

# "Seksualne poteškoće kod žena operiranih na dojci"

---

Ivanković, Mihaela

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Dubrovnik / Sveučilište u Dubrovniku**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:155:187402>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-23**



SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU  
UNIVERSITY OF DUBROVNIK

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Dubrovnik](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJ

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU  
ODJEL ZA SESTRINSTVO  
PREDDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

MIHAELA IVANKOVIĆ

**SEKSUALNE POTEŠKOĆE KOD ŽENA OPERIRANIH NA  
DOJCI**

ZAVRŠNI RAD

DUBROVNIK 2020.

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU  
ODJEL ZA SESTRINSTVO  
PREDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

MIHAELA IVANKOVIĆ

**SEXUAL DIFFICULTIES IN WOMEN OPERATED ON THEIR  
BREAST**

ZAVRŠNI RAD

Mentor: Mr.Sc. Josip Lopižić, prof.

DUBROVNIK, rujan 2020.

## IZJAVA

S punom odgovornošću izjavljujem da sam završni rad izradila samostalno, služeći se navedenim izvorima podataka i uz stručno vodstvo mentora mr. sc. Josipa Lopižića.

Mihaela Ivanković :

Potpis

---

# SADRŽAJ

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| SAŽETAK:                                                           | 5  |
| ABSTRACT                                                           | 6  |
| <u>1.</u> UVOD                                                     | 7  |
| <u>2.</u> OPERATIVNO LIJEČENJE RAKA DOJKE I KVALITETA ŽIVOTA       | 8  |
| <u>2.1</u> Kvaliteta života temeljena na zdravlju                  | 9  |
| <u>2.2</u> Psihičke posljedice operacije                           | 10 |
| <u>2.3</u> Utjecaj bolesti na svakodnevno funkcioniranje           | 13 |
| <u>3.</u> DOŽIVLJAJ SLIKE TIJELA NAKON OPERACIJE DOJKE             | 16 |
| <u>3.1</u> Utjecaj raka dojke na sliku tijela                      | 16 |
| <u>3.2</u> Čimbenici utjecaja na promjenu slike o vlastitom tijelu | 17 |
| <u>4.</u> SEKSUALNOST ŽENA S RAKOM DOJKE                           | 22 |
| <u>4.1</u> Rizični čimbenici                                       | 23 |
| <u>4.2</u> Tjelesni izgled i seksualne aktivnosti                  | 25 |
| <u>4.3</u> Liječenje seksualne disfunkcije                         | 27 |
| 5.RASPRAVA                                                         | 29 |
| 6.ZAKLJUČAK                                                        | 30 |
| <u>7.</u> LITERATURA                                               | 32 |
| POPIS SLIKA                                                        | 39 |
| POPIS TABLICA                                                      | 40 |

## SAŽETAK

Seksualne poteškoće vezane uz pojavu bolesti nisu rijetke. One su posebno učestale ako se radi o organima koji se vežu uz seksualnosti. Kod žena su to, između ostalog, grudi. Pojava malignih bolesti, odnosno raka dojki može uvelike utjecati na stav žene prema njezinoj vlastitoj seksualnosti te na odnos prema ostvarivanju u reproduktivnom i seksualnom smislu. Iz navedenog razloga danas se upravo području utjecaja raka dojke na seksualnost žene posvećuje velika pozornost. U tom smislu nastoje se pratiti stanja žene prije i nakon operacije. Na temelju identificiranih čimbenika pristupa se liječenju ovog područja.

Ključne riječi: operacija dojke, rak doje, seksualnost

## ABSTRACT

Sexual difficulties related to the occurrence of the disease are not rare. These are especially common in organs that are linked to sexuality. In women this is, among other things, the breasts. The appearance of malignant diseases, ie breast cancer, can greatly affect the attitude of women towards her own sexuality and the relationship to reproductive and sexual performance. For this reason, today's area of breast cancer affects women's sexuality with great attention. In this sense, it is necessary to monitor the condition of women before and after surgery. Based on identified factors, it is approaching the treatment of this area.

Key words: breast surgery, cancer, sexuality

## 1.UVOD

Tema ovog rada su Seksualne poteškoće u žena operiranih na dojci. Rak dojke je najčešća maligna bolest u žena. Dok se kvaliteta života za većinu žena koje su preživjele rak dojke vraća u normalu do godinu dana nakon bolesti, problemi u seksualnoj funkciji i intimnosti često traju bitno duže ili postaju trajni problem. Rak dojke negativno utječe na seksualni život i kao traumatski događaj može utjecati na psiho-seksualno funkcioniranje kod žena i intiman odnos s partnerom.

Rak dojke ima bitan utjecaj na sliku tijela i seksualnost kod žena. Istraživanja su pokazala da su brojne poteškoće u seksualnom funkcioniranju nakon operacije dojke povezane s narušenom slikom o vlastitom tijelu, odnosno s neprihvatanjem vlastitog tijela nakon operacije. Navedena činjenica posebno je izražena kod mlađih žena te seksualno aktivnih žena.

Iz navedenog razloga danas se sve veća pažnja posvećuje psihičkom stanju žene nakon operacije raka dojke te njezinom povratku u normalno funkcioniranje, odnosno u funkcioniranje kakvo je ostvarivala prije same operacije. Bitan čimbenik u tome je i pravilan pristup seksualnosti te slici tijela nakon operacije. Stoga je važno posvetiti pažnju upravo tom prihvaćanju vlastitog tijela jer neprihvatanje vlastitog tijela, a što se negativno odražava i na seksualno funkcioniranje, može bitno narušiti kvalitetu života žene nakon operacije dojke.

Žene često nakon operacije dojke osjećaju gubitak ženstvenosti jer se dojke vrlo često povezuju sa ženstvenošću. Takav pristup vlastitom tijelu može postati trajna slika o vlastitom tijelu. Iz navedenog razloga ženama nakon operacije dojke treba pružiti adekvatnu psihološku pomoć te ih uputiti na terapije kojima mogu djelovati na vlastito viđanje sebe i svojeg tijela. Na taj način bitno se doprinosi samoj kvaliteti života žene nakon operacije dojke.

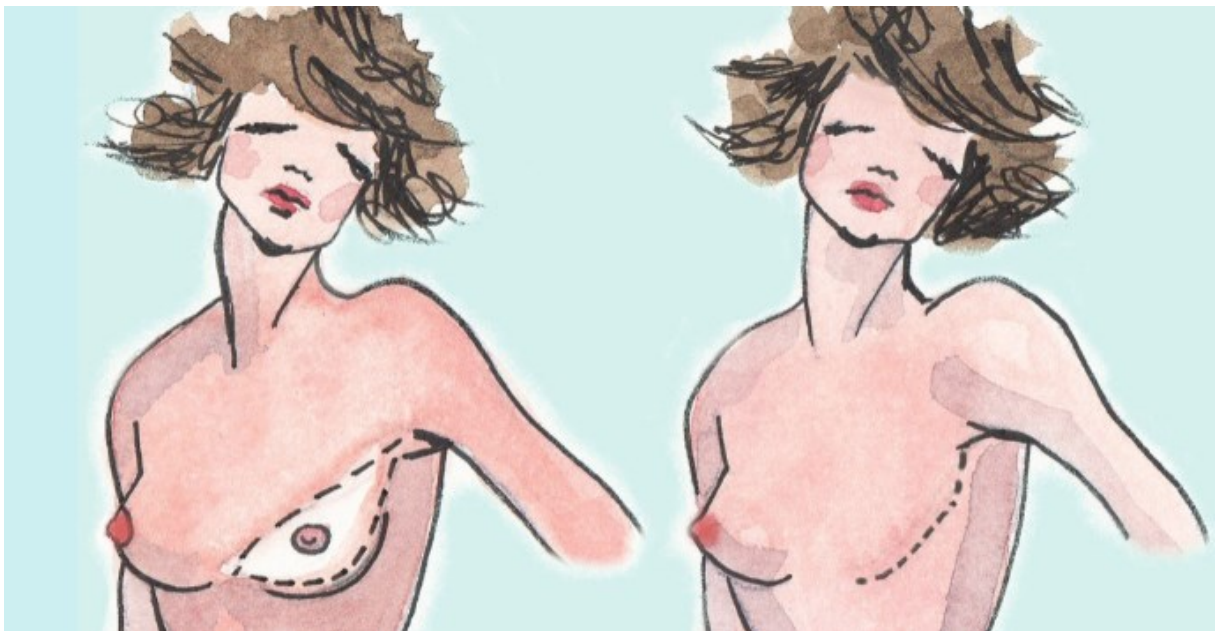
Cilj ovog rada je prikazati važnost seksualnosti, odnosno seksualnog života te problem njegovog funkcioniranja nakon operacije dojke. U pisanju rada korištena je stručna literatura koja se bavi seksualnim funkcioniranjem, rakom dojke te seksualnim funkcioniranjem žena nakon operacije dojke. Literaturu čine stručne knjige i članci s ovom područja.



## 2.OPERATIVNO LIJEČENJE RAKA DOJKE I KVALITETA ŽIVOTA

Rak dojke najčešće je sijelo raka žena u svim područjima svijeta te vodeći uzrok smrtnosti od svih karcinoma u ženskoj populaciji. Danas rak dojke postaje kronična bolest te se kod oboljelih mora osigurati što kvalitetniji povratak kako u obiteljsku tako i u radnu, odnosno socijalnu sredinu. Posljedice raka dojke kao i terapijskih postupaka koji proizlaze iz same bolesti su: tjelesne (limfedem ruke kao i pripadajuće regije), psihičke i socijalne (1).

Operacija je obično prvi izbor u liječenju karcinoma dojke. Tumor se može odstraniti s više ili manje okolnog tkiva (slika1.) , odnosno s odstranjenjem pazušnih limfnih čvorova ili bez njihovog odstranjenja. Izbor vrste operacije ovisi o više čimbenika: veličina tumora, veličina dojke, broj sijela tumora u dojci, sposobnost pacijentice za naknadnu radioterapiju i dr. (2).



**Slika 1: Stanje prije i poslije mastektomije (2)**

Odstranjeno tkivo može se nadomjestiti umjetnim implatatom ili se za to upotrebljava tkivo iz drugog mjesta na tijelu.

## 2.1 Kvaliteta života temeljena na zdravlju

Kvaliteta života koja je povezana sa zdravljem i onkologijom podrazumijeva subjektivni doživljaj pozitivnih i negativnih aspekata oboljenja na tjelesne, emocionalne, socijalne i kognitivne funkcije kao i učestalost simptoma i nuspojava tretmana (3).

Dijagnoza raka dojke može imati dubok utjecaj na kratkoročnu i dugoročnu kvalitetu života (QOL), posebno u mladih žena. U posljednje vrijeme više se pozornosti usmjerilo na medicinske i psihosocijalne ishode kod mlađih žena s rakom dojke. Howard-Anderson i suradnici (1) usredotočili su se na širok raspon pitanja zdravlja i QOL-a koji su utjecali na žene s dijagnozom raka dojke u dobi od 50 godina ili mlađe. Njihova studija, zajedno s nekoliko ranijih studija, dio je sve većeg broja dokaza koji upućuju na to da mlađe žene imaju povećan rizik od negativnih ishoda života u odnosu na starije žene (4).

Izgled tijela može biti posebno važno pitanje kod mlađih žena: gubitak dojke, kirurški ožiljci, alopecija, promjene težine i limfedem su sve posljedice koje potencijalno mogu narušiti kvalitetu života općenito, a posebno tjelesnu sliku kod žena liječenih zbog rak dojke. Iako su brojne studije otkrile da je slika o vlastitom tijelu nepovoljna tijekom i nakon liječenja, većina tih podataka prikupljena je u starije, postmenopauzalne populacije (5). Do danas malo je studija prospektivno istražilo tjelesnu sliku u mladih žena ( $\leq 40$  godina) s rakom dojke.

Maligno oboljenje može dovesti do brojnih neugodnih fizičkih i psihosocijalnih reakcija kod oboljelih. Uz fizički neugodne i bolne reakcije, u populaciji žena s rakom dojke, može se javiti značajan psihološki distres koji je potkrijepljen strahom od smrtnog ishoda, strahom od recidiva, nepovoljnim socijalnim reakcijama, narušenim partnerskim odnosima, smanjenom profesionalnom kompetencijom i sl., a sve to bitno smanjuje kvalitetu života žena s rakom dojke. Navedena stanja često su popraćena neugodnim emocionalnim reakcijama kao što su osjećaj bespomoćnosti, krivnje, ljutnje, straha, srama, depresije, tjeskobe i dr. (6).

Rezultati istraživanja koje su proveli Mertz i suradnici (7) su pokazali da je 77% žena procijenilo da se nalazi u stanju distresa, najčešće povezanog sa zabrinutošću i nervozom. Nepovoljni emocionalni odgovori nisu povezani samo s egzistencijalnim

pitanjima života i smrti ili zdravlja i bolesti, već su povezani i s oblicima primijenjenih medicinskih tretmana. Primjerice, kirurške intervencije te liječenje kortikosteroidima, citostaticima i radioterapijom dodatno opterećuje normalno organsko funkcioniranje te izaziva promjene fizičkog izgleda. Navedene promjene u tjelesnom iskustvu mogu uvjetovati niz poremećaja u doživljaju i prihvaćanju slike tijeka. Također, povezanosti sa slikom tijela javljaju se i problemi psihoseksualnog funkcioniranja koji se mogu manifestirati kroz seksualnu anksioznost, izbjegavanje seksualnih aktivnosti, nedostatak seksualne želje i dr. Na taj način kvaliteta života žena s rakom dojke dodatno je narušena (8).

Sve ove reakcije mogu dovesti do teškoća u uspostavljanju ili održavanju intimnih veza i odnosa, potrebu za socijalnom izolacijom i povlačenjem iz užeg ili šireg društvenog konteksta. Stoga, maligno oboljenje predstavlja klasični stresni podražaj koji se odražava na održavanje psihofizičke homeostaze. Promjene u biokemijskom i fiziološkom statusu povezane su i s promjenama u kognitivnom, emocionalnom i bihevioralnom statusu.

## 2.2 Psihičke posljedice operacije

Komblit i suradnici (9) ističu kako su karcinom i liječenje definirani kao stresori dok je pacijentova adaptacija ishod. Njihovo istraživanje je pokazalo da stresni životni događaji i socijalna podrška neovisno i bitno utječu na emocionalno stanje pacijenta. Također, treba postojati visoka razina socijalne podrške kako bi se smanjio ozbiljan psihološki distress kod osoba koje boluju od maligne bolesti. Osobe koje su teško oboljele dijele brojne zajedničke teškoće. To se odnosi i na žene koje su oboljele od raka dojke.

U trenutku dijagnoze svaka žena proživljava duboki psihološki distress koji je obilježen teškim emocijama i brojnim pitanjima. Riječ je o iskustvima koja se opisuju kao traumatska dijagnoza, a ta iskustva podrazumijevaju osjećaj nesigurnosti, straha povezanog s operativnim zahvatom i dr. U kontekstu psihološkog distressa može doći do akutne stresne reakcije, poremećaja prilagodbe ili drugih kombiniranih poremećaja (10).

Najčešće se kao prvi odgovor kod oboljelih žena javlja strah od smrti, a što se posebno odnosi na patnju i bolno umiranje. Često se susreće osjećaj bespomoćnosti, gubitka kontrole, strah za obitelj i manjak socijalne podrške. Osim navedenog, obitelj je isto duboko pogođena dijagnozom, a ovisno o odnosima i komunikaciji, bolest može dovesti do čvršćeg povezivanja, ali i raspadanja obitelji. Teškoće s kojima se suočavaju članovi obitelji i njegovatelji osobito dolaze do izražaja u paliјativnoj fazi (11).

Kod bolesnica s recidivom bolesti uočavaju se značajne poteškoće na emocionalnom, fizičkom i funkcionalnom planu. Socijalna i obiteljska podrška imaju pozitivan učinak na kvalitetu života, a simptomi distresa, zabrinutosti, beznađa i negativnog pogleda na bolest djeluju negativno. Ženama s recidivom bolesti treba pružiti podršku i programe koji uključuju članove obitelji da bi se što bolje nosile s posljedicama bolesti (12).

Odgovori na malignu bolest mogu biti različiti: depresivni, projektivni i negirajući. No, među njima su brojna preklapanja i nijanse. Teškoće suočavanja s dijagnozom raka nadmašuje jedino suočavanje s recidivom, a posebno ako se radi o metastatskom raku koji se može liječiti, ali se ne može izliječiti. Spoznaja izvjesnosti smrti teška je za bolesnicu i za njezinu obitelj.

Integracija bolesti u svakodnevni život, prihvaćanje, odnosno vrijeme prilagodbe, razdoblje je u kojem se izmjenjuju psihička stanja u kojima mogu dominirati negacija, ljutnja, napuštenost, depresija i druga slična stanja. Kao reakcija na stres u slučaju otkrivanja, ali i tijekom liječenja maligne bolesti mogu se javiti određeni mehanizmi obrane kod pacijenata, poput, racionalizacije, izbjegavanja, negacije i potiskivanja (13).

Perry, Metzger i Sigal (14) su u svojem istraživanju kod bolesnica s karcinomom dojke, a koje su ujedno i majke, za razliku od kontrolne skupine majki koje nemaju karcinom, utvrdili češće postojanje negacije, idealizacije premještanja, izolacije afekata i splittinga te rjeđe korištenje altruizmom, anticipacijom i intelektualizacijom. Obrambeno funkcioniranje kod bolesnica koje su majke može, također, uzrokovati sekundarne efekte na funkcioniranje djeteta.

Kao reakcija na spoznaju bolesti i tijekom kasnijih faza bolesti raka dojke mogu se javiti anksioznost, poremećaj prilagodbe, depresija i posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), ostali anksiozni poremećaji te seksualni i kognitivni poremećaji (15).

Anksioznost se očituje kroz sveobuhvatan osjećaj bojazni, nemira i straha te je praćena brojnim tjelesnim reakcijama, kao što su napetost, teškoća s disanjem, lupanje srca te teškoća sa spavanjem, pažnjom i koncentracijom, manjak apetita, povećana iritabilnost i dr. Ona može ometi svakodnevno funkcioniranje i narušiti kvalitetu života te u takvim okolnostima prelazi u patološku fazu kojoj je potrebna terapija.

Slično je i s depresivnim reakcijama i stanjima tuge, osamljivanjima koja ako potraju dugo mogu prerasti u pravu depresiju, a najčešće se očituju kroz sniženo raspoloženje, bezvoljnost, nedostatak snage i energije, povlačenje u sebe i izolaciju (16). Psihološki problemi koji se javljaju kao posljedica spoznaje bolesti te koji traju tijekom liječenja mogu otežati i usporiti tijek liječenja i oporavka. Iz navedenog razloga treba pravodobno intervenirati u smjeru redukcije anksioznosti i depresije.

Također, česti su i problemi uzrokovani manjkom obiteljske i socijalne podrške. Bolesnice su najčešće u visokom stresu, teže se fokusiraju, obuzete su negativnim emocijama, čak i krivnjom, zabrinute su za svoju egzistenciju i za egzistenciju svoje obitelji. Većinu bolest zadesi „iz čistog zdravlja“. Ponekad su bolesnice obuzete ljutnjom i gorčinom, osobito kada je postupak postavljanja dijagnoze trajao dugo ili im je dijagnoza priopćena na neprimjeren način uz minimalne informacije.

Prema nekim procjenama, oko 80% psihološkog i psihijatrijskog komorbiditeta koji razvijaju onkološki bolesnici ostaje nepoznato i neliječeno te se često preklapaju, kao, primjerice, anksioznost i depresija. Prevalencija anksioznih poremećaja je kod oboljelih od raka 28%, a pojavnost depresije kod žena oboljelih od raka dojke i do 50% (12).

Mogu se razviti i simptomi posttraumatskog stresa kao reakcija na životno ugrožavajuću spoznaju maligne bolesti (17). Prema DSM IV (18), kriteriji za dijagnosticiranje PTSPa uključuju i obolijevanje od bolesti opasne po život kao potencijalne traume. Međutim, postoje mišljenja da je klinički značaj simptomatologije PTSP-a kod pacijenata s malignom bolešću nejasan. Prema istraživanju Shelby-a i suradnika (19) na 74 pacijentice koje su imale rak dojke, 12 je imalo PTSP, subsindromski oblik PTSP-a imalo je pet pacijentica, a ostale pacijentice nisu imale simptome.

Pokazalo se da su bolesnice s PTSP-om imale raniju povijest trauma nasilja i anksiozne poremećaje, a navedeno nisu imale pacijentice sa subsindromskim oblikom PTSP-a. Osobe s PTSP-om imale su lošije funkcioniranje i lošiju kvalitetu života (19).

### 2.3 Utjecaj bolesti na svakodnevno funkcioniranje

Rak dojke kod žene utječe na sljedeća područja funkcioniranja: izaziva psihološku uznemirenost (anksioznost, depresija, ljutnja), utječe na promjene u načinu ponašanja i stilu života (fizički problemi, bračno, partnersko, seksualno funkcioniranje, promjena uobičajenog načina funkcioniranja).

Faktori koji utječu na prevladavanje i psihološku adaptaciju na kriznu situaciju maligne bolesti kod žena su: faza individualnog i obiteljskog životnog ciklusa u trenutku postavljanja dijagnoze, prethodna emocionalna stabilnost (osobine ličnosti i tipični mehanizmi prevladavanja), način reagiranja u suočavanju s bolešću i otvorenost prema psihološkoj podršci (20).

Istraživanje mehanizma prevladavanja i efikasnosti u postizanju emotivne stabilnosti i uspostavljanju kontrole nad distresorom kod žena pokazalo je da su mehanizmi oni koji se ne mijenjaju. Perran (21) je proveo istraživanje koje je pokazalo da su one žene koje su koristile izbjegavajuće strategije prevladavanja i rezignirano prihvaćanje podlegle pred težinom bolesti. Kod tih žena identificirana je značajno viša razina emocionalnog stresa u razdoblju nakon operativnog zahvata nad dojkom u usporedbi sa ženama koje su koristile strategije prevladavanja koje su se odnosile na aktivno suočavanje s bolešću i osobnim psihološkim smetnjama.

Postoje opći i specifični faktori koji utječu na vrstu i intenzitet psiholoških reakcija i na probleme žena oboljelih od raka dojke (21). Opći faktori su (22):

- Status bolesti (stadij bolesti kod dijagnoze, način predloženog liječenja, vrsta planiranih intervencija, tijek liječenja i posljedice, faze liječenja, prognoza)

- Tip ličnosti oboljele osobe, načini prevladanja, prethodna iskustva gubitka, sposobnost prilagođavanja i snalaženja u stresnim i kriznim životnim situacijama
- Godine starosti, bračni status, roditeljstvo, posao/karijera
- Utjecaj kulture, duhovni i religiozni stavovi
- Postojanje adekvatne emocionalne i praktične pomoći i podrške najbližih (obitelji, partnera, prijatelja)
- Potencijal za tzv. Posttraumatski rast i psiho-fizičku rehabilitaciju.

Specifični faktori rizika za povišeni emocionalni distress kod pacijentica oboljelih od raka dojke su:

- Dob pacijentica – posebno su rizične mlađe pacijentice koje nisu rodile i pacijentice u zreloj reproduktivnoj dobi
- Postojanje osobne i obiteljske psihijatrijske anamneze te korištenje psihoaktivnih supstanci
- Komorbiditet različitih bolesti koji prati osnovnu bolest
- Seksualni problemi
- Nedostatak socijalne podrške (obiteljski sukobi, oboljele žene koje žive same, oboljele žene koje imaju malu djecu, nezaposlene oboljele žene, žene s financijskim problemima i dr.).

Suočavanje s dijagnozom malignog oboljenja je stresan životni događaj. Reakcija na stres ne očituje se samo kroz osjećaje, već se ona očituje i kroz misli, ponašanje, odnose s drugim ljudima, svakodnevno funkcioniranje te kroz prihvaćanje ili odbijanje bolesti. Davanje dijagnoze maligne bolesti najčešće uzrokuje psihološke krize koja se očituje tijekom cijelog perioda liječenja, a koja bitno utječe na sve segmente funkcioniranja žene s rakom dojke (23).

Temeljni problem vezan uz rak dojke kod žena identificiran je uz stvaranje slike o sebi, odnosno uz fizički izgled koji može bitno djelovati na sva ostala funkcioniranja i uspješnost u njima. Žene s rakom dojke se suočavaju s promjenom dijela njihovog tijela te navedeno najčešće dovodi do iznimno teških psiholoških reakcija, a koje posljedično uzrokuju negativnu sliku o sebi samoj, strag od reakcije okoline i dr.

Iz navedenog razloga će u nastavku rada biti obrađena percepcija žena o vlastitom tijelu nakon operacije raka dojke te utjecaj te percepcije na njihovo reproduktivno i seksualno ostvarenje.



### 3. DOŽIVLJAJ SLIKE TIJELA NAKON OPERACIJE DOJKE

Slika o sebi podrazumijeva vlastitu predodžbu i vlastiti doživljaj sebe. Gradi se na temelju čovjekovih unutarnjih potreba te na temelju čovjekovih stvarnih svojstava (24). Razvoj osobnosti utječe na to koliko će se vlastita slika o sebi približiti stvarnosti. Tijekom bolesti, ovisno o tijeku, liječenju i ishodu, bolesnica privremeno ili stalno mijenja sliku o sebi. Slika tijela (engl. Body image) je mentalna slika vlastitog tijela, stav o fizičkom izgledu, stanje zdravlja, cjelovitosti, normalno funkcioniranje i seksualnost (25). Ona je pod velikim utjecajem drugih. Kada je riječ o Hrvatskoj kliničkoj praksi, pitanje kvalitete života i doživljaja tijela vrlo se često zanemaruje ili marginalizira (26).

#### 3.1 Utjecaj raka dojke na sliku tijela

Slika tijela je slika vlastitog tijela koju čovjek formira u svojem umu, a uključuje izražavanje emocija, imitaciju, identifikaciju, ljepotu i društvene aspekte. Ovaj konstrukt u kontekstu raka dojke je višedimenzionalan. Hopwood i sur. (27) identificirali su tri područja koja su obilježila složeni koncept slike tijela kod žena koje su liječene od raka dojke. To uključuje afektivno (osjećaj ženstvenosti, privlačnost), bihevioralno (izbjegavanje ljudi zbog izgleda) i kognitivne (zadovoljstvo izgledom ili ožiljkom). Han i suradnici (28) definirali su tjelesnu sliku nakon raka dojke kako bi se uključile značajke mentalnog predznaka tijela, stav o izgledu i zdravstvenom stanju te seksualno funkcioniranje. Teorijski okvir koji su razvili Fingeret i sur. (29) je specifičan za sliku tijela kod žena s rakom dojke koja se rekonstruira i uključuje aspekte percepcije, spoznaje, ponašanja i emocija budući da se odnosi na funkciju tijela nakon dijagnoze i liječenja raka dojke.

Utvrđeno je da se žene s boljom konceptualizacijom slike tijela bolje nose s rakom. Loša percepcija slike tijela ima potencijal da negativno utječe na fizičko i psihološko funkcioniranje žene s rakom dojke, kao i na dobrobit njezinih partnerskih odnosa. Loša tjelesna slika povezana je s većim ukupnim psihološkim stresom u bolesnica s rakom dojke i povezana je s većom depresijom i lošijom kvalitetom života (30).

Mlađe žene često se liječe zbog agresivnijeg karcinoma dojke što zahtijeva radikalnije operacije, kao i pomoćne terapije kao što su kemoterapija i zračenje. U studiji Kissane i sur. (31) su otkrili da su pacijentice s rakom dojke u uznapređovalom stadiju bile nezadovoljnije svojom tjelesnom slikom u usporedbi s pacijenticama u ranom stadiju karcinoma dojke. Kirurški zahvat u mlađoj populaciji, također, utječe na negativniju sliku o tijelu. Liječenje kemoterapijom često rezultira gubitkom kose, povećanjem tjelesne težine i naglim početkom simptoma menopauze što posebno negativno djeluje na mlađe žene.

U smislu fizičkog funkcioniranja, negativno opažanje slike tijela često se povezuje s većim seksualnim poteškoćama (32). Te poteškoće mogu uključivati vaginalnu suhoću, atrofični vaginitis i smanjeni libido, kao posljedicu preuranjene menopauze, koja može posebno negativno utjecati na seksualnost mlađe žene koja se liječi od raka dojke (32). Žene koje su manje zadovoljne slikom tijela nakon dijagnoze raka dojke imaju do 2,5 puta veću vjerojatnost da će imati problema s seksualnim funkcioniranjem.

Prilagodbe na posljedice liječenja, također, mogu imati utjecaj i na partnera pacijentice i na pacijenticu s rakom dojke, što dovodi do fizičkih ograničenja i negativnog utjecaja na tjelesnu sliku i seksualno funkcioniranje pacijentica te do više razine psihološkog stresa kod partnera pacijentice oboljele od raka dojke. Utvrđeno je da je emocionalna podrška partnera povezana s manjim brojem seksualnih poteškoća nakon liječenja žena koje su preživjele rak dojke i iako je literatura oskudna u vezi s izgledom tijela i odnosima s partnerima, jedna studija je otkrila da su pacijentice s rakom dojke koje su doživjeli pozitivniji partnerski odnos imale bolju sliku vlastitog tijela u odnosu na pacijentice koje navedeno nisu doživjele (33).

### 3.2 Čimbenici utjecaja na promjenu slike o vlastitom tijelu

Studije u razvijenim zemljama su pokazale prevalenciju žena koje su imale određeni stupanj zabrinutosti u pogledu slike tijela između 15% i 33% (34). Runowicz i

suradnici (35) izvijestili su o učestalosti između 31% i 67% za promjenu slike tijela u žena preživjelih od raka dojke. Autori su istaknuli ovaj aspekt kao važno područje za brigu, s obzirom na dugoročne fizičke i psihosocijalne učinke povezane s rakom dojke i njegovim liječenjem. Ove vrijednosti su niže u zemljama u razvoju što je vjerojatno povezano s nemogućnošću da se osigura sveobuhvatan pristup zdravstvenim uslugama, a kao posljedica navedenog javlja se kasna dijagnoza zajedno s većim nezadovoljstvom reperkusijama uzrokovanim liječenjem raka.

Drugi čimbenik koji bi mogao biti povezan s visokom stopom nezadovoljstva tjelesnom slikom je vrijeme proteklo od operacije. Prema Fingeret i suradnicima (34), pacijentice koje se podvrgnu liječenju raka dojke do dvije godine nakon liječenja osjećaju visoku stopu nezadovoljstva tjelesnom slikom. U ovoj studiji ispitane pacijentice su bile između prve i druge godine kliničkog praćenja i proteklog vremena od kirurškog zahvata koji nije bio povezan s nezadovoljstvom vlastitim tijelom.

Što se tiče podrške za rak dojke, ona bi trebala uključivati skrb za pacijentice nakon liječenja (36). Njega uključuje nekoliko područja kao što su praćenje recidiva raka i simptoma nakon liječenja, kao i procjenu fizičkih i psihosocijalnih potreba, potporu pacijenticama i savjetovanje o promjenama načina života kako bi se spriječili komorbiditeti i poboljšala kvaliteta života (36). Iako postoje mnoge kliničke smjernice za dijagnosticiranje i liječenje raka dojke, još uvijek nema dovoljno dokaza u znanstvenoj literaturi o dugoročnom praćenju preživjelih žena. Osim toga, povećanje stope preživljavanja podrazumijeva multidisciplinarni nadzor kako bi se zadovoljile različite potrebe žena nakon početnog liječenja (37).

Čak i godinama nakon liječenja raka žene imaju pitanja i suočavaju se s neizvjesnošću bolesti, imaju strah od recidiva te im nedostaju informacija o (38):

- liječenju i protokolima praćenja
- promjenama u načinu života
- otkrivanju simptoma relapsa
- prevenciji.

Slika tijela zauzela je treće mjesto, s 53,8%, u klasifikaciji potreba za informacijama i podrškom koju su prijavile žene koje su preživjele rak dojke (39). Nedostatak informacija može biti zbog diskontinuiteta u pomoći jer smanjenje fizičkih

simptoma dovodi do smanjenja učestalosti kontakta između pacijenata i multiprofesionalnog tima, što u konačnici dovodi i do prepuštenosti žena samima sebi.

Američko društvo za kliničku onkologiju objavljuje smjernice za preživjele od raka dojke koje sadrže preporuke vezane uz praćenje bolesnica, uključujući sliku tijela. Prema tim smjernicama, promjene uzrokovane liječenjem raka dojke mogu dovesti do promjena u izgledu tijela, uz kratkoročne i dugoročne negativne posljedice na kvalitetu života pacijentica. Stoga bi zdravstveni djelatnici trebali procijeniti zabrinutost pacijentica u vezi s tjelesnom slikom, ponuditi prilagodljive dodatke (npr. oblike dojki, perike i/ili operacije kada je indicirano) i uputiti pacijentice na psihosocijalnu pomoć (35). Pojava ovih simptoma i odsustvo multidisciplinarnog tima za praćenje i usmjeravanje pacijentica su čimbenici koji bi mogli opravdati veću prevalenciju nezadovoljstva slikom tijela kod žena koje nemaju multiprofesionalni nadzor.

Osim multidisciplinarnog praćenja, povratak na posao, također, ima značajnu povezanost s nezadovoljstvom slikom tijela. Taj se podatak može objasniti činjenicom da slika tijela je pod utjecajem samopercepcije koja je vođena standardima društva i reakcijom društva na pojedinca (40). Slika tijela uključuje zadovoljstvo ili nezadovoljstvo tijelom što varira ovisno o ulaganju u izgled i samoprocjeni. Ulaganje u izgled odnosi se na vrijednost ili važnost koju za pojedinca imaju fizički atributi.

Žene koje se podvrgavaju liječenju raka, kada se vraćaju na posao, izloženiije su mišljenju drugih i standardima ljepote, što može prouzročiti negativnu samoprocjenu vlastite slike. Ovi se stavovi procjenjuju u znanstvenoj literaturi na temelju modela koji je razvio White (41), u kojem rak može uzrokovati promjene u organizaciji ljepote, generirajući negativna iskustva temeljena na vjerovanjima, osjećajima i mislima.

Chang i suradnici (42) proveli su istraživanje u Koreji kojim je dokazano da je zaposlenost značajno povezana s promjenama percepcije samopoimanja, budući da su se žene koje su se vratile na posao osjećale uznemireno zbog svog izgleda. To je uglavnom uzrokovano nedostatkom socijalne podrške u radnom okruženju, kao i negativnim stavovima prema pacijenticama s rakom, što ima ozbiljne posljedice na društvene aktivnosti i radni učinak žena s rakom dojke. Pacijentice koje su se vratile na posao pokazale su veće nezadovoljstvo slikom tijela, nego pacijentice koje su bile nezaposlene.

Povratak na posao nakon liječenja raka daje ideju o povratku u normalnost, rutinu i dnevne zadatke, promičući poboljšanje kvalitete života preživjelih od raka (43). Napredak u metodama ranog otkrivanja doveo je do povećanja preživljavanja pacijentica oboljelih od raka dojke, a time i do povećanja broja žena sposobnih za povratak na tržište rada. Međutim, neophodno je da te žene dobiju nadzor/praćenje s ciljem da ih se pripremi za rješavanje i prilagođavanje promjenama u tijelu, pomažući im u održavanju visokog samopoštovanja i minimizirajući negativne učinke povezane s tjelesnom slikom (43).

Rekonstrukcija dojki smatra se važnim čimbenikom koji utječe na veće zadovoljstvo tjelesnom slikom. Stoga je rekonstrukcija dojki jedan od glavnih ciljeva koji se odnosi na cjelovitu skrb i uvjet je za pozitivnu sliku o tijelu (34). Rekonstrukcijsku kirurgiju dojke treba provesti kod onih pacijentica koje nisu zadovoljne rezultatom početnog kirurškog zahvata.

Što se tiče dobi, u literaturi se ističe da mlađe žene pokazuju veće nezadovoljstvo izgledom, pri čemu bilježe nisko samopoštovanje uz značajno smanjenje kvalitete života (44). Neki čimbenici pridonose povećanoj prevalenciji u ovoj populaciji, kao što su gubitak dojke, gubitak kose i promjene težine, nemogućnost dobivanja djece i rizik od rane menopauze. S druge strane, zrelost, praćena klimakterijskim razdobljem, višestrukim porodima te profesionalnim i financijskim ispunjenjem pozitivno utječu na sliku o tijelu (35).

Što se tiče bračnog statusa, neki autori navode da mišljenje supružnika može utjecati na odluku o vrsti operacije i rekonstrukcije. Osim toga, otprilike 33% žena ima probleme u svojim odnosima, zbog smanjenog zadovoljstva slikom tijela i seksualnog života, što ima negativan utjecaj na kvalitetu života pacijentica (45).

Posljednjih godina provedena su istraživanja s ciljem proučavanja slike tijela kod žena koje su prošle liječenje raka dojke. Rezultati pokazuju da liječenje raka dojke negativno mijenja percepciju slike tijela. Ovo proizlazi uglavnom iz nepostojanja multiprofesionalnog praćenja i obveze zapošljavanja nakon tretmana. Navedene su žene više izložene kulturnim i socioekonomskim faktorima društva, kao i pitanjima koja su izravno povezana s radnim okruženjem.

Prisutnost stručnjaka specijaliziranih za naknadnu skrb nakon početnog terapijskog pristupa, fokusiranih na aspekte koji izravno utječu na sliku tijela, mogla bi umanjiti česte reperkusije u tom razdoblju te poboljšati samopoštovanje, kvalitetu života te socijalni i radni odnos žena s rakom dojke.

#### 4. SEKSUALNOST ŽENA S RAKOM DOJKE

Ženska seksualna disfunkcija podijeljena je u tri kategorije: seksualni interes ili poremećaj uzbuđenja, poremećaj orgazma i genitopelvična bol ili poremećaj penetracije. Ženama se dijagnosticira seksualna disfunkcija ako doživljava trajne simptome koji traju najmanje šest mjeseci i uzrokuju izražene poremećaje, kao što je detaljno opisano u Dijagnostičkom i statističkom priručniku 5. izdanja (DSM-5) (46), a što je prikazano u Tablici 1.

**Tablica 1: Klasifikacija ženskih seksualnih disfunkcija i dijagnostički kriteriji iz Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (46)**

| Poremećaj                                               | Kriterij                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ženski seksualni interes ili poremećaj uzbuđenja</b> | Odsutan ili značajno smanjen seksualni interes ili uzbuđenje što se očituje u nedostatku ili smanjenju:                                        |
|                                                         | 1. Seksualne aktivnosti                                                                                                                        |
|                                                         | 2. Seksualne ili erotske misli ili fantazije                                                                                                   |
|                                                         | 3. Pokretanje seksualne aktivnosti i neprihvatanje partnerskih pokušaja iniciranja                                                             |
|                                                         | 4. Seksualno uzbuđenje ili zadovoljstvo tijekom seksualne aktivnosti u najmanje 75% svih seksualnih susreta                                    |
|                                                         | 5. Seksualno zanimanje ili uzbuđenje kao odgovor na bilo koji unutarnji ili vanjski seksualni ili erotski znak (pisani, verbalni ili vizualni) |
| <b>Ženski orgazmički poremećaj</b>                      | 6. Genitalni osjećaji tijekom seksualne aktivnosti u najmanje 75% svih seksualnih susreta                                                      |
|                                                         | Prisutnost jednog od sljedećih simptoma u najmanje 75% svih seksualnih aktivnosti:                                                             |
| <b>Genito bol u zdjelici ili</b>                        | 1. Značajno kašnjenje, učestalost ili odsutnost orgazma                                                                                        |
|                                                         | 2. Znatno smanjen intenzitet orgazmičkih senzacija                                                                                             |
|                                                         | Stalne ili učestale poteškoće s jednim ili više sljedećih                                                                                      |

|                              |                                                                                                                            |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>poremećaj penetracije</b> | slučajeva:                                                                                                                 |
|                              | 1. Vaginalna penetracija tijekom odnosa                                                                                    |
|                              | 2. Značajna vulvovaginalna ili zdjelična bol tijekom odnosa ili pokušaja penetracije                                       |
|                              | 3. Značajan strah ili anksioznost zbog vulvovaginalne ili zdjelične boli u očekivanju, tijekom ili zbog penetracije vagine |
|                              | 4. Značajno napinjanje ili zatezanje mišića dna zdjelice tijekom pokušaja vaginalne penetracije                            |

#### 4.1 Rizični čimbenici

Nepovoljni seksualni učinci ili seksualni morbiditet karakteriziraju nezadovoljstvo tijelom i problemi u seksualnoj funkciji, tj. želja, uzbuđenje, orgazam i bol, te pojačani seksualni stres i stres zbog promjene tijela (47). Ovi učinci povezani su s povećanim stresom povezanim s rakom, depresijom, većom ozbiljnošću simptoma i smanjenim psihološkim blagostanjem. Međutim, dugotrajni seksualni morbiditet povezan s rakom dojke danas je još uvijek nedovoljno istražen.

U populaciji s rakom utvrđeno je nekoliko prediktora spolnog morbiditeta. Mlađa dob je osnovan čimbenik rizika za lošiju spolnu funkciju i za stres izazvan promjenom tijela kod raka dojke (48). Određena liječenja, raka, također mogu predstavljati veći relativni rizik za spolni morbiditet. Neka istraživanja sugeriraju da su žene koje prolaze kroz postupke mastektomije, s ili bez naknadne rekonstrukcije, značajno češće prijavile percipiranu fizičku neprivlačnost i smanjenu seksualnu želju, nego žene koje nisu bile podvrgnute ovom tretmanu (49).

Kemoterapija može, također, nametnuti trajna reproduktivna i druga fizička oštećenja, kao što je povećanje težine, koje može potaknuti ili pojačati seksualne probleme (50). Prekomjerna tjelesna težina i debljanje su povezani s većim poremećajem raspoloženja, smanjenim zadovoljstvom fizičkim izgledom i gubitkom



samopoštovanja u populaciji s rakom dojke (48). Osim toga, žene u premenopauzi mogu doživjeti menopauzu izazvanu kemoterapijom, tj. preranu menopauzu obilježenu dramatičnim smanjenjem estrogena i prigušenom seksualnom željom (51). Također, važni psihosocijalni korelati spolnog morbiditeta u ovoj populaciji uključuju partnersku podršku (51) i depresiju. Smatra se da su te asocijacije dvosmjerne, i kao uzroci i posljedice seksualne disfunkcije i nezadovoljstva, te naglašene slabe partnerske komunikacije (51).

Proučavanje seksualne funkcije kod žena koje su izgubile dojke zbog raka dojke i koje su seksualno aktivne, od vitalne je važnosti iz kliničke i psihosocijalne perspektive. Studija o seksualnoj kvaliteti života žena s nedavno dijagnosticiranim rakom dojke pokazala je da je oko 60% pacijenata oboljelih od raka dojke prijavilo poremećaj u svojoj seksualnoj kvaliteti života (52). Nedavna publikacija o seksualnoj funkciji nakon raka dojke koja je proučavala 1.011 žena izvijestila je da je 70% pacijenata iskusilo probleme seksualne funkcije. Studija je, također, pokazala da je nekoliko faktora pridonijelo problemima seksualne funkcije. One koje su primale inhibitore aromataze imale su veću vjerojatnost da će imati više problema s spolnom funkcijom u usporedbi s onima koje su primile tamoksifen, ali je u obje skupine slika tijela najviše doprinijela seksualnoj disfunkciji (53). Ovi nalazi ukazuju na to da je utjecaj raka dojke na seksualnost puno složeniji od činjenice da žene gube dojke ili primaju različite modalitete liječenja.

Sposobnost postizanja zdrave seksualne funkcije uključuje i psihološke i fizičke čimbenike koji utječu na seksualno ponašanje (npr. želja, uzbuđenje, orgazam). Rak i njegovo liječenje utječu na specifične aspekte seksualnog funkcioniranja i intimnost. Istraživanja pokazuju niz fizičkih promjena ženske seksualnosti nakon raka dojke, uključujući poremećaje seksualnog funkcioniranja, kao i poremećaje seksualnog uzbuđenja, orgazma, seksualne želje i zadovoljstva, a što je posljedica kemoterapije, kemijski inducirane menopauze i operacije raka dojke. Intrapsihičko iskustvo žena u promjenama seksualnosti uključuje strah od gubitka plodnosti, negativne slike tijela, osjećaj seksualne neprivlačnosti, strah od gubitka ženstvenosti, kao i promjene osjećaja seksualnog doživljaja. Utjecaj takvih promjena može trajati mnogo godina nakon uspješnog liječenja, a može biti povezan s ozbiljnim fizičkim i emocionalnim nuspojavama (54).

Seksualno funkcioniranje može biti pod utjecajem bolesti, boli, tjeskobe, ljutnje, stresnih okolnosti i lijekova. Nekoliko istraživanja pokazalo je visoku prevalenciju

psihijatrijskih problema u bolesnica s rakom. U bolesnica oboljelih od raka dojke često je prisutna patnja, depresija, tjeskoba i druge psihijatrijske bolesti. Postoji jaka veza između depresije i seksualnih disfunkcija, štoviše, seksualna disfunkcija se smatra posljedicom učinka određenih antidepresiva. Većina tih poremećaja vjerojatno proizlazi iz nemogućnosti pacijentice da se psihički suoči sa stresom povezanim s bolešću i liječenjem te mislima o gubitku zdravlja, uloge i života (55).

**Tablica 2: Lijekovi i ženska spolna disfunkcija (55)**

| LIJEČENJE             | ŽELJ | UZBUĐENJ | ORGAZA |
|-----------------------|------|----------|--------|
|                       | A    | E        | M      |
| PSIHOAKTIVNI LIJEKOVI | √    |          |        |
| ANTIPSIHOTICI         | √    |          | √      |
| ANTIKOLINERGICI       |      | √        |        |
| ANTIHIISTAMINICI      |      | √        |        |
| ANTIHIPERTENZIVI      |      | √        |        |
| BARBITURATI           | √    |          |        |
| BENZODIAZEPINI        | √    | √        | √      |
| SSRI                  | √    | √        | √      |
| LITIJ                 | √    |          |        |

#### 4.2 Tjelesni izgled i seksualne aktivnosti

Tijekom terapijskih intervencija u procesu liječenja raka dojke žene su poprilično izložene potencijalnim promjenama tjelesnog izgleda što se najčešće manifestira u vidu gubitka ili promijenjenog oblika jedne ili dvije dojke, ožiljaka od operacija i promjena na

koži. Budući da su ženskim grudima pripisani simboli ženstvenosti, majčinstva i seksualne privlačnosti, odstupanje od „normalnog“ izgleda grudi može imati brojne implikacije na ženino poimanje sebe, sliku o sebi, psihološku dobrobit i seksualnost.

Postojeći sociokulturni diskurs utječe na konstruiranje razumijevanja seksualnosti i ženstvenosti te postavlja estetske i vrijednosne kriterije „uspješnog, idealnog i lijepog“, odnosno „neuspješnog, neprivlačnog i lošeg“ (56). Iz tog razloga važna polazišna osnova u razumijevanju izazova s kojima se suočavaju žene treba biti sadržana i u svijesti o kulturološki kreiranoj socijalnoj zbilji jer se u tom zrcalu one ogledaju. Operativni zahvati, djelomična ili totalna mastektomija mogu trajno promijeniti tijelo žene i pridonijeti poimanju vlastite ženstvenosti izvan okvira „normalne“. Žene s iznimno izraženom asimetrijom imaju osjećaj veće stigmatiziranosti i manje iskazuju nepromijenjeno ili poboljšano zdravlje nakon tretmana u usporedbi sa ženama koje su doživjele minimalnu asimetriju.

O osjećaju stigmatiziranosti mlađe žene izvještavaju više, nego one u dobi od 51 do 60 godina (57). One žene koje su razvile negativnu percepciju tijela uslijed oboljenja ujedno su i one koje iskazuju veće nezadovoljstvo svojim izgledom, percipiraju gubitak ženstvenosti i tjelesnog integriteta, nerado gledaju svoje tijelo, imaju osjećaj manje seksualne atraktivnosti i nezadovoljne su operacijskim ožiljcima (58).

Mlađa je dob, uz hormonsku terapiju i slabije seksualno funkcioniranje prije tretmana, i najznačajniji faktor koji pridonosi seksualnim poteškoćama nakon tretmana. Također, razumijevanje seksualnosti u kontekstu oboljenja od raka dojke nesagledivo je samo kroz aspekt tjelesnom i neodvojivo je od ženinog intrapsihičkog iskustva kao i od utjecaja društvene konstrukcije seksualnosti i ženstvenosti (56).

Promjene u seksualnom funkcioniranju žena tijekom i nakon liječničkog tretmana najčešće su povezane sa smetnjama seksualnog uzbuđenja, lubrikacijom, doživljajem orgazma, seksualnom željom i užitkom. Kod seksualno aktivnih žena veće poteškoće povezane sa slikom o tijelu odnose se na mastektomiju i moguću rekonstrukciju, gubitak kose uslijed kemoterapije, zabrinutost oko tjelesne težine, lošije mentalno zdravlje, niže samopouzdanje i osjećaj partnerskog nerazumijevanja (58).

### 4.3 Liječenje seksualne disfunkcije

Seksualne disfunkcije mogu se učinkovito liječiti različitim oblicima seksualne terapije (59). Seksualna terapija tipično obuhvaća fleksibilan program liječenja koji uključuje brojne elemente koji se mogu prilagoditi potrebama pojedinaca i parova. Obično uključuje komponente ponašanja koje proizlaze iz seksualne terapije koju su razvili Masters i Johnson (60), tj. psiho-edukaciju o seksualnosti i seksualnoj disfunkciji, privremenu zabranu spolnog odnosa i osjetne vježbe fokusiranja.

Zabrana seksualnog odnosa može prekinuti začarani krug straha od seksualnog odnosa i kasnijeg negativnog iskustva i razočaranja te nudi mogućnost za pozitivna iskustva koja su posljedica povećane želje za seksualnim odnosom. Vježbe osjetnog fokusiranja podrazumijevaju hijerarhijski strukturiran program vježbanja, kroz koji partneri postupno ponovno uvode uzastopne faze seksualnog kontakta. Vježbe su usmjerene na postizanje više udobnosti s vlastitim tijelom i postizanje seksualne intimnosti s partnerom, fizički i emocionalno.

Drugi ciljevi su otkrivanje novih pristupa seksualnoj stimulaciji i poticanje komunikacije između partnera o seksualnim iskustvima, seksualnim željama i spolnim granicama. Ovi bihevioralni elementi seksualne terapije obično se kombiniraju s kognitivnom terapijom (61). Kroz kognitivnu terapiju, terapeut i klijent nastoje otkriti i modificirati klijentove disfunkcionalne, uznemirujuće spoznaje o seksualnosti koje se javljaju tijekom vježbi. Metodom kognitivnog restrukturiranja disfunkcionalne spoznaje zamjenjuju se funkcionalnijim.

Utvrđena je djelotvornost različitih vrsta psihoterapija za žensku seksualnu disfunkciju (FSD), uključujući poremećaj seksualne želje i seksualnog uzbuđenja, poremećaj orgazma, seksualnu bol i vaginizam. Razvijeno je i ocijenjeno nekoliko modificiranih programa liječenja za osobe koje su preživjele rak dojke. Intervencije s jačim učincima imaju tendenciju da budu usmjerene na par i uključuju komponente liječenja koje educiraju oba partnera o dijagnostici i liječenju žene, promiču procese međusobnog suočavanja i podrške parova i uključuju komponente liječenja koje koriste specifične tehnike terapije seksualnosti i slike o tijelu (62).

No, unatoč dostupnosti učinkovitog liječenja seksualnih disfunkcija, postoji značajna razlika između potrebe za profesionalnom spolnom zdravstvenom skrbi za žene preživjele od raka dojke i stvarne primjene skrbi. Kedde i sur. (63) izvijestili su da se samo 40% žena nakon raka dojke, koje su osjećale potrebu za pomoći, konzultiralo sa zdravstvenim djelatnicima. Hill i sur. (64) izvijestili su da, iako je više od 40% preživjelih ginekoloških karcinoma i raka dojke pokazalo interes za dobivanje profesionalne skrbi, samo 7% je tražilo takvu skrb.

Iako je seksualno funkcioniranje važno pitanje, zdravstvenim djelatnicima zna biti neugodno ispitivati ove podatke tijekom medicinskih konzultacija pacijentice s rakom dojke o seksualnim problemima zbog vremenskih ograničenja, srama, nedostatka znanja i iskustva u ovom području i/ili nedostatka sredstava za pružanje podršku ako je ona potrebna (65). Pacijenticama, također, može biti teško započeti raspravu o svojim seksualnim poteškoćama sa svojim zdravstvenim radnikom.

Razgovor o seksualnosti zahtijeva da se odnosi između liječnika i pacijentice izgrade na tri stupa: otvorenoj komunikaciji, medicinskom razumijevanju i obrazovanju. Zdravstveni djelatnici trebaju ispitivati pacijentice o njihovoj seksualnoj aktivnosti. To može pružiti pacijentici spoznaji da seksualno zdravlje nije "tabu" te im može pomoći da otvoreno progovore o problemima s kojima se suočavaju.

Dostupno je nekoliko metoda za raspravu o seksualnom zdravlju, uključujući PLISSIT model dopuštenja, ograničene informacije, specifične prijedloge i intenzivnu terapiju. Međutim, objavljeni su i drugi načini suradnje s pacijenticama. Park i kolege predložili su model komunikacije - kako bi se raspravilo i ocijenilo seksualno zdravlje (66).

Pristup seksualnom zdravlju, također, zahtijeva specifične procjene intimnosti jer je ona sastavni dio seksualnosti i često se previđa. Intimnost se može opisati kao emocionalna povezanost ili bliskost, koja se može dogoditi čak i u odsutnosti seksualne aktivnosti (ili "koitalnog imperativa"). Važnost intimnosti naglašena je radom Perza i sur. u kojem je ispitano više od 40 pacijentica, njihovih partnera i njihovih pružatelja zdravstvenih usluga (67). Potvrdili su da kliničari često smatraju da su problemi seksualnog zdravlja u fizičkoj domeni. Međutim, pacijentice i njihovi partneri naglasili su

da je intimnost sama po sebi važna i da je za neke, čak i u odsutnosti fizičkog i seksualnog odnosa, intimnost bila ne samo važna, nego i visoko cijenjena.

Sve to ukazuje na činjenicu da seksualnom funkcioniranju žena nakon raka dojke treba pristupiti sveobuhvatno te da navedeni pristup nikako ne smije izostaviti stanje prije bolesti te stanje na ovom području tijekom i nakon bolesti. Cjeloviti pristup može uvelike pomoći pacijenticama da ostvare svoju seksualnost, odnosno da uklone poteškoće s kojima se suočavaju.

## 5.RASPRAVA

U ovom radu je prikazano koliko seksualnih, a time i psiholoških poteškoća imaju žene koje su operirane na dojci. Upravo toj temi se ne pridava dovoljno pažnje. A i sama literatura na ovu temu nije dovoljno rasprostranjena. Najveći dio literature se odnosi na prevenciju raka dojke, liječenje raka dojke i sami zahvat. Dio o postoperativnom oporavku pacijentice, na seksualnoj i psihološkoj razini, nije toliko opširan. Upravo to je dio postoperativnog liječenja na koji bi se trebalo usmjeriti. To je tema koja bi se trebala puno češće nalaziti u medijima i svakodnevnom životu ljudi. Jer žene zbog promjena na svom tijelu osjećaju stigmatu koju treba ukloniti iz svakodnevnog društva. Upravo takvim pristupom žene bi lakše prihvatile promijene na svome tijelu i sami oporavak i prilagodba na promijene bi bila loša, a time i brža. Kvaliteta života svake žene bi bila manje narušena.

Uz sve to potrebno je spomenuti i pomoć psihologa koji se svakako nalazi u timu za žene oboljele od karcinoma dojke. Upravo od njega žena dobiva veliku pomoć koja je najbitnija u rješavanju ovog problema. Ali svakako je lakše i brže prihvaćanje promjena ako i sama zajednica sudjeluje u uklanjanju stigma kod ovakvih životnih promjena. Pri tome nisu dovoljne samo lokalne zajednice podrške već i na višoj razini je potrebno potaknuti svijest populacije.

## 6.ZAKLJUČAK

Seksualni problemi su uvelike prisutni među pacijenticama koje su operirale rak dojke. Oni su bitan čimbenik kvalitete života te kao takvi mogu uvelike narušiti normalno funkcioniranje žene nakon operacije dojke.

Postoje velike razlike u seksualnoj funkciji između pacijentica koje traže i primaju terapiju vezanu uz seksualno funkcioniranje, ali i koje primaju informacije o seksualnom funkcioniranju nakon operacije dojke i onih koje ne pristupaju takvim terapijskim postupcima.

U liječenju raka dojke seksualne funkcije žena se uglavnom zanemaruju. Unatoč prevalenciji i problema s intimnošću među velikim brojem preživjelih od raka dojke, samo nekoliko je intervencija razvijeno kako bi se specifično riješila ta pitanja. Većina se usredotočila na pomaganje ženama da se prilagode velikim promjenama u svom životu ili na naučene vještine suočavanja s bolešću. Seksualna procjena i savjetovanje nisu rutinski predviđeni u onkološkom okruženju. Postoji hitna potreba da onkolozi postanu svjesni važnosti seksualnog života njihovih pacijenata. Nadalje, pacijentice oboljele od raka dojke trebaju otvorenu komunikaciju o intimnosti i seksualnosti. One bi trebale naučiti istraživati i liječiti seksualne disfunkcije istovremeno dok liječe rak dojke. Štoviše, one moraju biti svjesne seksualnih nuspojava nakon operacije raka dojke te načina kako mogu smanjiti seksualnu disfunkciju.

Ovom području se tek u novije vrijeme posvećuje veća pažnja. Međutim, istraživanja pokazuju kako se seksualnost treba aktivno uključiti u liječenje, odnosno kako psihološka pomoć ženama nakon operacije dojke nikako ne bi smjela biti usredotočena samo na pojedine čimbenike funkcioniranja. Seksualnost je važan dio života te je bitno da žene nakon operacije dojke prihvate svoje tijelo i da povrate seksualno funkcioniranje kakvo su imale prije operacije.

Međutim, u tome je ženama često potrebna stručna pomoć. Iz navedenog razloga o ovom problemu treba govoriti otvoreno te mu treba pristupiti kao bitnom čimbeniku u psihološkoj pomoći ženama nakon operacije dojke. Jedino na taj način se može pozitivno djelovati na samu kvalitetu života žena koje se suočavaju s bolešću i

posljedicama bolesti. Također, važno je da su u takve psihološke terapije uključeni i partneri jer i oni trebaju prihvatiti promjene izazvane operacijama.



## 7. LITERATURA

- (1) Brajan D., Fumić N., Ružak N., Marinović M.. Limfedem nakon operacije tumora dojke. *Acta Med Croatica*, 69 (2015) (Supl. 1) 27-30
- (2) <http://www.kbcsm.hr/wp-content/uploads/2016/06/Kirur%C5%A1ko-lije%C4%8Denje-raka-dojke-e-izdanje-2016.pdf>
- (3) Renata Pinjatela: Neke karakteristike kvalitete života osoba sa i bez malignog oboljenja, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 2008, Vol 44, br. 2, str. 79-98
- (4) Ellsworth W.A., Bass B.L., Skoracki R.J., et al. Breast reconstruction in women under 30: a 10-year experience. *Breast J.* 2011;17:18–23.
- (5) Ganz P.A., Schag A.C., Lee J.J., et al. Breast conservation versus mastectomy. Is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery? *Cancer.* 1992;69:1729–38.
- (6) Martinec R., Miholić D., Stepan Giljević J. Psihosocijalna onkologija i neki aspekti kompleksne rehabilitacije u odraslih osoba i djece oboljelih od malignih bolesti. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 2012;48: 145-55.
- (7) Mertz B.G., Bistrup P.E., Johansen C., Dalton S.O., Deltour I., Kehlet H et al. Psychological distress among women with newly diagnosed breast cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2012;16:439-43.
- (8) Martinec R. Multidimenzionalna procjena doživljaja slike tijela u žena s rakom dojke, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 2014;49:54-68.
- (9) Kornblith A.B., Herndon J.E., Zuckerman E., Viscoli C.M., Horwitz R.I., Cooper M.R., Harris L., Tkaczuk K.H., Perry M.C., Budman D., Norton L.C., Holland J. Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer.* 2001;91(2):443-454.
- (10) Mehnert A., Koch U., Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology.* 2007;16(3):181-188.

- (11) Grunfeld E., Coyle D., Whelan T., Clinch J., Reyno L., Earle C.C., Willan A., Viola R., Cristine M., Janz T., Glossop R. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal*. 2004;170(12):1795-1801.
- (12) Northouse L.L., Mood D., Kershaw T., Schafenacker A., Mellon S., Walker J., Galvin E., Decker V.,. Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members. *Clinical Oncology*. 2002;20(19):4050-4064.
- (13) Bahnson C.B., Bahnson M.B., Role of the ego defenses: denial and repression in the etiology of malignant neoplasm. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1966;125(3):827-845.
- (14) Perry J.C., Metzger J., Sigal J.J., Defensive Functioning Among Women With breast Cancer and Matched Community Controls. *Psychiatry*. 2015;78(2):156-69.
- (15) Kissane D.W., Grabsch B., Love A., Clarke D.M., Bloch S., Smith G.C., Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004;38(5):320-326.
- (16) Miller K., Massie M.J., Depression and anxiety. *Cancer Journal*. 2006;12(5):388-397.
- (17) O'Connor M., Christensen S., Jensen A.B., Møller S., Zachariae R., How traumatic is breast cancer? Post-traumatic stress symptoms (PTSS) and risk factors for severe PTSS at 3 and 15 months after surgery in a nationwide cohort of Danish women treated for primary breast cancer. *British Journal of Cancer*. 2011;104(3):419-426
- (18) Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. Četvrto izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1996.
- (19) Shelby R.A., Golden-Kreutz D.M., Andersen B.L., PTSD diagnoses, subsyndromal symptoms, and comorbidities contribute to impairments for breast cancer survivors. *Journal of Traumatic Stress*. 2008;21(2):165-172.

- (20) Meyerowitz, B. E. (1980)., Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psychos.Bull*, 8, 108–131.
- (21) Penman, D. T. (1980)., Coping strategies in adaptation to mastectomy. Doctoral dissertation. Yeshiva University. Diss. Abstr. 40:5825B
- (22) Klikovac, T., Andrijić, M. (2013)., Psiho-onkologija. U Džodić, R., i sar., Rak dojke. Monografija u pripremi za štampu.
- (23) Vlajković, J., (1992). Životne krize i njihovo prevazilaženje. Beograd: Nolit.
- (24) Šamija M., Nemet D. i suradnici: Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika, Zagreb, 2010.
- (25) Rowland J.H., Meyerowitz B.E., Crespi C.M., Leedham B., Desmond K., Belin T.R., Ganz P.A.: Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: a randomized controlled group intervention. *Breast Cancer Res Treat.* 2009 Nov;118(1):99-111. doi: 10.1007/s10549-009-0398-x. Epub 2009 Apr 24.
- (26) Gregurek R., Braš M.: Psihoonkologija. Osijek, 2008.
- (27) Hopwood P., Fletcher I., Lee A., Al Ghazal S., A body image scale for use with cancer patients. *European journal of cancer.* 2001 Jan;37(2):189–197.
- (28) Han J., Grothuesmann D., Neises M., Hille U., Hillemanns P., Quality of life and satisfaction after breast cancer operation. *Archives of gynecology and obstetrics.* 2010 Jul;282(1):75–82.
- (29) Fingeret M.C., Nipomnick S.W., Crosby M.A., Reece G.P., Developing a theoretical framework to illustrate associations among patient satisfaction, body image and quality of life for women undergoing breast reconstruction. *Cancer Treat Rev.* 2013 Oct;39(6):673–681.
- (30) Przewdziecki A., Sherman K.A., Baillie A., Taylor A., Foley E., Stalgis-Bilinski K., My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psychooncology.* 2013 Aug;22(8):1872–1879.

- (31) Kissane D.W., Grabsch B., Love A., Clarke D.M., Bloch S., Smith G.C., Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2004 May;38(5):320–326
- (32) Panjari M., Bell R.J., Davis S.R., Sexual function after breast cancer. *The journal of sexual medicine*. 2011 Jan;8(1):294–302
- (33) Zimmermann T., Scott J.L., Heinrichs N., Individual and dyadic predictors of body image in women with breast cancer. *Psychooncology*. 2010 Oct;19(10):1061–1068.
- (34) Fingeret M.C., Teo I., Epner D.E., Managing body image difficulties of adult cancer patients. *Cancer*. 2014;23:633–41
- (35) Runowicz C.D., Leach C.R.L., Henry N.L., et al. American cancer society/American society of clinical oncology breast cancer survivorship care guideline. *Cancer J. Clin*. 2016;66:43–73.
- (36) Ganz P.A., Supportive care after curative treatment for breast cancer (survivorship care):Resource allocations in low- and middle-income countries. A breast health global initiative 2013 consensus statement. *Breast J*. 2013;22:606–15
- (37) Morone G., Iosa M., Fusco A., et al. Effects of a multidisciplinary educational rehabilitative intervention in breast cancer survivors:The role of body image on quality of life outcomes. *Sci World J*. 2014;2014:1–11.
- (38) Vidotti J.F., Scorsolini-comin F., Santos M.A., Qualidade de vida em sobreviventes de longo prazo ao câncer de mama:análise da produção científica. *Psicol Teor Prat*. 2013;15:49–68.
- (39) Pauwels E.J., Charlier C., Bourdeaudhuij I.D., et al. Care needs after primary breast cancer treatment. Survivors'associated sociodemographic and medical characteristics. *Psychooncology*. 2013;22:125–32.
- (40) Rhondali W., Screening for body image dissatisfaction in patients with advanced cancer:A pilot study. *J Palliat Med*. 2015;18:151–6.

- (41) White C.A., Body image dimensions and cancer:A heuristic cognitive behavioural model. *Psychooncology*. 2000;9:183–92.
- (42) Chang O., Choi E.U., Kim I.R., et al. Association between socioeconomic status and altered appearance distress, body image, and quality of life among breast cancer patients. *Asian Pac J. Cancer Prev*. 2014;15:8607–12.
- (43) Tan F.L., Loh S.Y., Su T., et al. Return to work in multi-ethnic breast cancer survivors –A qualitative inquiry. *Asian Pac J. Cancer Prev*. 2012;13:5791–7.
- (44) Recio-Saucedo A., Gerty S., Foster C., et al. Information requirements of young women with breast cancer treated with mastectomy or breast conserving surgery:A systematic review. *Breast J*. 2016;25:1–13.
- (45) Andrzejczak E.,Markocka-Mączka K., Lewandowski A., Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction. *Psychooncology*. 2013;22:1653–7.
- (46) American Psychiatric Association., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- (47) Foster G., Wadden T., Vogt R., Body image in obese women before, during, and after weight loss treatment. *Health Psychology*. 1997;16:226–229.
- (48) American Cancer Society., *Breast cancer [Brochure]* Atlanta, GA: Author; 2011.
- (49) Alicikus Z., Gorken I., Sen R., Kentli S., Kinay M., Alanyali H., Harmancioglu O., Psychosexual and body image aspects of quality of life in Turkish breast cancer patients: A comparison of breast conserving treatment and mastectomy. *Tumori*. 2009;95:212–218.
- (50) Ganz P., Desmond K., Belin T., Meyerowitz B., Rowland J., Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*. 1999;17:2371–2380.

- (51) Kuo A., Wiggins D., Dizon D., Sexual dysfunction after breast cancer treatment: Common problems, diagnosis, and management. *Breast Cancer SRM*. 2008;6:17–20.
- (52) Beckjord E., Campas B.E., Sexual quality of life in women with newly diagnosed breast cancer. *J Psychosoc Oncol*. 2007;25:19–36.
- (53) Panjari M., Bell R.J., Davis S., Sexual function after breast cancer. *J Sex Med*. 2011;8:294–302.
- (54) Flynn K.E., Reese J.B., Jeffery D.D., Abernethy A.P., Lin L., Shelby R.A., et al. Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. *Psycho-oncology*. . 2012;21(6):594–601.
- (55) Fafouti M., Paparrigopoulos T., Zervas Y., Rabavilas A., Malamos N., Liappas I, et al. Depression, anxiety and general psychopathology in breast cancer patients: a cross-sectional control study. *In Vivo*. . 2010;24(5):803–10.
- (56) Emilee G., Ussher J.M., Perz J., Sexuality after breast cancer: A review. *Maturitas*. 2010; 66: 397–407
- (57) Waljee J.F., Hu E.S., Ubel P.A., Smith D.M., Newman L.A., Alderman A.K., Effect of Esthetic Outcome After Breast-Conserving Surgery on Psychosocial Functioning and Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*. 2008; 26(20): 3331–3337
- (58) Fobair P., Stewart S.L., Chang S., D’Onofrio C., Banks P.J., Bloom J.R., Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology*. 2006; 15(7): 579–597.
- (59) Günzler C., Berner M.M., Efficacy of Psychosocial Interventions in Men and Women With Sexual Dysfunctions—A Systematic Review of Controlled Clinical Trials. *J. Sex Med*. 2012;9(12):3108–25.
- (60) Masters W.H., Johnson V.E., *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown; 1970.

- (61) van Lankveld J.J.D.M., Broomans E., Cognitieve therapie bij seksuele disfuncties. In: Bögels S.M., van Oppen P., editors. Cognitieve therapie: theorie en praktijk. 2. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2011. pp. 391–424.
- (62) Scott J.L., Kayser K. A review of couple-based interventions for enhancing women's sexual adjustment and body image after cancer. *Cancer J*. 2009;15(1):48–56.
- (63) Kedde H., van de Wiel H.B., Weijmar Schultz W.C., Wijzen C., Sexual dysfunction in young women with breast cancer. *Support Care Cancer*. 2013;21(1):271–80.
- (64) Hill E.K., Sandbo S., Abramsohn E., Makelarski J., Wroblewski K., Wenrich E.R., et al. Assessing gynecologic and breast cancer survivors' sexual health care needs. *Cancer*. 2011;117(12):2643–51.
- (65) Stead M.L., Brown J.M., Fallowfield L., Selby P., Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *Br J. Cancer*. 2003;88(5):666–71
- (66) Park E.R., Norris R.L., Bober S.L., Sexual health communication during cancer care: barriers and recommendations. *Cancer J* 2009;15:74-7
- (67) Perz J., Ussher J.M., Gilbert E., Constructions of sex and intimacy after cancer: Q methodology study of people with cancer, their partners, and health professionals. *BMC Cancer* 2013;13:270.

## **POPIS SLIKA**

Slika 1: Stanje PRIje i poslije mastektomije (2)

5



## POPIS TABLICA

|                                                                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablica 1: Klasifikacija ženskih seksualnih disfunkcija i dijagnostički kriteriji iz<br>Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (46) | 19 |
| Tablica 2: Lijekovi i ženska spolna disfunkcija (55)                                                                                                         | 22 |