

jizev, poškozením nervových a cévních struktur. Orgasmus/ejakulaci mění chirurgická léčba spolu s farmakoterapií. Erotogenní zóny jsou poškozeny jizvami po chirurgických operacích a radioterapii. Bolestivá erekce se objevuje jako důsledek chirurgické léčby a radioterapie, sekundárně může způsobit ED i orgastickou dysfunkci. Neléčené sexuální dysfunkce prokazatelně snižují kvalitu života pacienta a vzhledem k párové komponentě sexuality negativně ovlivňují i nesexuální oblasti partnerského života, a tak se snadno mohou stát důvodem rozpadu partnerského vztahu, rodiny. A zejména partner/partnerka a rodina představují pro onkologicky nemocné zcela nenahraditelný životní pilíř (1).

ETIOLOGIE SEXUÁLNÍCH DYSFUNKCÍ U ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH

Intaktní sexuální funkce vyžadují neporušený centrální a periferní nervový systém, normální funkci pánevního autonomního nervového systému, zdravý kardiovaskulární systém, fyziologické hladiny pohlavních hormonů a dobrou psychickou kondici. Mechanismy vedoucí ke vzniku sexuálních dysfunkcí onkologicky nemocných mají příčiny v anatomických, orgánových vlivech daných přítomností zhoubného onemocnění, nebo vznikají jako důsledek léčby chirurgické, chemoterapie či radioterapie. Agresivní onkologická léčba zasáhne nejen buňky nádoru, ale i zdravou tkáň v okolí tumoru, stejně jako vzdálenou tkáň, jako jsou například cévy a nervy (3). Doprovodná psychogenní komponenta je daná odlišným vnímáním sebe sama, změnami v neurotransmiterech a v deregulaci centrálního nervového systému. Libido může být poškozeno různými mechanismy, jako je bolest, exhausce a samotná onkologická léčba. Podílí se deregulace osy hypothalamus-hypofýza-gonády daná hormonální léčbou, chirurgickou kastrací, ke ztrátě libida vede bolest při styku (4). Pooperační bolest může vést ke ztrátě libida cestou narušené senzitivity po chirurgickém zákroku, radioterapii

či chemoterapii. Erektile dysfunkce je způsobena hormonální léčbou, operací nebo radioterapií v malé pánvi s porušením nervového a cévního zásobení. Poruchy ejakulace se mohou objevit po radikální prostatektomii (RP) (anejakulace) nebo retrográdní ejakulace po retroperitoneální lymfadenektomii. Psychologické konsekvence SD souvisejí se změnami tělesného schématu (př. orchiektomie, stomie). Poškození sexuálních funkcí má multifaktoriální etiologii somatickou, psychologickou a psychosociální. Psychologické zdroje jedince jsou definovány schopností vyvinout specifické mechanismy zvládání, tj. copingové strategie. Mají úzký vztah ke stavu před onemocněním, úrovni vzdělání, edukace, souvisejí s charakterem podpory okolí nemocného (3, 4).

FAKTORY MAJÍCÍ NEGATIVNÍ VLIV NA SEXUALITU ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH

Na sexualitu onkologicky nemocného negativně působí únava, deprese, úzkost, zármutek, bolest, fyzické omezení, sociální izolace, vážnoucí komunikace s partnerkou/em, ztráta atraktivity, stud, symptomy snižující důstojnost (neschopnost udržet moč či stolicí, zápach) či užívání léků. Klesá sebedůvěra a sebevědomí. Objevuje se obava ze ztráty sexuální partnerky/ra, nebo strach navázat nový sexuální vztah. Změna vzhledu souvisí s výrazným kolísáním váhy, alopecií, s operačními výkony – amputací či vznikem jizev po operacích. Se změnou vnímání těla se potýkají muži se stomií či po amputacích. K méně častým nádorům, avšak nikoli raritním, avšak mutilujícím, patří nádory penisu muže (1).

ONKOLOGICKY NEMOCNÝ A PARTNERSKÁ SEXUALITA

V dobře fungujícím partnerském svazku sexuálně a emočně vyzrálých jedinců je poskytnutí citové a morální podpory onkologicky nemocnému při-