

SPOLNOST IN SPOLNO ZDRAVJE

SPOLNO ZDRAVJE, 2. DEL

SEXUALITY AND SEXUAL HEALTH

SEXUAL HEALTH, PART II

Mihaela Skoberne

UDK/UDC 616.6.06

DESKRIPTORJI: *spolnost; spolno vedenje*

DESCRIPTORS: *sexuality; sex behaviour*

Izvleček – Članek opisuje spolnost v okviru ostalih dimenzij zdravja in predstavi definicijo spolnega zdravja SZO ter poudari potrebo po tem, da se spolnost obravnava kot del procesa zdravstvene nege in kot integralni del posameznikove blaginje.

Abstract – The article describes sexual health in the frames of other dimensions of health, presents the definition of sexual health by WHO, and stressed the need that sexuality is dealt with in the frames of nursing care as an integral part of an individual's well-being.

Uvod

Razmisliti moramo o treh osnovnih področjih, kjer morda potrebujemo nadaljnje izpopolnjevanje, če želimo z občutkom samozavesti obravnavati obsežno paleto vprašanj, ki obdajajo spolno zdravje: o našem lastnem znanju, vrednotah in prepričanju ter kliničnih ali strokovnih spretnostih glede svetovanja in komunikacije (Andrews, 2001).

Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization – v nadaljevanju WHO) je leta 1986 izdala dokument o spolnem zdravju, iz katerega so razvidni ključni problemi ter iskanje ukrepov glede spornih vprašanj osebne narave z močno družbeno vpletenostjo:

- sposobnost uživati in nadzorovati spolno in reproduktivno vedenje, glede na osebno in socialno etiko;
- doživljati živahno in zdravo spolnost brez strahu, krivde, napačnih mnenj in drugih psiholoških dejavnikov, ki ovirajo spolni odziv in škodujejo spolnim odnosom;
- izogniti se organskim motnjam, boleznim in nepravilnostim, ki so povezane s spolnim in reproduktivnim delovanjem.

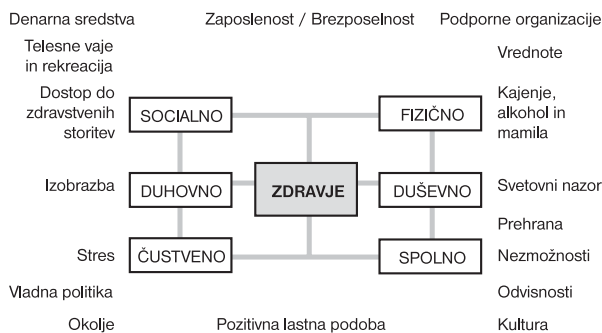
S socialno zdravstvenega stališča je potrebno, da medicinske sestre o tem razmišljamo na vseh področ-

jih zdravstvenega varstva ter varovancem svetujemo, da dosežejo spolno zdravje kljub omejitvam, ki jim jih vsiljujejo njihova osebna telesna stanja. Tak pristop zahteva izobraževanje (znanje o spolnosti in bolnikovi bolezni), v praksi z bolnikom pa komunikacijo pri kateri pridejo do izraza spretnosti asertivnega vedenja. Osnova za pogovor o spolnosti je iskrena, odkrita spolna anamneza. Medicinska sestra, ki tega ni sposobna naj se ne loteva varovančevih problemov o spolnosti, ker je tema že sama po sebi zelo občutljiva.

Izraz spolno zdravje nekaterim preprosto pomeni zdravstvene probleme, povezane s spolno aktivnostjo, drugi ga obravnavajo zaradi širine hkrati v povezavi s samospoštovanjem in medsebojno izpolnitvijo (Andrews, 2001). Spolno zdravje vzajemno deluje z ostalimi dimenzijami zdravja, na katere vplivajo številni dejavniki (Illman, 2001) – glej shemo 1.

Definicija spolnega zdravja in značilnosti spolno zdravih ljudi

Definicija WHO smatra, da je »spolno zdravje integracija telesnih, emocionalnih, intelektualnih in socialnih aspektov spolnega bitja, na načine, ki bogatijo in poudarjajo osebnost, komunikacijo in ljubezen« (cit. po Woods, 1983; cit. po Nelson, 2001). Atkinson (1998) dodaja omenjenim komponentam še duhovno.



Shema 1. Dimenzije zdravja – holističen pogled (Illman, 2001).

Lion (1982; cit. po Atkinson 1998) navaja naslednje značilnosti spolno zdravih ljudi:

1. Izražajo pozitivno mnenje o sebi oziroma o svoji telesni podobi.
2. Imajo kognitivno znanje o človeški spolnosti.
3. Pri njih je opaziti skladnost med biološkim spolom, spolno identiteto in vedenjem v zvezi s spolno vlogo.
4. Njihovo vedenje je skladno s podobo, ki jo imajo o sebi.
5. Zavedajo se lastnih spolnih čustev in lastnosti.
6. So telesno in psihosocialno dovzetni za sebe in druge.
7. Zadovoljni so s svojim spolnim vedenjem in življenjskimi slogi.
8. Sprejemajo odgovornost za užitek in reprodukcijo.
9. Sposobni so ustvariti uspešne medosebne odnose z obema spoloma.
10. Razvijajo sistem uporabnih vrednot.

Zdravstvena vzgoja in promocija spolnega zdravja

Ni potrebno, da postanejo medicinske sestre spolne terapevtke. Dovolj je, da se zavedajo povezanosti med zdravjem, boleznijo in spolnostjo ter znajo varovance pravilno informirati in jim svetovati o spolnosti in spolnem zdravju ter s tem odstranjevati mite (glej tabelo 1). S pojavom HIV-a in aidsa se od njih vedno bolj zahteva, da odprto razmišljajo o svojih stališčih do spolnosti in spolnega zdravja na osnovi domene, da so tabuji o teh temah popolnoma neprimerni ter na osnovi pričakovanj, da bosta omenjeni temi vključeni v sodobne izobraževalne študijske programe.

Večina strokovnjakov za človeško vedenje se strinja, da je spolna prilagoditev prvi pogoj za osebno dozorevanje in uspešno prilagoditev okolju. Znanstveno raziskovanje in klinična opazovanja potrjujejo, da je spolna prilagoditev soodnosna s pravočasno, neprestano in točno spolno izobrazbo, ki je podana na zdravju koristen način brez občutka krivde (Mc Cary, 1973; cit. po Reeder in Martin, 1987).

Mladim ne moremo govoriti o spolnosti romantično in idealistično, temveč stvarno, tako kot pravi Brajša: „Ni tako pomembno naučiti mlade, kako se te stvari počne, bolj pomembno jih je naučiti, da se o tem pogovarjajo. Človeška seksualnost ni samo fiziološka, niti samo individualno psihološka, predvsem je doživljajski pojav. Doživljajska komponenta se ne sme prepustiti spontanemu razvoju kot enostavna nadgradnja nagnostkega. Treba jo je negovati in izpopolnjevati. V vsakdanjem jeziku ta doživljajski aspekt človeške seksualnosti imenujemo ljubezen.« Medicinske sestre si prizadevajo doseči cilj spolne vzgoje, ki naj bi bil »razvoj stabilne osebnosti, sposobne zdravega ljubezenskega, spolnega in zakonskega življenja, ki najde v razmerju med spoloma resnično življenjsko srečo« (Hoyer, 1994) ter vzdržuje spolno zdravje.

S stališča promocije spolnega zdravja je potrebno izobrazevati tako ženske kot moške glede njihovih spolnih želja, bojzljivih predstav v zvezi s spolnostjo, spolnih tehnikah in o potrebah pri nasprotnem spolu, s čimer se lahko zmanjšajo razlike in nerazumevanja med njimi.

Tab. 1. Nekaj pogostih mitov o spolnosti (Hawton in Oppenheimer, 1993).*

1. Moški si vedno želi spolnosti in je nanjo vedno pripravljen.
2. Vsaka ženska, ki napeljuje na spolnost, je nemoralna.
3. Napačno je imeti fantazije med spolnim odnosom.
4. Vsak telesni kontakt nujno vodi v spolni odnos.
5. Če moški izgubi erekcijo, pomeni, da ga partnerka spolno ne privlači več.
6. Seks naj bi bil vedno naraven in spontan; razmišljanje in pogovarjanje o tem mu odvzmeta privlačnost.
7. Moški naj ne izrazijo svojih čustev.
8. Seks je dober le, če partnerja doživita orgazem istočasno.
9. Seks se enači s spolnim odnosom; vse ostalo ne šteje.
10. Partner v spolnem odnosu instinktivno ve, kaj drugi partner razmišlja in kaj si želi.

* Verovanje v take mite lahko vodi v napačna pričakovanja v zvezi s spolnostjo

Ocenjevanje spolnega zdravja

Informacija o bolnikovem spolnem zdravju naj bi vedno bila integralni del ocenjevanja. Pomembno je, da medicinska sestra oceni spolnost holistično in vključi to oceno v negovalno anamnezo, ki je osnova za identificiranje potencialnih in obstoječih spolnih problemov, zaradi katerih se planirajo preventivne in terapevtske intervencije.

Spolno anamnezo lahko pričnemo z naslednjo ugotovitvijo: »Spolno zdravje je pomemben del človekovega življenja in lahko vpliva na telesno dobro počutje. Kot vaša medicinska sestra se zanimam za vse vidike vašega dobrega počutja. Odgovori na vprašanja o vašem spolnem zdravju mi bodo pomagali, da bom bolje razumela vaše zdravstveno stanje.«

Primeri vprašanj:

1. Kako bi opisali svojo sedanjo spolno aktivnost?
2. Običajno imajo ljudje v stanju, kot je vaše, spolne probleme. Ali tudi vas kaj skrbi itd.?

Kadar je bolnik zaskrbljen glede spolnosti, lahko medicinska sestra izvede mnogo bolj detajlno spolno anamnezo. Sledeča spolna anamneza bi bila primerena, če gre za specifičen spolni problem.

1. Opis sedanjega problema.
2. Začetek in potek problema:
 - a) začetek (čas, postopen ali nenaden), dogodki, ki so ga izzvali, naključje;
 - b) potek (sprememba čez čas – povečal, zmanjšal, nestabilnost v pogostosti in intenziteti).
3. Bolnikov koncept vzroka in trajanja problema.
4. Preteklo zdravljenje z izvidi:
 - a) medicinska evalvacija (posebnosti, datum, oblika zdravljenja, rezultati in zdravila);
 - b) profesionalna pomoč (vrsta in rezultati);
 - c) samozdravljenje (vrsta in rezultati).
5. Sedanja pričakovanja in cilj zdravljenja (konkretni in idealni).

Taka anamneza vsebuje dejanske podatke, kot tudi sprejemanje in občutenje spolnega problema (Fogel, 1998).

Medicinska sestra, ki sprejme pobudo ter sprašuje obzirno in hitro preide na predmet razgovora, bo morda dosegla, da bo bolnik bolj sproščen in zaupljiv (Burt, 1995; cit. po Adams in Bromley, 1998).

Vendar pozor!

Človek, ki ima spolne probleme je izredno ranljiv! Spolne anamneze ne smemo nikoli izsiliti!

Vsaka medicinska sestra mora najti lastno metodo, ki je sprejemljiva zanjo in za bolnika. Pričakuje se, da bo razvila lasten slog, ko bo pridobila določeno samozavest pri jemanju spolne anamneze. Pravilen pristop k poizvedovanju za problemi in primernimi podatki bo odvisen predvsem od njenega poznavanja bolnikove razvojne stopnje, odnosa in zaupanja med njo in bolnikom (Fogel, 1998).

Zavedati se mora, da vljuden, stvaren intervju sprosti razgovor o spolnih vprašanjih in vpliva na njeno in bolnikovo počutje.

Za uspešen intervju je pomembno (Potter in Perry, 1985):

- poskrbimo za tih, zaseben prostor in omogočimo dovolj časa;
- pristopimo prisrčno, izrazimo empatijo;
- bolniku zagotovimo zaupnost intervjuja in razložimo, zakaj je vključena tudi spolna anamneza;

- začnimo pogovor s temami, ki so manj občutljive;
- prilagodimo intervju bolnikovemu življenjskemu slogu in poskusimo premagati kulturne in jezikovne pregrade;
- sproti ocenjujemo bolnikovo pripravljenost za to, da nadaljujemo z anamnezo; če ugotovimo, da odklanja odgovore, mu moramo to odkrito povedati;
- dopuščajmo možnost, da je vsem bolj težko govoriti o spolnosti;
- bolniku pustimo čas za premislek, preden odgovori;
- poslušajmo pozorno in opazujmo neverbalne namige in govorico telesa;
- vzdržujmo stik z očmi, kolikor je le mogoče, razen če vemo, da je to za bolnika kulturno nesprejemljivo;
- izogibajmo se sedenja za mizo. Sedimo, kot je najbolj primerno za oba;
- počakajmo malo s pisanjem, če že pišemo, posebno, če se bolnik počuti slabo ali pa razpravlja o zelo osebnih zadevah;
- uporabljamo odprta vprašanja, da ne bo bolnik odgovarjal samo z »da« ali »ne«. Odprta vprašanja izzbijajo mnogo več informacij. Na primer: «Kaj, če sploh kaj, bi spremenili glede vašega spolnega življenja?«, daje več informacij kot pa: «Ali ste zadovoljni s spolnim življenjem?»
- ne pritiskajmo na bolnika, da odgovori na vprašanje;
- izogibajmo se nejasnim in nespecifičnim izrazom; pojasnimo terminologijo. Če bolnik uporablja narečje, ugotovimo, kaj kakšna beseda pomeni. Če se ob kateri besedi počutimo nelagodno, izberimo drugo, za katero pa ni treba, da je medicinska;
- nikoli si ničesar ne izmislimo in ne vzemimo ničesar za izmišljeno;
- ne sodimo, kaj je »pravilno«, »napačno« ali »ne-normalno«;
- dopuščajmo, da so vsi bolniki, čeprav trdijo drugače, spolno izkušeni.

Telesna preiskava

Tudi telesni pregled je pomemben in je običajno indiciran z negovalno anamnezo, varovančevimi skrbmi, cilji zdravljenja in potrebo napotiti varovanca k ustreznemu strokovnjaku (Fogel, 1994). Sem sodi na primer:

- opazovanje vnanjega spolovila,
- pregled prsi in
- notranja ginekološka preiskava.

Laboratorijski podatki

Za identifikacijo vzroka spolne disfunkcije pridejo v poštev naslednji laboratorijski podatki na primer:

- krvna slika,
- funkcijski test ščitnice,
- pregled hormonov,
- vaginalni citološki pregled,
- test za ugotavljanje krvnega sladkorja,
- EKG,
- rentgen srca in pljuč.

S pomočjo preiskav je lahko odkrit osnovni vzrok spolnega problema. Ta je običajno rešen potem, ko se s primernim zdravljenjem odpravijo problemi drugih telesnih sistemov ali pa so ublaženi vplivi zdravil (na primer antihipertenzivov) in razvade, ki ovirajo spolno delovanje bolnika. Celo če ni simptomov spolnih problemov, zbrani podatki služijo številnim namenom, ki utrdijo vez med bolnikom in medicinsko sestro in so temelj zdravstvene nege.

Negovalna diagnoza

Analiza podatkov, dobljenih s spolno anamnezo, iz fizioloških in psihosocialnih dejavnikov lahko vodi do identifikacije spolnega problema.

Spolna disfunkcija (funkcijska motnja) je negovalna diagnoza, ki jo je sprejela NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) leta 1992 (cit. po Carlson in sod., 1991; cit. po Carpenito, 1997) in jo opredelila kot: »*Stanje v katerem posameznik doživlja ali je v nevarnosti, da doživi spremembo spolnega zdravja, ki jo presodi kot zelo neugodno in neustrezno.*«

Dejavniki, ki prispevajo k spolnim motnjam

Hurley 1986 navaja naslednje dejavnike:

1. Neučinkovite vloge modelov, oziroma njihova odsotnost (na primer: starši s spolnimi disfunkcijami ali negativnimi pogledi na spolnost).
2. Spremenjena struktura telesa ali funkcije (bolezni, travma, zdravila, droge, nosečnost, nedavno rojstvo mrtvega otroka, anatomski abnormalnosti genitalij).
3. Pomanjkanje znanja ali napačne informacije o spolnosti.
4. Telesna zloraba (posilstvo).
5. Psihosocialna zloraba.
6. Konflikti vrednot.
7. Izguba partnerja – smrt, ločitev, pomanjkanje denarja.
8. Čustvena ranljivost.
9. Psihosocialni dejavniki: jeza, krivda, depresija, strah pred neuspehom.
10. Hospitalizacija.
11. Alkoholizem.
12. Debelost.
13. Utrujenost.

Brajša (1982) trdi, da je spolna motnja lahko posledica nekvalitetnega odnosa med seksualnima partnerjema, neuspele in slabe komunikacije med njima oziroma rezultat neenakopravne uporabe odnosnih obrambnih mehanizmov partnerja. Spolna motnja je lahko povsem nekaj drugega, toda skoraj vselej je deloma, v nekaterih primerih pa v celoti, posledica motenj v odnosni psihodinamiki spolnih partnerjev.

Primeri že obstoječih negovalnih diagnoz pri bolnikih s spolnimi problemi se nanašajo na (Hurley, 1986):

- strah pred učinkom spolnega odnosa po srčnem infarktu,
- nevrološke spremembe zaradi diabetes mellitusa,
- negativno telesno podobo zaradi mastektomije, amputacije penisa itd.,
- pomanjkljivo znanje glede spolno prenosljivih bolezni,
- miselnost in strah, da se poškoduje fetus pri spolnem odnosu,
- prekomerno uživanje alkohola,
- krivdo za uživanje v spolnih odnosih,
- izkušnje travmatičnega posilstva,
- strah zaradi neprimerne spolne izkušnje,
- pomanjkljivo znanje glede kontracepcije in
- strah pred nosečnostjo.

Načrtovanje in izvajanje zdravstvene nege

Tako kot vsa področja zdravstvene nege, tudi problemi v zvezi s spolnostjo zahtevajo učinkovito načrtovanje pomoči. Želeni pa so naslednji cilji: *globalni cilj* zdravstvene nege pri bolniku s spolnimi problemi je: *spolno zdravje*.

Kratkoročni cilji pa so:

1. Spolna osveščenost posameznika o lastnih stališčih, vedenju in znanju
2. Zagotovljene primerne informacije o spolnosti in spolna vzgoja
3. Ugotovljeni spolni problemi in nudena pomoč
4. Pozitivno sprejemanje telesne podobe in dobro mnenje posameznika o samem sebi

Za določanje terapevtske intervencije pri spolnih motnjah se uporablja lahko PLISSIT model (Annon, 1976; cit. po Fogel, 1994); (Annon, 1974; cit. po Walton, 1995), ki predlaga štiri stopnje terapevtske intervencije (svetovanja):

- permission (dovoljenje),
- limited information (omejena informacija),
- specific suggestions (določeni predlogi) in
- IT (intenzivna terapija).

1. Dati dovoljenje – bolnikom in svojem jasno izrazimo, da smo pripravljeni pogovoriti se o skrbeh in čustvih, ki jih imajo v zvezi s spolnostjo.

2. Omejeno informacijo nudimo lahko glede na zaplete v zvezi s spolnostjo med nosečnostjo.
3. Določeni predlogi – na primer: bolnici z artritisom damo specifična navodila glede položaja pri spolnem odnosu.
4. Intenzivna terapija – bolnike s spolnimi problemi, ki zahtevajo intenzivno terapijo, napotimo k izkušenemu spolnemu terapevtu oziroma strokovnjaku z dodatno izobrazbo na področju spolnega svetovanja in terapije.

Večina bolnikov potrebuje intervencije na prvih treh stopnjah modela, kjer jim medicinska sestra lahko sama pomaga potem, ko je predhodno skupaj z njimi ugotovila problem. Bistveno je, da se medicinske sestre zavedo mej lastnega znanja in temu primerno ukrepajo.

Vrednotenje

Z evalvacijo medicinska sestra določi uspešnost negovalnega načrta. Primerja odgovore (reakcije) bolnikov na zdravstveno nego z načrtovanimi cilji, ki so za kriterij vrednotenja. Iz tega sklepa ali je bil načrt zdravstvene nege uspešen ali ne.

Spremembe spolnega delovanja

Za normalno spolno delovanje človeka so bistvenega pomena zdravo telo in duševnost ter čustvena stabilnost (Atkinson, 1998). V nadaljevanju sestavka so opisani dejavniki, ki lahko ovirajo posameznikovo izražanje spolnosti.

Motnje spolne identitete in spolne preference

V naslednjem sestavku so predstavljene le tiste, ki so posledica dogajanja v človekovi duševnosti (Ziherl, 1999).

Motnji spolne identitete sta transseksualizem in transvestizem.

Transseksualizem je motnja, ki se kaže kot neobvladljiva želja živeti kot oseba nasprotnega spola. Transseksualni človek je prepričan, da je njegova anatomska sestava zgrešena, saj je duševno povsem jasno opredeljen kot član nasprotnega spola. Zato se počuti v lastnem telesu tuje in stori vse, da bi mu zdravniki endokrinologi in kirurgi spremenili spol.

Transvestizem – je nošenje oblek nasprotnega spola z namenom, da bi posameznik izkusil občutek, da je član nasprotnega spola. Ta želja ni trajna kot pri transseksualizmu. Preoblačenje v oblačila nasprotnega spola pa ne spremlja spolni užitek kot pri fetišističnem transvestizmu. Te vrste transvestizem ostane običajno prikrit; torej ni potrebe po zdravljenju.

Motnje spolne preference so:

Fetišizem – pri tej motnji povzroči spolno vzburljivo kakšen predmet ali njegov del. Pogosto so taki predmeti (fetišji) povezani s človekovim telesom, kot n.pr. deli oblačil. Fetišizem je skoraj izključno motnja moških.

Fetišistični transvestizem – je motnja pri kateri človek (praviloma moški) nosi oblačila nasprotnega spola zato, da bi se spolno vzburlil in doživel orgazem.

Ekshibicionizem – je neprestana težnja človeka, da bi svoja spolovila razkazoval tujim ljudem na javnih krajih. Pri tem si tak človek dejansko ne želi fizičnega stika z ljudmi, ki se jim razkazuje.

Voađerstvo – je trajna težnja človeka opazovati ljudi ob spolnem odnosu ali kakšnem drugem intimnem početju (slačenje, umivanje), ne da bi opazovani to vedel. Ob tem tak človek običajno masturbira in doživi orgazem.

Pedofilija – je spolno nagnjenje do otrok, ki so v predpubertetni ali zgodnji pubertetni dobi.

Sadomazohizem – je spolno nagnjenje do takih spolnih dejavnosti, pri katerih si partnerja povzročata bolečino, se trpinčita in se ponižujeta. Tisti, ki se pri tem podreja, je mazohist.

Zdravljenje motenj spolne preference je težavno in prognozično neugodno. Kadar je človek s tako motnjo zelo dobro motiviran za zdravljenje, pride v poštev kognitivna behavioralna psihoterapija (Ziherl, 1999).

Bolezni srca in diabetes mellitus

Bolezni srca in diabetes mellitus sta dve dolgotrajni bolezni, ki pogosto vplivata na spolno delovanje.

Bolniki s srčnimi obolenji, posebno tisti po miokardnem infarktu, se pogosto bojijo spolne aktivnosti, zato jo omejijo ali pa se je izogibajo. Dejavnost zdravstvene nege s posamezniki, pri katerih je postavljena diagnoza spolne motnje, ki je nastala zaradi strahu pred učinkom spolnega odnosa po miokardnem infarktu (Hawton in Oppenheimer, 1993) vključuje:

- ocenjevanje prejšnje spolne aktivnosti,
- identifikacijo želene spolne aktivnosti in
- seznanitev z omejitvami telesne aktivnosti.

Pri mnogih moških z diabetesom mellitus se razvijejo erektilne motnje, kar je povezano z razvijajočo se nevropatijo in manj obsežnimi vaskularnimi spremembami. Sladkorna bolezen pri ženskah lahko povzroči suhost in srbenje vulve, težavno doseganje orgazma in pogostejše nožnične okužbe, zlasti kandidi-azo. Težave je praviloma mogoče ublažiti z zdravili (Atkinson, 1998).

Negovalni postopki so:

- učenje glede etiologije,
- svetovanje o lastni telesni podobi,
- učenje glede nadaljne sposobnosti ejakulacije.

Kirurški posegi

Kirurški posegi lahko spremenijo bolnikovo telesno podobo, posebno hud udarec pa pomeni operacija, s katero se odstrani ali spremeni del telesa, ki je povezan s spolnim delovanjem kot je na primer mastektomija, histerektomija ali penektomija – posledice katerih so: čustva skazenosti, izgube ženskosti oziroma moškosti. Izredno dramatičen dogodek za varovance predstavlja že sama diagnoza rak. Čeprav spolne probleme bolnikov z malignimi obolenji zdravstveni delavci pogosto prezrejo, ker je za njih seks stranskega pomena, glede na resnost bolezni (Baldwin, 1990; cit. po Adams in Bromley, 1998) pa bolniki v boju za preživetje ne bi smeli misliti, da je spolnost nepomembna. Kolikor boljšega svetovanja so varovanci in njihovi partnerji deležni pred operacijo in po njej oziroma kolikor bolje so obveščeni, toliko lažje bodo pomirili skrbi; tudi tiste, ki so povezane s spolnostjo. Zdravstveni delavci naj jih vzpodbudijo, da se vključijo v skupine za samopomoč (Walker, 1996).

Negovalni postopki, ki pripomorejo k postoperativni prilagoditvi so:

- učenje o fizioloških vplivih operacije na spolno delovanje,
- svetovanje glede psihološke prilagoditve in obnovitve telesne podobe, kot pred operacijo,
- pomoč bolnikovi družini in svojcem, kajti bolniki bodo morali spremeniti svoj vzorec spolne aktivnosti skupaj s partnerji

Hipertenzija

Antihipertenzivna zdravila vplivajo na potenco, zmožnost ejakulacije in intenziteto klimaksa. Bolniki se zato velikokrat ne držijo predpisanih količin zdravil.

Human immunodeficiency virus (HIV) infekcija in acquired immune deficiency syndrome (AIDS)

Soočenje s HIV in aidsom leta 1981 in kasneje s številnimi primeri je porušilo tradicionalne pojme glede spolnosti in spolne prakse.

Danes vemo, da so močno infektivni: kri, sperma, mleko doječe matere za otroka in cervikalna sluz. Klinično je ugotovljeno, da narašča število s HIV okuženih žensk, ki pa žive dlje in se tudi dobro počutijo, zato sta nosečnost in kontracepcija izredno pomembni vprašanji glede spolnega zdravja. Ženske je treba

vzpodbuditi oziroma opogumiti za „zdrav, holističen življenjski slog«. Spolno aktivne ženske potrebujejo nasvet in podporo, ko se odločajo za kontracepcijo. Aktivno jih je treba vzpodbujati k uporabi kondoma, da se prepreči prenos virusa na neokuženega partnerja (Duffin in Nash, 2001).

Glede na to, da aidsa ne moremo uspešno zdraviti, je najbolje preprečiti ga, kar delno dosežemo s tem, da prakticiramo varno spolnost. Pri tem sta pomembna znanje, kako zmanjšati tveganje oziroma se odreči spolnosti brez zaščite. Pogosta spolna neodgovornost moških je sodoben problem, na katerega je treba stalno opozarjati, da se prepreči prenos infekcije z virusom HIV.

Spolnost pri mentalno prizadetih

Spolne potrebe, čustva in želje so neločljivo povezane s človekostjo in so izziv za starše in vse tiste strokovnjake, ki se soočajo s problematiko duševno prizadetih – pomembno je, da jih vodijo v socialno sprejemljivo izražanje, kar bo nudilo varovancem varstvo in občutek obogatitve življenja.

Pomoč duševno hendikepiranemu varovancu obvladovati spolnost je pomemben aspekt zdravstvene nege. Še ne tako dolgo je bil odnos nasproti spolnim potrebam duševno bolnih in duševno prizadetih zelo restriktiven, češ da ne morejo nadzorovati lastne spolnosti; v tem pa je, glede na zadnje raziskave, bore malo resnice (Walton, 1995).

Kakor vsi drugi so tudi duševno prizadeti sposobni oblikovati in vzdrževati odnos z drugimi. Vedno več ustanov, ki skrbijo za duševno prizadete, vzpodbuja varovance obeh spolov za skupno koristno delo in rekreacijo. Seveda pa to zahteva, da jih medicinske sestre naučijo normalnih socialnih vzorcev medsebojnega delovanja. Študije so pokazale velika odstopanja v vedenju osebja do izražanja spolnosti pri duševno prizadetih. Videti je, da je vedenje odvisno od posameznikovega lastnega mišljenja in se ne nanaša samo na izražanje spolnosti ampak ima posledice tudi za njegovo neodvisnost in razvoj osebnosti. Resnica je, da tudi duševno prizadeti otroci odrastejo in spolno dozori; to je biološki proces, ki ga ni mogoče ustaviti.

Ann Craft je že leta 1986 navedla štiri bistvene pravice prizadetih, ki se nanašajo na to področje:

- pravica vedeti. Prizadetim je treba dati čim več podatkov o njih samih, njihovih telesih in telesih drugih ljudi, čustvih, primernem vedenju; toliko podatkov, kolikor so jih sposobni sprejeti glede na stopnjo prizadetosti,
- pravica do človeka vrednega okolja. Domovi in bolnišnice ne smejo biti akvariji. Izražanje spolnosti je osebna zadeva, toda kje je zasebnost, če vsi živijo v skupnosti?

- pravica biti zaščiten pred individualnimi, različnimi spolnimi stališči oseb, ki mentalno prizadete ne-
gujejo. Zelo občutljiva stvar, ki pa jo je potrebno
upoštevati, je vedenje staršev do prizadetega fanta
ali dekleta, na primer: Kaj narediti, če starši zahte-
vajo od osebja, da preprečijo razmerje, ki se razvija
med njihovim otrokom in drugim varovancem v
domu?
- pravico imeti razmerje in napraviti napako. Različ-
ni odnosi dajejo smisel človeškemu življenju; s se-
boj prinašajo srečo, ljubezen in skrb za drugega,
kot tudi obžalovanje, žalost in prizadetost. Toda to
je del človekovega obstoja in razvoja, zato duševno
prizadetih ne bi smeli pustiti brez vodstva in sveto-
vanja, kot jih tudi ne moremo varovati v katerem-
koli odnosu.

Še bolj poglobljeno in odkrito o vzgoji mladine z motnjami v duševnem razvoju za zdravo spolno življe-
nje razmišlja Košiček (1994). Meni, da so vsi (starši in
vzgojitelji v ustanovah) zbegani, ko se pri duševno pri-
zadetem otroku pojavijo spolne želje in potrebe po spol-
nih dejanjih. Toda če imajo za svojo dolžnost, da mu
pomagajo, da čim bolj razvije umske in telesne sposob-
nosti, je samoumevno, da so mu dolžni pomagati v nje-
govem soočanju s spolnostjo – spolnim nagonom, spo-
sobnostjo razmnoževanja in spolno ljubeznijo.

»Ni razloga, da fantom in dekletom z motnjami v
duševnem razvoju ne dovolimo spolnih odnosov. Pred-
vsem jim nimamo pravice jemati možnost, da se
uveljavijo pred seboj kot spolna bitja ter doživljajo
zadovoljstvo, ki jim ga daje spolni odnos. Spolne
odnose jim bomo torej dovolili, vendar jih bomo
nadzorovali«.

Košiček v članku nadalje opozarja na zaščito pred
nosečnostjo, na zavarovanje pred promiskuiteto ter po-
udarja, da duševno manj razvitega otroka lahko uspo-
sablja za ljubezen le vzgojitelj, ki ga ima zares rad, to
je človek, ki sprejema otroka kot osebnost, ga spoštu-
je, upošteva njegovo posameznost in se je sposoben
enačiti z njim in razumeti njegove duševne potrebe z
njegovega stališča.

»Čeprav manj razvita oseba ni sposobna tako raz-
nolikega in močnega čustvovanja kakor duševno po-
vprečen človek, je vendar bolj ali manj zmožna čutiti
ljubezen do drugega človeka, jo dajati in jo sprejema-
ti. To pomeni, da je sposobna tudi spolne ljubezni.
Sposobna je torej bogatiti spolno življenje z ljubezen-
skimi čustvi in se tako tudi na tem življenjskem pod-
ročju čimbolj uveljaviti kot človek. Šele spolna ljube-
zen daje namreč naši spolni dejavnosti pravo vrednost
in jo dela vredno človeka« (Košiček, 1994).

Alkoholiki in uživalci drog

Alkoholiki in drugi uživalci drog težijo k normal-
nosti v svojih potrebah, toda v njihovem zadovoljeva-
nju imajo težave. Odkrijejo, da jim alkohol in droge

dajejo intenzivno zadovoljstvo in občutek, da so nji-
hove potrebe zadovoljene. Ko postanejo zasvojeni, jim
je ljubeše na lahko pridobljeno zadovoljstvo z drogo,
kot trud, da bi pridobili in ohranili prijateljski, ljubeč
spolni odnos. Nekdanji zasvojenec morda postane lahko
dober partner, vendar le toliko časa, dokler on ali ona
verjame, da se drugi ne bo vmešaval, če se zasvoje-
nost ponovi (Glasser, 1998).

Medicinska sestra, ki ima human pristop do bolni-
ka tvega, da se čustveno vplete pri zgoraj omenjenih
primerih. Res je skrb za bolnika osnovni del zdrav-
stvene nege, postane pa škodljiva, ko reagira pretira-
no čustveno.

Spolnost med nosečnostjo, porodom in v poporodnem obdobju

V nosečnosti spolnost skoraj nikoli ni popolnoma
izključena, samo drugačna je (Ipavec, 1996).

Potrebno je že na začetku povedati, da ni »norm«
za spolno vedenje v nosečnosti; pari si postavljajo last-
na pravila (Walton, 1995).

Čeprav obstajajo neke razlike v ugotovitvah različ-
nih študij glede sprememb v spolni dejavnosti žensk
med nosečnostjo, se vse študije strinjajo, da zanima-
nje za spolnost pojema v prvem tromesečju (zmanjša
se število spolnih odnosov). Vzrok temu se najpogo-
steje navaja telesno neudobje (napenjanje dojk, slabos-
ti), okornost, občutek o izgubi privlačnosti (spreme-
njena telesna podoba) in tudi priporočila zdravnikov,
naj se izogibajo spolnim odnosom. V drugem trome-
sečju zanimanje narašča – spolna aktivnost se poveča,
v tretjem tromesečju pa spet upada.

Mnogo je žensk, ki se šele v nosečnosti docela spro-
stijo in doživijo svoj prvi orgazem (strah pred nezaže-
leno nosečnostjo odpade). Ugotovljeno je, da je spol-
na aktivnost večja pri parih, ki so nosečnost planirali.
Spolni konflikti, ki so nastali pred nosečnostjo pa se
običajno med njo še povečajo.

Le malo je na voljo tehtnih informacij glede škod-
ljivih učinkov spolnih odnosov med normalno noseč-
nostjo, vendar v njih ne zasledimo specifičnih kom-
plikacij in kontraindikacij. Ni ugotovljeno, da bi za-
radi spolnih odnosov prišlo do poškodbe ploda, rup-
ture jajčnih ovojev ali da bi orgazem povzročil pre-
zgodnji porod. Nekateri zdravniki odsvetujejo spolne
odnose, če je v anamnezi podatek o spontanem spla-
vu, krvavitev v nosečnosti ali bolečine med odnosom.
Šest tednov pred porodom jih odsvetujejo ženskam z
večplodno nosečnostjo (dvojčki) ali, če so se prejšnje
nosečnosti končale s predčasnimi porodi (Aston, 2001).

Ženski, ki jo spremenjen odnos do spolnosti skrbi,
je lahko dobrodošel nasvet o položaju pri odnosih za-
radi občutljivosti dojk in trebuha (na primer: bočni
položaj).

V nosečnosti se poveča izcedek iz nožnice, kar pa
ob redni in pravilni osebni higieni ne povzroča težav.

Infekcija vagine s *Candido albicans* je v nosečnosti sicer pogosta (izcedek peče in srbi) – ženski naj zdravnik predpiše zdravljenje, medicinska sestra naj da potrebne nasvete.

Moški tudi reagirajo na nosečnost. Nekaterim se zdi nosečnica še bolj privlačna, druge njeno noseče telo odbija. Ta čustva vplivajo na moški spolni odziv in tudi odziv ženske. Čustvena labilnost in pomanjkanje spolnega odziva običajno bega par, zato je komunikacija med njima izredno pomembna, da se pogovorita o svojih skrbeh in težavah. Ženski veliko pomeni možev ljubeč odnos do nje.

Porod običajno spremljajo občutja sreče, pričakovanja, zaskrbljenosti in strahu. Pozitiven izid poroda često pozitivno vpliva na odnos med partnerjema in lahko pospeši vzpostavljanje vezi z novorojenčkom. Southern (1994; cit. po Aston 2001) pa razmišlja o povezavi procesa rojevanja in spolnostjo: „Porod nedvomno priključuje v spomin seks. Kako je otrok spočet in kako se rodi? Reproductivni organi so spolni organi in jaz ne verjamem, da se ženska lahko izpostavi in prične z rojevanjem, ne da bi pomislila na to zvezo.“

Moderno porodništvo je proces rojevanja močno medikaliziralo in tehniziralo, pri čemer so vključeni vedno bolj tudi rutinski postopki, o učinkih katerih na ljudi, babice in ostali zdravstveni delavci ne razmišljamo dovolj (npr: pospeševanje poroda s syntocinonom čemur lahko sledijo premočne in pogoste maternične kontrakcije, fetalni distress in morda na koncu carski rez). Strah je upoštevanja vredna značilnost žensk in njihovih partnerjev, ko se soočajo s tem dejstvom med porodom in kot sta že davnega leta 1966 opozorila Masters in Johnsonova ovira spolni odziv. Močan strah lahko popolnoma zavre spolno vzburjenje, medtem ko je zmerna stopnja strahu dovolj, da se ne počutijo več dobro in imajo težave z vzburjenjem. Če moškega in žensko puščamo sama z nerazčiščeni čustvi strahu in nemoči zaradi izkušenj pri rojevanju se lahko to pretvori v problem glede samopodobe in zaznave lastne spolne funkcije. Jeza ženske se lahko usmeri na njenega partnerja in se izraža kot spolna motnja. Potrebno je, da babice in porodničarji zmanjšamo travmatični učinek porodnega okolja, kolikor le moremo (Walton, 1995). Sprostitev, ritmično dihanje, sprememba položaja, zasebnost in zaupno okolje prispevajo k spontanemu porodu in zmanjšujejo strah (Davis, 2000).

Tudi po porodu mnogo žensk čuti zmanjšano zanimanje za spolnost, kar lahko traja prve tri mesece ali celo več. Vzrok temu je običajno celjenje epiziotomijske rane, nožnica je suha, to je povezano z zmanjšano količino estrogena, predvsem pri doječih materah. Nekatere skrbi poškodba rane po carskem rezu kot tudi možnost infekcije. Lahko pa je izguba libida preprosto posledica prevelike utrujenosti. Spremenjene vloge para (starševstvo), izključitev enega in drugega partnerja in poporodna depresija ženske, lahko prispevajo k spolnim težavam.

Ženske, ki so poročale o perinealni bolečini, poporodni bolečini in utrujenosti, so pogosto doživljale probleme v zvezi s spolnimi odnosi, je v svoji raziskavi ugotovil Glazener (1997). Nicolson (1990; cit. po Aston, 2001) pa je v svoji študiji o izkušnjah žensk na prehodu v materinstvo poročal, o manjši intimnosti in slabši kvaliteti odnosa, če je moški prevzel sekundarno vlogo in ni razumel ženinega truda, vloženega v vlogo matere.

Oba partnerja je potrebno pomiriti, da je pomanjkanje zanimanja za spolnost nekaj običajnega po porodu, da pa je potrebno vzdrževati telesni stik (dotik, ljubezen, ljubkovanje) v tem obdobju. Treba pa je vedeti, da zmanjšana spolna želja in s tem tudi pogostost spolnih odnosov, lahko vpliva na nesoglasja in je lahko ovira pri ponovni vzpostavitvi zadovoljive spolne aktivnosti. „Par mora vedeti, kaj lahko pričakuje, ko nadaljuje po porodu s spolnimi odnosi in kako lahko prepreči neudobje. Potrebuje nasvet o kontracepciji; zdravstveni delavci naj bi ga tudi informirali, česa naj ne pričakuje – pretirane bolečine, vztrajno pomanjkanje spolne želje – da bo vedel, kdaj poiskati pomoč“ (Aston, 2001).

Težave s »suho nožnico« se lahko rešijo z uporabo gela ali kreme. Spolne odnose po porodu nekateri odsvetujejo 2–3 tedne po porodu, drugi pa 6 tednov – vsekakor dokler ni zaceljena epiziotomijska rana in ne preneha lohija, kar običajno traja tri tedne.

Vpliv spolne zlorabe na materinstvo

Psihološke travme, ki jih nekatere ženske doživijo med nosečnostjo (sem sodijo telesna in emocionalna zloraba, spolna zloraba, odnosni problemi) so neizogibno povezane z negativnimi emocionalnimi posledicami.

Babice se morajo zavedati, da na način reagiranja ljudi v nekaterih situacijah, lahko vplivajo dogodki iz preteklosti, ki pa niso bili primerno obravnavani, ko je do njih prišlo – možne so negativne čustvene reakcije. Žrtve spolne zlorabe lahko le-to podoživljajo med nosečnostjo in porodom. Christensen (1992; cit. po Moore in Delieu, 1997) navaja občutje neke ženske, ki je po njenem mnenju nepotrebni kleščni porod doživela kot porodno posilstvo.

Kitzingerjeva (1992; cit. po Moore in Delieu, 1997) je v študiji, v kateri je sodelovalo 39 žensk z izkušnjo spolne zlorabe, opisala njene dolgotrajne učinke. Najožje so ženske spomnili dogodki v nosečnosti in med porodom – vaginalne preiskave, vonj vaginalnega izcedka, pokroviteljsko obravnavanje, prisotnost študentov, pomanjkljiv očesni stik s preiskovalcem med postopkom (podoživljanje elementov voajerizma pri spolni zlorabi).

Namesto, da babica obravnava tako varovanko kot poseben primer naj raje razmišlja o uvidevosti in razumevanju, ki ju zahteva njena prisotnost. Vse, kar je

pomembno za žensko, ki je bila deležna telesnega nasilja:

- terapevtska komunikacija,
- informacija,
- spoštovanje in
- možnost odločanja in nadzora,

je pomembno tudi za ostale varovanke (Kitzinger, 1997).

Vaginalna preiskava lahko vzbudi tesnobo, lahko pa postane vir informacij. Zdravstveni delavci s svojim ravnanjem v varovankah vzbude občutek nemoči in ponižanja oziroma občutek samospoštovanja in samokontrole. Materinstvo lahko pri ženski povzroči občutek strahu in nesposobnosti, na drugi strani pa jo ozavešča o vrednosti lastnega telesa, kar ji omogoči bolj optimistično držo v prihodnosti.

Mnoge intervjuvanke so poudarile pomen nežne preiskave, aktivno poslušanje in spoštljiv pristop, kar jim je povrnilo samospoštovanje in zmanjšalo sram glede tega, kar se jim je zgodilo v preteklosti (Kitzinger, 1997).

Spolnost starostnikov

Starost postaja vse bolj pomembno obdobje človekovega življenja – življenjska doba se podaljšuje – tako, da ljudje upravičeno pričakujemo, da se bomo optimalno starali, kar pa ni danost na katero vplivajo geni in okoliščine temveč naša lastna aktivnost. Stari ste – človek je tisto o čemer razmišlja »če sprejmete mrtvilo, odvisnost od drugih, trajne telesne in duševne omejitve in se pustite utesnjevati ljudem, ki vas obdajajo«, je zapisal nekdanji ameriški predsednik Jimmy Carter v knjigi »Umetnost staranja« (1998 cit. po Klinika Mayo, O zdravem staranju, 2001).

V starosti se človek neizogibno sooči z anatomskimi in fiziološkimi spremembami telesa, od posameznika pa je odvisno, kako jih sprejme in obvladuje. Posameznik, ki se veseli dolgega življenja in se trudi, da ohrani telesno vitalnost in družabnost ter ju popestri s humorjem je na najboljši poti, da se izogne duševni in socialni izolaciji.

Stereotip prikazuje starejšega človeka brez spolnega nagona, pogosto nezmožnega za spolne odnose, kar pa je daleč od resnice. Edino, kar je res, so manjše možnosti, ker je med njimi veliko ločenih, ovdovelih ali bolnih, ki niso najustreznejši partnerji za spolne odnose; dostikrat je ovira tudi manj privlačen videz. Mnogi so zavrti zaradi predsodkov, a s spolnostjo je tako kot z razumom: če ga uporabljamo deluje naprej, v nasprotnem zakrni, ovira pa je bolj psihološke kot fiziološke narave (Pečjak, 1998).

Največje ovire za spolno življenje v starosti je verjetno treba iskati v miselnosti. Mnogi domnevajo, da stari ljudje, nimajo pogosto spolnih odnosov. Zakaj? Ker ne morejo. Pa če bi mogli? Potem ne bi smeli. To je splet polresnic, napačnih prepričanj in presoje vre-

dnot. Da bi starejši par nadaljeval spolno življenje, se mora otresti trdnih prepričanj in svaril (Kastenbaum, 1985), oziroma stereotipov, ki imajo škodljiv učinek na možnost spolnega zdravja.

Nekateri starejši ljudje, pogosteje ženske kot moški, opuščajo spolne odnose zaradi predsodkov. Po spolnem vedenju nočejo biti drugačni kot drugi pripadniki okolja v katerem živijo; ne želijo, da bi bili opazni in ne da bi bili snov tujih pogovorov, tarča obrekovanja ali posmeha. Sprejemajo mnenje okolja o spolnosti starejših ljudi, četudi nasprotujejo njihovim potrebam in intimnim željam. Nimajo dovolj poguma in spoštovanja do sebe, da bi hodili po lastni poti ne glede na to, kaj drugi mislijo o tem, ter da bi živeli v ubranosti s svojo naravo, ne oziraje se, ali je to drugim všeč ali ne. Zaradi tega potlačijo spolne potrebe, zanemarjajo svojo spolnost in živijo tako, kakor njihova okolica misli, da je normalno živeti, ko človek postane prileten. Toda okolica je pogosto sovražna do spolnosti starejših ljudi (Košiček, 1991).

Spolna motivacija pri starejših ljudeh zelo variira. Masters in Johnsonova (1966; cit. po Ooijen in Charnock, 1994) pa trdita, da je kvaliteta spolnega življenja ljudi v starosti predvsem odvisna od stopnje spolne aktivnosti, v kateri so uživali v zgodnejšem obdobju svojega življenja in so se tudi trudili vzdrževati jo.

Zdravstveni delavci bi morali prevzeti stališče, ki pravi, da spolna dejavnost dveh ljudi, ki se res ljubita, ni nikoli zgrešena. Vsak spolni stik lahko doživljata kot izraz svoje skupnosti. Vsaka telesna intimnost med njima, tako čustvena kot duhovna, napaja njuno skupnost, ker ji daje moč in vztrajnost (Košiček, 1991). Vzpodbudno je tudi njegovo naslednje razmišljanje: »Spolna ljubezen starejših ljudi ni nujno šibka, mlačna, oslabela zato, ker ni več hrupna. Nasprotno, v sebi nosi veliko bogastvo čustev, veliko sposobnost podariti ljubljene osebi svoje najbolj dragocene lastnosti. Zmožnost tega je lahko pri starejšem človeku celo večja kot pri mlajši osebi. Če je bil že v mlajši dobi zrela, čustveno uravnovešena, emotivno dobro razvita osebnost, bo v starejših letih še bolj zrel, s čustvi še bolj bogat. Takšen človek se namreč nenehoma uči iz svojih izkušenj. Zato se spreminja vse življenje in sicer v pozitivnem smislu, ker postaja duševno čedalje bogatejši, življenjsko pa čedalje modrejši«.

Skrb za starostnikovo spolno zdravje zahteva od medicinskih sester individualen pristop v holističnih okvirih zdravstvene nege starostnika in s tem kvalitetno pomoč generaciji po katerih stopinjah sami stopamo. Tu, morda bolj kot kjerkoli drugje velja pregovor: Kar sejemo danes, bomo sami želi jutri. Razmislimo o tem, kar pravi Burnside (1976; cit. po Parke, 1991): »Stari ljudje potrebujejo našo naklonjenost, nežnost in naš dotik do smrti, kajti to so večne težnje in želje vseh človeških bitij«.

Johnson (1997) je vprašal 1500 starostnikov – moških in žensk, na kakšne načine bi jim lahko zdrav-

stveni delavci pomagali obravnavati zadeve v zvezi s spolnostjo. Odgovori so bili:

- dopustite možnost obravnavanja,
- pozorno poslušajte,
- bodite odkriti in dobro informirani,
- vzemite si čas za pogovor in vprašanja o spolnosti,
- uporabljajte jasne in enostavne besede namesto medicinskih izrazov,
- pomagajte ljudem, da se v razgovoru sprostijo,
- bodite odprti in ne obsojajte,
- dopuščajte možnost iskrenega pogovora s stališča starostnikovega verovanja, dojemanja, vedenja in skrbi,
- priznajte pravico starostnika do spolne želje in spolnosti.

Hospitalizacija in spolnost

Celo kratko obdobje hospitalizacije lahko stresno deluje na posameznika zaradi izgube zasebnosti in nadzora nad telesnimi funkcijami; vodi k izgubi identitete in sprejetju pasivne vloge (Walton, 1995). Pomembno vprašanje je, kaj se zgodi z življenjsko aktivnostjo – seksualnostjo.

Sram

Intimna narava mnogih medicinskih posegov in negovalnih postopkov lahko povzroči sram in zmedenost pri bolniku in medicinski sestri, ker pride do kršitve normalnih socialnih tabujev glede telesnega dotikanja (Roper in sod., 1980). Se pa takih stikov ne smemo bati, saj v kolikor temeljijo na obojestranski obzirnosti, nudijo obema občutek gotovosti in upoštevanje drug drugega. Razumevanje, da je sram naravna reakcija v taki situaciji lahko umiri čustva nelagodja. Bolnik bo miren, če medicinska sestra ravna obzirno in občutljivo, ko zazna vzajemni ali enostranski sram in pomaga bolniku vzdrževati dostojanstvo in zasebnost. Vaginalna preiskava je postopek, ki jo le maloštevilne ženske prestanejo brez močnih negativnih čustev, zato moramo namen in vzrok za le-to jasno razložiti pred preiskavo (Whittaker, 1993; cit. po Duffin in Nash, 2001); med samo preiskavo pa pazimo, da je bolnica čim manj razgaljena.

Pomanjkanje zasebnosti in možnosti

Človek je tudi kot bolnik prvenstveno odnosno bitje, ki potrebuje drugega človeka ob sebi – prijatelje, svojce, predvsem pa svojega zakonskega oziroma spolnega partnerja. Sodobna celovita humana in realna zdravstvena nega je samo tista, ki omogoča bolnemu, da obdrži stik s sredino v kateri je zbolel, da se v to sredino vrne in se a njo tudi rehabilitira (Brajša in Ozimec, 1986).

Spolno življenje je pomemben element v odnosih bolnika z okoljem. Danes se o tem razmišlja celo v

zaporih in kaznilnicah. Mi pa se ob tem problemu vedemo kot noji: tiščimo glavo v pesek. Morali bi vso pozornost posvetiti bolnikovemu spolnemu partnerju in pomagati bolniku, da najde zase in svojo situacijo najprimernejšo obliko spolnosti.

S telesnim stikom se lahko izrazi ljubezen in povezanost, značilni za odnose med starši in otroci ter možem in ženo. Ker je pri ljudeh telesni dotik v njihovi miselnosti in telesnosti tesno povezan s spolnostjo, se običajno vrši le zasebno. Zato se bolniki in svojci počutijo preveč ovirane na bolniškem oddelku in se izogibajo celo tako naravnemu telesnemu dotiku kot je držanje za roko in poljubljanje (Brajša in Ozimec, 1986; Savage, 1987).

Tudi bolnik, ki je zelo bolan, izčrpan, osamljen ali blizu smrti, lahko postane žalosten, če je prikrajšan za tak stik s partnerjem ali svojci. Medicinska sestra, ki se tega zaveda lahko problem ublaži, da zagotovi bolniku zasebnost, kolikor je največ mogoče (Roper in sod., 1980).

Dolgoročna hospitalizacija lahko zelo resno prekinje kontinuiteto spolnega razmerja. Bolnik in partner trpita zaradi osamljenosti in če je abstinenca spolnega odnosa dolgotrajna, se lahko pojavi pešanje libida in druge spolne disfunkcije (Savage, 1987).

Prav je, da gre tak bolnik, če je le možno, od časa do časa domov, da se njegovo socialno, ljubezensko – spolno razmerje nadaljuje in vzdržuje. Posebno pomembno pa je, da se pri dolgotrajnem zdravljenju oziroma kroničnih obolenjih vključi bolnikovega spolnega partnerja kot aktivnega sodelavca oziroma soterapevta zdravstvenim delavcem (Brajša in Ozimec, 1986).

Mislím, da se zdravstveni delavci premalo zavedamo trpljenja, ki ga doživlja bolnik, ko je prizadet kot intimno čustvujoče, ljubezensko spolno bitje. Mislím, da se ga zavedamo šele, ko to sami doživimo.

Sklep

Verjetno je glavna skrb spolnega zdravja varnost in zaščita toda, če spolnosti ne bomo obravnavali v širšem okvirju, bo zdravstvena nega, ki jo bomo nudili, omejena. Spolno zdravje se mora povezati z izkušnjami posameznika, da mu ustreza in mu nekaj pomeni. Treba je imeti izostren čut za to, kako ženska ali moški razmišlja o sebi kot spolnem bitju, ki želi biti dovetno za privlačnost, dražljivost in druge izzive spolnosti. Genetskih značilnosti in spola res ne moremo spreminjati, na drugo pa lahko vplivamo z dejavniki okolja, z dejavniki življenjskega sloga, socialnimi dejavniki in kakovostjo zdravstvenih služb.

Ocenjevanje stanja in negovalni načrt naj se nanašata na tiste probleme v zvezi s spolnostjo, katerih reševanje je v pristojnosti medicinske sestre. Na primer: medicinska sestra se mora najprej zavedati možnih učinkov na spolnost v okviru fizioloških in bolezenskih stanj ter medicinskega zdravljenja na katere naleti redno pri svojem delu. Prav tako pa mora biti

spodobna odkriti bolj zapletene probleme, presoditi lastno sposobnost in možnost obravnavanja in napotiti bolnika k ustreznemu specialistu. Dela spolne terapevtke zahteva dodatno izobraževanje.

Zdravstveno izobraževanje varovancev glede spolnosti je dolžnost vseh medicinskih sester in več ko o tem vemo, bolj samozavestne postajamo. Vendar pa se mora želja soočiti z bolnikovo spolnostjo in mu pomagati izraziti v praksi, navkljub trenutkom obotavljanja v vsakodnevnih akcijah in reakcijah.

Literatura

- Adams B, Bromley B. Psychology for health care: key terms and concepts. Houndmills: Macmillan Press, 1998.
- Andrews G ed. Preface. In: Andrews G ed. Women's sexual health. 2nd ed. London: Bailliere Tindall, 2001.
- Aston G. Sexuality during and after pregnancy. In: Andrews G ed. Women's sexual health. 2nd ed. London: Bailliere Tindall, 2001.
- Atkinson L. Sexuality. In: Kozier B, Erb G, Blais K, Wilkinson JM eds. Fundamentals of nursing: concepts, process, and practice. 5th ed. Menlo Park: Addison-Wesley, 1998.
- Brajša P. Človek, spolnost, zakon. Ljubljana: Delavska enotnost, 1982.
- Brajša P, Ozimec S. Medicinska psihologija i mentalna higijena. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga, 1986.
- Carlson JH, Craft CA, McGuire AD, Popkess-Vawter S. Nursing diagnosis: a case study approach. Philadelphia: Saunders, 1991.
- Carpenito LJ. Handbook of nursing diagnosis. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, 1997.
- Craft A. Sexuality and mental handicap. Physiotherapy 1985; 71: 172–4.
- Davis E. Women's sexual passages. Alameda: Hunter House, 2000.
- Duffin A, Nash J. Sexual health and sexually acquired infection. In: Andrews G ed. Women's sexual health. 2nd ed. London: Bailliere Tindall, 2001.
- Fogel CI. Women and sexuality. In: Youngkin EQ, Davis MS eds. Women health: a primary care clinical guide. Norwalk: Appleton & Lange, 1994.
- Fogel CI. Women and sexuality. In: Youngkin EQ, Davis MS eds. Women health: a primary care clinical guide (2nd ed.). Stamford: Appleton & Lange, 1998.
- Glasser W. Ostati skupaj: vodnik teorije izbire za trajan zakon. Radovljica: Top d.o.o., Regionalni izobraževalni center Radovljica, 1998.
- Glazener CM. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1997; 104: 330–5.
- Hawton K, Oppenheimer C. Sexual problems. In: Mc Pherson ed. Women's problems in general practice. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- Hoyer S. Zdravstvena nega otroka. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 1994.
- Hurley ME ed. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Sixth National Conferences. St. Louis: Mosby, 1986.
- Illmann L. Promoting a healthy lifestyle. In: Andrews G ed. Women's sexual health. 2nd ed. London: Bailliere Tindall, 2001.
- Ipavec D. Spolnost in spolna vzgoja v obdobju pred rojstvom. Obzor Zdr N 1996; 31: 211–4.
- Johnson BK. Older adults' suggestions for health care providers regarding discussion of sex. Geriatric Nursing 1997; 18: 65–6.
- Kastenbaum R. Staranje. Ljubljana: Pomurska založba in Centralni zavod za napredek gospodinjstva, 1985.
- Kitzinger J. Sexual violence and midwifery practice. In: Kargar J, Hunt SC. Challenges in midwifery care. Houndmills: MacMillan, 1997.
- Klinika Mayo o zdravem staranju. Ljubljana: Educy, 2001.
- Košiček M. Ljubezen v jeseni življenja. Maribor: Založba Obzorja, 1991.
- Košiček M. Vzgoja mladine z motnjo v duševnem razvoju za zdravo spolno življenje. Naš zbornik: glasilo Zveze društev za pomoč duševno prizadetim Slovenije 1994; 27: 6–10.
- Moore S, Deliu J. Adaptation to pregnancy. In: Henderson C, Jones K eds. Essential midwifery. London: Mosby, 1997.
- Nelson S. Women's sexuality. In: Andrews G ed. Women's sexual health. 2nd ed. London: Bailliere Tindall, 2001.
- Ooijen E, Charnock A. Sexuality and patient care: a guide for nurses and teachers. London: Chapman & Hall, 1994.
- Parke F. Sexuality in later life. Nurse Time, 1991: 50.
- Pečjak V. Psihologija tretjega življenjskega obdobja. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete, 1998.
- Potter PA, Perry AG et al. Fundamentals of nursing: concepts, process, and practice. St. Louis: Mosby, 1985.
- Reeder SJ, Martin LL eds. Maternity nursing; family, new born and women's health. 16th ed. London: Lippincott, 1987.
- Roper N, Logan W, Tierney AJ. The elements of nursing. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1980.
- Savage J. Nurses, gender and sexuality. London: Heinemann Nursing, 1987.
- Walker R. Spolnost in medčloveški odnosi: izčrpen vodnik. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1996.
- Walton I. Sexuality and motherhood. Cheshire: Books for Midwives Press, 1995.
- Woods NF. Human sexuality in health and illness. St. Louis: Mosby, 1984.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. Concepts for sexual health. (EUR/MCH 521). Copenhagen: WHO, 1986.
- Ziherl S. Spolne motnje. V: Tomori M, Ziherl S uredn. Psihijatija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1999.