

Jak rozmawiać o problemach seksualnych z pacjentkami z chorobą nowotworową

Nawiązywanie dialogu

ELENA S. RATNER, MD, CHRISTINE E. RICHTER, MD, MARY JANE MINKIN, MD, KELLY A. FORAN-TULLER, PSYD

Seksualność jest ważnym elementem składowym jakości życia, a u kobiet z nowotworem zarówno choroba, jak i jej leczenie mogą wpływać na nastawienie do seksu. Wieloczynnikowe podejście może przywracać pacjentkom pewność siebie w odniesieniu do tego aspektu ich życia.

Z badania National Health and Social Life Survey wynika, że u 43% wszystkich kobiet występuje jakaś postać zaburzeń seksualnych.¹ Również w badaniu Prevalence of Female Sexual Problems Associated With Distress and Determinants of Treatment Seeking (PRESIDE) wykazano, że 40% kobiet skarża się na jakieś zaburzenia seksualne.¹

Zaburzenie seksualne definiuje się jako nawracający problem o charakterze seksualnym, który wywołuje osobisty problem – przy czym dyskomfortem jest tu rodzaj niezadowolenia związany z aktywnością seksualną. Jeżeli pacjentka ma jakieś problemy o charakterze seksualnym, ale nie odczuwa z tego powodu dystresu, wówczas te problemy nie spełniają powyższej definicji zaburzeń seksualnych.¹

W badaniu PRESIDE stwierdzono, że problemy seksualne występują u 44,2% kobiet, a 22,8% odczuwa z tego powodu dyskomfort.¹ Dolegliwości o charakterze seksual-

nym mogą występować nawet u 90% kobiet z rozpoznaną chorobą nowotworową w wywiadzie oraz u co najmniej 50% z nowotworami narządu rodowego i piersi.^{2,3} Ważne, aby wcześniej informować pacjentki w przebiegu leczenia, że kwestie seksualne mogą być dla nich istotne, a omawianie tego zagadnienia jest zasadne.

Poświęcenie uwagi zahamowaniom behawioralnym oraz poradnictwo dotyczące zaburzeń seksualnych mogą być łatwiejsze, jeśli w leczenie zaangażowany jest wielodyscyplinarny zespół składający się z pielęgniarek, lekarzy i psychologów.

Wpływ nowotworów narządu rodowego na seksualność

Kwestie związane z intymnością i seksualnością są uznawane za ważne składowe jakości życia przez pacjentki z nowotworem oraz kobiety po leczeniu przeciwnowotworowym. Ponieważ obecnie u coraz większej liczby kobiet po rozpoznaniu nowotworu uzyskuje się długoterminowe przeżycie, konieczna staje się dyskusja dotycząca ich jakości życia. Coraz częściej uznaje się, że zaburzenia seksualne mają negatywne konsekwencje, które w znacznym stopniu wpływają na jakość życia.³ Sexual Function Health Council American Foundation of Urologic Diseases podzieliła kobiece zaburzenia seksualne na cztery kategorie: obniżenie popędu płciowego, zaburzenie podniecenia seksualnego, zaburzenia orgazmu oraz dyspareunię (odczuwanie bólu podczas stosunku).⁴

Reakcje seksualne kobiet mogą zostać zaburzone w różnorodny sposób. Przyczyny zaburzeń seksualnych są często

Dr Ratner, Assistant Professor of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Sciences, Division of Gynecologic Oncology, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut.

Dr Richter, Senior Fellow, Department of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Sciences, Yale University School of Medicine.

Dr Minkin, Clinical Professor of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Sciences, Yale University School of Medicine.

Dr Foran-Tuller, Staff Psychologist, Integrated Primary Care, Department of Psychiatry, Veterans Affairs Connecticut Healthcare System, West Haven, Connecticut.

Dr Ratner, dr Richter i dr Foran-Tuller nie zgłosiły żadnych konfliktów interesów odnoszących się do treści tego artykułu. Dr Minkin podała, że jest doradcą konsultantką firm Bayer, Noven, Novo Nordisk oraz Enzymatic Therapies i otrzymuje z tego tytułu wynagrodzenia.

czynnościowe i psychologiczne. Do czynników fizycznych należą męczliwość i ból, wypadanie włosów, zmiana masy ciała, utrata kontroli nad czynnościami ciała, a także objawy menopauzalne. Zmiany te następują z powodu zmian anatomicznych wtórnych do operacji i napromieniania, chemioterapii i leczenia zaburzeń czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego, chorób współistniejących, a często kombinacji tych czynników. Kobięce zaburzenia seksualne często poprzedza przedwczesne wygaśnięcie czynności jajników spowodowane operacyjnym leczeniem nowotworu, radioterapią lub stosowaniem niektórych chemioterapeutyków.²

Dodatkowo mogą występować czynniki psychologiczne wpływające na seksualność, takie jak niepokój, depresja, lęk przed śmiercią lub nawrotem choroby nowotworowej, poczucie wyizolowania i słabości, a także odczucia związane z zakończeniem możliwości prokreacyjnych.

Sposób, w jakim kobieta postrzega siebie jako osobę seksualną oraz ocenia własną seksualność, jest ważnym parametrem pozwalającym przewidywać zachowania seksualne kobiety i jej reaktywność seksualną.⁵ To postrzeganie własnej seksualności zostało przeanalizowane w badaniu, w którym oceniano seksualność 175 kobiet z nowotworem narządu rodowego.⁶ Uzyskane wyniki dowodzą, że postrzeganie własnej seksualności tłumaczy istotne różnice zachowań seksualnych, reaktywności i satysfakcji seksualnej, a także jakości życia.

Co więcej, kobiety doznają uczucia ogromnej straty wynikającego ze zmiany seksualności w następstwie choroby nowotworowej bądź jej leczenia. Podczas gdy najczęstszym problemem seksualnym u mężczyzn są zaburzenia wzwodu, u kobiet najczęściej obserwuje się utratę lub zmniejszenie popędu seksualnego, a także dyspareunię.⁷ Badania, w których porównywano pacjentki z nowotworem narządu rodowego ze zdrowymi kobietami z grupy kontrolnej, wykazały, że te pacjentki mogą powracać do odbywania stosunków płciowych, ale zgłaszają zmniejszenie reaktywności i satysfakcji seksualnej. Obserwuje się u nich również częstsze występowanie zaburzeń seksualnych w porównaniu ze zdrowymi kobietami oraz pacjentkami z nienowotworowymi problemami ginekologicznymi.⁸⁻¹¹ Etiologia zaburzeń seksualnych i związanych z intymnością u kobiet z nowotworem narządu rodowego również wykazuje pewne różnice w zależności od rodzaju nowotworu oraz sposobu jego leczenia.¹²

Zmiany seksualności opisano w kilku badaniach przeprowadzonych w różnych populacjach kobiet poddawanych radioterapii, leczeniu operacyjnemu, chemioterapii i immunoterapii.¹³⁻¹⁵ Donoszono, że największy wpływ na funkcjonowanie seksualne mają układowa chemioterapia oraz radykalne operacje w obrębie miednicy. Zaburzenia seksualne są często poprzedzone przedwczesnym wygaśnięciem czynności jajników spowodowanym owariektomią.¹⁴ Opisano, że również usunięcie macicy wpływa na seksualność kobiet, zmieniając odczuwanie długości

Do zapamiętania

- Fizjologiczne i psychologiczne następstwa nowotworu oraz jego leczenia wpływają na kobiece reakcje seksualne.
- Nawiazanie komunikacji na temat kwestii seksualnych wcześniej w przebiegu leczenia oraz stosowanie indywidualnych interwencji może ułatwić pacjentkom utrzymanie odpowiedniej jakości życia seksualnego po rozpoznaniu nowotworu.

ci pochwy, odbierając nadzieję na możliwość urodzenia w przyszłości dziecka, a także wpływając na sposób, w jaki pacjentka postrzega samą siebie.⁸

Kiedy porównano kobiety poddane rok wcześniej radykalnej histerektomii i/lub radioterapii z powodu raka szyjki macicy oraz kobiety z grupy kontrolnej, u których nie wykonywano operacji z powodu nowotworu, stwierdzono, że pomimo podobnej częstości odbywania stosunków płciowych w obu grupach kobiety z nowotworem doświadczyły istotnego pogorszenia pobudzenia ze strony narządów płciowych i negatywnych odczuć z nich płynących.¹⁶ Problemy ze zmniejszeniem pobudzenia ze strony narządów płciowych obejmowały niedostateczne nawilżenie, zmniejszenie długości i elastyczności pochwy, a także brak obrzmienia narządów płciowych przez ponad połowę czasu pobudzenia seksualnego.

Chemioterapia często wpływa na seksualność kobiet w zależności od rodzaju leku, dawki, długości leczenia oraz stosowanych kombinacji leków.¹⁷ Mimo że w leczeniu nowotworów narządu rodowego i raka piersi stosuje się różne schematy chemioterapii, które wywołują zróżnicowane działania niepożądane, w kilku badaniach doniesiono, że chemioterapia jest istotnym powodem zaburzeń seksualnych. W jednym z badań stwierdzono, że w porównaniu z pacjentkami, u których w leczeniu zastosowano terapię hormonalną, chore na raka piersi poddane chemioterapii trzykrotnie częściej zgłaszały zmniejszenie libido, siedmiokrotnie częściej trudności z osiągnięciem orgazmu oraz sześciokrotnie częściej ból podczas stosunku i suchość pochwy.¹⁷ Napromienianie miednicy również wpływa na seksualność kobiet, powodując zwężenia i suchość pochwy, a także objawy menopauzalne spowodowane wygaśnięciem czynności jajników.^{18,19}

Ocena zaburzeń seksualnych

Chociaż w badaniu PRESIDE stwierdzono, że 22% kobiet zgłasza dyskomfort z powodu problemów o charakterze seksualnym,¹ wskaźnik ten jest jeszcze większy wśród kobiet chorych na raka piersi lub nowotwory narządu rodowego.²⁰

American Psychiatric Association klasyfikuje zaburzenia seksualne w zależności od charakterystyki i/lub występowania popędu płciowego, orgazmu, bólu, podniecenia, współistniejących chorób ogólnoustrojowych

TABELA 1

Model oceny zaburzeń seksualnych PLISSIT

Pozwolenie (Permission)	Rozmawiając z pacjentkami o nowotworach i seksualności, dajemy im przyzwolenie na myślenie i mówienie o tych kwestiach. Należy zadawać otwarte, ogólne pytania, takie jak: „Jakie są Pani doświadczenia w kwestiach seksualnych od czasu rozpoznania nowotworu?”
Ograniczone informacje (Limited Information)	Należy przekazać pacjentce krótkie informacje na temat wpływu nowotworu i jego leczenia na czynność seksualną. Na tym etapie szczególnie ważne jest odniesienie się do pewnych mitów (np. że przez stosunek płciowy można zarażać nowotworem).
Swoiste wskazówki (Specific Suggestions)	Podjęcie zakładające poszukiwanie konkretnych rozwiązań jest użytecznym sposobem odniesienia do problemu, z którym pacjentka zetknęła się osobiście. Na przykład, jeżeli zgłasza wyprzedzający niepokój w odniesieniu do stosunku płciowego z partnerem ze względu na obawy przed bólem lub dyskomfortem, lekarz może poradzić stosowanie środków nawilżających, odpowiednich leków oraz strategii relaksacyjnych.
Intensywne leczenie (Intensive Therapy)	W tym najbardziej zaawansowanym stadium należy zwracać uwagę na to, że problemy wielu pacjentek mogły już zostać rozwiązane wcześniej. Na tym etapie lekarz może wskazać innych członków personelu medycznego, do których można kierować pacjentki w celu zastosowania bardziej intensywnego i wszechstronnego leczenia (np. pracownik społeczny, terapeuta seksualny, psycholog, odpowiedni specjalista medyczny).

Za Hughes M.K.¹² oraz Annon J.S.²⁴

TABELA 2

Model oceny zaburzeń seksualnych BETTER

B	Należy poruszyć (bring up) kwestię nowotworu w odniesieniu do jego wpływu na seksualność.
E	Należy wyjaśnić (explain), że zdajemy sobie sprawę z różnych aspektów jakości życia związanych z nowotworem i jego leczeniem, w tym również dotyczących seksualności.
T	Należy powiedzieć (tell) pacjentce, że możemy jej pomóc w rozwiązaniu tych problemów.
T	Właściwym momentem (timing) na poruszenie tych kwestii może być zarówno obecna wizyta, jak i następne.
E	Należy edukować (educate) pacjentki w kwestii możliwych niepożądanych skutków o charakterze seksualnym.
R	Należy odnotować (record) dokonane oceny i podejmowane interwencje w dokumentacji medycznej, aby można się było odnosić do tych informacji w trakcie dalszej obserwacji.

Za Mick J. i wsp.²⁵

lub przyjmowanych substancji, bądź też jako parafilie (zaburzenia preferencji seksualnych, dawniej zwane dewiacjami seksualnymi).²¹ W większości przypadków u pacjentek z nowotworem rozpoznanie mieści się w kategorii zaburzeń seksualnych spowodowanych współistniejącą chorobą ogólnoustrojową (np. rakiem piersi lub narządu rodowego).

Badania naukowe wykazały, że lekarzom ogólnym i specjalistom brakuje wykształcenia w zakresie oceny i rozpoznawania zaburzeń seksualnych.^{22,23} Dwoma narzędziami oceny klinicznej są model PLISSIT (permission – pozwolenie, limited information – ograniczone informacje, specific suggestions – swoiste wskazówki, intensive therapy – intensywne leczenie) oraz model BETTER (bring up – poruszyć zagadnienie, explain – wyjaśnić, tell – powiedzieć, timing

– wybrać właściwy moment, educate – edukować, record – odnotować).^{12,24,25}

Model oceny zaburzeń seksualnych PLISSIT opisuje cztery poziomy oceny: pozwolenie, ograniczone informacje, swoiste wskazówki oraz intensywne leczenie (tab. 1).^{12,24} Podobnie jak model PLISSIT, model BETTER jest również często wykorzystywany do oceny zaburzeń seksualnych w warunkach klinicznych (tab. 2).²⁵ Istotnymi zaletami modeli PLISSIT i BETTER są: mała czasochłonność, łatwość stosowania przez lekarzy i pielęgniarki oraz to, że są one praktyczne w użyciu podczas typowej wizyty ambulatoryjnej.

Wyszkoleni psycholodzy i licencjonowani terapeuci seksuologiczni odgrywają ważną rolę w poradnictwie pacjentek po leczeniu nowotworu. Dostępnych jest wiele zasobów, które mogą ułatwiać personelowi medycznemu kierowanie takich pacjentek do odpowiednich specjalistów. Na stronie internetowej American Association of Sexuality Educators, Counsellors, and Therapists (www.aasect.org) zamieszczono informacje wskazujące, jak kierować pacjentów do licencjonowanego terapeuty seksuologicznego. Jeżeli pacjentka chce zostać skierowana na leczenie do psychologa klinicznego, doskonałym źródłem informacji jest strona internetowa American Psychological Association (www.apa.org).

Przeszkody w komunikacji

Przeprowadzone badania ujawniły istnienie przeszkód, które powodują, że pacjentki nie zadają pytań dotyczących kwestii seksualnych. Do tych przeszkód należą uczucia zażenowania, wstydu i winy, które utrudniają przekazywanie lekarzom informacji o zaburzeniach sfery seksualnej.²⁶ Do innych zbadanych przeszkód należą objawy depresji, medyczne obawy o nasilenie nowotworu w przypadku podjęcia aktywności seksualnej, błędne postrzeganie nowotworu

jako choroby zakaźnej, a także poglądy wynikające z religii lub pochodzenia etnicznego.^{12,27} Do niechętnego podejmowania w rozmowie kwestii dotyczących seksualności mogą wreszcie przyczynić się różnice płci lub orientacji seksualnej między pacjentką a lekarzem.¹²

Mimo świadomości występowania problemów o charakterze seksualnym pielęgniarki i lekarze na ogół nie inicjują rozmów z pacjentkami na temat ich seksualności.²⁶ Autorzy jednego z badań przeprowadzili rozmowy na temat seksualności z 16 lekarzami, 27 pielęgniarkami oraz 15 kobietami chorymi na raka jajnika.²⁸ Stwierdzono, że chociaż większość lekarzy uważała, iż u kobiet występują lub mogą występować problemy o charakterze seksualnym, to tylko 25% lekarzy i 19% pielęgniarek rozmawiało o tych sprawach ze swoimi pacjentkami. Wynika to prawdopodobnie z przeszkód powodujących, że personel opieki zdrowotnej nie zadaje pytań dotyczących kwestii seksualnych, w tym zawodowego lub osobistego dyskomfortu w związku z omawianiem tych kwestii, braku wykszolenia w tym zakresie, a także ograniczonego czasu pozostającego do dyspozycji personelu.²⁸⁻³¹

Przydatne jest informowanie pacjentek w początkowej fazie leczenia, że kwestie seksualne mogą być dla nich poważnym problemem. Można im oferować praktyczną edukację medyczną i psychologiczną, która ułatwi przewidywanie przyszłych problemów. Kiedy zarówno personel, jak i pacjentki zdają sobie sprawę z istniejących przeszkód w komunikowaniu się, łatwiej znaleźć sposoby umożliwiające nawiązanie porozumienia w tych kwestiach.

Jedną z zbadanych strategii – interwencja ułatwiająca komunikację oraz radzenie sobie z tym problemem – koncentruje się na identyfikacji potrzeb w zakresie wsparcia, umiejętnym proponowaniu wsparcia, określeniu wartości, radzeniu sobie z reakcjami na rozpoznanie nowotworu, rozwiązywaniu problemów oraz restrukturyzacji poznawczej.³² Celem szkolenia w zakresie komunikacji jest nawiązanie rozmowy między pracownikiem opieki zdrowotnej a pacjentką. Pracowników zachęca się do zadawania pytań otwartych, a pacjentki należy nakłaniać do poruszania kwestii objawów pomimo wewnętrznego niepokoju.

Metody leczenia i interwencje

Chemioterapia, radioterapia i leczenie chirurgiczne mogą być przyczyną występowania istotnych potężnych wahań hormonalnych. Te zmiany stężenia estrogenów i testosteronu mogą przyczynić się do występowania objawów menopauzalnych, które z kolei prowadzą do zaburzeń seksualnych. Dlatego też hormonalna terapia zastępcza (HTZ) jest jednym z podstawowych elementów leczenia dolegliwości menopauzalnych związanych z chorobami nowotworowymi.³³

RAK SZYJKI MACICY

U kobiet z rakiem szyjki macicy często występują objawy wynikające ze zmniejszenia wydzielania estrogenów, jeżeli

podczas zabiegu operacyjnego usunięte zostaną jajniki lub dojdzie do ustania ich czynności z innej przyczyny. W tej grupie występuje również włóknienie pochwy wtórne do radioterapii.³⁴

RAK JAJNIKA

Brak estrogenów jest ważnym czynnikiem wpływającym na zaburzenia seksualne również u chorych na raka jajnika. Leczenie tych nowotworów, obejmujące bezpośrednią interwencję operacyjną, radioterapię i/lub chemioterapię, często wpływa na środowisko hormonalne kobiety.³⁵ Chemioterapia wywołuje też inne skutki, a ponadto możliwe jest niekorzystne oddziaływanie bólu oraz leków przeciwdziałających nudnościom. Chociaż ograniczone dane wskazują na nieco zwiększone ryzyko rozwoju raka jajnika w przypadku długotrwałego stosowania HTZ, dane na temat jej stosowania u kobiet, u których wystąpił już rak jajnika, są jeszcze bardziej ograniczone.

RAK ENDOMETRIUM

Zaburzenia seksualności i intymności u chorych na raka endometrium wynikają z kombinacji następstw leczenia operacyjnego, radioterapii i chemioterapii. Podobnie jak w przypadku raka jajnika, środowisko hormonalne odgrywa u tych pacjentek ważną rolę w ich funkcjonowaniu seksualnym. Substytucja hormonalna w przypadku raka endometrium była przedmiotem poważnych dyskusji. Gynecologic Oncology Group zainicjowała dużą perspektywną randomizowaną kontrolowaną placebo próbę kliniczną dotyczącą stosowania HTZ u kobiet leczonych z powodu raka endometrium w stadium I lub II. Zanim zmniejszająca się rekrutacja spowodowała przedwczesne zakończenie tego badania, autorzy stwierdzili nieistotne, minimalnie zwiększone ryzyko o 1,27 nawrotu wśród kobiet otrzymujących HTZ.³⁶ Ze względu na to małe ryzyko nawrotu wielu ginekologów onkologów wykorzystuje estrogeny w leczeniu objawowym chorych na raka endometrium we wczesnym stadium. Trzeba jednak zachowywać dużą ostrożność w stosowaniu układowej terapii hormonalnej u kobiet z zaawansowanym rakiem endometrium.

ZANIKOWE ZAPALENIE POCHWY

Zanikowe zapalenie pochwy, będące przyczyną bólu podczas aktywności seksualnej, odgrywa ważną rolę w rozwoju kobiecych zaburzeń seksualnych w przebiegu różnych nowotworów narządu rodowego.³⁷ Głównym regulatorem fizjologii pochwy są estrogeny. U kobiet przed menopauzą pochwa ma grubą, pofałdowaną błonę śluzową, przepływ krwi przez tkanki tego narządu jest duży, a w świetle pochwy utrzymuje się pH w przedziale 3,5-4,5, natomiast u kobiet po menopauzie pochwa jest mniej elastyczna, jej fałdy się zmniejszają, podobnie jak przepływ krwi przez tkanki pochwy, natomiast pH w świetle pochwy zwiększa się do >5,0.

Kluczowe zagadnienia

- Dolegliwości o charakterze seksualnym mogą występować nawet u 90% kobiet z rozpoznaniem choroby nowotworowej oraz u co najmniej 50% kobiet chorych na raka narządu rodowego i piersi.
- Negatywne konsekwencje zaburzeń seksualnych mają znaczny wpływ na jakość życia.
- Najczęstszymi problemami seksualnymi u kobiet są utrata lub zmniejszenie popędu seksualnego, a także dyspareunia.
- Stwierdzono, że największy wpływ na funkcjonowanie seksualne mają układowa chemioterapia oraz radykalne operacje w obrębie miednicy.
- Modele oceny zaburzeń seksualnych PLISSIT i BETTER są mało czasochłonnymi, łatwymi w użyciu i praktycznymi narzędziami klinicznymi.
- Rozmowę z pacjentkami na temat ich problemów o charakterze seksualnym należy nawiązywać w początkowej fazie terapii.
- Hormonalna terapia zastępcza jest jednym z podstawowych elementów leczenia dolegliwości o charakterze seksualnym związanych z chorobą nowotworową.
- W celu przeciwdziałania zaburzeniom seksualnym u kobiet z nowotworami ginekologicznymi można wykorzystywać wielodyscyplinarne podejście do oceny i leczenia.
- W leczeniu zaburzeń podniecenia seksualnego oraz orgazmu mogą być stosowane takie urządzenia medyczne, jak wibratory lub pompy próżniowe.
- Personel medyczny prowadzący leczenie choroby podstawowej może interweniować w kwestii wyprzedzającego lęku oraz zachowań polegających na unikaniu intymnych aspektów życia.

W wytycznych North American Menopause Society dotyczących leczenia zanikowego zapalenia pochwy proponuje się stosowanie substancji nawilżających, w tym środków zawierających polikarbofil (niewchłaniający się polimer kwasu akrylowego), oraz małych dawek estrogenów. Ostatnio stwierdzono, że czopki dopochwowe zawierające 10 µg estrogeny równie skutecznie zmniejszają objawy kliniczne, zmiany zanikowe oraz obniżają pH pochwy w porównaniu z wcześniej stosowaną dawką 25 µg.³⁸ Stwierdzono, że układowe wchłanianie hormonów jest niewielkie, zwłaszcza po uzyskaniu zahamowania zaniku pochwy, a ponadto istnieje bardzo niewiele przeciwwskazań do miejscowego leczenia estrogenami.³⁹ Jeżeli leczenie estrogenami jest przeciwwskazane, należy stosować środki nawilżające. Minimalizację dyskomfortu podczas stosunku mogą ułatwiać również: miejscowo stosowana lidokaina, kąpiele nasiadowe, niesteroidowe leki przeciwzapalne, a także zmiany pozycji ciała, w której odbywa się stosunek.

ZMNIEJSZENIE POPĘDU PŁCIOWEGO I POBUDZENIA SEKSUALNEGO

Leczenie zmniejszonego popędu płciowego jest trudne, ponieważ nie ma żadnej metody wykazującej wiarygodną skuteczność. Wydaje się, że w kontroli libido rolę odgrywa

testosteron, ale nie ma danych na temat stosowania testosteronu u kobiet z nowotworami.⁴⁰ W badaniach u kobiet po owariektomii, u których stosowano testosteron, stwierdzano poprawę pod względem popędu, podniecenia oraz fantazji seksualnych w porównaniu z podawaniem placebo lub samych estrogenów.^{40,41} Testosteron można podawać domięśniowo lub przezskórnio.

Chociaż w próbach klinicznych potwierdzono korzystny wpływ testosteronu na libido u kobiet, podczas jego stosowania obserwuje się różne działania niepożądane, takie jak trądzik, przerost lechtaczki, pogrubienie głosu oraz uszkodzenie komórek wątrobowych, a także zmiany parametrów lipidowych.⁴¹ Większość tych działań niepożądanych ustępuje po zaprzestaniu podawania testosteronu. Ponadto konwersja testosteronu do estrogenów sprawia, że trzeba zachować szczególną ostrożność w kwestii stosowania tego leku u kobiet z guzami hormonozależnymi.

Wykazano, że tybolon, który wykazuje aktywność zarówno estrogeny, jak i progestagenu i jest stosowany poza Stanami Zjednoczonymi w leczeniu osteoporozy, poprawia popęd i podniecenie seksualne. W badaniu kliniczno-kontrolnym potwierdzono bezpieczeństwo tybolonu u kobiet po wyleczeniu raka endometrium, nie stwierdzając jego niekorzystnego wpływu na przeżycie wolne od choroby lub przeżycie ogólne.^{42,43} W ostatnio opublikowanej prospektywnej randomizowanej próbie klinicznej stwierdzono jednak zwiększone ryzyko nawrotu raka piersi u kobiet otrzymujących tybolon jako terapię hormonalną.^{43,44}

Istnieją doniesienia na temat stosowania wybiórczych inhibitorów fosfodiesterazy w leczeniu zaburzeń pobudzenia ze strony żeńskich narządów płciowych. Wykazano, że sildenafil zwiększa działanie tlenu azotu i ułatwia rozkurcz mięśni gładkich, zwiększając napływ krwi do lechtaczki. Stwierdzono również, że to zjawisko jest silniej wyrażone u chorych na raka szyjki macicy niż u innych kobiet. U kobiet po radykalnej histerektomii poprawa była większa niż u pacjentek po zwykłej histerektomii.⁴⁵

Metody niefarmakologiczne

Opisuje się wykorzystywanie metod niefarmakologicznych i urządzeń medycznych (takich jak stosowane do stymulacji przez wibrację oraz pompy próżniowe), które powodują zwiększenie wypełnienia tkanek narządów płciowych krwią, w leczeniu zaburzeń podniecenia i orgazmu.⁴⁵

Inna metoda niefarmakologiczna polega na stosowaniu implantowanego urządzenia do stymulacji (neuromodulacji) nerwów krzyżowych (InterStim; Minneapolis, Minnesota, USA). Urządzenie to zostało zarejestrowane przez Food and Drug Administration (FDA) do leczenia nietrzymania moczu z powodu parcia naglącego, a jego działanie polega na niewielkiej elektrycznej stymulacji nerwów krzyżowych, co moduluje kurczliwość pęcherza moczowego. Na podstawie doniesień kazuistycznych można sądzić, że

takie leczenie moŁe r3wnieŁ korzyslnie wpływać na podniecenie i osi³ganie orgazmu przez kobiety.

Interwencje psychologiczne

W psychoonkologicznym pi³miennictwie naukowym dotycz³cym tej nowej dziedziny, któr³ obecnie nazywa si³ onkoseksuologi³, zwrócono uwag³ na znaczenie wielodyscyplinarnego podej³cia do oceny i leczenia zaburzeŃ seksualnych u kobiet z nowotworami ginekologicznymi.^{3,28,46,47}

Dwie interwencje – przeciwdzia³anie zahamowaniom behawioralnym oraz poradnictwo dotycz³ce zaburzeŃ seksualnych – mog³ by³ podejmowane w zwyk³ych warunkach leczenia tych pacjentek przez wielodyscyplinarny zesp3ł lecz³cy, w któr3go sk³ad wchodzi³ psycholodzy lub terapeuci seksualni przeszkoleni w tej dziedzinie.

Personel medyczny prowadz³cy leczenie choroby podstawowej, tj. nowotworu, moŁe interweniowa³ w kwestii wyprzedzaj³cego l³ku oraz zachowaŃ polegaj³cych na unikaniu intymnych aspekt3w Źycia.^{27,33} Staraj³c si³ unikn³³ my³lenia o oczekiwanych b3lu lub uczuciu dyskomfortu, kobiety cz³sto unikaj³ stosunk3w p³ciowych. Sam akt stosunku zostaje nast³pnie uog3lniony na inne zachowania intymne i w koŃcu kaŁdy intymny akt prowadzi do l³ku zwi³zanego z oczekiwaniem stosunku i zwi³zanych z tym my³li wywo³uj³cych niepoko³.

Pocz³tkowym krokiem w kierunku interwencji moŁe by³ przedstawienie zar3wno pacjentce, jak i jej partnerowi modelu zahamowaŃ behawioralnych, a kr3tkie interwencje z wykorzystaniem technik skupiania si³ na doznaniach mog³ przerwa³ cykl unikania wsp33lŹycia oraz zmniejszy³ l³k i niepoko³ wyst³puj³cy u tych kobiet.⁴⁸

Badacze opracowali i wprowadzili kr3tk³ interwencj³ psychoedukacyj³, któr³ sk³ada si³ z trzech sesji.⁴⁷ W ramach tej interwencji wykorzystuje si³ techniki zwi³kszej³ce podniecenie seksualne w po³³czeniu ze strategiami poprawy jako³ci relacji z partnerem, zmniejszania objaw3w depresyjnych oraz poprawy jako³ci Źycia.

Implikacje dla praktyki klinicznej

Wraz z popraw³ wczesnego wykrywania, leczenia operacyjnego oraz adiuwantowej terapii nowotwor3w ginekologicznych coraz cz³ściej udaje si³ uzyska³ d³ugoterminowe przeŹycie oraz wyleczenie. Rozpoznanie nowotworu, jego leczenie oraz medyczne i psychologiczne nast³pstwa choroby maj³ ogromny wp³yw na seksualno³ i intymno³ kobiety. Personel medyczny powinien zdawa³ sobie spraw³ ze znaczenia seksualno³ci w tej populacji, a takŹe jej zwi³zku z fizycznymi, emocjonalnymi i spo³ecznymi aspektami Źycia kobiety.

Dost³pnych jest wiele hormonalnych i niehormonalnych metod leczenia, któr³ mog³ poprawia³ czynno³ seksualn³. Konieczne jest indywidualne podej³cie z uwzgl³dzeniem wywiadu dotycz³cego choroby nowotworowej, objaw3w, og3lnego rokowania oraz pog³ad3w

pacjentki. Co najw³azniejsze, personel medyczny musi we w³asciwy spos3b porusza³ te kwestie w rozmowach z pacjentkami.

Podej³cie biopsychosp33eczne, wykorzystuj³ce niekt3re z om3wionych prostych strategii, moŁe zosta³ latwo wprowadzone w celu umoŹliwienia kobietom poprawy jako³ci ich Źycia seksualnego po rozpoznaniu nowotworu.

Contemporary OB/GYN, Vol. 57, No. 5, May 2012, p. 40. How to talk about sexual issues with cancer patients. Beginning the Dialogue.

Pi³miennictwo

1. Shifren JL, Mmonz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008;112(5): 970-978.
2. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol.* 1998;16(2):501-514.
3. Juraskova I, Butow P, Robertson R, Sharpe L, McLeod C, Hacker N. Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. *Psychooncology.* 2003;12(3):267-279.
4. Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000;163(3):888-893.
5. Andersen BL, Woods XA, Copeland LJ. Sexual self-schema and sexual morbidity among gynecologic cancer survivors. *J Consult Clin Psychol.* 1997;65(2):221-229.
6. Carpenter KM, Andersen BL, Fowler JM, Maxwell GL. Sexual self schema as a moderator of sexual and psychological outcomes for gynecologic cancer survivors. *Arch Sex Behav.* 2009;38(5):828-841.
7. Schover LR, Montague DK, Lakin MM. Sexual problems. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer: Principles and Practice of Oncology.* 5th ed. Philadelphia, pa: Lippincott-Raven; 1997:2857-2872.
8. Weijmar Schultz WC, Van De Wiel HB, Hahn DE, Bouma J. Psychosexual functioning after treatment for gynecologic cancer: an integrative model, review of determinant factors and clinical guidelines. *Int J Gynecol Cancer.* 1992;2(6):281-290.
9. Gershenson DM, Miller AM, Champion VL, et al; Gynecologic Oncology Group. Reproductive and sexual function after platinum-based chemotherapy in long-term ovarian germ cell tumor survivors: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol.* 2007;25(19):2792-2797.
10. Lindau ST, Gavrilova N, Anderson D. Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: a comparison to national norms. *Gynecol Oncol.* 2007;106(2):413-418.
11. Andersen BL, Anderson B, deProsse C. Controlled prospective longitudinal study of women with cancer. I. Sexual functioning outcomes. *J Consult Clin Psychol.* 1989;57(6):683-691.
12. Hughes MK. Sexuality and cancer: the final frontier for nurses. *Oncol Nurs Forum.* 2009;36(5):e241-e246.
13. Andersen BL, Elliot ML. Sexuality for women with cancer: assessment, theory, and treatment. *Sex Disabil.* 1993;11(1):7-37.
14. Wilmoth MC, Botchway P. Psychosexual implications of breast and gynecologic cancer. *Cancer Invest.* 1999;17(8):631-636.
15. Barton-Burke M, Gustason CJ. Sexuality in women with cancer. *Nurs Clin North Am.* 2007;42(4):531-554;vi.
16. Bergmark K, Avall-Lundqvist E, Dickman PW, Henningsohn L, Steineck G. Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *N Engl J Med.* 1999;340(18):1383-1389.
17. Young-McCaughan S. Sexual functioning in women with breast cancer after treatment with adjuvant therapy. *Cancer Nurs.* 1996;19(4):308-319.
18. Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, Thranov I, Petersen MA, Machin D. Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2003;56(4):937-949. erratum in: *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2004;58(4):1321.
19. Nunnis D, Williamson K, Swaney L, Davy M. The morbidity of surgery and adjuvant radiotherapy in the management of endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer.* 2000;10(3):233-238.
20. Aandersen BL. Quality of life for women with gynecologic cancer. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 1995;7(1):69-76.
21. American Psychiatric Association. Sexual and gender identity disorders. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR (Text Revision).* 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000:535-576.

22. Humphery S, Nazareth I. Gps' views on their management of sexual dysfunction. *Fam Pract.* 2001;18(5):516-518.
23. Stead ML, Fallowfield L, Brown JM, Selby P. Communication about sexual problems and sexual concerns in ovarian cancer: qualitative study. *BMJ.* 2001;323(7317):836-837.
24. Annon, JS. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Ed Ther.* 1976;2:1-15.
25. Mick J, Hughes M, Cohen, MZ. Using the BETTER model to assess sexuality. *Clin J Oncol Nurs.* 2004;8(1):84-86.
26. Sacerdoti RC, Laganà L, Koopman C. Altered sexuality and body image after gynecological cancer treatment: how can psychologists help? *Prof Psychol Res Pr.* 2010;41(6):533-540.
27. Schover LR, Jensen SB. Emotional factors and sexuality in chronic illness. In: *Sexuality and Chronic Illness: A Comprehensive Approach.* New York, NY: Guilford Press; 1988:62-77.
28. Stead ML, Brown JM, Fallowfield L, Selby P. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *Br J Cancer.* 2003;88(5):666-671.
29. Hordern AJ, Street AF. Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *Med J Aust.* 2007;186(5): 224-227.
30. Park ER, Bober SL, Campbell EG, Recklitis CJ, Kutner JS, Diller L. General internist communication about sexual function with cancer survivors. *J Gen Intern Med.* 2009;24(suppl 2):s407-s411.
31. Wiggins DL, Wood R, Granai CO, Dizon DS. Sex, intimacy, and the gynecologic oncologists: survey results of the New England Association of Gynecologic Oncologists (NEAGO). *J Psychosoc Oncol.* 2007;25(4): 61-70.
32. Manne SL, Winkel G, Rubin S, et al. Mediators of a coping and communication-enhancing intervention and a supportive counseling intervention among women diagnosed with gynecological cancers. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(6):1034-1045.
33. Ratner ES, Foran KA, Schwartz PE, Minkin MJ. Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas.* 2010;66(1):23-26.
34. Lacey JV Jr, Brinton LA, Barnes WA, et al. Use of hormone replacement therapy and adenocarcinomas and squamous cell carcinomas of the uterine cervix. *Gynecol Oncol.* 2000;77(1):149-154.
35. Ratner ES, Erektion EA, Minkin MJ, Foran-Tuller KA. Sexual satisfaction in the elderly female population: a special focus on women with gynecologic pathology. *Maturitas.* 2011;70(3):210-215.
36. Michaelson-Cohen R, Beller U. Managing menopausal symptoms after gynecological cancer. *Curr Opin Oncol.* 2009;21(5):407-411.
37. Avis NE, Brockwell S, Randolph JF Jr, et al. Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: results from the study of Women's Health Across the Nation. *Menopause.* 2009;16(3): 442-452.
38. Bachmann G, Lobo RA, Gut R, Nachtigall L, Nodelovitz M. Efficacy of low-dose estradiol vaginal tablets in the treatment of atrophic vaginitis: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2008;111(1):67-76.
39. Taylor MB, Gutierrez MJ. Absorption, bioavailability, and partner transfer of estradiol from a topical emulsion. *Pharmacotherapy.* 2008;28(6):712-718.
40. Barton D, Wilwerding M, Carpenter L, Loprinzi C. Libido as part of sexuality in female cancer survivors. *Oncol Nurs Forum.* 2004;31(3):599-609.
41. Panay N, Al-Azzawi F, Bouchard C, et al. Testosterone treatment of HSD in naturally menopausal women: the ADORE study. *Climacteric.* 2010;13(2):121-131.
42. Lee KB, Lee JM, Lee JK, Cho CH. Endometrial cancer patients and tibolone: a matched case-control study. *Maturitas.* 2006;55(3):264-269.
43. Kenemans P, Bundred NJ, Foidart JM, et al; LIBERATE Study Group. Safety and efficacy of tibolone in breastcancer patients with vasomotor symptoms: a double-blind, randomised, non-inferiority trial. *Lancet Oncol.* 2009;10(2):135-146.
44. Basson R. Pharmacotherapy for sexual dysfunction in women. *Expert Opin Pharmacother.* 2004;5(5):1045-1059.
45. Sandhu KS, Melman A, Mikhail MS. Impact of hormones on female sexual function and dysfunction. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2011;17(1):8-16.
46. Mock M, Kurtz L, Mamet Y. Oncosexology: a multidisciplinary approach to deal with sexual health and intimacy in the oncology patient. *Sexologies.* 2008;17(suppl 1):31.
47. Brotto LA, Heiman JR, Goff B, et al. A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Arch Sex Behav.* 2008;37(2):317-329.
48. Albaugh JA, Kellogg-Spaldt A. Aensate focus and its role in treating sexual dysfunction. *Urol Nurs.* 2002;22(6): 402-403.

KOMENTARZ

Lek. Monika Łukasiewicz,
II Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP, Warszawa

Powiało nowością... W końcu stało się jasne, że diagnoza „nowotwór złośliwy narządów płciowych” to nie wyrok, a pewien trudny do przejścia etap w życiu chorej. Etap, w którym częste niestety stwierdzenie „Proszę się cieszyć, że pani żyje, bo (w podtekście) przecież z uderzeniami gorąca, suchością pochwy i nieudanym życiem seksualnym można żyć, prawda?”, przechodzi do lamusa. W obecnej, nowej dziedzinie onkoseksuologii zwraca się uwagę na jakość życia kobiet po nowotworach, w tym na jakość życia seksualnego. W krajach rozwiniętych utartym standardem postępowania jest rehabilitacja seksualna oraz konsultacje oferowane pacjentkom z nowotworami narządów płciowych przez wielodyscyplinarny zespół składający się z onkologów, seksuologów i psychologów. Oczywiście często w obliczu zagrożenia życia na moment zapomina się o jego jakości. Po terapii przeciwnowotworowej okazuje się jednak, że kobieta zarówno przed diagnozą nowotworu, jak i po niej chce funkcjonować sek-

sualnie tak jak wcześniej. Autorzy artykułu dobrze obrazują przyczyny oraz skutki zmian dotyczące życia seksualnego kobiet z rozpoznaniem: nowotwór złośliwy narządów płciowych. Zwracają uwagę, że terapia przeciwnowotworowa upośledza jakość życia na wielu poziomach: emocjonalnym, partnerskim, społecznym i czysto fizjologicznym.

Okazuje się, że co druga pacjentka z rozpoznaniem nowotworem narządów płciowych cierpi na jakiś rodzaj zaburzenia seksualnego, a 52% kobiet w trakcie leczenia pragnie wsparcia i wiedzy dotyczącej zmian zachodzących w ich ciele. Ciekawe, że 62% kobiet z nowotworami narządów płciowych nigdy nie rozmawiało ze swoim lekarzem o dysfunkcjach seksualnych. Problem życia seksualnego pojawia się w momencie ustalenia planu leczenia i poczucia większej pewności dotyczącej dalszego przebiegu życia z nowotworem. Często pacjentki czują się zakłopotane pytaniem o funkcjonowanie seksualne, bo według nich brzmi to trywialnie w odniesieniu do powagi samej choroby. Z badań ankietowych wynika, że kobiety z rozpoznaną chorobą nowotworową pragną jednak, aby lekarze skupili się na ich życiu seksualnym i sami wyjaśnili możliwe komplikacje.

Na zmiany funkcjonowania seksualnego negatywnie oddziałuje zarówno sama diagnoza, jak i stosowane metody leczenia przeciwnowotworowego: chemioterapia, radioterapia oraz leki (inhibitory aromatazy, leki przeciwdepresyjne, przeciwwymiotne). Na obraz własnego ciała i poczucie kobiecości negatywnie wpływają objawy menopauzalne, zmiany hormonalne, zaburzenia nastroju oraz zmiany fizjologiczne. Często pacjentki mówią: „Czuję się tak, jakbym już więcej nie była kobietą”... Wykazano, że dla kobiet z rozpoznaniem nowotworów narządów płciowych poczucie własnej seksualności oraz pozytywny obraz ich samych jest jednym z 3 najczęściej wymienianych elementów wpływających na jakość życia. Zmiany menopauzalne pojawiają się gwałtownie i są bardzo nasilone. Na skutek nagłego zmniejszenia stężenia estrogenów i testosteronu dochodzi do znacznego osłabienia pożądania, pojawia się suchość pochwy i zmniejsza się jej elastyczność. Kobiety skarżą się na dyspareunię, spadek energii seksualnej i poczucia erotycznej przyjemności. Uderzenia gorąca i zmiana zapachu ciała wiążą się z osłabieniem pożądania, podniecenia i z problemami z osiągnięciem orgazmu. Skutkiem dodatkowej chemioterapii będzie np. neuropatia łechtaczki prowadząca również do osłabienia podniecenia i odczuwania seksualnej przyjemności. Radioterapia, powodując zniszczenie unaczynienia i unerwienia, wpływa na opóźnienie w odczuwaniu orgazmu, powoduje zrosty w pochwie i jej zwężenie oraz krwawienia.

Kobiety po leczeniu przeciwnowotworowym przez wiele miesięcy po terapii nie wchodzi w relacje seksualne ze swoimi partnerami, co często prowadzi do konfliktów w związku i rozwodów. Kobiety te czują się samotne, nierozumiane i winne. Partnerzy zaś unikają rozmów o seksie, ponieważ boją się zranić swoją partnerkę. Temat seks a nowotwór staje się tematem tabu. Problemy z komunikacją, problemy finansowe oraz wyobcowanie społeczne pogarszają rokowanie w terapii zaburzeń seksualnych. Dysfunkcje seksualne w czasie trwania choroby się nasilają. Samo leczenie poprawia rokowanie, ale wpływa negatywnie na funkcjonowanie seksualne i obraz własnego ciała. Carelle i wsp. wykazali, że zmiana obrazu własnego ciała uważana jest przez kobiety za najważniejsze działanie niepożądane chemioterapii. Kobiety bowiem, w odróżnieniu od mężczyzn, przywiązują dużą wagę do działań niepożądanych związanych z ich wyglądem i funkcjonowaniem seksualnym.

Wiele kobiet ze zdiagnozowanymi nowotworami narządów płciowych oczekuje informacji dotyczących stosowania

lubrykantów w przypadku suchości pochwy, ewentualnego wdrożenia estrogenów stosowanych dopochwowo czy terapii hormonalnej, w tym też opartej na testosteronie. W przypadku zaburzeń podniecenia FDA zatwierdziła pompę próżniową na łechtaczkę, która zwiększa przepływ krwi (EROS). W terapii zaleca się także wspólne oglądanie filmów erotycznych, odgrywanie ról podczas aktywności seksualnej, rozmowę o swoich fantazjach erotycznych, ustalenie regularnej aktywności seksualnej czy planowanie aktywności w okresie, kiedy pacjentka czuje się lepiej albo kiedy worek stomijny jest pusty. Kobiety często potrzebują bardzo konkretnych informacji dotyczących dobrania właściwej pozycji seksualnej oraz możliwości dopasowania życia seksualnego do pojawiających się zmian fizjologicznych. W trakcie rehabilitacji seksualnej kobiety oglądają specjalne filmy edukacyjne dotyczące technik masturbacyjnych oraz uczą się korzystania z dilda i wibratorów jako produktów mogących wzbogacić i urozmaicić wcześniejszy seksualny repertuar. Stosowane są dilda o różnych średnicach z odpowiednim nawilżeniem w przypadku zwłóknień w pochwie po radioterapii. Stosowanie dilda w celu zapobiegania zwężeniu pochwy zaleca się już 6 tygodni po zakończeniu radioterapii.

Smutny wydaje się fakt, że po rozpoznaniu choroby nowotworowej pacjentka tylko sporadycznie informowana jest o konsekwencjach oraz możliwych zaburzeniach seksualnych w trakcie ewentualnej terapii. Większość kobiet skarży się również, że lekarze rzadko pytają o życie seksualne i jego zmiany w trakcie leczenia.

Konieczna wydaje się zatem dalsza edukacja i treningi prowadzone dla pracowników opieki zdrowotnej, aby w przyszłości mogli profesjonalnie doradzać parom, w których kobieta dotknięta jest nowotworem narządów rodnych. Terapia taka, oparta na informacjach dotyczących podstaw biologicznych i fizjologicznych funkcjonowania seksualnego, pomogłaby wielu związkom zrozumieć zmiany zachodzące w organizmie kobiety podczas terapii choroby nowotworowej. Ważne jest również, aby pacjentki i ich partnerzy otrzymywali materiały wizualne i informacje na temat odpowiednich książek i stron internetowych dotyczących możliwości nowego, dalszego funkcjonowania seksualnego po terapii choroby nowotworowej. Polecam amerykańską stronę internetową www.lookgoodfeelbetter.org stworzoną dla kobiet po terapii przeciwnowotworowej. Rehabilitacja seksualna i edukacja par wpływają na lepszą komunikację w związku, a także chronią wiele związków przed rozpadem w przypadku diagnozy: nowotwór złośliwy narządów płciowych.