co se jich ptát, přece za tím chlapem nepřijdu a nebudu se ptát, jestli mu to dole funguje, nebo ženský, jestli má chlapa a funguje jim to doma. Taky se nebudu přece ptát, jak je orientovanej a co ho uspokojuje. To by bylo trapné, na tohle ať se zeptají doktoři.“

„Jako, opravdu nemám problém s nimi o takových věcech slušně mluvit, ale musí na to být vhodná příležitost, soukromí a čas.“

„V práci nemáme nikde napsané, že se na něco takového máme ptát.“

Pokračovali jsme v rozhovoru subjektivním hodnocením zájmu informátorky o potřeby z oblasti sexuality pacientů.

„No upřímně asi nic moc, já se jich opravdu neptám. Ale nemám problém o tom s nimi mluvit, když jsou slušní a začnou oni.“

Rozhovor jsme postupně zakončili nad otázkou, jaké má zkušenosti týkající se potřeb pacienta v této oblasti.

„Jednou tu byl pán, který mi na otázku, jak se mu daří, odpověděl, že se cítí jako bezpohlavní fluidum. Já ani nevím co tím, přesně myslel, ale on tu byl s prostatou a bral hormonální léčbu. Tenkrát ležel na pokoji společně se třemi pacienty a mě bylo blbě ten rozhovor dál rozvíjet. Předala jsem tuto informaci pak lékařce a vlastně už ani nevím, jak to dál pokračovalo.“

„Třeba na oddělení není výjimečné, že někdy chtějí manželky nebo rodina vzít málo pohyblivého pacienta sami do koupelny a umýt ho. To jednou zvonila signalizace na bezbariérové koupelně, kde právě byla paní s pacientem, ona nějak zavádila o zvonek a já tam přišla, když zrovna pána sprchovala a byla jen v kalhotkách. Ale myslím, že se nechtěla jen namočit. Nic tam snad nedělali, teda myslím.“

„Měli jsme tady pána, co umíral, umožnili jsme manželce zůstat na pokoji i přes noc. Tenkrát se improvizovalo, spojili se dvě lůžka a udělali jsme jim jako manželskou postel, aby mohli ležet vedle sebe. Ona ho pořád hladila a starala se o něho. Pamatuji si, že za nimi chodila i jedna jejich kamarádka, společně s manželkou toho pána omývaly na lůžku a pak vedle sebe všichni leželi.“

Na konci rozhovoru byla informátorka dotázána, zda chce něco doplnit nebo upravit a zda s obsahem nahraných dat souhlasí. Takto byl záznam uložen a následně zapracován do výsledků této práce.

3.5.4 Rozhovor s onkologickým pacientem – Informátor M

Pacient 43letý muž, byl v roce 2017 léčen pro orchitidu. V létě roku 2019 pozoruje zvětšující se varle a bolesti v podbříšku. Po provedené orchiektomii, byl histologicky potvrzen teratom pravého varlete. V následujícím období se u něho objevují bolesti břicha a pravidelný výskyt krve ve stolici. Po kolonoskopii a CT vyšetření provedena hemikolektomie a histologicky potvrzen zhoubný novotvar tlustého střeva. Od 10/2019 v běhu chemoterapeutický režim BEP (cisplatina, etoposid, bleomycin). Kryopreservaci spermatu pacient odmítl. Chemoterapeutický cyklus komplikován recidivující enteroragií a nutností hemosubstituce. Aplikace bleomycinu nebyla provedena pro komplikovanou neutropenii (febrilní neutropenie, trombocytopenie, anémie, hypokalémie, hypomagnesémie, hypokalcémie, paralytický ileus kombinované etiologie, minerálový rozvrat).

V tomto období se zdravotní stav pacienta velice zhoršil. Lékařka informuje jeho partnerku o vážnosti situace. Pro febrilní neutropenii byl pacient uložen na izolační pokoj a zahájena masivní hydratace a minerálová substituce. Bylo pozorováno, že partnerka pacienta využívá každé možnosti, aby byla v jeho přítomnosti a poskytla mu psychickou i fyzickou podporu. Během tohoto období ho hladila, držela za ruku a svou přítomností mu pomohla tuto těžkou situaci zvládnout. Když se pacientův zdravotní stav zlepšil, nebylo výjimečné, že se objímali, líbali a personál jim dokázal poskytnout dostatek soukromí (viz obrázek č. 17).



**Obrázek 15 Informátor M a jeho partnerka při onkologické léčbě
Zdroj – vlastní fotografie**

Jakmile se stav pacienta zlepšil natolik, že mohl být propuštěn do domácího prostředí, zajímali nás odpovědi na některé otázky. S pacientem byl proveden doplňující rozhovor, který obsahoval tato témata:

- Byl zájem ošetřovatelského týmu o Vaši sexualitu dostatečný?
- Existoval dostatečný prostor pro vyjádření Vašich potřeb v oblasti sexuality?
- Které faktory ovlivňovali Vaši sexualitu?
- Jak hodně pro Vás byla důležitá přítomnost partnerky a možnost fyzického kontaktu?

Rozhovor s informátorem M proběhl po stabilizaci jeho zdravotního stavu a propuštění z nemocnice v jeho domácím prostředí. Toto místo bylo navrženo záměrně, aby informátor pociťoval diskrétnost a neměl ostych hovořit na témata z oblasti sexuality. Na začátku rozhovoru byl informovaným souhlasem poučen o anonymitě rozhovoru a dalších podmínkách výzkumu. Samotný rozhovor byl zahájen otázkou, co přesně si informátor M představuje pod pojmem sexualita.

„No, já si myslím, že to je o tom, jestli to člověk dělá a jak často, teda myslím tím ten sex. Jo a taky jestli je na ženský. Taky to asi znamená, jestli s tím nemá nějaké problémy.“

Následovalo představení strukturovaného přehledu toho, co obsahuje sexualita, který byl vytvořen v teoretické části této práce. Informátor následně vyjádřil údiv, když pochopil, že

sexualita obsahuje například i touhu po partnerském vztahu nebo lásku. Dále nás zajímalo, zda byl zájem ošetřovatelské jednotky o jeho sexualitu dostatečný a jak by ho hodnotil.

„Tak Hanička (partnerka, jejíž jméno bylo záměrně pozměněno, pozn. autora) za mnou mohla chodit kdykoliv, to bylo možné, dokonce i když jsem byl na té izolaci. A když mi bylo hodně špatně, to jak jsem krvácel a dostával ty kapačky, tak u mě určitě byla taky, moc si to nepamatuji. Jsem rád, že jste ji to dovolili, aby za mnou chodila.“

„Sestřičky byly hodné a nechávali nás spolu na pokoji, když za mnou byla, ale o žádných erotických věcech jsme spolu nemluvili.“

„Tenkrát, když jsem byl u paní doktorky, předtím, než jsem dostal chemoterapii, tak se mě ptala, zda chci zmrazit spermie. Ale víc jsme spolu neřešili.“

Rozhovor pokračoval otázkou, zda během jeho hospitalizace existoval dostatečný prostor pro vyjádření jeho potřeb v oblasti sexuality.

„Myslíte, jako jestli jsme spolu s přítelkyní spali na pokoji? (smích) Ne, to jsme nedělali.“

„Mohli jsme se držet za ruce, obejmout nebo pohládit, to nám nikdo nezakazoval. Tak ono, když vám je špatně tak jste rád, že jste rád.“

V další části jsme spolu hovořili o faktorech, které ovlivňovaly jeho sexualitu během hospitalizace.

„Jako, to jak mi bylo špatně po té chemoterapii, to pak nemáte myšlenky na nic, jen abyste v sobě udržel předchozí jídlo. Hlavně jsem si přál, abych se z toho dostal a mohl být s Haničkou zase doma ve svém, abychom se spolu mohli mazlit sami.“

„Já jsem byl na pokoji sám, takže to nebylo tak strašné, měl jsem myslím dost soukromí. Ale když jsem měl ty hrozný průjmy a krvácel jsem, tak jsem měl ten gramofon u postele, museli jste to pak uklízet, to jsem se styděl, ale vy to asi nijak neřešíte ne? Taky, když za mnou byla přítelkyně, tak jsem to nevydržel a musel na gramofon, to jsem na vás furt zvonil, ať to vynesete, nechtěl jsem, aby u toho seděla.“

Rozhovor byl dále namířen na pocity po orchiektomii (odstranění varlete, pozn. autora).

„Já se bál, jestli jí (partnerce, pozn. autora) to nebude vadit, nebo jestli se nebude bát na mě šáhnout (smích). Ale nijak to neřešila, chovala se přirozeně, teď si z toho někdy děláme i srandu.“

V závěru našeho rozhovoru jsme hovořili o tom, jak důležitá pro něho byla přítomnost partnerky a možnost fyzického kontaktu. Během pozorování, bylo totiž zaznamenáno, že partnerka navštěvuje pacienta kdykoliv jen mohla, pomáhala mu se stravou i s hygienou, hladila ho, objímala a celkově mu poskytovala psychickou podporu (viz obrázek č. 18).



Obrázek 18 Informátor M a jeho partnerka při onkologické léčbě
Zdroj – vlastní fotografie

„Strašně moc důležité, ještě jednou děkuju, že za mnou mohla chodit a mohli jsme být spolu. Myslím, že mi to i pomohlo, abych se dal zase do pořádku. Tam v nemocnici to nejde, ani na to člověk nemá myšlenky, ale teď už se těším, že se můžeme doma pomilovat.“

Na konci rozhovoru byl informátor znovu dotázán, zda s obsahem nahraných dat souhlasí a takto byl záznam uložen a následně zpracován do výsledků této práce.

3.5.5 Rozhovor s onkologickou pacientkou – Informátorka Ž

73letá pacientka původně s inflamatorním karcinomem pravého prsu. Žije sama v garsonce a nyní jí hodně pomáhá sousedka a kamarádky. Od června roku 2018 absolvovala 4 neodjuvantní chemoterapeutické série, které zvládala bez větších obtíží. V lednu roku 2019 prodělala totální pravostrannou mastektomii a exentraci axily. Histologicky potvrzen invazivní duktální karcinom. Na oddělení přichází v květnu 2019 pro adjuvantní radioterapeutickou sérii hrudní stěny a axily.

Během pozorování bylo zaznamenáno, že pacientku nikdo nenavštěvuje. O své rodině vůbec nemluví, ale na jiná témata si povídá ráda. Hospitalizaci zvládala celkem dobře, obtíže ji dělala jen zarudlá jizva po operaci. Bylo pozorováno, že pokud byla při vizitě požádána k odhalení hrudníku, tak si rukama zakrývala zdravý prs i oblast po mastektomii. V období před dokončením celé radioterapeutické série byla požádána o provedení rozhovoru, se kterým souhlasila. Rozhovor probíhal v soukromí jednolůžkového pokoje podle podobné struktury jako u předchozího Informátora M a byl rovněž zahájen otázkou co si představuje pod pojmem sexualita.

„To já moc nevím, je to takové to oddělení v nemocnici, kde se léčí lidi s pohlavníma nemocema?“

Vysvětlili jsme si co tento pojem znamená a jak ho charakterizují odborníci. Informátorce byly představeny oblasti, které sexualitu charakterizují a následovaly otázky, zda byl zájem ošetrovatelského týmu o její sexualitu dostatečný.

„Já jsem už stará a žiju sama, takže tyhle věci nepotřebuju (smích).“

„Když bych něco potřebovala, tak hlavně to zdraví, víte?“

Rozhovor pokračoval dál dotázaním na prostor pro vyjádření potřeb v oblasti sexuality, a především její touha po partnerském vztahu.

„Paní doktorka i sestřičky se mě ptali, jestli za mnou chodí nějaká návštěva. Tak jsem říkala, že za mnou chtěla přijet kamarádka, ale pak ji to nevyšlo, uvidíme se až se vrátím domů.“

„Já žádného dědka nechci, to tak, ještě abych mu prala smradlavé ponožky (smích).“

Další otázky směřovaly na faktory, které ovlivňovaly její sexualitu s důrazem na vnímání jejího vlastního těla.

„Já myslím, že pro každou ženu to je hrozné, když ji vezmou prso. Co pak ty mladý holky, když chtějí do plavek. Nebo když se mají někde svléknout.“

„A jak se cítíte vy, když se máte svléknout před doktory na vizitě?“ (dotaz směřovaný na informatorku)

„Blbě, ale jsou to doktoři, pomůžou mi abych byla zdravá. A co by viděli na starý bábě?“

Rozhovor jsme zakončili tím, zda ji bylo vysvětleno, co se bude dít po operaci a jaké budou estetické možnosti.

„Ano, paní doktorka se mnou o tom, tenkrát mluvila. Říkala mi, že se dělají rekonstrukce prsu, ale až tak za rok po léčbě. Ale, to já nechci, to už nepotřebuju.“

Na konci rozhovoru byla informátorka znovu dotázána, zda s obsahem nahraných dat souhlasí a takto byl záznam uložen a následně zpracován do výsledků této práce.

3.6 Interpretace dat a představení výsledků

Retrospektivní analýzou zdravotnické dokumentace bylo zjištěno, že neexistují téměř žádné záznamy, které by přímo hodnotili sexualitu pacientů. Formuláře pro odběr ošetřovatelské anamnézy sice dříve obsahovaly doménu „sexualita“, ale tato položka byla omezena pouze na pravidelnost menstruace. V současnosti je doména sexuality z těchto formulářů odstraněna úplně. Zdá se, že všeobecné sestry nejsou zvyklé do odběru ošetřovatelské anamnézy zahrnovat potřeby z oblasti sexuality a v tomto chování je nepodporují ani formuláře z ošetřovatelské dokumentace.

Personál ošetřovatelské jednotky nemá k dispozici žádné nástroje, které by pomohly zjišťovat potřeby v oblasti sexuality onkologicky nemocných.

Z oblasti erektilních dysfunkcí nebyl v ošetřovatelské dokumentaci nalezen žádný záznam, ale lékařská dokumentace obsahovala tyto informace celkem 4x.

Před zahájením chemoterapeutického cyklu pro novotvary mužského pohlavního ústrojí byla pacientům nabízena možnost kryopresevace spermatu.

Ošetřovatelská dokumentace v několika málo případech (výskyt celkem 6x) obsahovala záznam, z kterého bylo patrné, že ošetřující personál plně respektuje intimitu a potřebu pacientů v oblasti fyzického kontaktu se svou partnerkou/partnerem.

Z některých záznamů vyplývá, že je pacientům umožněno zůstat se svou partnerkou/partnerem v soukromí i přes noc nebo při hygienické péči.

Jevy, které byly zaznamenány během metody sběru dat formou pozorování, byly strukturovaně sestaveny do tabulky (viz tabulka č. 4). Z výsledků je patrné, že ošetřovatelská jednotka pracuje s některými potřebami pacientů v oblasti sexuality, ale chybí jim jejich komplexní struktura zpracování, tvorba příslušných intervencí, a především se vyskytuje absence zápisu do zdravotnické dokumentace. Zdá se, že velmi dobře dokáže reagovat na potřeby z oblasti intimity a respektování přání pacienta být v soukromí s osobou blízkou. Byly zaznamenány

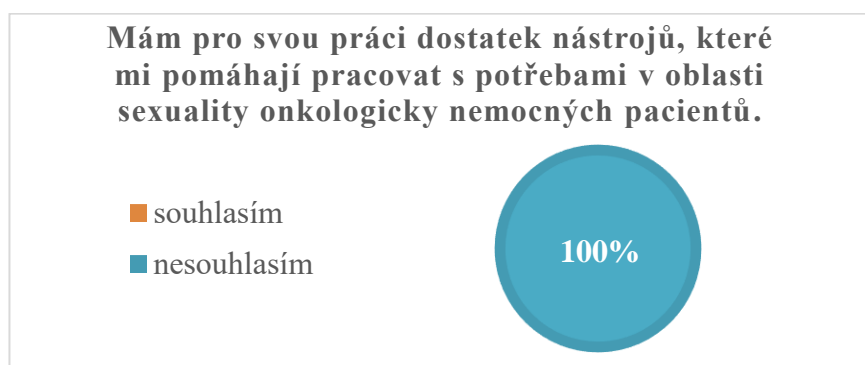
rozhovory s pacientem, které se týkaly jeho potřeb v předemné doméně sexuality, ale takový rozhovor velkou většinou zahájil pacient sám. Závěrem tohoto pozorování lze říci, že ošetrovatelská jednotka dokáže respektovat a důstojně přistupovat k pacientovým potřebám v oblasti sexuality, některé dokáže identifikovat a odpovídajícím způsobem s nimi pracovat a disponuje schopností o takových potřebách hovořit bez předsudků.

Tabulka 4 Pozorované fenomény na ošetrovatelské jednotce (zdroj – vlastní tvorba)

Pozorované fenomény na ošetrovatelské jednotce	Výskyt
citlivé zjišťování potřeb v oblasti intimity a důraz na její zachování	✓
respektování přání pacienta být se svou osobou blízkou v soukromí a respektování jeho dalších potřeb v oblasti sexuality	✓
poskytování možnosti provést hygienickou péči pacienta osobou blízkou	✓
vedení rozhovorů s pacienty na téma jejich sexuality	✓
zahájení rozhovoru na téma potřeb v oblasti sexuality	✗
předávání zjištěných potřeb v oblasti sexuality mezi personálem a práce s nimi	✓
zápis zjištěných potřeb v oblasti sexuality do zdravotnické dokumentace a tvorba příslušných intervencí u každého pacienta	✗
komplexní a strukturovaná práce s potřebami v oblasti sexuality	✗

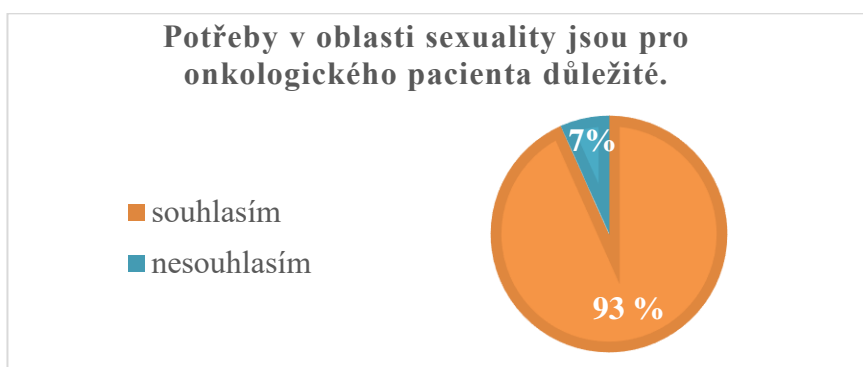
Z provedených dotazníků prostřednictvím rozhovorů a metodou „tužka-papír“ byly sestaveny závěry znázorněné v následujících grafech. Všichni dotazovaní shodně odpověděli, že pro svou práci nemají dostatek nástrojů, které by jim pomáhaly pracovat s potřebami v oblasti sexuality (viz graf č.1). Tuto skutečnost potvrzuje také výsledek retrospektivní analýzy zdravotnického dokumentace a pozorování chování ošetrovatelské jednotky.

Graf 1 Dostatek nástrojů pro práci v oblasti sexuality (zdroj – vlastní tvorba)



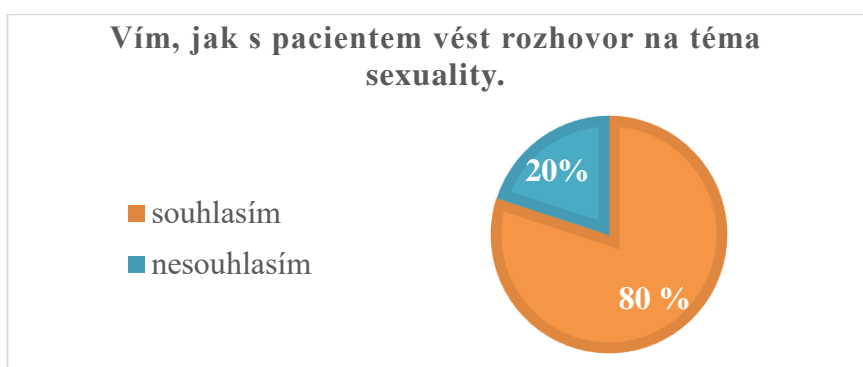
Na otázku, zda jsou potřeby v oblasti sexuality pro onkologického pacienta důležité, odpovědělo souhlasně 93 % dotazovaných (viz graf č. 2). Z výsledků pozorování také vyplývá, že některé potřeby dokáží identifikovat a pracovat s nimi, i když nemají žádné odpovídající nástroje, které by jim potřeby pomohly vyhledat. Pokud takové potřeby vyhledají, dokáží na ně citlivě reagovat a poskytují pacientům odpovídající intervence. Ovšem ze zdravotnické dokumentace vyplývá, že pozornost potřebám z oblasti sexuality je věnována velmi malému počtu pacientů.

Graf 2 Důležitost potřeb v oblasti sexuality (zdroj – vlastní tvorba)



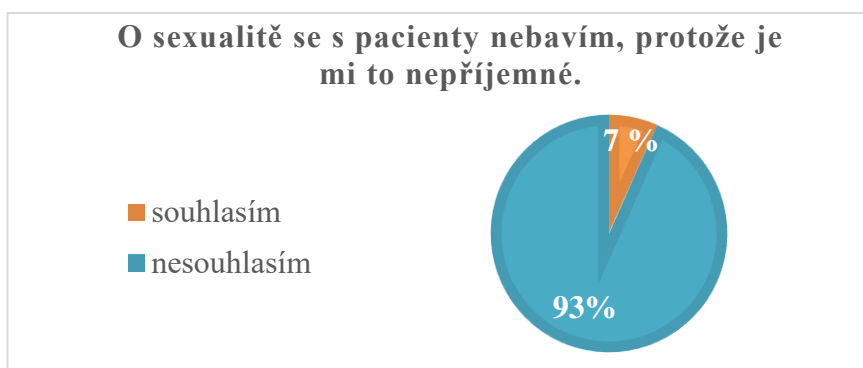
Celých 80 % odpovědí říká, že personál ví, jak má s pacientem vést rozhovor na téma sexuality a 20 % respondentů neví, jak by měla takový rozhovor vést (viz graf č. 3). Během pozorování, bylo zjištěno, že pokud existuje dostatek soukromí, tak s pacientem dokáží hovořit na téma sexuality, ale pouze pokud pacient takový rozhovor zahájí sám. V ošetrovatelské dokumentaci, žádné záznamy z rozhovorů na téma sexuality zaznamenány nebyly. Takové záznamy se vyskytly pouze v lékařské dokumentaci v rádech jednotek.

Graf 3 Vedení rozhovoru na téma sexuality (zdroj – vlastní tvorba)



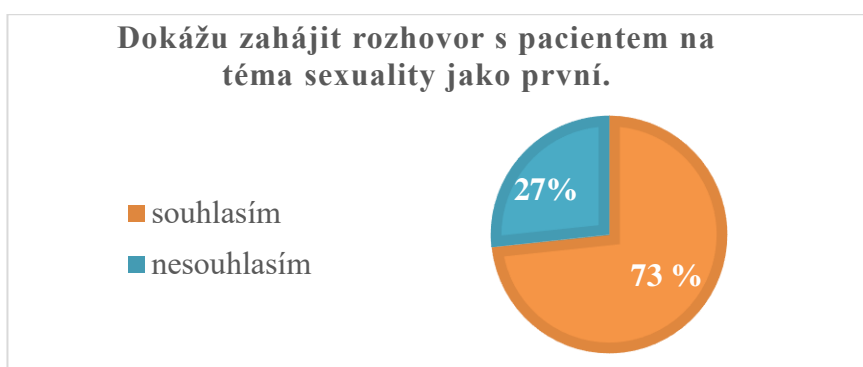
Velká většina dotazovaných, přesněji 93 % uvedla, že rozhovor s pacientem na téma sexuality v nich nevytváří nepříjemné pocity (viz graf č. 4). Tento fakt potvrzují i poznámky z pozorování, protože byl zaznamenán výskyt takových rozhovorů a personál je nehodnotil negativně. Ovšem i tak se vyskytlo 7 % odpovědí, které prokazují, že některým respondentům takový rozhovor příjemný není.

Graf 4 Komunikace s pacienty o sexualitě (zdroj – vlastní tvorba)



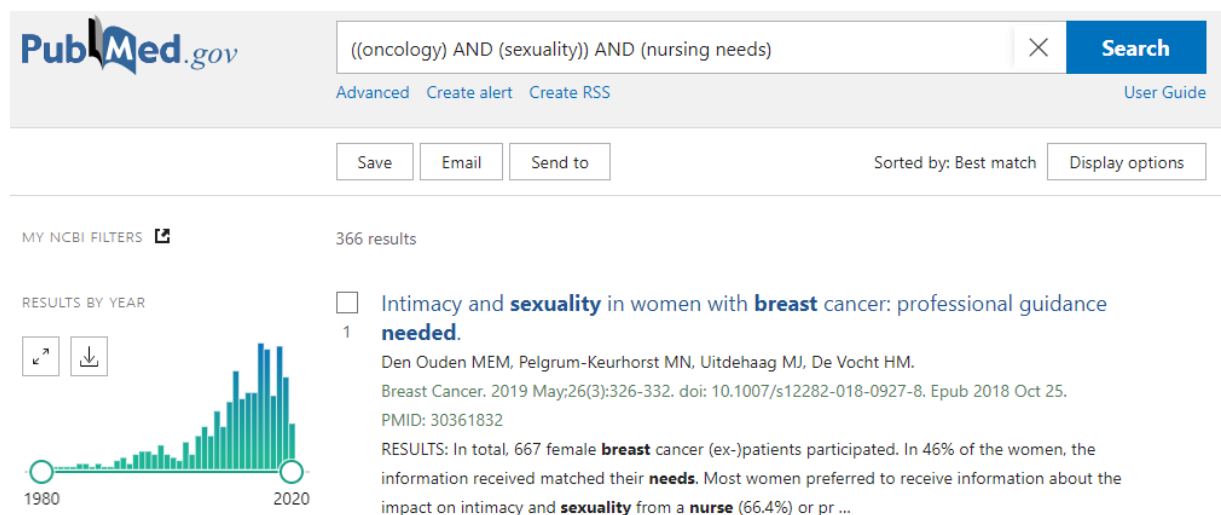
Poslední graf přináší zajímavý výsledek (viz graf č. 5), protože 73 % respondentů uvedla, že dokáží zahájit rozhovor s pacientem na téma sexuality jako první. A to i přes to, že nemají k dispozici žádné pomocné nástroje ani modely k zjišťování potřeb z oblasti sexuality. Retrospektivní analýza zdravotnické dokumentace, ale říká, že téměř neexistují žádné záznamy na toto téma. Výsledkem pozorování, bylo zjištěno, že na téma sexuality dokáže personál s pacientem hovořit, ale pouze pokud takový rozhovor zahájí pacient sám. Tato skupina respondentů je pravděpodobně zahrnuta do 27% skupiny, která nedokáže rozhovor s pacientem zahájit jako první.

Graf 5 Zahájení rozhovoru na téma sexuality (zdroj – vlastní tvorba)



4 DISKUZE

Empirická část této práce byla zaměřena na průzkum fenoménů vyskytujících se na ošetrovatelské jednotce, kde je poskytována léčba onkologicky nemocných pacientů s kombinovanou metodou sběru dat – retrospektivní analýza zdravotnické dokumentace, pozorování, případové studie a rozhovory. V předchozích kapitolách byla představena získaná data, výsledky rozhovorů a jejich úryvky. Následující část obsahuje jejich přehlednější zpracování a diskuzi nad získanými výsledky ostatních autorů. Výsledky vyhledávání v zahraničních databázích (např. PubMed.gov), potvrzují, že výskyt studií, které se zabývají sexualitou onkologicky nemocných v posledních letech, vzrostl obrovským tempem (viz obrázek č. 19).



Obrázek 19 Vývoj výskytu odborných studií obsahujících klíčová slova „oncology, sexuality, nursing needs“ v letech 1980–2020
Zdroj – PubMed.gov

V teoretické části byl stanoven cíl, kterým se stala rešerše vybrané literatury. Tato literatura tvoří základ pro empirickou část. Popsána byla potřeba sexuality z ošetrovatelského hlediska, její definice a specifika týkající se onkologicky nemocných pacientů. Cíl této části hodnotíme jako splněný.

„Zdá se, že doména sexuality stále nemá jasnou strukturu, a ne všichni autoři se shodují na její definici.“

Někteří odborníci dokonce hovoří o sexualitě jako o sexuologii (Weiss a kol., 2010; Zvěřina, 2003) a proto tyto dva výrazy spojují. V současné době se tato doména dostává stále více do popředí a v prostředí odborných publikací se objevují díla, která se komplexně nebo více specificky (Šrámková, 2013, Štěrbová a Rašková, 2016) sexualitě věnují. Jan Chrastina a kolektiv (2018) dokonce sexualitu konfrontují se sklonem života a v jejich knize *Sexualita a intimita v závěru života* čtenářům tato dvě témata předkládají společně. Výskyt těchto publikací může značit, že odborná společnost doménu sexuality vnímá jako důležitou a neopomenutelnou součást života i smrti, ale nemá jednotný názor na její definici. Takový závěr koreluje i s některými výsledky této práce z empirické části, protože získaná data popisují potřeby v oblasti sexuality jako významné a neopomenutelné součásti jedince.

Empirická část byla postavena na designu případové studie prostřednictvím kombinovaného sběru dat formou retrospektivní analýzy zdravotnické dokumentace, pozorování, doplňkový dotazník a rozhovory. Prostřednictvím této kvalitativní výzkumné metody bylo během průzkumu nasbíráno množství rozdílných dat, která byla následně kódována do struktur. Takové postupy měly metodologickou oporu především v publikacích autorů Hendl (2016), Yin (1994) včetně autorek Olecká a Ivanová (2010b). Zdá se, že oblast sexuality se stává aktuálním tématem nejen v odborných publikacích, ale také předmětem výzkumu mladých akademiků a jejich kvalifikačních prací. Honzírková (2018, s. 48-50) ve své diplomové práci na téma *Sexualita a osvěta klientů s mentálním postižením v pobytových službách v Jihomoravském kraji* udává výsledky své práce, kde respondenti hovoří o tzv. protokolu intimity, sexuality a vztahů. Popisuje ho jako materiál/nástroj, kterým může personál zařízení pobytových sociálních služeb upravovat pravidla přístupu k sexualitě klientů. Tento nástroj hodnotí především jako důležitou právní ochranu klientů. Ve výsledcích práce pak uvádí, že celkem 39,1 % zařízení nevyužívá žádný podobný nástroj a 60,9 % zařízení uvedlo, že metodický materiál zpracovaný má a používá ho. Z výsledků její práce je pak zajímavé, že pobytová zařízení si takové metodické nástroje vytváří samostatně a mají pro ně taky různá vlastní pojmenování (Protokol sexuality, Protokol o sexualitě a vztazích, Práce se sexualitou klienta, Metodika k oblasti partnerství a sexuality: Směrnice pro podporu partnerského života a prožívání sexuality, Plán podpory, Metodika na ochranu soukromí a intimity klienta).

„V ošetrovatelské doméně sexualita neexistuje žádný nástroj, materiál ani metodika, se kterou by ošetrovatelská jednotka pracovala.“

Absenci tohoto a dalších nástrojů pak absolutní většinou potvrzuje i vnímání všeobecných sester, které odpověděli, že **nemají pro svou práci dostatek nástrojů, které by jim pomohly identifikovat potřeby v oblasti onkologických pacientů**. Během průzkumu bylo zjištěno, že existuje množství nástrojů a metod, které se používají a nabízejí vhodné řešení takového závěru. Ovšem velké množství takových nástrojů obsahuje doménu sexuality buď jen jako oddíl rozsáhlých dotazníků nebo je hodně specificky zaměřen pro určité skupiny pacientů či jedinců. V prostředí českého zdravotnictví je těžké nalézt nástroj, který by funkčně a prakticky pomáhal odhalovat potřeby a poruchy v oblasti sexuality onkologicky nemocných a zároveň byl jednoduchý a využitelný jako pomůcka pro práci všeobecné sestry. Navrhujeme **pracovní hypotézu** pro další budoucí výzkum, kterou by se ověřila funkčnost relativně mladého a uživatelsky vstřícného dotazníku **EORTC SHQ-C22 Sexual Health** (příloha A):

„Praktickým použitím dotazníku EORTC SHQ-C22 Sexual Health se zvyšuje výskyt ošetrovatelských záznamů z oblasti sexuality onkologicky nemocných.“

V další oblasti je diskutována sexualita a její význam v kvalitě života jedince. Data říkají, že nejen pacienti, ale i personál ošetrovatelské jednotky, **vnímají hodnotu potřeb v oblasti sexuality jako vysokou**.

„Sexualita je chápána jako důležitá součást integrity jedince.“

Honzírková (2018, s. 58-59) prezentuje data svého výzkumu, kde informátor zaměstnanec ošetrovatelské jednotky hodnotí sexualitu jako neopomenutelnou, podstatnou součást života a komunikaci na toto téma neodsuzuje ani nepovažuje za tabu. V jiné bakalářské práci *Láska očima seniorů* (Kotlářová, 2017) autorka shrnuje výsledky svého výzkumu v oblasti důležitosti sexu a intimity u seniorů. Z těchto výsledků vyplývá, že dotazovaní seniori považují tyto dvě oblasti v jejich věku za důležité, ale postradatelné a více si váží hodnoty partnerství. Podobně jako závěr Haškovcové (2010, s. 104), která uvádí, že erotika nutně nepotřebuje genitální aktivitu. Zajímavé je, že informanti, kteří uvádějí, že u nich probíhá sex, tak hodnotí tento sex jako méně kvalitní než dříve. Takový závěr je zcela odlišný od výsledků Špatenkové a Olecké (2018), které uvádějí, že věk nemá vliv na charakter sexuální činnosti. Moderová (2012, s. 84) popisuje ve výsledcích své práce *Kvalita života u onkologický pacientů seniorů s maligním onemocněním prostaty*, že spokojenost s doménou sexuality skončila na nejhodnějším místě se skóre 3,82, tj. dostala se do oblasti nespokojenosti. Pro sběr dat byl použit Dotazník životní spokojenosti autorů J. Fahrenberga, M. Myrteka, J. Schumachera a E. Brählera, kterým se hodnotí celková životní spokojenost v několika doménách a do hodnocení bylo zapojeno celkem

89 respondentů. Z výsledku této práce nedokážeme říct, zda informanti mají méně kvalitní sex či nikoliv, ale můžeme odvodit závěr a citovat informátora této práce:

„Některé situace spojené s onkologickým onemocněním a jeho léčbou, přináší změny v hodnocení spokojenosti s doménou sexuality.“

„Jako, to jak mi bylo špatně po té chemoterapii, to pak nemáte myšlenky na nic, jen abyste v sobě udržel předchozí jídlo. Hlavně jsem si přál, abych se z toho dostal a mohl být s Haničkou zase doma ve svém, abychom se spolu mohli mazlit sami.“ Polanská (2018, s. 57-59) ve výsledcích své práce uvádí, že některé informátorky o svých intimních problémech se svým lékařem nebo odborníkem nehovořily, některé naopak uvádějí, že o takových věcech mohli se svým onkologem kdykoliv rozmlouvat. Když takové výsledky porovnáme s touto prací, tak bylo zaznamenáno, že **na téma potřeb v oblasti sexuality je s pacienty hovořeno spíše náhodně**. Je možné, že frekvence takových rozhovorů na téma potřeb v oblasti sexuality je stále negativně ovlivněna historickým vývojem naší populace a dialog na takové téma je pořád více či méně považován za tabu. Zajímavé je, že 80 % všeobecných sester uvedlo, že ví, jak vést rozhovor na téma sexuality, ovšem je tu stále 20 % sester, které s tímto tvrzením nesouhlasí. 93 % respondentek uvedlo, že takový rozhovor jim není nepříjemný, ovšem v ošetrovatelské dokumentaci takové rozhovory nebo zjištěné potřeby zaznamenány nejsou.

„Zdá se, že všeobecným sestrám nedělá problém na takové téma hovořit, ale chybí jim schopnosti, jak získané informace správně formulovat a odpovídajícím způsobem je zaznamenat. Některé všeobecné sestry neví, jak vést rozhovor na téma sexuality.“

Buď nepovažují za důležité tyto skutečnosti uvádět do ošetrovatelské dokumentace, nebo prostě tyto záznamy dělat nechťejí. Bohužel absence rozhovorů na téma potřeb a poruch v oblasti sexuality může přinášet pozdější komplikace. Například zahraniční studie *Female Sexual Dysfunction: Physiology, Epidemiology, Classification, Evaluation and Treatment* (Tsai, 2011) uvádí, že 72 % pacientek, které se setkaly s rakovinou děložního čípku, nebylo poskytnuto odpovídající poradenství v oblasti sexuality a u 67 % se vyskytla nějaká forma sexuální dysfunkce nebo jejich souhra. Nejsme přesvědčeni, že plošné nařízení používat určité modely nebo instrumenty jsou vhodným řešením. Téma sexuality je hodně citlivé, a proto se domníváme, že všeobecná sestra pracující s takovým nástrojem musí být adekvátně připravena na situace, ve kterých je vhodné použití takového instrumentu. Večeřová (2019) ve své práci *Dostupné měřicí instrumenty sexuality dospělých osob s mentálním postižením – syntéza zahraničních poznatků* popisuje nevýhody měřících instrumentů sexuality a řadí mezi ně

například nedostatečnou připravenost na práci s instrumentem, nedostatečnou praktičnost, zastaralost, nepřítomnost základních podoblastí sexuality, složitost otázek a absence informací o validitě a reliabilitě nástrojů. V doporučení uvádí bohatý seznam bodů, které podle jejího výzkumu vedou k vývoji nebo zdokonalování dostupných instrumentů měřících sexualitu. Mezi těmito body je doporučení poskytovat pracovníkům odpovídající školení v oblasti, jak pracovat se sexualitou osob.

V empirické části je věnován prostor předpokládaným kauzálním vztahům případové studie. Výsledek práce nedokáže s jistotou stanovit, zda existuje příčinná souvislost mezi dostatečným zájmem ošetrovatelského týmu o sexualitu jedince a jiným fenoménem vyskytující se na ošetrovatelské jednotce. Takové stanovisko přesahuje limity této práce a je námětem na jiný výzkum. Z výsledků také nelze s jistotou říci, zda existuje nějaký kauzální vztah mezi dostatečným prostorem a úrovní vyjádření sexuality jedince. Úroveň sexuality onkologicky nemocných chápeme jako fenomén, který by bylo vhodné měřit kvantitativními technikami sběru dat a statisticky je interpretovat. Takové měření neprovádí ani ošetrovatelská jednotka, protože jak bylo zjištěno, nemá k dispozici žádný instrument, kterým by tuto rovinu mohla posoudit. Ovšem je patrné, že personál dokáže pracovat s některými potřebami v této doméně a poskytuje odpovídající intervence:

„Objevují se záznamy, kdy je pacientům umožněno zůstat se svou partnerkou/partnerem v soukromí i přes noc, nebo při hygienické péči.“

Bylo identifikováno, že existují určité kauzální vztahy v oblasti **determinantů**, které ovlivňují sexualitu informátora během pobytu na ošetrovatelské jednotce. Můžeme uvést, že mezi ně patří **aktuální zdravotní stav pacienta, vliv prostředí, přístup ošetřujícího personálu a v některých případech i úroveň a hodnota partnerského vztahu**. Úryvky z rozhovoru s informátorem M z této práce udávají příklad takových determinantů a vztahů mezi nimi:

„Jako, to jak mi bylo špatně po té chemoterapii, to pak nemáte myšlenky na nic, jen abyste v sobě udržel předchozí jídlo. Hlavně jsem si přál, abych se z toho dostal a mohl být s Haničkou zase doma ve svém, abychom se spolu mohli mazlit sami.“

„Sestřičky byly hodné a nechávaly nás spolu na pokojí, když za mnou byla, ale o žádných erotických věcech jsme spolu nemluvili.“

„Strašně moc důležité, ještě jednou děkuju, že za mnou mohla chodit a mohli jsme být spolu. Myslím, že mi to i pomohlo, abych se dal zase do pořádku. Tam v nemocnici to nejde, ani na to člověk nemá myšlenky, ale teď už se těším, že se můžeme doma pomilovat.“

Je možné uvést, že k oblasti týkající se reprodukčního zdraví přistupuje ošetrovatelská jednotka nadprůměrně a téma tzv. onkofertility se stává určitým standardem, který můžeme zařadit do potřeb z oblasti sexuality. Ztráta reprodukčního potenciálu je tak pravděpodobně vnímán jako jedno z hlavních témat.

„Před zahájením chemoterapeutického cyklu pro novotvary mužského pohlavního ústrojí byla pacientům představena možnost kryopreservace spermatu.“

Stejně tak o důležitosti této možnosti reprodukce hovoří Frühaufová a Hulvert (2017), kteří uvádějí současné moderní metody a techniky, přinášející párům šanci na založení rodiny i po skončení onkologické léčby.

Závěrem diskuze je předložen přehled (viz obrázek č. 20), který souhrnně představuje strukturu případu a navrhuje pracovní hypotézu pro další výzkum.

Struktura výsledků

„Zdá se, že doména sexuality stále nemá jasnou strukturu, a ne všichni autoři se shodují na její definici.“

„V ošetrovatelské doméně sexualita neexistuje žádný nástroj, materiál ani metodika, se kterou by ošetrovatelská jednotka pracovala.“

„Sexualita je chápána jako důležitá součást integrity jedince.“

„Některé situace spojené s onkologickým onemocněním a jeho léčbou, přinášejí změny v hodnocení spokojenosti s doménou sexuality.“

„Zdá se, že všeobecným sestram nedělá problém na takové téma hovořit, ale chybí jim schopnosti, jak získané informace správně formulovat a odpovídajícím způsobem je zaznamenat.“

„Objevují se záznamy, kdy je pacientům umožněno zůstat se svou partnerkou/partnerem v soukromí i přes noc, nebo při hygienické péči.“

„Před zahájením chemoterapeutického cyklu pro novotvary mužského pohlavního ústrojí byla pacientům představena možnost kryopreservace spermatu.“

Výsledná hypotéza

„Praktickým použitím dotazníku EORTC SHQ-C22 Sexual Health se zvyšuje výskyt ošetrovatelských záznamů z oblasti sexuality onkologicky nemocných.“

Obrázek 20 Struktura výsledků a představení hypotézy
Zdroj – vlastní tvorba

5 ZÁVĚR

Během této diplomové práce bylo získáno množství rozličných dat a byl proveden průzkum fenoménů vyskytujících se na ošetrovatelské jednotce, kde probíhá onkologická léčba pacientů. Existují určité limity a výsledky práce nelze kvantifikovat na většinu populace, získaná data jsou, ale prozkoumána do hloubky a tvoří jedinečný případ, který je pro kvalitativní design charakteristický. Závěry pomáhají čtenářovi přiblížit dané fenomény případové studie a lépe jim porozumět z reality jejich přirozeného prostředí.

Cíl teoretické části byl naplněn tvorbou rešerše vybrané literatury, která vytváří teoretický základ pro část empirickou a byly tak popsány kapitoly týkající se především definice sexuality jako ošetrovatelské domény, pochopení specifických rysů, které sexualitu charakterizují a kapitoly představující určitá specifika v této oblasti. Můžeme říct, že oblast sexuality je velmi komplexní a obsahuje několik podúrovní, které je nutné vlivem postupně globalizovaného světa aktualizovat. Bylo zaznamenáno, že v poslední době roste zájem o témata v oblasti sexuality a s tím odborná společnost přináší stále nové publikace hovořící o této doméně obecně nebo více specificky. Bohužel i přes tato zjištění, chybí této důležité oblasti jednotná, srozumitelná a aktuální koncepce.

„Zdá se, že doména sexuality stále nemá jasnou koncepci, a ne všichni autoři se shodují na její definici.“

Předmětem empirické části byl průzkum ošetrovatelské jednotky a data byla získána kombinací několika rozličných metod sběru informací. Průzkum byl zahájen retrospektivní analýzou zdravotnické dokumentace, po které následovalo pozorování ošetrovatelské jednotky. Získaná data byla následně doplněna o krátký dotazník, rozhovor a fotodokumentaci. Tato data pak byla kódována a z výsledků byly tvořeny struktury a závěry. Cíl empirické části nebyl splněn zcela podle plánu, protože bylo dosaženo určitých hraničních limitů tohoto průzkumu. Z výsledků nelze s jistotou říci, zda existuje nějaký příčinný vztah mezi dostatečným prostorem a úrovní vyjádření sexuality jedince, ale následující text přináší alespoň část získaných odpovědí. Bylo identifikováno, že existují určité kauzální vztahy v oblasti **determinantů**, které ovlivňují sexualitu informátora během pobytu na ošetrovatelské jednotce. Můžeme uvést, že mezi ně patří **aktuální zdravotní stav pacienta, vliv prostředí, přístup ošetřujícího personálu a v některých případech i úroveň a hodnota partnerského vztahu.**

Hlavním cílem této práce bylo hledání struktury případu, odpovědi na výzkumnou otázku a příprava pracovní hypotézu pro další výzkum. V přehledu (viz obrázek č. 19) byla již v diskuzi představena struktura výsledků, která byla během průzkumu vytvořena. Strukturu tak tvoří závěry získané kódováním a zpracováním nasbíraných dat.

Jak ošetrovatelská jednotka přistupuje k sexualitě onkologicky nemocných?

Sexualita je oblast, která zaznamenává v posledních letech velkou popularitu a rozvoj teoretické i praktické základny především u sociálních minorit, sexuálních menšin a queer seskupení. Je proto důležité neopomíjet potřeby v této oblasti a pátrat po ošetrovatelských problémech, na které adekvátně reagovat. Z průzkumu této práce plyne, že ošetrovatelská jednotka přistupuje k sexualitě jedince citlivě a dokáže na některé potřeby vhodně reagovat:

„Objevují se záznamy, kdy je pacientům umožněno zůstat se svou partnerkou/partnerem v soukromí i přes noc, nebo při hygienické péči.“

Pozitivní je, že existuje určitý standard v oblasti onkofertility. Z výsledků totiž vyplývá, že ošetrovatelská jednotka neopomíná možnosti zachování reprodukce pacienta po skončení onkologické léčby a je s nimi diskutována možnost kryopreservace spermatu. Celkově je sexualita chápána jako důležitá součást integrity jedince. Zdá se, že všeobecné sestry nemají problém hovořit s pacienty na témata týkající se potřeb v oblasti sexuality, ale chybí jim schopnosti, jak získané informace správně formulovat a odpovídajícím způsobem je zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace. Některé uvádějí, že neví, jakým způsobem takový rozhovor vést. Všechny dotazované sestry uvádějí, že ke své práci nemají žádný instrument, který by jim pomohl pracovat s potřebami pacientů z této oblasti. V kapitole, která popisuje nástroje pro posouzení sexuality a sexuálního zdraví je představen relativně mladý nástroj ***EORTC SHQ-C22 Sexual Health***, o kterém se domníváme, že by mohl být vhodným řešením dané situace. Proto jsme se rozhodli tyto dvě struktury zkombinovat a vytvořit následující pracovní hypotézu pro další výzkum:

„Praktickým použitím dotazníku EORTC SHQ-C22 Sexual Health se zvyšuje výskyt ošetrovatelských záznamů z oblasti sexuality onkologicky nemocných.“

Tímto považujeme hlavní cíl za splněný a na konec přikládáme doporučení pro praxi. Potřeby v oblasti sexuality máme každý. Abychom mohli správně pochopit potřeby druhého, je nutné nejprve správně pochopit ty svoje. Není nutné plošné nařízení potřeby zaznamenávat, ale je žádoucí, by měl personál dostatek nástrojů a vědomostí, kdy a jak jejich zjišťování zahájit.

6 POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

- ADAM, Zdeněk, a kol., 2011. *Obecná onkologie*. Praha: Galen. ISBN 978-80-7262-715-8
- BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví – 6. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-1197-3
- BUŽGOVÁ, Radka a kol., 2013. *Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči*. In: *Onkologie* [online]. 7(6): 310-314 [cit. 2019-11-01]. ISSN 1803-5345
- CAGLE, G. John a BOLTE, Sage, 2009. *Sexuality and life-threatening illness: implications for social work and palliative care*. In: *Health Social Work* [online]. 34 (2), 223-233 [cit. 2018-12-12]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19728481>
- CORT, A. Malcolm, 2004. *Cultural Mistrust and Use of Hospice Care: Challenges and Remedies*. In: *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE* [online]. Volume 7, Number 1 [cit. 2018-12-12]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15000784>
- COUFAL, Oldřich, 2011. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3641-9
- ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4
- DANEŠ, Luděk, 2018. *Bolest a sexuální dysfunkce u mužů*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4228-1
- DIBONOVÁ, Markéta, 2019. *Metodika výuky sexuální výchovy*. In: KOLIBA, Petr a kol., 2019. *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2039-0
- EORTC, International Association under Belgian Law, 2019. *Sexual health* [online]. Brusel (Belgie). [cit. 2019-11-01]. Dostupné z: <https://qol.eortc.org/questionnaire/qlq-shq22/>
- FAFEJTA, Martin, 2016. *Sexualita a sexuální identita: sociální povaha přirozenosti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1030-6
- FRAYSER, G. Suzanne a Thomas J. WHITBY, 1995. *Studies in human sexuality: a selected guide*. Colorado (USA): Libraries unlimited, inc. ISBN 1-800-237-6124
- FRÜHAUFOVÁ, Kristýna a Jaroslav HULVERT, 2017. *Zachování fertility u onkologicky nemocných v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0368-3
- GAGNON, John H. a Wiliam SIMON, 2017. *Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality*. Routledge. ISBN: 978-13-514-9116-7
- HARGAŠOVÁ, Marta a Tomáš NOVÁK, 2007. *Předmanželské poradenství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1730-2
- HARTL, Pavel a Helena, HARTLOVÁ, 2015. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0873-0

- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-871-0919-9
- HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9
- CHRASTINA, Jan a kol., 2018. *Sexualita a intimita v závěru života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5304-0
- JANDROUREK, Jan, 2001. *Sociologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-269-0
- JAROŠOVÁ, Darja a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5345-4
- JENÍČEK, Jaroslav, 2004. *Žena v přechodu: 2., přepracované vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6004-9
- KOLIBA, Petr a kol., 2019. *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2039-0
- KREBS, U. Linda, 2008. *Sexual assessment in cancer care: concepts, methods, and strategies for success*. In: *Seminars in Oncology Nursing* [online]. 24 (2), 80-90 [cit. 2018-12-12]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18442671>
- KUČERA, Miloš, 2017. *Pud u Freuda*. Praha: Charles University, Karolinum Press. ISBN 978-80-246-3466-1
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4
- MAREŠ, Jiří, 2015. Tvorba případových studií pro výzkumné účely. *Pedagogika časopis pro vědy o vzdělávání a výchově*. Roč. 65, č. 2, s. 113-142. ISSN 0031-3815
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8
- MIHÁL, Vladimír, 2003. Proč a jak psát kazuistiku? *Psychiatria pre prax*. Roč. 4(4), 182-184. ISSN 1335-9584
- Ministerstvo kultury České republiky, 2016: *Brněnští vědci budou zkoumat tajemství Věstonické venuše* [online]. Praha. [cit. 2019-19-05]. Dostupné z: <https://www.mkcr.cz/novinky-a-media-4.html?searchString=v%C4%9Bstonick%C3%A1%20v%C4%9Bnu%C5%A1e&searchId=1499>
- NANDA INTERNATIONAL, Inc., 2016. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2475-412-3
- NANDA INTERNATIONAL, Inc., 2018. *Nursing Diagnoses – Definitions and Classification 2018-2020*. New York, Stuttgart, Delhi, Rio de Janeiro: Thieme: ISBN 978-1-62621-929-6
- NANDA INTERNATIONAL, Inc., [online], ©2019. Mountain (USA) [cit. 2019-11-05]. Dostupné z: <https://www.nanda.org/>

- O'CONNOR, Margaret a Aranda SANCHIA, 2005. *Palliative Care Nursing – A Guide to Practice*. Melbourne (Austrálie): AUSMED PUBLICATIONS Pty Ltd. ISBN 0 9577988 4 9
- OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ, 2010a. *Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku*. In: *Metodologie výzkumné práce* [online]. ©2010 ftvs.cuni.cz, 06. dubna 2010 [cit. 2020-02-17]. Dostupné z: <http://web.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/pdfwww/oleckacasestudyclanek.pdf>
- OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ, 2010b. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc. ISBN 978-80-87240-33-5
- POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8
- ŘEŽÁBEK, Karel, 2008. *Léčba neplodnosti – 4. aktualizované vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2103-3
- SOUTHARD, Z. Nadine a KELLER, Jill, 2009. *The importance of assessing sexuality: a patient perspective*. In: *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. Volume 13, Number 2, 213-2017 [cit. 2018-12-12]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19349268>
- STAKE, E. Robert, 1995. *The Art of Case Study Research*. London (Velká Británie): SAGE. ISBN 0-8039-5766-1
- STERNBERG, Robert a Karin WEIS, 2006. *The New Psychology of Love*. New York (USA): Yale University Press. ISBN 13: 978-0-300-11697-7
- ŠÝKOROVÁ, Dana, 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontologie*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON. ISBN 978-80-864-2962-5
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Ivana OLECKÁ, 2018. *Mýty a stereotypy o sexualitě seniorů*. In: CHRASTINA, Jan et al., 2018. *Sexualita a intimita v závěru života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5304-0
- ŠRÁMKOVÁ, Taťána, 2010. *Sexualita handicapovaných*. In: WEISS, Petr, 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8
- ŠRÁMKOVÁ, Taťána, 2013. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4453-7
- ŠTĚRBOVÁ, Dana a Miluše RAŠKOVÁ a kol., 2016. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I: Pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN: 978-80-244-5025-4
- ŠUCHA, Matúš a kol., 2011. *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku: VIII*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2906-9
- TOMAGOVÁ, Martina, 2011. *Ošetřovatelský proces*. In: PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3
- TSAI, Te-Fu, YEH, Chung-Hsin a Thomas JE Hwang, 2011. *Female Sexual Dysfunction: Physiology, Epidemiology, Classification, Evaluation and Treatment*. In: *Urological Science* [online]. 22(1): 7-13 [cit. 2020-02-04]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/241124648_Female_Sexual_Dysfunction_Physiology_Epidemiology_Classification_Evaluation_and_Treatment

ÚZIS ČR, 2016. *Novotvary 2016 ČR*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/novotvary>

VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5

VESELSKÝ, Zbyněk, 2010. *Gender problematika, mužská a ženská sexualita*. In: PRAŠKO, Ján a kol., 2010. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigris. ISBN 978-80-8732-300-7

VÉVODOVÁ, Šárka a Jiří VÉVODA, 2018. *Intimita a sexualita v kontextu potřeb umírajících*. In: CHRASTINA, Jan a kol., 2018. *Sexualita a intimita v závěru života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5304-0

VORLÍČEK, Jiří, 2012. *Onkologie*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-603-6

WEISS, Petr a kol., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8

WHO, 2006. *Sexual and reproductive health* [online]. Genua. [cit. 2019-20-12]. Dostupné z: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

YIN, K. Robert, 1995. *CASE STUDY RESEARCH Design and Methods Second Edition*. London (Velká Británie): SAGE. ISBN 0-8039-5662-2

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6

ZELENÍKOVÁ, Renáta, 2011. *Klasifikační systémy v ošetrovatelství*. In: PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3

ZLATKO, Pastor, 2007. *Sexualita ženy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1989-4

ZVĚŘINA, Petr, 2003. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: Akademické nakladatelství CERM. ISBN 80-7204-264-5

ŽIAKOVÁ, Katarína a kol., 2009. *Ošetrovatel'ský slovník*. Martin (SK): Osveta. ISBN 978-80-8063-315-8

Bakalářské a diplomové práce:

HONZÍRKOVÁ, Lucie, 2018. *Sexualita a osvěta klientů s mentálním postižením v pobytových službách v Jihomoravském kraji*. Brno: Masarykova univerzita. Diplomová práce.

KOTLÁŘOVÁ, Veronika, 2017. *Láska očima seniorů*. Pardubice: Univerzita Pardubice. Bakalářská práce

MODEROVÁ, Helena, 2012. *Kvalita života u onkologických pacientů seniorů s maligním onemocněním prostaty*. Brno: Masarykova univerzita. Diplomová práce.

POLÁNSKÁ, Aneta, 2018. *Dopad onkologického onemocnění na partnerský vztah. Příběhy žen s karcinomem prsu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Bakalářská práce.

VEČEŘOVÁ, Hana, 2019. *Dostupné měřící instrumenty sexuality dospělých osob s mentálním postižením – syntéza zahraničních poznatků*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Diplomová práce.

Software:

MEDEA, 2018. *STAPRO*, s. r. o. [software]. [přístup 2020-01-01]. Dostupné z: <http://www.stapro.cz/>

ATLAS.TI SCIENTIFIC SOFTWARE DEVELOPMENT GMBH, 2019. ATLAS.ti 8.0.35.0 [software]. [přístup 2020-03-02]. Dostupné z: <http://www.atlasti.com/>. Operační systém: Microsoft Windows, Mac OS, iOS, Android

MICROSOFT CORPORATION, 2019a. Microsoft Word [software]. [přístup 2019-02-30]. Dostupné z: <http://www.microsoft.com/cze/office/word/>. Operační systém: Microsoft Windows, Mac OS, Mac OS X

MICROSOFT CORPORATION, 2019b. Microsoft Excel [software]. [přístup 2019-03-23]. Dostupné z: <http://www.microsoft.com/cze/office/excel/>. Operační systém: Microsoft Windows, Mac OS, Mac OS X

7 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Dotazník hodnocení sexuálního zdraví u pacientů s rakovinou</i>	77
Příloha B – <i>Informovaný souhlas</i>	79
Příloha C – <i>Záznamový arch pozorování</i>	80



EORTC SHQ-C22

Patients sometimes report changes in their sexual health after treatment.

Please respond to all of the statements below by circling the number that best applies to you. There are no “right” or “wrong” answers. The information that you provide will remain strictly confidential.

Please try to respond to as many questions as possible.

During the last 4 weeks:

	Not at all	A little	Quite a bit	Very much
1. How important to you is an active sex life?	1	2	3	4
2. Have you had decreased libido?	1	2	3	4
3. Have you been satisfied with your level of sexual desire?	1	2	3	4
4. Has sexual activity been enjoyable for you?	1	2	3	4
5. Have you been satisfied with your ability to reach an orgasm?	1	2	3	4
6. Have you been worried about being incontinent (urine/stool)?	1	2	3	4
7. Has fatigue or a lack of energy affected your sex life?	1	2	3	4
8. Has the treatment affected your sexual activity?	1	2	3	4
9. Have you felt pain during/after sexual activity?	1	2	3	4
10. Have you been worried that sex would be painful?	1	2	3	4
11. Have you had communication with health professionals about sexual issues?	1	2	3	4
12. Have you been satisfied with the communication about sexual issues between yourself and your partner?	1	2	3	4
13. Have you been worried that your partner may cause you pain during sexual contact?	1	2	3	4
14. Have you been satisfied with your level of intimacy?	1	2	3	4
15. Have you felt insecure regarding your ability to satisfy your partner?	1	2	3	4

Please go on to the next page

During the last 4 weeks:

	Not at all	A little	Quite a bit	Very much
16. Have you been sexually active?	1	2	3	4
17. To what extent did you feel sexual enjoyment?	1	2	3	4
18. Have you been satisfied with your sex life?	1	2	3	4

For men only**During the last 4 weeks:**

	Not at all	A little	Quite a bit	Very much
19. Were you confident about obtaining and maintaining an erection when you had sex?	1	2	3	4
20. Have you felt less masculine as a result of your disease or treatment?	1	2	3	4

For women only**During the last 4 weeks:**

	Not at all	A little	Quite a bit	Very much
21. Have you experienced a dry vagina during sexual activity?	1	2	3	4
22. Have you felt less feminine as a result of your disease or treatment?	1	2	3	4

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Název diplomové práce: Sexualita onkologicky nemocných
Autor diplomové práce: Bc. Jan Doležal
Vedoucí diplomové práce: PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.

Já,, níže podepsaná/ý svým podpisem stvrzuji, že se dobrovolně účastním průzkumu Jana Doležala v rámci jeho závěrečné diplomové práce. Byl/a jsem seznámen/a s podmínkami a cílem tohoto průzkumu a souhlasím s nimi.

Dávám panu Janu Doležalovi souhlas, aby materiál, který jsem poskytl/a, použil za účelem sepsání diplomové práce, popř. odborného článku či jiné odborné publikace a prezentace výsledků plynoucích z tohoto průzkumu.

Tímto dávám souhlas s fotografováním mé osoby či nahráváním mého rozhovoru s Janem Doležalem, vyhodnocením zvukového záznamu a s jeho přepisem. Souhlasím, že Jan Doležal může v odborné publikaci publikovat fotografie a citovat informace, které mu poskytnu a jsem si vědom/a, že přepis rozhovoru může být pro účely vypracování této práce poskytnut vedoucímu této diplomové práce.

Jsem seznámen/a s možností rozhovor kdykoliv ukončit nebo na jakékoliv otázky neodpovědět.

*)Souhlasím s uvedením části nebo celého jména v závěrečné diplomové práci nebo jiné odborné publikaci a v prezentaci výsledků vycházejících z tohoto průzkumu. Dále souhlasím, že v prezentaci výsledků tohoto průzkumu může být použita část zvukového záznamu z našeho rozhovoru.

*)Nesouhlasím s uvedením části ani mého celého jména v závěrečné diplomové práci ani v jiné publikaci či prezentaci výsledků. Jsem si vědom/a, že pokud zvolím tuto možnost bude zachována má anonymita.

Souhlasím se způsobem, jakým bude respektována moje anonymita a diskrétnost a jak bude má identita chráněna během i po ukončení průzkumu. Autor Jan Doležal se zavazuje, že nahraný rozhovor neposkytne třetí osobě, pokud nebylo výše zvoleno jinak.

Datum a místo.....

Podpis..... Podpis autora průzkumu:.....

*) zvolenou variantu označte křížkem

Příloha C – Záznamový arch pozorování (vlastní tvorba)

rok: 2019 týden: 12 číslo archu: 6

ZÁZNAMOVÝ ARCH PRO POZOROVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ JEDNOTKY

Pozorované fenomény:

1. STANIČNÍ SESTRA HOVORÍ S PACIENTEM O ZITŘEJŠÍ KRYOPRESERVACI SPERMATU A UVIŠTŮJE SE, ŽE PACIENT VŠEMU ROZUMÍ.

2. MANŽELKA PACIENTA, KTERÝ NENÍ SCHOPEN SEBEZEČE, PŘIČHAŽÍ ZA VŠEOBECNOU SESTROU S ŽÁDOSTÍ, ZDA MUŽE MANŽELA OSARCHOVAT SAMA. SESTRA SPOLEČNĚ SE SANITÁŘKOU JIM POSKYTLY HYGIENICKÉ POMŮCKY A PŘIPRAVILY BEZBARIÉROVOU KOUPELNU.

3. PACIENT SI STĚŽUJE NA BOLESTI A ŽÁLENÍ DO ZAVEDENÍ MOČOVÉ CÍVKY

"NEPATŘÍ DO SEXUALITY"