



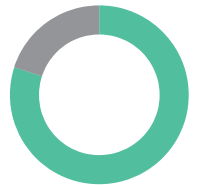
KREFT RAMMER MENNS SEXLIV

Rådgiving. Det er viktig at sykepleier snakker med kreftpasienter om sex.

FAGUTVIKLING:

Artikkelen bygger på

20 % praksis
80 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0092



Merete Blindheim, kreftsykepleier, Kreftavdelingen, Ålesund sykehus



Sven Inge Molnes, høyskolelektor, Avdeling for helsefag, Høgskolen i Ålesund.

I 2011 fikk 16 189 menn en kreftdiagnose (1). Noen kreftformer får direkte konsekvens for menns seksualliv. Ødeleggelser av urinblærens lukkemekanismer kan gi tørr orgasme og infertilitet. Operasjoner i mage og underlivet fører ofte til at pasienten blir helt eller delvis impotent i perioder, samt får urin- og avføringsproblemer. Cellegift-, stråle- og hormonbehandling kan medføre ytterligere nedsatt lystfølelse, ereksjonsvansker, endret følsomhet i kjønnsorgan og nedsatt evne til orgasme. Mange opplever i tillegg kvalme, smerte, fatigue og endret utseende som konsekvens av kreftsykdom (2–6).

Ifølge Graugaard (7) vil en kreftdiagnose nesten alltid berøre pasientens seksualitet, samtidig som den påvirker samspillet med partneren. Hvis ikke sykepleier bryter tausheten omkring seksualitet og kreft, er det fare for at seksualiteten opphører i et parforhold der den ene er rammet av kreft. Dette vil innebære et stort tap for paret, da den seksuelle kontakten ofte fungerer som en kanal for utveksling av følelser, kjærtegn og intimitet, men også kan være en arena der konflikter løses. I noen tilfeller kan fortielse av seksualitet føre til skilsmisse og depresjoner.

INTIMT TEMA. I helsevesenet snakkes det om intime og vanskelige temaer (8,9), men forskning og faglitteratur viser at kreftpasienters seksuelle helse blir oversett (7–14). En studie fra Finland (14) viser at 96 prosent av helsepersonell som jobbet med kreftpasienter mener at det er deres jobb å snakke med pasientene om seksualitet, mens 98 prosent av de spurte faktisk snakket med mindre enn halvparten av pasientene. Bare 35 prosent av dem som var med i studien tok opp temaet på eget initiativ. Undersøkelser viser at kreftpasienter har et stort informasjonsbehov som ikke blir møtt av helsepersonell (11,15–17). En kreftdiagnose kan påvirke en pasients intime og seksuelle verden uansett krefttype, alder, kultur og partnerstatus (10,11), da seksualiteten er en sentral del av menneskets identitet, selvrespekt og livskvalitet. Ved diagnosetidspunktet er de fleste pasienter opptatt av behandling- og overlevelsesmuligheter. Tanker og spørsmål rundt seksualitet kommer ofte i bakgrunnen (10). Etter det første sjokket, viser studier at pasienten har behov for samtale og informasjon (10,16). Det er skrevet mye om kreft og seksualitet. Til tross for dette er seksualitet fortsatt et tabuområde i helsevesenet (8). Dette er en påstand som

understøttes i artikler fra mange land (10,11,13–15,17–21). Årsaken helsepersonell oppgir for ikke å ta opp temaet er liten tid, stor arbeidsmengde, bluferdighet, respekt for pasienten, pasientens alder, at pasienten er for syk, mangel på kunnskap, private rom og veiledning (7,11,13–15). For å forbedre kommunikasjon om seksualitet med kreftpasienter, sier litteraturen at sykepleiere må legge til side fordommer de måtte ha og bearbeide egne holdninger (11,13–16). Samtidig må de også ha gode kunnskaper om kreftdiagnose, behandling, bivirkninger, seksualitet og kommunikasjon.

BARRIERE. Seksualitet er et sårbart tema for de fleste mennesker. De færreste av oss har et så naturlig forhold til denne intime og private sonen at vi kan ta opp temaet uten problemer, selv med våre nærmeste. Det å skulle involvere utenforstående, er ofte en stor barriere (7), det er derfor viktig at sykepleier bryter barrieren i et tidlig møte med pasienten. Kanskje bør sykepleier ta opp temaet allerede når behandlingen planlegges, selv om pasienten på dette tidspunktet ikke er opptatt av seksualitet, men har fokus på overlevelse og behandling. Med dette signaliserer sykepleier at seksualitet er en naturlig del av

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Hensikten med denne artikkelen er å se nærmere på hvordan sykepleiere gjennom kommunikasjon kan tilrettelegge for at seksualitet inkluderes og normaliseres i sykepleien til menn med kreft.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- Kreft
- Seksualitet
- Kommunikasjon
- Veiledning



Det er viktig at partneren inkluderes i kreftbehandlingen og blir informert om behandling og bivirkninger som kan ramme seksualiteten. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

sykepleien og at han eller hun er åpen for å snakke om temaet (7). En enkel rådgivningsmodell som PLISSIT-modellen (se figur 1) som består av fire trinn, kan være et godt utgangspunkt for å få til god ramme og struktur på samtalen ved seksuell veiledning (7,9,11,15,16,21–23).

TILLATELSE. Første trinn i PLISSIT-modellen er å gi tillatelse (22). Ved å gi tillatelse normaliserer sykepleier at pasienter har seksualitet, uansett alder, partnerstatus, allmenntilstand, kreftdiagnose

eller hvor i sykdomsforløpet en befinner seg. De fleste kreftpasienter er over 65 år og i en alder der genital seksualitet er avtatt (7). En mann på 80 år kan likevel ha vel så mye glede av seksualitet, både alene og sammen med sin partner, som en mann i 40 årene. Kreftpasienter i palliativ fase har gitt uttrykk for at de ser på det som en menneskerett å kunne ha et seksualliv like inn i døden (21). Selv om dette trolig er en svært liten gruppe pasienter, må ikke sykepleier avskrive noen som asekusuelle. Derimot må sykepleieren

prøve å skape rom for seksualitet, uten at pasienter eller partner selv må etterspørre dette. Målet med det første trinnet er at pasienten skal få mulighet til å sette ord på tanker og følelser rundt seksualitet. Dette innebærer at sykepleier må være villig til å snakke om temaet, eller bare lytte (7,22). Det er sykepleier som har ansvaret for åpne opp for temaet, men pasienten gir selv tillatelse til videre dialog. Ved bruk av aktiv lytting og stillhet kan sykepleier signalisere trygghet, interesse, tilstedeværelse og at hun er åpen for

det pasienten har i tankene (24). Ifølge undersøkelse kan 70 prosent av seksuelle bekymringer løses ved å lytte til pasienten (12). Med stillhet skapes rom for ettertanke og refleksjon, og åpning for samtale om et vanskelig og privat tema (24). Man må imidlertid være oppmerksom på at stillhet ikke skal virke mot sin hensikt og bli en belastning for pasienten.

INFORMERE. Forskning viser at pasienter føler sinne og frustrasjon overfor helsepersonell som unngår





temaet seksualitet, da mange pasienter har en lengsel etter å bli møtt og høre andres erfaringer om kreft og seksualitet. Det kan være en god støtte å høre om andre pasienters erfaringer med samme problemer som en selv (10). Det er viktig at sykepleier kartlegger pasientens forkunnskap og tar hensyn til dette. Å gi begrenset informasjon (trinn 2) innbefatter å svare på enkle spørsmål fra pasient og partner. Kreftpasienter er vant til å få informasjon og veiledning om ukomfortable temaer, og seksualitet bør ikke være noe unntak (10,22). Samtale om seksualitet kan frigjøre ressurser, krefter og energi for pasienten, øke livskvalitet og bidra til positiv tilfriskning (7,15,22). Man kan nærme seg pasients seksualitet med skriftlig eller muntlig informasjon. Kreftforeningen har utgitt en brosjyre som heter «kreft og seksualitet» som tar opp mange aktuelle problemstillinger om temaet (25). Mye usikkerhet og spørsmål rundt seksualitet kan muligens unngås ved at pasienten og partner leser

og diskuterer brosjyren og får tilbud om å komme tilbake til sykepleier med spørsmål. Her imøtekommer man også menns behov, da studier viser at de fleste menn foretrekker skriftlig informasjon (26,27).

STILLE SPØRSMÅL. En annen tilnærming kan være undrende eller åpne spørsmål og formuleringer som «mange menn som tar denne medisinen får problemer med ereksjon?». «Har du merket forandringer?». Da formidler man også at andre har problemet, noe som kan ufarliggjøre situasjonen. Å være generaliserende som: «Jeg vet at pasienter med samme diagnose som deg har hatt potensproblemer». «Har du merket dette?» er også en god måte å spørre på. Man kan også benytte filmer. Uansett hva man velger er det viktig å være konkret, åpen og ikke moraliserende (7). Man må ikke oppfatte pasientens taushet som at han eller hun ikke har behov for informasjon og samtale. Pasienter opplever også tabu rundt seksualitet

«Noen kreftformer får direkte konsekvens for menns seksualliv.»

og føler seg ukomfortable ved å berøre temaet og venter ofte på klarsignal fra sykepleier (9).

Studier viser at de fleste menn trenger tid for å opparbeide tillit og trygghet for å kunne snakke om

intime problemer, og at de aller helst deler sine bekymringer med sin nærmeste familie (26). Primærpsykepleie fremmer tillit og trygghet, da pasienten får færre personale å forholde seg til. Det ideelle er å

kombinere individuelle samtaler og samtaler der både pasienten og partneren er til stede. Her må man være innforstått med at pasientens autonomi og taushetsplikten tas hensyn til. Gjennom å informere og komme i dialog med paret kan man unngå misforståelser og fantasier som får konsekvenser for den seksuelle helsen. For eksempel at det er skadelig å dele seng med partner som får cellegiftbehandling eller at menn ikke våger å gi partneren en klem da dette kan skape forventning om sex som ikke kan innfris. Her må sykepleier være imøtekommende og fordomsfri uansett partnervalg og alder og hvilke holdninger til seksualitet som måtte framkomme (11,15).

PARTNEREN. Ifølge Persson, Sevrinsson og Hellström (19) bør partneren inkluderes i kreftbehandlingen. Det er vondt og vanskelig å sitte på sidelinjen og ikke være informert om behandling og bivirkninger som også rammer seksualiteten. Dette kan føre til angst, usikkerhet og avstand, som kunne vært unngått ved å inkludere partneren i behandlingsforløpet. Ved å ta vare på partneren, tar man også vare på pasienten og det seksuelle samspillet. Det er imidlertid ikke alle kreftpasienter forunt å ha et kjærlig og godt forhold til sin partner, og dette kan nødvendigvis ikke sykepleiere forbedre. Men sykepleier bør alltid prøve å få til best mulig åpenhet og

Figur 1. PLISSIT-modellen



- **P (ermission)**, står for *tillatelse* og innebærer at pasienten skal få lov til og aksept for at det er greit å ta opp og diskutere sensitive og intime seksuelle tema med behandleren for slik å eventuelt kunne avklare hvilke behov for intervensjon som er nødvendig for pasienten. I tillegg skal det å ta opp temaet gi et signal om at seksualitet er en normal del av livet til alle mennesker i alle livssituasjoner.
- **L (imited) I (nformation)**, står for *begrenset informasjon* og innebærer at man skal tilby adekvat informasjon gjennom generell psykoedukasjon slik at pasienten i størst mulig grad får svar på sine bekymringer og utfordringer.
- **S (pecific) S (uggestions)**, står for *spesifikk rådgiving* og innebærer at behandleren skal tilpasse informasjon og behandlingstiltak spesielt til den enkelte pasient. Herunder kommer en mulighet for å tilby behandling i form av medisiner og hjelpemidler.
- **I (ntensive) T (herapy)**, står for *intensiv terapi* og innebærer å behandle alvorlige sexologiske problemer som for eksempel alvorlige relasjonsskader, overgrepssituasjoner og trans-problemstillinger. For å behandle seksuelle problemer som krever intensiv terapi bør man være ekspert i sexologi.

kommunikasjon mellom pasienten, partneren og seg selv. Det er heller ikke alle pasienter som ønsker å snakke om sin seksualitet og det må respekteres.

KOMPETANSEHEVING. Kreftavdelingen ved Ålesund sykehus har opprettet en prosjektgruppe, der stråleterapeuter, kreftsykepleiere og uroterapeut har deltatt. Sexolog fra Radiumhospitalet har bidratt med undervisning og samtaler. Videre har det vært gjennomført studietur til Ullevål sykehus, Aker sykehus og Ahus. Kreftsykepleier har undervist om seksualitet på fire nettverkssamlinger, der ulike yrkesgrupper fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten har vært representert. Tilbakemeldingene har vært gode, og flere mener det er viktig å fokusere på dette område. Kreftpoliklinikk, sengepost og stråleavdelingen ved kreftavdelingen har fått undervisning, og det er planlagt forelesninger i videreutdanning i kreftsykepleie og i forum for kreftsykepleie.

KONKLUSJON. Kreft påvirker nesten alltid mannens seksualitet. Det er derfor av stor betydning at sykepleier anerkjenner sitt ansvar og inviterer pasienten og partner til dialog om temaet, uansett kreftform og sykdomsforløp. PLISSIT-modellen er en generell og god ramme for samtale om seksualitet. Det er viktig at sykepleier er bevisst egne fordommer og holdninger og møter pasient på en åpen og fordomsfri måte. For å bryte taushet rundt kreft og seksualitet og samtidig bygge opp den seksuelle kompetanse til sykepleier, bør kreft og seksualitet blir en del av grunn- og videreutdanning i sykepleie. Samtidig er det viktig at seksualitet blir satt på agendaen, slik at sykepleiere i praksisfeltet får opplæring og veiledning. ●

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

REFERANSER:

1. Kreftregisteret, Institutt for populasjonsbasert kreftforskning. Cancer in Norway 2011. http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2011/cin2011_with_special_issue-NORDCAN.pdf. Online (lastet ned 4.12.13).
2. Pasientinformasjon, cellegift-, hormon-, og strålebehandling. Oncolex. <http://oncolex.no/pasientinformasjon.aspx>. Online (lastet ned 4.12.13).
3. Maher KE. Radiation therapy; toxicities and management. I: Yarbro CH, Frogge MH, Goodman M, red. Cancer nursing: principles and practice. Sudbury MA: Jones and Bartlett Publishers 2005;283–314.
4. Bradbury A, Schilsky RL. Infertility after cancer chemotherapy. I: Chabner BA, Longo DL, red. Cancer chemotherapy & biotherapy, principles and practice (4. Utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2006;45–69.
5. Barton-Burke. Sexuality. I: Varricchio CG, red. A cancer source book for nurses (8. utg.). Sudbury MA: Jones and Bartlett 2004; 467–478.
6. Barsevick AM, Dell DD. Fatigue. I: Varricchio CG, red. A cancer source book for nurses (8. utg.). Sudbury MA: Jones and Bartlett 2004;379–385.
7. Graugaard C, Møhl B, Hertoft P. Krop, sykdom & seksualitet. I: Graugaard C, Møhl B, Hertoft P, red. København: Hans Reitzels Forlag 2006;9–36.
8. Almås E, Benestad Pirelli EE. Sexologi i praksis. Oslo: Universitetsforlaget 2006;13–16.
9. Huges MK. Sexuality and the Cancer Survivor. Cancer Nursing 2000;6:477–82.
10. Hordern A, Street A. Issues of Intimacy and Sexuality in the Face of Cancer. Cancer Nursing 2007;6:11–18.
11. Hordern A. Intimacy and Sexuality After Cancer. Cancer Nursing 2008;2:9–17.
12. Darst EH. Sexuality and Prostatectomy: Nursing Assessment and Intervention. Urologic Nursing 2007; 6:534–41.
13. Lindholm J. Den sværeste samtale. Sygepleiersken 2002;21:20–5.
14. Hautamäki K, Miettinen M, Kellokumpu-Lehtinen P, Aalto P, Lehto J. Opening Communication With Cancer Patients About Sexuality-Related Issues. Cancer Nursing 2007;5:399–404.
15. Lindholm J. Kommunikasjon med kræftpasienter om seksualitet. Sygepleiersken 2002;21:26–33.
16. Penson RT, Gallagher J, Gioiella ME, Wallace M, Borden K, Duska LA, Talcott JA, McGovern FJ, Appleman LJ, Chabner BA, Lynch TJ. Sexuality and Cancer: Conversation Comfort Zone. The Oncologist 2000;5:336–44.
17. Williams J. Sexual health: case study of a patient who has undergone stoma formation. British Journal of Nursing 2006;14:760–3.
18. Hordern AJ, Street AF. Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. Medical Journal of Australia 2007;5:224–7.
19. Persson E, Sevrinsson E, Hellström AL. Spouses' Perceptions of and Reactions to Living With a Partner Who has Undergone Surgery for Rectal Cancer Resulting in a Stoma. Cancer Nursing 2004; 1:85–90.
20. Magnan MA, Reynolds KE, Galvin EA. Barriers to Addressing Patient Sexuality in Nursing Practice. Dermatology Nursing 2006;5:448–54.
21. Galbraith ME, Crighton F. Alterations of sexual function in men with cancer. Seminars in Oncology Nursing 2008; 2: 102–14.
22. Annon JS. The behavioral treatment of sexual problems. Honolulu: Enabling Systems 1974.
23. Almås E, Benestad Pirelli EE. Sexologi i praksis. Oslo: Universitetsforlaget 2006;58–78.
24. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag 2007;11–28.
25. Kreft og seksualitet. Informasjon til pasienter, partnere og andre interesserte. Oslo: Kreftforeningen 2009. <https://kreftforeningen.no/Global/Brosjyrer/Seksualitet/Kreft%20og%20seksualitet.pdf>. Online (lastet ned 4.12.13).
26. Lorentsen V. Ta det som en mann! Hvordan menn opplever det å være syk sett fra et fysisk, psykisk, sosialt og kulturelt perspektiv. Institutt for sykepleievitenskap og helsevitenskap, avdeling sykepleievitenskap. Det medisinske fakultetet, Universitetet i Oslo 2004.
27. Agger NP. Mænd. I: Ebensen BA, red. Mennesker med kræft – sykepleie i et tværfagligt perspektiv. København: Munksgaard 2002;155–64.

Økt trivsel for flerkulturelle

● Tekst **Susanne Dietrichson**

HELSEØSTRE: På Ringerike får barn med foreldre fra andre kulturer tilbud om å delta i tverrkulturell jente- eller guttegruppe. Prosjektet beskrives i en fagartikkel i Tidsskrift for helseøstre (bildet).



Arbeidet med grupper for barn med annen kulturbakgrunn startet i 2010 som et tilbud til jenter i 5., 6. og 7. klasse og ble etter hvert utvidet til et gruppetilbud også for gutter. Bakgrunnen var at mange barn og unge med annen kulturbakgrunn opplever å ikke mestre hverdagen. De sliter med dårlig selvtillit og med å skape sammenheng i tilværelsen, og er dratt mellom to kulturelle verdner. Mange reagerer med utagerende atferd eller tilbaketrekning, og en del sliter med magesmerter og hodepine.

Gruppene på Ringerike ledes av Sølvi Bergerud som er helseøster og har 25 prosent av stillingen sin rettet mot flyktninger. Målet er blant annet å gi barna kunnskap om vanlige følelsesmessige reaksjoner på det å bytte kultur, lære å snakke om disse følelsene og anerkjenne deres kompetanse. I tillegg motiveres de til fysisk aktivitet og sunn livsstil.

Gruppene består av maks åtte barn som møtes rett etter skolen en gang i uka. Helseøster har lagt vekt på at barna skal bli kjent i en trygg atmosfære gjennom felles aktiviteter som matlaging, felles måltider, ballspill og utflukter. Barna som har deltatt i gruppene melder om mindre mobbing, nye venner og bedre konsentrasjon.

Tidsskriftet kommer med Sykepleien til faggruppens medlemmer ●

Kritisk til hjemmeultral lyd

– En kynisk utnyttning av gravide kvinner. Det mener gynekolog Ottar Rekkedal om ultralydapparater til hjemmebruk.

Han mener slike produkter ikke har noen annen hensikt enn at noen skal tjene penger på gravides ønske om å beskytte sitt ufødte barn.

Til NRK sier han at man ikke vet om disse apparatene er farlige.

Kilde: NRK