

Jak mluvit s pacientem se sexuálními problémy

MUDr. Zlatko Pastor, Ph.D.

NZZ GONA, spol. s r.o., Praha

Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FNM, Praha

Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN, Praha

Cílem sdělení je upozornit na skutečnost, že sexuálním problémům pacientů není věnována adekvátní péče. Praktičtí lékaři i specialisté o sexuálních dysfunkcích většinou s pacienty nemluví vůbec nebo jim věnují pouze marginální pozornost. Článek pojednává o nejčastějších mužských sexuálních dysfunkcích a poukazuje na komunikační problémy, se kterými se setkávají pacienti, ale i jejich ošetřující lékaři. Informuje o výskytu poruchy erekce a předčasné ejakulace v populaci a uvádí jejich přesné definice. Sdělení upozorňuje na nutnost aktivního vyhledávání pacientů se sexuálními problémy lékaři první linie. Poskytuje základní instrukce a rady, jakým způsobem i při jakých příležitostech hovořit s pacienty o intimních potížích. Upozorňuje, jak se vyhnout nevhodně formulovaným dotazům, které odradí pacienta od otevřeného rozhovoru. Kriticky komentuje a shrnuje důvody, proč se lékaři vyhýbají rozhovorům o sexuálních otázkách. Zdůrazňuje, ačkoliv si to mnozí lékaři neuvědomují, že alespoň základní dotaz na pacientovu sexualitu patří mezi důležité součásti všeobecné anamnézy. Erektální dysfunkce může být prvním signálem vážné choroby, zejména kardiovaskulárního onemocnění.

Klíčová slova: komunikace, sexuální dysfunkce, porucha erekce, předčasná ejakulace.

How to talk with patient with sexual problems

The goal of the article is to draw attention to the fact that patients' sexual problems do not receive adequate care. General practitioners and specialists do not usually hold conversation about sexual dysfunctions with their patients at all or they pay to it just marginal attention. The article describes the most common male sexual dysfunctions, primarily focusing on communication problems encountered by patients but also by their attending physicians. It provides information about prevalence of erectile dysfunction and premature ejaculation in population and states precise dysfunction definitions. The article highlights the need for an active search for the patient's sexual difficulties by the general practitioners. The paper provides basic instruction and advice on how and at what occasions to talk with a patient about his intimate problems. It warns how to avoid improperly formulated questions which may discourage a patient from an open conversation. The paper critically comments and summarises reasons why the physicians avoid conversations about intimate issues. Although some general practitioners do not realise, the paper stresses that at least a basic question about patient's sexuality is an important part of general anamnesis. Sexual function disorder may be the first sign of serious trouble, particularly cardiovascular disease. The aim of the paper is to highlight causes and to describe forms why and how the physicians should hold conversation with patients about their sexuality.

Key words: communication, sexual dysfunction, erectile disorder, premature ejaculation.

Med. praxi 2014; 11(5): 210–212

Úvod

Spokojený pohlavní život je součástí pocitu celkového zdraví a duševní pohody. V žebříčku životních hodnot ho klademe na jedno z nejvyšších míst. Erektální dysfunkce a předčasná ejakulace se netýkají jenom mužů, ale jejich důsledky se přenášejí i na jejich partnerky, což dříve nebo později negativně ovlivní ženský sexuální prožitek a promítne se do vztahové a emotivní oblasti celého páru (1). Přestože se sexuální dysfunkce týkají značné části populace, o pohlavní život pacientů se aktivně zajímá jenom 10 % lékařů (2). Přitom by většina pacientů uvítala, kdyby se lékař na jejich sexuální život zeptal (3). Díky doposud přetrvávající tabuizaci v oblasti sexu se mnoho pacientů ostýchá řešit svoje intimní problémy. Bohužel i lékaři se zdráhají se svými pacienty o těchto věcech hovořit. Často se stydí, připadá jim to nepatřičné, myslí si, že to nespadá do jejich

kompetence, nejsou v této oblasti dostatečně vzděláni, nechtějí se zdržovat, sami nejsou vyrovnáni se svojí sexualitou, nevědí jak tyto problémy řešit nebo se domnívají, že když bude mít pacient potíže, tak o nich začne mluvit sám. Muži s pohlavními dysfunkcemi, ale i jejich partnerky, zcela logicky očekávají, že se jich lékař na jejich sexuální zdraví aktivně zeptá a s řešením problému jim pomůže. K tomu, aby lékař otevřeně a důvěryhodně hovořil o sexu, je zapotřebí jeho osobní vyrovnanost a erudice v dané problematice. Důležitý je autentický zájem o problém, schopnost aktivního naslouchání a dobré komunikační dovednosti.

Definice mužských sexuálních dysfunkcí

Erektální dysfunkce (ED) je definována jako trvalá (minimálně po dobu šesti měsíců) neschopnost dosáhnout a udržet erekci umož-

ňující uspokojivý sexuální styk (4, 5). Nejčastěji je ED (až v 80 % případů) způsobená primárně organickou příčinou. Nejvíce se týká srdečně cévního systému a zhruba v 20 % je její etiologie čistě psychogenního původu. Psychická nadstavba se však vyskytuje sekundárně i u problémů převážně somatického charakteru (6).

Předčasná ejakulace (PE) je trvalé nebo opakující se vyvrcholení, ke kterému dochází během párové sexuální aktivity přibližně jednu minutu po vaginální penetraci navzdory přání jedince. Při mírné formě dojde k ejakulaci přibližně do 30 sekund až jedné minuty po imisi penisu, při středně těžké poruše se vyvrcholení objeví do 15–30 sekund a v případě závažné formy nastává výron semene ještě před sexuální aktivitou (ante portas) nebo do 15 sekund po průniku penisu do pochvy (7). Příčina primární PE je nejčastěji vrozená dispozice a souvisí s určitým reflektorickým nastavením pacienta (8).

Tabulka 1. Základní typy a alternativy otázek o sexuálním zdraví týkající se ED a PE**Obecné „otevírací“ otázky**

Vyskytují se ve vašem sexuálním životě nějaké problémy? Je v sexu u vás všechno v pořádku? Jste spokojený v intimním životě?

Všeobecné dotazy na kvalitu erekce, její poruchy, frekvenci potíží a dobu trvání problémů

Je váš pohlavní úd dostatečně tuhý vždy, když potřebujete? Dochází u vás někdy k poruše ztopoření? Jak často tyto potíže pozorujete? Dochází k nim například při každém třetím pokusu o soulož? Jak dlouho se u vás tyto problémy objevují? Trvají déle než několik měsíců?

Doplňující dotazy o charakteru ED

Dostávají se u vás ranní erekce? Během masturbace je ztopoření lepší? Jak často masturbujete? Jak často souložíte? K poruše ztopoření dochází ještě před souloží nebo až v jejím průběhu? Dojde během soulože vždy k ejakulaci?

Obecné dotazy na charakter ejakulace

Pocítujete dostatečnou kontrolu nad svojí ejakulací? Jak dlouho trvá obvykle vaše soulož?

Jste spokojený (i vaše partnerka) s délkou soulože? Jste schopný opakovat soulož během jednoho pohlavního styku? A za jak dlouho?

Dotazy na spokojenost v partnerském životě

Jak dlouho žijete se svojí partnerkou? Jak reaguje na vaše problémy? Je u ní všechno v sexuální oblasti v pořádku? Hodnotíte váš vztah v obecné rovině jako harmonický?

Kolik jste měl celkem sexuálních partnerek? S jinými partnerkami se tyto problémy neobjevovaly (neobjevují)? Máte více sexuálních partnerek? Je pro vás vaše partnerka dostatečně atraktivní?

Orientační dotazy na sexuální orientaci, eventuálně deviaci

Cítíte se jednoznačně sexuálně orientovaný na ženy? Máte nějaké méně obvyklé sexuální představy nebo přání?

Dotazy zdali si přeje pacient svoji dysfunkci řešit

Komplikují vám vaše sexuální problémy partnerský život? Přejete si, abychom tyto potíže odstranili a zahájili léčbu?

Výskyt mužských sexuálních dysfunkcí

Alespoň lehkou formou poruchy erekce je postiženo ve věku 35–65 let až 54 % mužů (9). Nespokojenost s rychlým vyvrcholením nebo nedostatečnou kontrolu ejakulace udává při cíleném dotazu až jedna třetina mužů. Celosvětové výzkumy uvádějí, že se jedná o častý problém týkající se všech věkových kategorií (10, 11, 12, 13). Vysoká prevalence těchto poruch v populaci je pádným důvodem, abychom se ptali mužů na jejich sexuální život a jejich potíže řešili.

Jak komunikovat s pacientem o jeho sexuálních problémech

Obavy z obtížné komunikace jsou pro muže s ED největší překážkou řešení jeho problému. Téměř 85 % mužů nejde k lékaři bezprostředně po vzniku poruchy a odhodlají se k tomu až po roce i delším trvání potíží (14). To by mělo být mementem, proč by se měl lékař ptát na sexuální zdraví včas a nečekat, až se mu pacient po dlouhé době se svým problémem svěří. Zhruba dvě třetiny mužů postrádají o problematice ED adekvátní informace (14). Informační deficit v této oblasti se týká především věkové skupiny mezi 35 a 44 roky (15). Tito muži preferují, aby byl zdrojem relevantních informací o jejich poruše lékař – muž (16). Při rozhovoru o intimních otázkách dodržujeme určitá pravidla, abychom pacienta neodradili a nenarušili atmosféru důvěry. O teorii vedení rozhovoru se můžeme poučit v různých

učebnicích psychologie a vychází z nich i následující text (17, 18). Každý lékař by měl znát alespoň obecné principy komunikace s pacientem a v příhodné době mu položit základní otázky, které se týkají této problematiky (tabulka 1). O sexu se s pacientem bavíme, jenom tehdy, když si to sám přeje a neděláme to v přítomnosti nikoho jiného. Ideální je rozhovor mezi čtyřma očima v příjemném, nerušeném prostředí s dostatečným časovým prostorem. Přítomnost zdravotní sestry není vhodná. V nezbytných situacích by měla být velmi diskrétní. Otázky klademe tak, aby se na ně dalo jednoduše odpovídat, a formulujeme je, aby bylo patrné, že se jedná o zcela přirozenou aktivitu (je váš pohlavní úd dostatečně tuhý vždy, když potřebujete?, dochází někdy k poruše ztopoření?, jak často?). Nepoužíváme odborné výrazy, pacient jim nemusí rozumět (např. jaká je frekvence erektálních dysfunkcí při koitu). Necháme pacienta mluvit jeho vlastními slovy, zbytečně ho nekorigujeme. Pacient často odborné názvy nezná a násilná stylizace by ho mohla zbytečně rušit. Trpělivě vyslechneme i obraty typu, že to s „pindíkem“ už není ono, že mu nestojí nebo není tvrdý. Důležité je získat informace i na úkor exaktního označení problému. Na druhou stranu se nenecháme vtáhnout do přílišné žoviálnosti, hraničních nebo vložných vulgarit. Při rozhovoru volíme všeobecně srozumitelné pojmy jako jsou soulož, ztopoření, vyvrcholení, výron semene a podobně. Jestliže pacient používá nesprávné výrazy (například si plete ejakulaci a erekcí), takt-

ně, ale jasně a srozumitelně ho opravíme, aby nedošlo k nedorozumění. Informace získáváme „trychtýřovitým“ způsobem. Nejprve zjišťujeme obecné údaje a postupně klademe otázky konkrétního charakteru, které souvisí s problémem. Volíme nedirektivní způsob rozhovoru, při kterém zřetelně vnímáme potíže a snažíme se porozumět problému. Pacient má cítit empatii a emoční blízkost. Během prvního kontaktu nemusíme získat veškeré informace. Při obtížné komunikaci, studu, pocitech nepatříčnosti, odložíme některé otázky na příště. Respektujeme osobnost pacienta a akceptujeme způsob jeho vyjadřování, dynamiku projevu a meze, za které nechce (třeba jenom zpočátku) zajít. Zprvu klademe otázky otevřené (...co vás přivádí?) a prokládáme je doplňujícími dotazy, kterými získáváme bližší informace (...tyto problémy byly se všemi partnerkami?). Při nejistotě pacienta mu pomáháme katalogovými otázkami, kdy si může vybrat z více možností (...tyto potíže vás trápí roky, měsíce, týdny nebo jenom poslední dny?) nebo použijeme alternativní dotazy, při kterých si vybírá mezi dvěma variantami (...sex iniciujete vy nebo partnerka?). Nepodáváme sugestivní otázky (...pořád na to myslíte, že? ..., léčba vůbec nezabrala...), při kterých vnucujeme pacientovi určitý typ odpovědi. Zdržujeme se hodnocení jeho aktivit (bylo by správné kdyby... , vaše způsoby jsou hrozné..., to nedělejte...) a vyhýbáme se direktivním příkazům (vydržte, nesmíte, musíte...). Pacienta necháme volně hovořit a poskytneme mu dostatečný časový prostor. Nadměrná aktivita lékaře, který stále mluví, nepustí pacienta ke slovu, sám vykládá (transformuje) pacientovy problémy podle obvyklých klíšé nebo jak mu na první pohled připadají, pacienta odrazují a berou mu chuť, aby se o problému samostatně a svými slovy rozhovořil. Rozvleklý a nekonzistentní popis potíží citlivě korigujeme vstupy typu „... tím asi chcete říct... , jestliže vám dobře rozumím, tak...“ Obecné otázky se týkají počátku sexuálního života, výchovy v rodině, sexuálního zneužívání, celkového a současného počtu sexuálních partnerů, masturbačních aktivit a jejich frekvence, orgazmu, sexuálních preferencí, snů a fantazií, frekvence koitálních a nekoitálních aktivit, celkové spokojenosti se sexuálním životem, charakteristiky partnerky (věk, sexuální založení, její iniciativa, chuť na sex, schopnost orgazmu). Otázky, které klademe pacientům s erektální dysfunkcí a předčasnou ejakulací, se týkají především spolehlivosti a pevnosti erekce, tuhosti penisu, délky pohlavního styku a schopnosti jeho opakování, doby, za kterou dojde obvykle k vyvrcholení, frekvence koitálních a masturbačních aktivit. Výhoda praktického lékaře spočívá v tom, že zná

údaje ze všeobecné anamnézy a podle jejich konsekvencí (diabetes, hypertenze, dyslipidemie, abúzus, medikace a podobně) může snadněji a rychleji dospět k přesné diagnóze. Důležité jsou i údaje o léčivých přípravcích, které pacient již použil, jak je získal a které specialisty již navštívil. V některých případech bývá užitečný i pohovor se sexuálním partnerem, jenž poskytne více objektivních informací. Získané údaje by si měl lékař zaznamenat, aby mohl při příští návštěvě navázat na započaté téma a předešel situaci, kdy se bude pacienta opět vyptávat na stejné věci. Takový způsob vzbuzuje nedůvěru a pacient má pocit, že se lékař o jeho starosti dostatečně nezajímá nebo že to dělá pouze formálně. Pacient by měl být vždy přesvědčený, že nás jeho problémy zajímají a že máme skutečnou snahu mu s nimi pomáhat.

Při jakých příležitostech můžeme hovořit s pacientem o jeho sexuologických problémech

V každodenní praxi existuje řada situací, při kterých se můžeme zeptat pacienta, jak je na tom se svým sexuálním životem. Záleží pouze na našem zájmu, kdy rozhovor začneme a ochotě pacienta o tomto tématu hovořit. V následujícím textu jsou uvedeny nejběžnější situace, při nichž můžete rozhovor o sexu začít.

- V rámci preventivní prohlídky by to mělo být zcela běžné. Během doplňování anamnézy získáváme podstatné informace o pacientově zdravotním stavu a sexuální funkce do této kategorie jednoznačně patří. Otázky by se měly vztahovat k jeho sexuální kondici a potřebám, neboť porucha v této oblasti může signalizovat i jiné vážnější onemocnění, například počínající ischemickou chorobu srdeční (ICHS), diabetes mellitus (DM) a podobně.
- Při komentování výsledků vyšetření (např. vysoké hladiny cholesterolu, glykemie, hormonů štítné žlázy, EKG a podobně) to není nezbytné, ale je to jedna z možností, jak toto téma otevřít. Poruchy erekce mohou být právě první klinickou manifestací například ICHS, dyslipidémie či cukrovky a tyreopatie se může projevat také snížením libidem.
- Při **stanovení diagnózy choroby** (např. hypertenze, DM 2, ICHS, dyslipidémie a podobně), která by mohla zhoršit jeho pohlavní funkce, nezačínáme samozřejmě mluvit primárně o sexu, ale pacient by měl být o těchto souvislostech informován.

- Během **předepisování léčivých přípravků** (antidepresiv, antihypertenziv, anticholinergik a mnoha dalších) se můžeme zmínit o jejich možných vedlejších účincích na sexuální funkci.
- Při **komentování porušování životosprávy či ovlivnitelných rizikových faktorů** (např. abusu návykových látek, obezity, nízké pohybové aktivity a podobně), bychom se měli zmínit o riziku komplikací, které s sebou tyto negativní návyky nesou. Jedním z nich může být právě sexuální dysfunkce.
- V průběhu **kontrolního vyšetření** můžeme navázat na předchozí sexuální téma a zmínit se o problémech, na které si pacient již stěžoval a posoudit rozvoj poruchy nebo výsledky její terapie.

Dotazy na pacientovu sexualitu jistě nepatří mezi priority, na které by se měli praktičtí lékaři a specialisté přednostně ptát. Základní dotaz na sexuální zdraví by měl však zaznít, alespoň v rámci preventivní prohlídky, z úst každého lékaře. Každý specialista by měl informovat pacienta o možném zhoršení jeho sexuálních funkcí, které se dají očekávat v souvislosti s provedeným výkonem nebo farmakoterapií.

Proč nehovoříme s pacienty o sexu

Prakticky všechny studie, které se zabývají problematikou komunikace mezi lékaři a pacienty o sexuálních problémech upozorňují, že je toto tématice věnována nedostatečná pozornost a existuje zde mnoho nedostatků. K nejčastějším důvodům, kvůli kterým lékaři nemluví se svými pacienty o sexu, patří nedostatek času, nízká erudice, stud nebo to nepovažují za důležité či za součást svého oboru. Otevřené komunikaci o sexu brání také ideologické nebo náboženské důvody a určitou roli mohou hrát i faktory týkající se tzv. gender problematiky (1, 3, 16, 19).

Závěr

Princip moderního lékařství spočívá v holistickém pojetí zdraví. K tomu je nutný integrální přístup k pacientovi, jeho edukace, preventivní postupy a komplexní řešení jeho problémů. Komunikační dovednosti jsou nezbytným předpokladem k tomu, abychom se od pacientů dozvěděli potřebné informace a řešili jeho problémy. Pacienti se sexuálními problémy očekávají, že se o ně budou lékaři aktivně zajímat a nabídnou jim optimální řešení.

Literatura

1. Jiann BP, Su CC, Tsai JY. Is female sexual function related to the male partners' erectile function? *J Sex Med* 2013; 10: 420–429.
2. Brock G, Nicolosi A, Glasser DB et al. Sexual problems in mature men and women: Results of global study. *Int J Impot Res* 2002; 14(Suppl 3): 57–58.
3. Weiss P, Zvěřina J. Komunikace lékaře s pacientem s ED. *Prakt Lék* 2002; 82: 276–279.
4. NIH Consensus Conference Impotence. NIH consensus development panel on impotence. *JAMA* 1993; 270: 83–90.
5. Hatzimouraditis K, Amar E, Eardley I, et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *Eur Urol* 2010; 57: 804–814.
6. Šrámková T. Psychogenní erektilní dysfunkce. In: Zámečník L et al. *Praktická andrologie dospělých*. Praha: Mladá fronta 2010.
7. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition) -DSM-5TM. Arlington, VA: American Psychiatric Association 2013.
8. Althof SE, Abdo CH, Dean J, Hackett G, et al. International society for sexual medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *J Sex Med* 2010; 7: 2947–2969.
9. Beckman JT, Abu-Lebdeh HS, Mynderse LA. Diagnostika a farmakoterapie erektilní dysfunkce. *Medicina pro promoci* 2006; 30–40.
10. Hatzimouraditis K. Epidemiology of male sexual dysfunction. *Am J Mens Health* 2007; 1: 103–125.
11. Serefoglu CE, Saitz TR. New insights on premature ejaculation: a review of definition, classification, prevalence and treatment. *Asian J Androl* 2012; 14: 822–829.
12. Park HJ, Park JK, Park K, et al. Prevalence of premature ejaculation in young and middle-aged men in Korea: a multi-center internet-based survey from the Korean Andrological Society. *Asian J Androl* 2010; 12: 880–889.
13. Shindel AW, Vittinghoff E, Breyer BN. Erectile dysfunction and premature ejaculation in men who have sex with men. *J Sex Med* 2012; 9: 576–584.
14. Riley A, Riley E. Behavioural and clinical findings in couples where the man presents with erectile disorder: a retrospective study. *Int J Clin Pract* 2000; 54: 220–224.
15. Goldstein I et al. International educational initiative on erectile function, 2002.
16. Auld RB, Brock G. Sexuality and erectile dysfunction: results of a national survey. *J Sex Repr Med* 2002; 2: 50–54.
17. Vymětal J et al. *Obecná psychoterapie*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing 2004.
18. Vymětal J. *Lékařská psychologie*. 3. aktualizované vydání. Praha: Portál 2003.
19. Moreira ED, Brock G, Glasser DB, et al. Help-seeking behaviour for sexual problems: the global study of sexual attitudes and behaviours. *Int J Clin Pract* 2005; 1: 6–16.

Článek přijat redakcí: 28. 7. 2014

Článek přijat k publikaci: 19. 8. 2014

MUDr. Zlatko Pastor, Ph.D.

NZZ GONA, spol. s r.o.
Národní třída 25, 110 00 Praha 1
pastor.zlatko@volny.cz