

CIECHACKA, Maria and PAWEŁKO, Agnieszka. Sexual disorders in a 45 –year-old patient after hysterectomy in the home. *Journal of Education, Health and Sport*. 2025;83:64017. eISSN 2391-8306.

<https://doi.org/10.12775/JEHS.2025.83.64017>

<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/64017>

The journal has had 40 points in Minister of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of 05.01.2024 No. 32318. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical culture sciences (Field of medical and health sciences); Health Sciences (Field of medical and health sciences).

Punkty Ministerialne 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 05.01.2024 Lp. 32318. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przypisane dyscypliny naukowe: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu). © The Authors 2025;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike.

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 31.05.2025. Revised: 30.06.2025. Accepted: 05.07.2025. Published: 21.07.2025.

Sexual disorders in a 45 –year-old patient after hysterectomy in the home

Zaburzenia seksualne pacjentki w wieku 45 lat po histerektomii w środowisku domowym

Maria Ciechacka

mail address: mciechacka@ubb.edu.pl

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1087-3449>

Affiliation: University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala, Poland; Faculty of Health Sciences

Agnieszka Pawelko

E- mail address: apawelko@ubb.edu.pl

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2014-3717>

Affiliation: University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala, Poland; Faculty of Health Sciences

Streszczenie

Histerektomia należy do najczęściej przeprowadzanych operacji ginekologicznych u kobiet po 40. roku życia. Choć zabieg ten stanowi skuteczną metodę leczenia schorzeń takich jak mięśniaki macicy, wypadanie macicy czy przewlekłe krwawienia, jego konsekwencje w zakresie zdrowia seksualnego pozostają istotne i często niedostatecznie uwzględniane w opiece pooperacyjnej. Wyniki badań wskazują, że od 30 do 50% pacjentek po histerektomii

doświadcza zaburzeń seksualnych, obejmujących m.in. suchość pochwy, obniżone libido, dyspareunię oraz trudności w osiągnięciu satysfakcji seksualnej. Występowanie tych dolegliwości wpływa nie tylko na stan fizyczny kobiet, lecz również na ich dobrostan psychiczny oraz relacje partnerskie, zwłaszcza w okresie rekonwalescencji, który najczęściej przebiega w warunkach domowych.

Słowa kluczowe: histerektomia, zaburzenia seksualne kobiet, jakość życia, opieka domowa

Abstract

Hysterectomy is one of the most commonly performed gynecological surgeries in women over 40 years of age. Although this procedure is an effective treatment for conditions such as uterine fibroids, uterine prolapse, and chronic bleeding, its consequences for sexual health remain significant and are often insufficiently addressed in postoperative care. Research findings indicate that between 30% and 50% of patients after hysterectomy experience sexual dysfunction, including vaginal dryness, decreased libido, dyspareunia, and difficulties achieving sexual satisfaction. The presence of these symptoms affects not only the physical condition of women but also their psychological well-being and intimate relationships, especially during the convalescence period, which most often takes place at home.

Keywords: hysterectomy, female sexual dysfunction, quality of life, home care

Wstęp

Histerektomia jest zabiegiem mającym na celu usunięcie macicy. Stosowana jest często w leczeniu chorób nowotworowych elementów narządu rozrodczego, ale także w przypadku wypadania macicy, endometriozy lub mięśniakach różnego rodzaju, których nie można wyłuszczyć z uwagi na ich rozmiary. Niektóre mięśniaki powodują bardzo silne krwawienia, które są uciążliwe i nie pozwalają kobiecie na normalne funkcjonowanie [1,2]. Zaburzenia te mają złożoną patogenezę, obejmującą czynniki fizjologiczne, psychologiczne i społeczne. Wpływając ujemnie na sferę seksualności, mogą znacząco obniżyć jakość życia kobiety. Z tego powodu ważne jest wdrożenie działań mających na celu wczesne wykrycie i leczenie dysfunkcji seksualnych [1,2].

Cel

Celem pracy jest analiza najczęściej występujących zaburzeń seksualnych u kobiet po histerektomii oraz omówienie wpływu tych zaburzeń na jakość życia w środowisku domowym na przykładzie indywidualnego opisu przypadku. Przedstawienie roli położnej i zespołu terapeutycznego w procesie wsparcia i edukacji pacjentki. Omówiono także bariery komunikacyjne i psychologiczne oraz możliwości interwencji w ramach opieki domowej.

Etiologia i patogenеза

W Polsce przeprowadza się ok. 30 tys. histerektomii rocznie, z czego 3,5% drogą pochwową, 6,5% laparoskopowo, a 90% poprzez laparotomię. Histerektomia waginalna jest metodą najbezpieczniejszą i najtańszą, to dlaczego w naszym kraju wciąż jest tak rzadko stosowana [3]

Rodzaje mięśniaków macicy

Klasyfikacja mięśniaków macicy wg FIGO:

- Mięśniak zlokalizowany w jamie macicy, ale < 50% jego wymiaru jest umiejscowiona śródściennie

- Mięśniak zlokalizowany w jamie macicy, ale $\geq 50\%$ jego wymiaru jest umiejscowione śródściennie
- Mięśniak mający kontakt z endometrium, zlokalizowany w 100% śródściennie
- Mięśniak śródścienny
- Mięśniak zlokalizowany podsurowicóvkowo, ale $\geq 50\%$ jego wymiaru jest umiejscowione śródściennie
- Mięśniak zlokalizowany podsurowicóvkowo, ale $< 50\%$ jego wymiaru jest umiejscowione śródściennie
- Mięśniak podsurowicóvkowy uszypułowany
- Inne lokalizacje (np. mięśniak szyjkowy) [4,5].

Objawy mięśniaków macicy:

- obfite miesiączki,
- za długie miesiączki,
- plamienia międzymiesiączkowe,
- anemia,
- osłabienie,
- zmęczenie,
- bóle głowy,
- bóle podbrzusza,
- bóle w obrębie miednicy mniejszej (w dolnej części miednicy),
- dysfunkcje pęcherza moczowego (zastój moczu, nietrzymanie moczu, nagłe parcie),
- dysfunkcje pracy jelit (zaparcia) [4,5].

Diagnostyka mięśniaków macicy

W diagnostyce mięśniaków macicy wykorzystuje się badania obrazowe: ultrasonografię (USG), rezonans magnetyczny (MR – *magnetic resonance*) i tomografię komputerową (TK). Spośród wymienionych metod największą skuteczność w wykrywaniu mięśniaków ma MR, jednak ze względu na koszt badania lekarze często ograniczają się do USG [4,5].

Leczenie mięśniaków macicy

Leczenie farmakologiczne mięśniaków:

- tabletki lub plastry antykoncepcyjne,
- tabletki lub zastrzyki z progesteronu,

- wkładkę wewnątrzmaciczną (IUD) z progesteronem,
- preparaty zmniejszające krwawienie,
- suplementację żelaza,
- leki przeciwbólowe.

Leczenie operacyjne mięśniaków:

- miomektomia – usunięcie mięśniaków bez usuwania zdrowej tkanki macicy,
- histerektomia – usunięcie całej macicy,
- abłacja mięśniaków – zmniejszenie mięśniaków echolaserem,
- embolizacja mięśniaków macicy (UFE) – zablokowanie dopływu krwi do mięśniaka,
- embolizacja tętnic macicznych (UAE) – jak wyżej [4,6].

Histerektomia

Histerektomia jest najbardziej radykalnym zabiegiem onkologicznym. Dzieli się na:

- **histerektomię częściową** – usuwa się wyłącznie trzon macicy, oszczędzeniu podlega szyjka macicy,
- **histerektomię całkowitą z przydatkami** – usunięta jest macica, szyjka macicy, jej trzon, a w szczególnych przypadkach również jajniki i jajowody,
- **histerektomię radykalną** – poza macicą i jej szyjką, usuwana jest również górna część pochwy i okoliczne węzły chłonne miedniczne.

Zabieg histerektomii jest dużą ingerencją w kobiecość. Z tego powodu niezmiernie istotne jest jego wykonanie w sposób najmniej inwazyjny dla pacjentki. Jest to możliwe dzięki wykorzystaniu metody laparoskopowej lub przy użyciu robota da Vinci. Metody minimalnie inwazyjne pozwalają uniknąć uciążliwego bólu, ryzyka powikłań, jak również stresu spowodowanego długim pobytem w szpitalu i cięższą rekonwalescencją [7,8]. Laparotomia zostawia rozległą ranę i naraża pacjentkę na cierpienie. Laparoscopia wymaga niewielkich nacięć powłok brzusznych, ale nadal są to nacięcia. W histerektomii pochwowej nie otwiera się powłok brzusznych, a jednocześnie dostęp do narządów jest zbliżony do innych metod operacyjnych. To pozwala pacjentce najszybciej wrócić do zdrowia [4].

Funkcjonowanie seksualne

Seksualność człowieka jest zjawiskiem złożonym i wysoce zindywidualizowanym. Częstotliwość aktywności seksualnej może się znacznie różnić – dla niektórych osób codzienne współżycie stanowi naturalny element życia, podczas gdy dla innych normą może być kontakt seksualny raz w miesiącu. Z tego względu trudno jest wskazać jednoznaczne kryteria dotyczące prawidłowego funkcjonowania seksualnego w odniesieniu do całej populacji.

Proces pobudzenia seksualnego, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, przebiega typowo w czterech fazach:

1. fazie pożądania,
2. fazie podniecenia,
3. fazie orgazmu,
4. fazie odprężenia (fazie ustępowania napięcia) [9].

Zaburzenia seksualne

Tabela 1. Klasyfikacja zaburzeń seksualnych u kobiet według DSM-5 [11]

Rodzaj zaburzenia seksualnego	Kryteria rozpoznania
Zaburzenia orgazmu*	Widoczne opóźnienie/zmniejszenie częstości/brak orgazmu lub zmniejszenie intensywności orgazmu podczas 75–100% stosunków seksualnych.
Zaburzenia podniecenia/pożądania*	Brak lub zmniejszenie podniecenia/pożądania manifestujący się przynajmniej 3 objawami (nieobecne lub rzadziej występujące zainteresowanie seksem, fantazje seksualne, inicjowanie lub odpowiedź na inicjowanie stosunku przez partnera, przyjemność i odczuwanie podczas stosunku, podniecenie w odpowiedzi na bodźce seksualne).
Dyspareunia/zab	Stałe lub nawracające trudności z penetracją, ból lub lęk przed bólem

urzenia penetracji*	podczas stosunku bądź wzmożone napięcie mięśni dna miednicy podczas penetracji.
Dysfunkcje seksualne powodowane przyjmowanymi lekami/innymi substancjami	Udowodniono, że dysfunkcja seksualna rozwinęła się w trakcie lub krótko po intoksykacji/odstawieniu substancji lub zażyciu leku.
Inne zaburzenia seksualne	Objawy nie spełniają wszystkich kryteriów dla innej kategorii zaburzeń seksualnych z konkretnego powodu.
Nieokreślone zaburzenia seksualne	Objawy nie spełniają wszystkich kryteriów dla innej kategorii zaburzeń seksualnych z powodu niewystarczających informacji.

*Objawy utrzymują się przynajmniej 6 miesięcy, powodując klinicznie znaczącą dolegliwość u pacjentki, wykluczono zaburzenie psychiczne o podłożu innym niż seksualne, istotne problemy w relacji partnerskiej lub inne znaczące stresory, nie są wynikiem działania leku lub innej substancji ani innego stanu chorobowego.

Suchość pochwy – dotyczy około 60% pacjentek, spowodowana jest obniżeniem poziomu estrogenów oraz zaburzeniami ukrwienia pochwy.

Spadek libido – występuje u około 45% pacjentek, związany jest zarówno z czynnikami hormonalnymi, jak i psychicznymi.

Ból podczas stosunku – odczuwa około 35% pacjentek (dyspareunia, zwężenie pochwy, blizny). Ból podczas stosunku płciowego dzieli się na dwie podkategorie: dyspareunia oraz skurcz mięśni pochwy (pochwica).

W **DSM-IV** dyspareunia jest zdefiniowana jako nawracający lub uporczywy ból narządów płciowych podczas stosunku, niepowodowany wyłącznie przez brak nawilżenia lub skurcz mięśni pochwy. U wielu kobiet dyspareunia jest związana z przewlekłymi schorzeniami ginekologicznymi lub przyjmowaniem leków. U niektórych pacjentek uporczywa dyspareunia jest związana z utrzymującym się skurczem mięśni dna miednicy, wynikającym z wcześniejszych doświadczeń i reagującym na fizykoterapię. Leczenie dyspareunii koncentruje

się na usunięciu czynników wywołujących, które często mają charakter ginekologiczny i są rozpoznawane po badaniu klinicznym[11].

Leczenie suchości i atrofii pochwy oraz dyspareunii

Dyspareunia stanowi jedną z najczęściej zgłaszanych przez kobiety dolegliwości seksualnych, której etiologia często wiąże się z zaburzeniami lubrykacji oraz atrofią nabłonka pochwy. Standardem w leczeniu tego schorzenia pozostaje miejscowa terapia estrogenowa, dostępna w formie kremów, tabletek oraz pierścieni dopochwowych. Miejscowe działanie estrogenów przyczynia się do poprawy ukrwienia narządów płciowych, zwiększenia elastyczności tkanek oraz stymulacji wydzielania śluzu pochwowego. Zmiany te istotnie redukują dolegliwości bólowe i uczucie dyskomfortu podczas penetracji. Uzupełniającą formę leczenia mogą stanowić techniki fizjoterapeutyczne ukierunkowane na mięśnie dna miednicy oraz stosowanie dilatatorów dopochwowych. Jednakże skuteczność terapii z wykorzystaniem dilatatorów pozostaje kwestią sporną, a dostępne dane są niejednoznaczne. Co więcej, metoda ta bywa nieakceptowana przez pacjentki, co znajduje odzwierciedlenie w niskim poziomie przestrzegania zaleceń terapeutycznych dotyczących jej stosowania [12]. Alternatywą dla preparatów zawierających estrogeny są miejscowo stosowane androgeny, takie jak dehydroepiandrosteron (DHEA) oraz testosteron dopochwowy. W terapii niehormonalnej stosuje się przede wszystkim lubrykanty na bazie wody, silikonu lub polikarbofilu oraz nawilzacze zawierające m.in. kwas hialuronowy lub polikarbofil. Dodatkowo dostępne są dopochwowe czopki z witaminami A i E, które poprawiają kondycję nabłonka pochwy. Metodą objawowego łagodzenia dolegliwości jest także aplikacja do przedsionka pochwy wacika nasączonego 4% roztworem lidokainy na około 3 minuty. Wszystkie wymienione metody wykazują udowodnioną skuteczność kliniczną, jednak brak jest jednoznacznych danych pozwalających na wskazanie optymalnej strategii terapeutycznej [12, 13]. W ostatnich latach zaobserwowano wzrost zainteresowania zastosowaniem laserów frakcyjnych CO₂ oraz erbowego w terapii suchości pochwy. Mechanizm działania opiera się na indukowaniu mikrouszkodzeń w nabłonku oraz błonie podstawnej pochwy, co stymuluje komórki do zwiększonej produkcji kolagenu oraz przebudowy i regeneracji tkanek. W rezultacie dochodzi do zwiększenia grubości, nawilżenia oraz elastyczności nabłonka pochwy [14]. Pacjentki z dyspareunią mogą także korzystać z fizjoterapii mięśni dna miednicy oraz stosowania dilatatorów dopochwowych. Pomimo potencjalnych korzyści, skuteczność tej terapii pozostaje niejednoznaczna. Ponadto, ograniczona akceptacja i przestrzeganie zaleceń

dotyczących używania dilatatorów przez pacjentki wpływa na jej ograniczoną efektywność kliniczną [14].

Leczenie zaburzeń podniecenia, pożądania i orgazmu

W przypadku obniżonego pożądania i podniecenia seksualnego u pacjentek onkologicznych stosuje się m.in. leczenie farmakologiczne. Powszechnie używane są leki przeciwdepresyjne — zarówno te, które wzmacniają odpowiedź na bodźce seksualne, takie jak bupropion czy inni agoniści receptorów dopaminowych, jak i te redukujące hamowanie tej odpowiedzi, np. trazodon czy buspiron. W kontekście leków przeciwdepresyjnych należy mieć na uwadze niekorzystny wpływ na funkcje seksualne selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), takich jak sertralina, paroksetyna czy citalopram, oraz inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI) — wenlafaksyny czy duloksetyny. Leki te są często stosowane u pacjentek z chorobą nowotworową, zwłaszcza przy współistniejących zaburzeniach nastroju lub w celu łagodzenia uderzeń gorąca będących skutkiem ubocznym terapii antyestrogenowej. Udowodniono, że mogą powodować zmniejszenie libido, zmiany w odczuwaniu podniecenia oraz anorgazm [15]. W związku z tym zaleca się rozważenie uzupełnienia terapii innym lekiem wspomagającym funkcje seksualne, najczęściej bupropionem, lub zmianę leku w przypadku wystąpienia zaburzeń seksualnych [16]. Istnieją również doniesienia o możliwym korzystnym wpływie na seksualność kobiet takich substancji, jak flibanseryna, bremelanotyd, sildenafil, dronabinol oraz preparaty pochodzenia naturalnego, np. wyciąg z miłorzębu, ekstrakt z korzeni maca czy ashwagandha [17].

Wsparcie psychologiczne i edukacja seksualna

Zaangażowanie partnera odgrywa istotną rolę w zakresie wsparcia pacjentki, szczególnie podczas rekonwalescencji i leczenia zaburzeń seksualnych [18,19]. Prawidłowe funkcjonowanie seksualne kobiet jest w większym stopniu uwarunkowane ich wcześniejszym funkcjonowaniem i relacjami z partnerem niż samymi zmianami hormonalnymi. Satysfakcję w życiu seksualnym warunkują odpowiedni poziom edukacji kobiety i jej partnera, obecność partnera seksualnego oraz więź emocjonalna w związku. Menopauza nie oznacza końca odczuć seksualnych i pożądania — każdy człowiek, niezależnie od wieku, ma prawo do satysfakcjonującego życia seksualnego [18,19,20].

Opis przypadku pacjentki po histerektomii

Pacjentka: 45 lat

Rozpoznanie: Macica mięśniakowata

Wywiad i stan kliniczny przed zabiegiem

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej ustalono, że pacjentka przed zabiegiem zgłaszała:

- obfite i nieregularne miesiączki,
- wtórną anemię z niedoboru żelaza,
- dolegliwości bólowe w podbrzuszu oraz w okolicy lędźwiowo-krzyżowej,
- częste parcie na mocz.

Badanie wewnętrzne (część pochwowa): Szyjka macicy kształtu walcowatego, ujście zewnętrzne szparowate. Obecna wydzielina śluzowa. Powyżej szyjki wyczuwalny guz o wielkości dużej pięści, o nierównej powierzchni, ruchomy, niebolesny przy palpacji. Przydatki niebadalne oddzielnie.

Wyniki badań obrazowych

Ultrasonografia (USG) wykazała macicę o wymiarach $8 \times 7,5$ cm, charakteryzującą się niejednorodnym echostrukturą. W obrębie miometrium stwierdzono obecność mięśniaków śródściennych o średnicy do 3–4 cm, przy czym endometrium było modelowane. W jajniku widoczny był guz o heterogennej strukturze. Nie zaobserwowano obecności wolnego płynu w jamie brzusznej. Dodatkowo zidentyfikowano mięśniaka zlokalizowanego na przedniej ścianie macicy.

Ze względu na nasilone dolegliwości kliniczne oraz brak poprawy po leczeniu zachowawczym podjęto decyzję o wykonaniu zabiegu histerektomii.

Przebieg zabiegu i hospitalizacji

Zabieg histerektomii wykonano w znieczuleniu podpajęczynówkowym. Operacja przebiegła bez powikłań. Materiał został przekazany do badania histopatologicznego – wynik prawidłowy.

Ocena stanu pacjentki pooperacyjnie (według arkusza obserwacji pielęgniarstwa)

1. Układ krążenia:

- RR: 115/75 mmHg
- Tętno: 70 uderzeń/min
- Obrzęki: brak
- Powłoki skórne: blade

2. Układ oddechowy:

- Oddech: lekko zwolniony
- Odruch kaszlowy: prawidłowy
- Saturacja: 96% SpO₂

3. Układ pokarmowy:

- Odżywianie i nawadnianie: doraźne
- Występują częste wymioty treścią żołądkową
- Waga: 67 kg, wzrost: 164 cm, BMI: 24,91

4. Układ moczowy:

- Diureza: zachowana
- Barwa moczu: słomkowa
- Płyny przyjęte: ok. 1000 ml

6. Stan dróg rodnych:

- Występuje niewielka wydzielina z dróg rodnych
- Wkładki higieniczne zmieniane zgodnie z potrzebą

7. Leki:

- Brak leków przyjmowanych na stałe

Problemy pielęgnacyjne i działania terapeutyczne

1. Dyskomfort spowodowany bólem podczas współżycia po histerektomii

Cel opieki:

Zmniejszenie dolegliwości bólowych i poprawa komfortu życia seksualnego.

Działania pielęgniarские:

- Ocena poziomu bólu i lokalizacji dyskomfortu
- Ustalenie przyczyn: suchość pochwy, ból rany, napięcie mięśniowe, podłoże psychiczne (lęk, obawa)
- Ocena stanu psychicznego – objawy depresji, obniżonej samooceny
- Edukacja w zakresie seksualności po zabiegu
- Zaproponowanie terapii seksuologicznej (indywidualnej lub partnerskiej)
- Rozmowa z partnerem o potrzebach i emocjach
- Zachęcenie do eksploracji seksualności (inne techniki, pozycje, wydłużenie gry wstępnej)

2. Obniżony nastrój i poczucie utraty integralności ciała

Cel opieki:

Poprawa nastroju i zmniejszenie lęku związanego z zabiegiem.

Interwencje pielęgniarские:

- Okazywanie empatii i zrozumienia
- Zapewnienie kontaktu z psychologiem/psychoterapeutą
- Rozmowy terapeutyczne skupione na wartościach i codziennej radości
- Wsparcie emocjonalne i aktywne słuchanie
- Zaangażowanie partnera/męża w proces wsparcia
- Informacja o dostępnych grupach wsparcia

3. Dyskomfort psychofizyczny związany ze zmniejszonym odczuwaniem bodźców seksualnych

Cel opieki:

Redukcja dyskomfortu psychofizycznego związanego ze zmniejszonym odczuwaniem bodźców seksualnych oraz poprawa jakości życia seksualnego pacjentki.

Działania pielęgnacyjne:

- Wskazanie możliwości skorzystania z profesjonalnej pomocy psychoterapeutycznej lub terapii seksuologicznej, indywidualnej bądź partnerskiej, w celu identyfikacji i przepracowania trudności w obszarze seksualności.
- Zachęcanie pacjentki do otwartej komunikacji z partnerem/partnerką na temat doznań, obaw oraz potrzeb seksualnych, w atmosferze wzajemnego zrozumienia i akceptacji.
- Edukacja w zakresie możliwości modyfikacji aktywności seksualnej, obejmującej eksperymentowanie z różnymi pozycjami, technikami stymulacji (również pozapenetracyjnej), zwrócenie uwagi na tempo zbliżenia oraz znaczenie gry wstępnej w budowaniu intymności i satysfakcji seksualnej.

4. Brak odwagi i motywacji do rozmowy o sferze intymnej z zespołem terapeutycznym

Cel opieki:

Wzmocnienie zaufania i otwartości pacjentki w komunikacji.

Działania pielęgniarские:

- Budowanie relacji terapeutycznej opartej na zaufaniu
- Aktywne słuchanie, bez oceniania
- Przekazywanie informacji w sposób prosty i spokojny
- Normalizacja problemów seksualnych jako elementu opieki medycznej
- Materiały edukacyjne dotyczące życia seksualnego po zabiegu
- Zachęta do przygotowania pytań do lekarza/seksuologa
- Możliwość zapisania obaw w formie notatki i przekazania ich personelowi
- Sugerowanie obecności bliskiej osoby podczas wizyty
- Konsultacja z psychologiem/seksuologiem
- Przekierowanie do grup wsparcia lub poradni zdrowia seksualnego

5. Deficyt wiedzy pacjentki na temat konieczności badań ginekologicznych i regularnych wizyt kontrolnych

Cel opieki:

- Zwiększenie świadomości pacjentki w zakresie profilaktyki chorób dróg rodnych
- Uświadomienie możliwych powikłań wynikających z braku kontroli ginekologicznych

Działania pielęgniarские:

- Przeprowadzenie rozmowy edukacyjnej na temat konieczności regularnych wizyt w poradni ginekologicznej
- Zachęcenie pacjentki do wyboru stałego lekarza ginekologa i systematycznych kontroli
- Omówienie wczesnych objawów mogących świadczyć o patologii w obrębie narządu rodneho
- Udostępnienie materiałów edukacyjnych dotyczących profilaktyki chorób narządu rodneho i piersi

Karta zaleceń pielęgniarских dla pacjentki

1. W obszarze profilaktyki

- Regularne wizyty kontrolne u ginekologa (pierwsza – po około 6 tygodniach od zabiegu)
- Samoobserwacja organizmu – zgłaszanie lekarzowi wszelkich niepokojących objawów (np. nietypowa wydzielina, ból, gorączka, wzdęcia, brak wypróżnień/gazów)
- Regularne badania profilaktyczne: cytologia (jeśli szyjka została zachowana), badania piersi, USG
- W razie usunięcia jajników – omówienie z lekarzem potrzeby hormonalnej terapii zastępczej (HTZ)

2. W zakresie prawidłowego żywienia

- Dieta bogata w:
 - białko (jaja, chude mięso, ryby, nabiał)
 - nienasycone tłuszcze (oliwa, awokado, orzechy)
 - witaminy (warzywa i owoce – dokładnie umyte)
- Jedzenie w małych porcjach, ale często (5–6 posiłków dziennie)
- Dbanie o estetykę posiłków – poprawia apetyt i samopoczucie
- Unikanie twardych, suchych i trudnych do przełknięcia potraw
- Odpowiednie nawodnienie – minimum 1,5–2 litry płynów dziennie

3. W zakresie higieny i pielęgnacji ciała

- Higiena intymna:
 - przemywanie krocza wodą z łagodnym mydłem (pH 5,5)
 - osuszanie czystym, jednorazowym ręcznikiem
 - mycie w kierunku od przodu do tyłu
- Kąpiel:
 - tylko prysznic – unikać kąpieli w wannie, basenach, jacuzzi przez minimum 2 miesiące
- Preparaty wspomagające gojenie:
 - globulki dopochwowe z kwasem hialuronowym (np. Mucovagin, Cicatridina, ApiVaginal, Chlorivag)
- Pielęgnacja skóry:
 - stosowanie łagodnych, nawilżających środków myjących
 - nawilżanie skóry oliwką lub balsamem
 - unikanie wysuszających kosmetyków
- Bielizna:
 - luźna, bawełniana
 - częsta zmiana bielizny osobistej i pościelowej

4. W zakresie farmakoterapii

- Systematyczne przyjmowanie leków zaleconych przez lekarza
- W przypadku bólu:
 - paracetamol 4x1g dziennie lub
 - ibuprofen 3–4x400 mg dziennie (można łączyć)
- Jeśli ból jest silny, napadowy, towarzyszą mu nudności, wymioty, zaparcia lub brak oddawania gazów – pilny kontakt z lekarzem
- Obserwacja reakcji organizmu – zgłoszenie ewentualnych działań niepożądanych
- Przechowywanie leków zgodnie z ulotką
- W przypadku usunięcia jajników – rozmowa z lekarzem o hormonalnej terapii zastępczej w celu poprawy jakości życia seksualnego i ogólnego samopoczucia

5. W zakresie strefy psychospołecznej i emocjonalnej

- Korzystanie ze wsparcia psychologa/seksuologa – zwłaszcza w przypadku:
 - obniżonego libido
 - trudności w relacjach intymnych

- obniżonej samooceny lub poczucia utraty tożsamości kobiecej
- Dołączenie do grup wsparcia dla kobiet po histerektomii
- Utrzymywanie kontaktów towarzyskich, hobby, zainteresowań
- Rozmowa i spędzanie czasu z bliskimi
- Odpowiednia ilość odpoczynku i snu

6. Wskazówki dla rodziny

- Poszerzenie wiedzy na temat histerektomii i jej skutków (np. internet, poradniki, rozmowa z personelem)
- Zapewnienie emocjonalnego wsparcia pacjentce – rozmowa, obecność, cierpliwość
- Pomoc w obowiązkach domowych – zwłaszcza w pierwszych tygodniach po operacji
- Obserwacja samopoczucia pacjentki – reagowanie na oznaki obniżonego nastroju
- Zapewnienie spokojnego otoczenia sprzyjającego regeneracji

Zalecenia dla pacjentki po histerektomii dotyczące jakości życia i funkcji seksualnej

1. Opieka psychoseksualna

- Zaleca się, aby pacjentki wykazujące lęk, niepokój, spadek nastroju lub problemy z tożsamością seksualną zostały objęte wsparciem psychologicznym i/lub seksuologicznym.
- Interwencje psychoterapeutyczne, indywidualne lub partnerskie, mogą poprawiać jakość życia, samoakceptację oraz satysfakcję seksualną.
- Pomoc wskazana jest również w przypadku żałoby po utracie płodności lub negatywnych zmian w postrzeganiu własnego ciała.

2. Hormonalna terapia zastępcza (HTZ)

- U kobiet przedmenopauzalnych po usunięciu jajników (BSO) należy rozważyć zastosowanie HTZ (estrogenowej lub estrogenowo-androgenowej), o ile nie istnieją przeciwwskazania.
- HTZ może łagodzić objawy menopauzy chirurgicznej, poprawiać libido, nawilżenie pochwy, jakość snu, nastrój i ogólne funkcjonowanie.
- W przypadkach przeciwwskazań do terapii ogólnej można zastosować estrogeny dopochwowe (globulki, kremy).
- Decyzja o wdrożeniu HTZ powinna być podejmowana indywidualnie, po ocenie ryzyka i korzyści.

3. Powrót do aktywności seksualnej

- Aktywność seksualna może być zwykle wznowiona po około 6–8 tygodniach od zabiegu, jeśli nie występują przeciwwskazania medyczne.
- Zaleca się stopniowy powrót do współżycia, rozpoczynając od form bliskości niepenetracyjnej (dotyk, masaż, stymulacja manualna lub oralna).
- Pacjentce należy zalecić stosowanie lubrykantów (na bazie wody lub z kwasem hialuronowym), szczególnie przy występowaniu suchości pochwy lub dyspareunii.
- Należy podkreślić, że nie istnieje „norma” tempa powrotu do seksualności — każda kobieta wraca do intymności w indywidualnym rytmie.

4. Ćwiczenia mięśni dna miednicy

- Regularne wykonywanie ćwiczeń mięśni dna miednicy (np. ćwiczenia Kegla) może poprawić komfort, kontrolę mięśniową, wrażliwość seksualną oraz zapobiegać zaburzeniom w obrębie miednicy.
- Wskazana jest konsultacja z fizjoterapeutą uroginekologicznym, szczególnie w przypadkach obniżenia narządów miednicy mniejszej lub trudności z reintegracją seksualną.

5. Wsparcie relacyjne i partnerskie

- Wsparcie emocjonalne i informacyjne ze strony partnera/partnerki odgrywa kluczową rolę w adaptacji seksualnej i emocjonalnej po histerektomii.
- Rekomenduje się otwartą komunikację między partnerami oraz rozważenie terapii par w przypadku pogorszenia relacji lub spadku bliskości.
- Edukacja partnera na temat zmian zachodzących po operacji może zwiększyć wzajemne zrozumienie i jakość współżycia.

6. Styl życia i profilaktyka zdrowotna

- Regularna aktywność fizyczna (minimum 30 minut dziennie) poprawia stan psychiczny i sprzyja równowadze hormonalnej.
- Dieta powinna być bogata w wapń, witaminę D oraz fitoestrogeny (np. soja); zaleca się odpowiednie nawodnienie.

- Należy kontynuować regularne wizyty kontrolne u ginekologa (w tym cytologię, jeśli pozostawiono szyjkę macicy).

Wnioski

Zaburzenia seksualne po histerektomii, stanowią istotny problem wpływający na jakość życia kobiet. Mimo ich powszechności, są one często marginalizowane w procesie opieki medycznej, co wynika zarówno z braku otwartej komunikacji, jak i niewystarczającego przygotowania pacjentek do zmian fizycznych i psychoseksualnych zachodzących po zabiegu.

Poprawa jakości życia seksualnego kobiet po histerektomii wymaga podejścia interdyscyplinarnego, z udziałem ginekologa, fizjoterapeuty uroginekologicznego, seksuologa oraz psychologa. Tylko kompleksowa opieka, obejmująca aspekty somatyczne, psychiczne i emocjonalne, może skutecznie wspierać pacjentki w procesie adaptacji do nowej sytuacji życiowej.

Niezbędne jest także wzmacnianie roli personelu pielęgniarskiego i położniczego w zakresie edukacji i wsparcia pacjentek. Kluczowe znaczenie ma tu prowadzenie rozmów na temat seksualności w sposób otwarty, empatyczny i wrażliwy kulturowo. W tym celu pielęgniarki i położne, zwłaszcza pracujące w środowisku, powinny być odpowiednio przeszkolone w zakresie komunikacji psychoseksualnej.

Długofalowa opieka nad kobietą po histerektomii powinna obejmować nie tylko leczenie somatyczne, lecz także działania edukacyjne i psychoprophylaktyczne, pozwalające na pełniejsze odzyskanie dobrostanu fizycznego i psychicznego oraz utrzymanie satysfakcjonującego życia intymnego.

Piśmiennictwo

1. Śliwa J, Kryza-Ottou A, Goluda C, Zimmer M, Michniewicz J. Salpingo-oophorectomy at the time of hysterectomy for benign condition — disadvantages and advantages assessment. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna* 2017; tom 2, 1: 9–15.
2. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, i wsp. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med.* 2016;13:144–152.

3. Alexandre M, Black J, Whicker M, Minkin MJ, Ratner E. The management of sexuality, intimacy, and menopause symptoms (SIMS) after prophylactic bilateral salpingo-oophorectomy: how to maintain sexual health in “previvors”. *Maturitas*. 2017;105:46–51.
4. Stelmach M. Histerektomia waginalna powinna być metodą z wyboru. *Kurier Medyczny*. 2020;(1):34.
5. Bręborowicz GH. *Położnictwo i Ginekologia*. Tom 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2021:839–842.
6. Stojko R, Malinowski A, Baranowski W, Misiek M, Winkowska E, Pomorski M, i wsp. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące usunięcia macicy drogą pochwową, laparoskopową i brzuszną. *Ginekol Perinatol Prakt*. 2022;7(3):166–176.
7. Śpiewankiewicz B. *Powikłania pooperacyjne w ginekologii*. Warszawa: PZWL; 2022:234–260.
8. Medycyna Praktyczna. Czy pozostawienie szyjki macicy podczas histerektomii przynosi korzyści? [online]. Dostępne: <https://www.mp.pl/ginekologia/wideo/225417> [dostęp: 20.05.2022].
9. Sousa Rodrigues Guedes T, Barbosa Otoni Gonçalves Guedes M, de Castro Santana R, i wsp. Sexual dysfunction in women with cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:11921.
10. American Cancer Society, Zakład Psychoonkologii Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Fundacja TAM I Z POWROTEM. *Seksualność kobiety w chorobie nowotworowej. Poradnik dla kobiet i ich partnerów*. Warszawa: PRIMOPRO; 2012.
11. Zając A, Pokora K, Salata B, Dzierżanowski T. Zaburzenia seksualne i ich leczenie u kobiet z nowotworem złośliwym. *Medycyna Paliatywna*. 2023;15:19–27.
12. Treatment of urogenital symptoms in individuals with a history of estrogen-dependent breast cancer: clinical consensus. *Obstet Gynecol*. 2021;138:950–960.
13. Huffman LB, Hartenbach EM, Carter J, Rash JK, Kushner DM. Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: a comprehensive review and clinical guide. *Gynecol Oncol*. 2016;140:359–368.
14. Jha S, Wyld L, Krishnaswamy P. The impact of vaginal laser treatment for genitourinary syndrome of menopause in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Clin Breast Cancer*. 2019;19(4):e562.
15. Hernández-Blanquisset A, Quintero-Carreño V, Álvarez-Londoño A, Martínez-Ávila MC, Díaz-Cáceres R. Sexual dysfunction as a challenge in treated breast cancer: in-depth analysis and risk assessment to improve individual outcomes. *Front Oncol*. 2022;12:1–7.
16. Higgins A, Nash M, Lynch AM. Antidepressant-associated sexual dysfunction: impact, effects, and treatment. *Drug Healthc Patient Saf*. 2010;2:141–150.

17. Zając A, Pokora K, Salata B, Dzierżanowski T. Sexual disorders and their treatment in women with cancer. *Palliat Med.* 2023;15:19–27.
18. Buković D, Silovski H, Silovski T, Hojsak I, Šakić K, Hrgo-vić Z. Sexual functioning and body image of patients treated for ovarian cancer. *Sex Disabil.* 2008;26:63–73.
19. Alexandre M, Black J, Whicker M, Minkin MJ, Ratner E. The management of sexuality, intimacy, and menopause symptoms (SIMS) after prophylactic bilateral salpingo-oophorectomy: how to maintain sexual health in “previvors”. *Maturitas.* 2017;105:46–51.
20. Basson R, Berman J, Burnett A, i wsp. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000;163(3):888–893.