



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGAVE

**Ryggmargsskadde menn –
dysfunksjonelt eller funksjonelt sexliv?**

**Spinal cord injured men – dysfunctional
or functional sex life?**

Bachelor i sykepleie

SK 152

Avdeling for helsefag

01.06.17

Antall ord 6979

Mari- Kristine Langøy

Veileder: Karianne Røssummoen Øyen

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jfr. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Forord

Denne oppgaven er skrevet i forbindelse med avsluttende utdanning på sykepleierstudiet ved Høgskulen på Vestlandet. Oppgaven er skrevet i vårsemesteret på siste studieår.

Jeg vil med dette takke min veileder Karianne Røssummoen Øyen for gode retningslinjer, veiledning og konstruktive tilbakemeldinger.

Jeg vil også takke Spinalenheten ved Haukeland Universitetssykehus for å ha tatt seg tid til å informere, veilede, og tildele meg kunnskap om temaet jeg har tatt for meg.

Denne oppgaven har vært lærerik å utforme, og jeg håper at den som leser også synes temaet er interessant.

Takk!

Sammendrag

Tittel:

Ryggmargsskadede menn – dysfunksjonelt eller funksjonelt sexliv?

Bakgrunn for valg av tema:

En ryggmargsskade fører ofte til permanente og funksjonelle utfall, som igjen har innvirkning på livskvaliteten. Seksualitet blir ansett som en kjernedimensjon av det å være et menneske, men er ofte svært tabubelagt å snakke om. Jeg har selv sett i praksis hvilken innvirkning dette har hatt på både pasient og sykepleier. Mitt inntrykk er at man ofte unngår å snakke om dette, med mindre det er åpenlyst at pasienten ønsker informasjon knyttet til seksualitet.

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere gi ryggmargsskadede menn veiledning om seksualitet?

Metode:

I denne oppgaven har jeg brukt litteraturstudie som metode. Oppgaven er basert på pensumlitteratur, retningslinjer, lover, håndbøker, og fem forskningsartikler.

Oppsummering:

I oppgaven har jeg drøftet hvordan sykepleiere kan bidra med å øke livskvaliteten til ryggmargsskadede menn ved å gi veiledning om seksualitet. Når en pasient blir lam i alle fire ekstremiteter, kan det være utfordrende å utføre seksuelle aktiviteter. Forskning og teori viser at ved riktig veiledning og opplæring, kan pasienten leve et godt seksualliv med opplevelse av tilfredstillelse.

Nøkkelord:

Ryggmargsskade, seksualitet og veiledning.

Summary

Title:

Spinal cord injured men – dysfunctional or functional sex life?

Background to the choice of theme:

A spinal cord injury often leads to permanent and functional disabilities, which again affects the patient's quality of life. Sexuality is seen as a core dimension of being a human, but is often quite taboo to talk openly about with other people. During my practice, I saw myself what impact this has on both the nurses and the patients. My impression is that one often avoids to discuss this, unless it's obvious that the patient wants more information regarding sexual activity while suffering spinal cord injuries.

Topic question:

How can nurses give spinal cord injured men guidance on sexuality?

Method:

In this assignment, I have used literature study as a method. The assignment is based on syllabus literature, laws, guidelines, handbooks and five study articles.

Summary:

In the assignment, I have discussed how nurses can contribute with increasing the quality of life in patients with spinal cord injuries. When a patient becomes paralyzed in all four extremities, it can be a challenge to achieve sexual fulfilment. Science and theory show that patients may live a good sexual life with the sensation of satisfaction, with proper guidance and training.

Keywords:

Spinal cord injury, sexuality and guidance.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2	PROBLEMSTILLING	2
1.3	AVGRENSING AV PROBLEMSTILLING	2
1.4	DEFINISJON AV NØKKELBEGREP	2
1.5	OPPGAVERENS OPPBYGGING	3
2	METODE	3
2.1	LITTERATURSTUDIE SOM METODE	3
2.2	SØKE- OG UTVALGSPROCESS FOR LITTERATUR	4
2.2.1	<i>Problemstilling</i>	4
2.2.2	<i>Forskning</i>	4
2.2.3	<i>Artiklene</i>	4
2.3	KILDEKRITIKK	5
2.4.1	<i>Litteratur</i>	5
2.4.2	<i>Forskningsartikler</i>	6
3	TEORI	6
3.1	HVA ER EN RYGGMARGSSKADE?	6
3.2	FYSIOLOGISKE FAKTORER SOM HAR INNVIRKNING PÅ SEKSUALFUNKSJONEN	8
3.2.1	<i>Ereksjon</i>	8
3.2.2	<i>Ejakulasjon</i>	9
3.2.3	<i>Orgasme</i>	9
3.2.4	<i>Fertilitet</i>	9
3.2.6	<i>Autonom dysrefleksi</i>	9
3.3	PSYKOGENE FAKTORER VED SEKSUALITET	9
3.4	SEKSUALTEKNISKE HJELPEMIDLER	10
3.5	SYKEPLEIERENS FUNDAMENT	10
3.6	KOMMUNIKASJON OG RELASJON	11
3.7	DEN PEDAGOGISKE FUNKSJONEN	12
3.8	FORSKNINGSLITTERATUR	13
3.8.1	<i>Sexual Pursuits of Pleasure Among Men and Women with Spinal Cord Injury</i>	13
3.8.2	<i>Sexual function and autonomic dysreflexia in men with spinal cord injuries: how should we treat?</i>	13
3.8.3	<i>If not the Disability, then what? Barriers to Reclaiming Sexuality Following Spinal Cord Injury</i>	13
3.8.4	<i>A Longitudinal Study of Sexuality Training for the Interdisciplinary Rehabilitation</i>	13
3.8.5	<i>Training the Interdisciplinary Team in Sexuality Rehabilitation Following Spinal Cord Injury: A Needs Assessment</i>	14
4	DRØFTING	14
4.1	INNSIKT I EGEN LIVSSITUASJON	14
4.2	VEILEDNING	16
4.3	PLISSIT-MODELLEN	17
4.3.1	<i>Permission</i>	18
4.3.2	<i>Limited information</i>	18
4.3.3	<i>Spesific suggestions</i>	19
4.3.4	<i>Intensive therapy</i>	19
5	KONKLUSJON	20
6	BIBLIOGRAFI	21

1 Innledning

I 2016 antas det å være 4500-5000 mennesker som er ryggmargsskadet i Norge, og hvert år vil mange mennesker få en ryggmargsskade fra trafikkulykker, sport – og arbeidsulykker, fall, eller ved sykdom (Landsforeningen for ryggmargsskadde, 2016). En ryggmargsskade forandrer en persons liv, både fysisk, emosjonelt og sosialt. Ved hjelp av et rehabiliteringsteam er målet om å skape et mest mulig tilfredsstillende liv for pasienten før utskrivelse (Landsforeningen for ryggmargsskadde, 2012). En del av rehabiliteringen omfatter at man snakker igjennom ulike utfordringer, og det som har skjedd før pasienten skrives ut.

Individer med ryggmargsskade har ofte blitt utsatt for akutte opplevelser pga. skade eller sykdom. Å bli alvorlig syk fører ofte til en krisesituasjon for pasientene. Samtidig opplever flere av de ryggmargsskadde kroppslige endringer. Dette kan føre til tap av funksjon, og deriblant utfordringer knyttet til seksualitet. For å ha et mest mulig tilfredsstillende liv, bør også pasienten ha mulighet til å få snakke om seksuelle utfordringer, noe som også innebærer spesifikke råd tilpasset den enkelte (Kristoffersen, 2015). Seksualitet er for de fleste tabubelagt, men det er også et grunnleggende behov.

Tabuet gjelder ikke bare pasienter, og man ser at også sykepleiere unngår å snakke med pasientene om dette. Mitt inntrykk er at helsevesenet konsentrerer seg mest om sykdom, defekter og skader, og ikke om de muligheter den ryggmargsskadde har, noe som spesielt gjelder i forhold til seksualitet. Dette kan skyldes manglende kunnskap, holdninger, fordommer og frykt for å snakke om intimitet (Pedersen, 2016). Jeg opplever også at det er tildelt mangelfull undervisning om dette i vår utdanning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Etter to år som ansatt på en nevrologisk avdeling har jeg møtt pasienter i alle aldre, det er ett emne som særlig skiller seg ut - seksualitet. Mine erfaringer tyder at på dette emnet er det mange som ønsker veiledning og informasjon om, men på en annen side er det et emne som er tabubelagt, for både pasienter og ansatte. På bakgrunn av mine erfaringer som ansatt ved en nevrologisk avdeling har jeg utarbeidet følgende problemstilling:

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere gi ryggmargsskadde menn veiledning om seksualitet?

1.3 Avgrensing av problemstilling

Ettersom hovedvekten av ryggmargsskadde er menn, har jeg valgt å avgrense oppgaven til seksualitet for ryggmargsskadde menn. Pasienter omtales derfor i oppgaven heretter i hankjønn. Seksualveiledningen vil bli gitt mens pasientene er på sykehus under rehabilitering, og da etter den akutte fasen. Jeg mener at slik veiledning er en viktig del av rehabiliteringen, og noe alle ryggmargsskadde menn har behov for, og derfor avgrenses dermed ikke oppgaven til skadens omfang eller alder. Selv om jeg anser det som viktig, må jeg begrense oppgaven til kun å omtale den ryggmargsskadde, og ikke partner eller ektefelle.

1.4 Definisjon av nøkkelbegrep

Ryggmargsskade:

«En skade på ryggmargen innebærer brudd eller skade på nerveforbindelsene mellom den del av ryggmargen som ligger over, og den del av ryggmargen som ligger under skadeområdet (Landsforeningen for ryggmargsskadde, 2012, s. 13)».

Seksualitet:

«Verdens helseorganisasjon definerer seksualitet som en integrert del av ethvert menneskes personlighet. Seksualitet er et grunnbehov som utgjør et fenomen av det å være et menneske, og som ikke kan skilles fra andre livsaspekter. Seksualitet inngår ikke bare samleie eller evnen til å oppnå orgasme, og heller ei summen av hele vårt erotiske liv. Seksualitet påvirkes av samspillet mellom biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, juridiske, historiske, religiøse og åndelige faktorer (World Health Organization, 2010)».

Veiledning

«Veiledning kan defineres som en intervensjon for rådgiving eller undervisning med kvaliteter som bidrar til forståelse, innsikt og avklaring av nåværende situasjon, med mål om å hjelpe motparten til å løse et problem. For å kunne undersøke hvilke behov pasienten har for veiledning, tar man utgangspunkt i hans forutsetninger og formidler kunnskap deretter (Tveiten, 2013, s. 19)».

1.5 Oppgavens oppbygging

For å besvare problemstillingen har jeg valgt litteraturstudie som metode. Dette presenterer jeg i første del av oppgaven. Her vektlegges valg og begrunnelse av forskningsartikler, samt kritikk til artiklene. Deretter presenterer jeg grunnleggende teori om ryggmargsskade og hvilken innvirkning en slik skade kan ha på seksualfunksjonen. Jeg presenterer deretter teori for sykepleiere, Joyce Travelbees teori, nasjonale føringer og PLISSIT-modellen som vil bli brukt som verktøy i drøftingen. Til slutt konklusjon.

2 Metode

Metode kan defineres som en fremgangsmåte hvor målet er å belyse spørsmål og data på en faglig interessant måte, og der metoden er redskapet i vårt møte med det vi vil undersøke (Dalland, 2012, s. 111).

2.1 Litteraturstudie som metode

En viktig del av litteraturstudie er valg av fortolkningslære, hvor man skiller mellom hermeneutikk og fenomenologisk studie (Dalland, 2012). Jeg har tatt i bruk litteratur som er både natur- og humanvitenskapelig anvendt.

Under naturvitenskapelig tradisjon finner man litteratur som omhandler kroppens anatomi, fysiologi og sykdomslære (Dalland, 2012, s. 51). Jeg har valgt å benytte meg av dette perspektivet for å kunne tildele leserne kunnskap og forståelse om hva en ryggmargsskade er, hva dette innebærer fysisk og anatomisk sett, samt hvilken innvirkning dette har på seksualfunksjonen.

Hermeneutikk er en fortolkningslære, hvor målet er å forsøke å finne frem til meningen med noe, eller forklare noe som i utgangspunktet er uklart. I fenomenologiske studier er oppmerksomheten rettet mot verden slik at den konkret kan oppleves fra eksempelvis pasientens perspektiv (Dalland, 2012, s. 57). I dette perspektivet sier jeg litt om hvordan pasientene kan oppleve det å få en ryggmargsskade, og dens omfang mentalt og emosjonelt sett. Litteratur som går inn under et humanvitenskapelig perspektiv er dermed brukt i oppgaven på grunnlag av problemstillingen og tilnærming av tabubelagte emner knyttet til seksualitet, da både utfordringer for sykepleiere og pasienter.

2.2 Søke- og utvalgsprosess for litteratur

Det var viktig for meg å finne relevant og troverdig litteratur om de aktuelle temaene, samt at de kunne bli brukt i drøftingsdelen for å belyse og understøtte synspunkt. Jeg hadde også et ønske om å finne litteratur skrevet av kjente fagpersoner, for å styrke teori opp mot problemstillingen. I teoridelen har jeg brukt mye teori fra pensumbøker, da teori om sykepleierens møte med pasienter i vanskelige situasjoner, kommunikasjon, og relasjonsbygging. Under teori for ryggmargsskade og dens utfordringer knyttet til seksualitet, har jeg benyttet meg av håndbøker og artikler i tidsskrift som er av nyere dato.

2.2.1 Problemstilling

For å prøve og besvare problemstillingen, har jeg valgt å benytte meg av PICO-modellen for å strukturere tematikken, samt for å finne gode søkeord. Jeg benyttet da databasen SveMed+, slik at søkeordene ble oversatt til engelsk for videre søk til forskning (Nortvedt, Jamtvedt, Graveholt, Nordheim, & Reinart, 2012, s. 42). Forskningsartiklene er hentet fra databasene Academic Search Elite og PubMed med AND- funksjon. Jeg benyttet meg av Academic Search Elite fordi deres artikler er tverrfaglig og de fleste artiklene er fagfellevurdert, og PubMed fordi det er verdens største database innen medisin og helsefag.

2.2.2 Forskning

Jeg har valgt ut fem forskningsartikler som er publisert i tidsrommet 2003- 2012. Målet med søkene var i utgangspunktet å finne forskning som styrker teori rundt temaet seksualitet for ryggmargsskade menn, men også forskning som viser pasient- og pleierperspektivet.

Hensikten med de søkene som ble gjort var å finne erfaringer, reaksjoner, utfordringer, behov, holdninger og kompetanse for både pasienten og helsepersonell. Jeg har valgt å ta med store studier fra flere land, da det er begrenset med ny forskning på seksualitet for ryggmargsskade. For å belyse problemstillingen best mulig har jeg brukt forskning som benytter seg både av kvantitative og kvalitative metoder.

2.2.3 Artiklene

Formålet med det første søket var å prøve og finne forskning som diskuterte menns forhold til seksualitet etter en ryggmargsskade. På Academic Search Elite brukte jeg søkeordene: Spinal cord Injury AND men AND sex education, som resulterte i et treff på 4 artikler. Jeg valgte da forskningsartikkelen «Sexual Pursuits of Pleasure Among Men and Women with Spinal Cord Injury» (Ostrander, 2008).

I det neste søket ønsket jeg å finne forskning på seksualitet etter funksjonstap, tap av selvfølelse og maskulinitet som gjerne forekommer hos menn med ryggmargsskade. På Academic Search Elite brukte følgende nøkkelord AND-funksjon: *Sexual assistance equipment AND spinal cord injury AND men* som resulterte i to treff. Jeg valgte da artikkelen «If not the Disability, then what? Barriers to Reclaiming Sexuality Following Spinal Cord Injury» (Sakellariou, 2006).

Det tredje søket ble gjort i PubMed, også med en kombinasjon av AND- funksjon. Søkeordene jeg valgte å bruke da jeg skulle finne forskning som baserer seg på autnom dysrefleksi hos ryggmargsskadede menn, var *autonomic dysreflexia AND spinal cord injury AND sexuality*, som resulterte i 18 treff. Jeg valgte da «Sexual function and autonomic dysreflexia in men with spinal cord injuries: how should we treat? », som er en oppsummert litteraturstudie fra 1956-2011 (Courtois, et al., 2012).

I det fjerde søket på Academic Search Elite brukte jeg søkeordene: *Disability AND training AND spinal cord injury*, som resulterte i 165 treff. Jeg valgte da å bruke «A Longitudinal Study of Sexuality Training for the Interdisciplinary Rehabilitation Team». Studien er en randomisert -og kontrollert litteraturstudie som pågikk over 2 år med 86 deltagere. Det ble undersøkt hvor effektivt et seksualopplæringsprogram for ryggmargsskadede i rehabiliteringsprosessen kan være (Fronek, Kendall, Booth, Eugarde, & Geraghty, 2010).

I det siste søket brukte jeg søkeordene: *Sexuality AND training AND spinal cord*, som ga 30 treff på Academic Search elite. Jeg valgte så artikkelen «Training the Interdisciplinary Team in Sexuality Rehabilitation Following Spinal Cord Injury: A needs Assessment» (Booth, Susan; Kendall, Melissa; Fronek, Patricia ; Miller, Deborah; Geraghty, Timothy;, 2003).

Forskningsartiklene vil jeg presentere videre under *Forskningslitteratur* lengre nede i oppgaven.

2.3 Kildekritikk

En viktig del av forskerrollen er å være kritisk til litteratur. Dette går under kildekritikk hvor man skal vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet i oppgaven (Dalland, 2012, s. 73).

2.4.1 Litteratur

Opgaven er hovedsakelig oppbygd av primærlitteratur, hvor jeg har hatt et fastholdepunkt med begreper som gyldighet, holdbarhet og relevans for belysning av min problemstilling. I tillegg

benyttet jeg sekundærlitteratur som forskning, artikler og annen litteratur. Bruk av sekundærlitteratur kan være en kilde til feil, men jeg velger å stole på mine valg da disse kildene er pensumbøker. Jeg har brukt pensumlitteratur fra ulike emner som jeg har fått nytte av gjennom hele sykepleierstudiet, samt artikler som er publisert i kjente tidsskrift. Styrken med pensumlitteratur er at den er av nyere dato, og inneholder det nyeste av forskning og kunnskap innenfor de aktuelle temaer. Jeg har også brukt oversiktsartikler (reviews), som kan ha en svakhet ved at det kan være noe vanskeligere å forstå budskapet med tanke på at det er en oversikt over et større fagfelt, kontra det som er i mindre studier der det er en klar og tydelig problemstilling. Jeg har også valgt å supplere med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, Norges lover og Helse- og omsorgsdepartementet sine retningslinjer for seksuell helse som hele tiden er under oppdatering, og som igjen viser standarden for den pleien sykepleiere skal utøve.

2.4.2 Forskningsartikler

Da jeg skulle finne forskningsartikler hadde jeg et ønske om at publiseringen skulle være av nyere dato, fagfelleverdert og ha vært publisert i store tidsskrift. Det var også viktig at jeg fant artikler som var relevant i forhold til oppgavens temaer og problemstilling, samt at de kunne bli brukt i drøftingsdelen ved å belyse og understøtte synspunkt. Forskningsartiklene jeg har valgt og benytte meg av har brukt IMRad- prinsippet, som er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat, og diskusjon. De fleste artiklene har også et abstrakt innledningsvis (Nortvedt, Jamtvedt, Graveholt, Nordheim, & Reinar, 2012, s. 69). Jeg har videre tatt høyde for at kvalitativ metode bare tar utgangspunkt i subjektive opplevelser og meninger på ulikt vis, både fra pasienten og sykepleierens side. Dette tenker jeg er en styrke for oppgaven. En av svakhetene er gjerne at artiklene er internasjonale, og har kanskje en annen kulturell bakgrunn enn oss nordmenn. Kulturforskjellen mot Norge kan dermed være noe ulik, men vil trolig være så minimale da artiklene bygger på et vestlig og holistisk syn på helse.

3 Teori

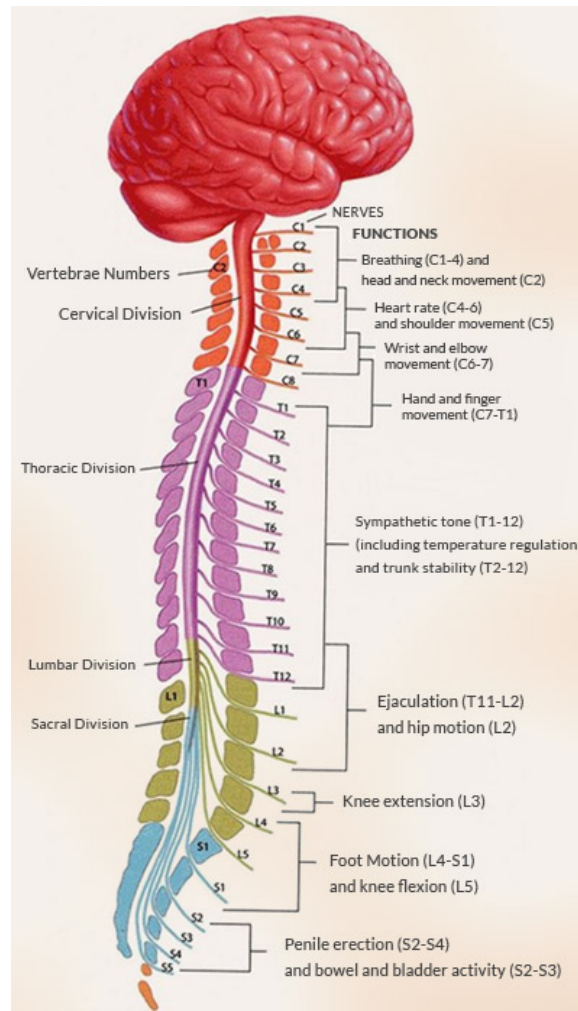
Jeg skal nå belyse hva en ryggmargsskade er, samt hvilken rolle sykepleiere har for pasienter som er under rehabilitering.

3.1 Hva er en ryggmargsskade?

Sentralnervesystemet består av hjernen og ryggmargen. Ryggsøylen (columna) består av 29 ryggvirvler. Vi har 7 cervikalvirvler, 12 thorakalvirvler, 5 lumbalvirvler, og 5 sakralvirvler. En skade på ryggmargen innebærer brudd eller skade på nerveforbindelsene mellom den del av ryggmargen som ligger over, og den del av ryggmargen som ligger under skadeområdet. Skade på

sentralnervesystemet fører ofte til permanente funksjonelle utfall, dette påvirker blant annet blærefunksjonen, tarmfunksjonen, blodsirkulasjonen, temperaturreguleringen og den seksuelle funksjonen (Landsforeningen for ryggmargsskadde, 2012, s. 11).

En skiller mellom traumatiske og atraumatiske ryggmargsskader. En traumatisk ryggmargsskade oppstår som følge av et ytre traume som direkte eller indirekte skader ryggmargen, dette kan eksempelvis være fallulykke. En atraumatisk ryggmargsskade kan eksempelvis være forårsaket av infeksjon, blødning eller svulst. Den kan også være medfødt eller skyldes annen medisinsk eller kirurgisk behandling. Skadeomfanget deles inn i to kategorier: komplett- og inkomplettskade. Er skaden komplett påvirker dette viljestyrte bevegelser og sensibilitet nedenfor skadestedet opphører. Er skaden inkomplett, kan sensibilitet og bevegelse komme tilbake i større eller mindre grad (Landsforeningen for ryggmargsskadde, 2012, s. 5). Medfører skaden lammelser og følelsetap i begge ekstremiteter betegnes pasienten som en tetraplegiker, har skaden medført lammelser i kun underekstremitetene, og eventuelt deler av kroppen omtales pasienten som en paraplegiker. (Landsforeningen for ryggmargsskadde, 2012, s. 13) Skadeomfanget i ryggmargen har dermed en stor betydning for evnen til å fungere etter en ryggmargsskade. Vedlegg 1 illustrerer ryggmargen.



Bildet er hentet fra Organs of the body
<http://www.organsofthebody.com/spinal-cord/>

Se vedlegg 1 for godkjenning av bildebruk.

3.2 Fysiologiske faktorer som har innvirkning på seksualfunksjonen

En ryggmargsskade gir med andre ord bortfall og har en forstyrret forbindelse for seksuell funksjon i hjernen og til genitalia. Dette fører ofte til ereksjons-, ejakulasjons, orgasme og fertilitetsproblemer (Stien, 2008, s. 453).

3.2.1 Ereksjon

Omlag 80 % av ryggmargsskadde menn har ereksjonsproblemer. De vil kunne få ereksjon, men bare ved kontinuerlig stimulering av kjønnsorganene, og ofte vil ikke ereksjonen kunne vedvare i lang nok tid til å kunne utføre samleie. Ryggmargsskadde kan erfare at ereksjon kan komme etter upassende stimuli, dette kan eksempelvis skyldes spasmer, avtakelse av dyne eller ved kateterisering (Stien, 2008, s. 453).

3.2.2 Ejakulasjon

Ejakulasjonen utløses fra hjernen og ryggmargens ejakulasjonssentral. Den består av en rekke rytmiske sammentrekninger av bekkenmuskulaturen, særlig muskulaturen rundt svampegemet (Holck, 2015). Bare omlag 10-15 % av ryggmargsskadede menn vil oppleve noe grad av spontan ejakulasjon. Det krever dermed for de fleste medikamentell eller bruk av seksualtekniske hjelpemidler for at ejakulasjon skal kunne inntreffe (Stien, 2008, s. 455).

3.2.3 Orgasme

Orgasme kan defineres som den optimale opplevelse av seksuell tilfredsstillelse, men det er store individuelle forskjeller på hvordan man opplever det. Dersom orgasmen skulle utebli vil en likevel kunne oppnå andre og sammenlignbare reaksjoner (Stien, 2008, s. 455).

3.2.4 Fertilitet

Redusert spermiekvalitet som inntreffer raskt etter skaden, kan føre til fertilitetsproblemer. Temperaturen i skrotum er høyere hos rullestolbrukere, hyppige urinveisinfeksjoner kan også ha en ugunstig effekt, samt at en forstyrret nevrogen kontrollmodning av spermier i testiklene kan ha en innvirkning. Skulle han ønske fertilisering, kan omtrent alle spinalskadede med barneønske hjelpes (Stien, 2008, s. 456).

3.2.6 Autonom dysrefleksi

Ved seksuelle aktiviteter kan en følgetilstand ved skade over Th 6 være autonom dysrefleksi (AD). Det autonome nervesystemet styrer basale kroppsfunksjoner, og da blodtrykk, puls, respirasjonsfrekvens og temperatur m.m. Blodkarene trekker seg sammen grunnet signaler som ikke lar seg regulere fra hjernen ved stimuli under skadestedet, dette fører til at han opplever en masserefleks- reaksjon på normalt ufarlige stimuli. Fordi forbindelsen mellom ryggmargen og hjernen er brutt kan symptomer som blodtrykksstigning, hodepine, oppkast, tap av bevissthet være tegn på autonom dysrefleksi, og tilstanden kan være potensielt livstruende (Landsforeningen for ryggmargsskadede, 2012, s. 53).

3.3 Psykogene faktorer ved seksualitet

I tillegg til de fysiologiske utfallene kan seksuallivet bli påvirket av psykiske faktorer. Seksuell dysfunksjon innebærer vanskeligheter i én eller flere faser av seksuell respons hos individet, som igjen fører med seg konsekvenser, dette kan være frustrasjon, unngåelsesatferd og opplevelse av å føle seg mindre attraktiv (Landsforeningen for ryggmargsskadede, 2012, s. 39).

Freuds utforming av psykoanalysen og libido blir betegnet innen sexologien som en drivkraft for lyst, begjær og ønske, som han mente har en dominerende rolle for psyken (Tetzchner, 2012). Tønnesen (2013) argumenterer for at seksualitet er en kjernedimensjon av det å være et menneske. Ved dette referer han til følelsesmessige relasjoner mellom mennesker, som påvirker vårt emosjonelle aspekt innenfor kjærlighet, fantasier, verdier, handlinger, behovet for mellommenneskelige respons som eksempelvis bekræftelse. Stien (2008) støtter Freuds argumentasjon for at økt libido kan utvikles til erogene soner i hud og kjønnsorganer. Et hvert menneske har muligheter for å leve ut sin seksualitet dersom man utforsker og benytter seg av de muligheter kroppen har å by på. Menneskers kroppsoverflate gir opphav til erotiske følelser ved berøring. Gjennom utforskning og øvelse kan nye erogene soner utvikles slik at hele kroppen utnyttes som et seksualorgan (Landsforeningen for ryggmargsskadde, 2012).

3.4 Seksualtekniske hjelpemidler

Et annet alternativ som kan benyttes er seksualtekniske hjelpemidler. Dette kan erstatte, støtte eller kompensere en funksjon som er sviktende. Et teknisk hjelpemiddel kan på ingen måte løse et tilnæringsproblem, men snarere hjelpe ryggmargsskadde til å oppleve lyst og nytelse (Grünfeld, 2009). Landsforeningen for ryggmargsskadde (2012) belyser at seksualtekniske hjelpemidler som kan benyttes er medikamentellbehandling som eksempelvis Viagra eller Cialis. Andre seksualtekniske hjelpemidler som kan utprøves er ereksjonspumpe, støtte kondom, eller ferticare vibrator. Videre understreker landsforeningen (2012) at slike tiltak kan diskuteres med seksualrådgiver, sykepleier eller lege. Ved utprøving er det alltid viktig at medisinsk ansvarlig lege forhånds godkjenner tiltakene. Sykepleieren er ofte med for å avdekke behov for disse pasientene.

3.5 Sykepleierens fundament

En sykepleier står ovenfor et stort ansvar for pasienter som er under lidelse og sykdom. Helsepersonelloven skal bidra til sikkerhet for pasienter, samt skape kvalitet og tillitt i helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999). Ikke minst må sykepleiere ta hensyn til prinsipper for etikk, moral og menneskerettigheter. Yrkesetiske retningslinjer understreker bl.a. viktigheten av holdninger, respekt, empati og sympati. Sykepleieren skal i tillegg ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, samt sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet (Norsk sykepleierforbund, 2011; Pasient- og brukrettighetsloven, 1999).

I tillegg finnes det ulike teorier på hva som er god utførelse av sykepleie. Sykepleieren Joyce Travelbee f. 1926 har hatt stor innflytelse på sykepleietenkning, og de mellommenneskelige aspektene ved sykepleie. Hun mener at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet, og

at sykepleie er knyttet til å fremme god helse og forebygge sykdom. Hennes filosofi er at man bruker seg selv terapeutisk i samhandling med pasienten. I en situasjon der pasienten opplever et problem, og er i en krise, har sykepleieren en viktig rolle med å hjelpe ham å finne mestring og mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom. Travelbee mener dermed at for å kunne utføre god sykepleie må en bli kjent med pasienten som person, og kunne identifisere hans særegne behov, som er en forutsetning for å kunne planlegge og tilrettelegge tiltak (Kristoffersen, 2015).

I sykepleiens etiske dimensjon har holdninger en estetisk verdi og dimensjon til pleien. Dette kommer til uttrykk gjennom sykepleierens vennlighet, oppmerksomhet, å være lyttende og varsomhet i stellet. Å vise omsorg uttrykker hvordan en gjør det, hvordan en oppfører seg og hvordan en utøver handlingene (Nortvedt P. , 2012).

Fundamentet for god sykepleie er å skape sikkerhet, kvalitet og god livskvalitet for pasienter i helse- og omsorgstjenesten. I 2017 ble seksualhelse vektlagt som en viktig helsefaktor for individets livskvalitet. Helse- og omsorgsdepartementet lanserte en strategi som er gjeldende fra 2017-2022, som samler arbeidet for seksuell helse i en felles plan. Strategien vektlegger seksualitet som en helsefremmende ressurs i alle livsfaser, der det å ivareta god seksuell helse er en avgjørende faktor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

3.6 Kommunikasjon og relasjon

Samhandling er en viktig del av sykepleien, og består av kommunikasjon og relasjonsbygging. Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, utveksle og avdekke mening (Eide & Eide, 2007, s. 17). Formålet med god kommunikasjon er å skape kontakt med pasienten, og realisering av profesjonens og pasientens mål.

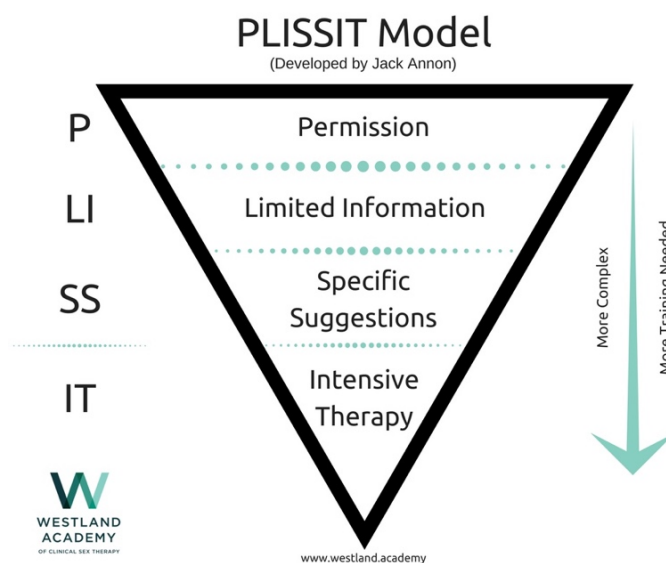
Tegn og signaler må tolkes enten det er verbalt, nonverbalt, antydninger, hint eller i vanskelige samtaler som er utfordrende for pasienten å dele. Å stille spørsmål på en god måte er sentralt når man innleder og bygger opp en relasjon til en pasient. Dette er viktig både for å innhente nødvendig informasjon og for å kunne tilby best mulig hjelp og tilrettelegging, samt for å kunne skape refleksjon og mening sammen (Eide & Eide, 2007). Relasjonskompetansen vil dermed være viktig for å kunne utøve god yrkesutøvelse, og innebærer at den yrkesaktive møter pasienten som et subjekt- et selvstendig, handlende individ - og viser respekt for pasientens integritet og autonomi. Samtaler kan være planlagt eller oppstå spontant, være følelsesmessig nøytrale, og sterkt emosjonelle. Hvordan

relasjonen er mellom pasient og pleier, vil dermed ha en avgjørende effekt om hvordan samhandlingen fortsetter videre i veiledningsprosessen (Røkenes & Hanssen, 2013).

3.7 Den pedagogiske funksjonen

Som sykepleiere man en pedagogisk funksjon som innebærer vurderinger, handlinger, undervisning og veiledning gjennom tildeling av ny kunnskap til pasienter. Den enkelte sykepleier har ansvar for sin egen kompetanse (Tveiten, 2013).

PLISSIT-modellen som ble utarbeidet av psykologen Jack Annon, er en pedagogisk trappepyramide for helsetjenesten (vedlegg 2). Den sexologiske modellen inneholder intervensjoner som gir en systematisk tilnærming til seksuelle problemer. Kunnskapsbehovet øker for hvert trinn, mens pasientpopulasjonen avtar (Almås, et al., 2014, s. 35). For å kunne ta i bruk modellen må helsetjenesten få tillatelse for at seksuelle spørsmål berøres og inkluderer seksualfunksjon som utfallsmål for så å avdekke problemstillinger. Modellen vil belyse om det er nødvendig å henvise pasienten til fagpersoner med ytterligere kompetanse knytt seksualitet. Dette kan utføres ved at man undersøker hvilket nivå en befinner seg på som behandler av et gitt problem og hva som kan være årsak til gitt problem for pasient (angst for nærhet, fysisk eller emosjonelt traume, seksualangst m. m), og vurderer hvilken kunnskap, kompetanse og erfaring som er nødvendig for å gå inn i og arbeide med det problemet pasienten meddeler (Johansen, 2016).



Bildet er hentet fra Westland Academy
<http://westland.academy/westland-approach/>
Se vedlegg 2 for tillatelse av bildebruk.

3.8 Forskningslitteratur

Jeg vil nå presentere de fem forskningsartiklene jeg har valgt ut, for senere å belyse problemstillingen i drøftingsdelen.

3.8.1 Sexual Pursuits of Pleasure Among Men and Women with Spinal Cord Injury

Forskningsartikkelen er en krysskulturell studie, og tar for seg greske, amerikanske og britiske menn og kvinner med ryggmargsskade. Artikkelen belyser den subjektive opplevelsen av seksuell intimitet for ryggmargsskade, samt deres seksuelle forhold til en partner. Den tar også for seg ryggmargsskaddes kroppsbilde og følelsen av maskulinitet, samt emosjonelle, mentale og sosiale utfordringer. Studien poengterer at under primæroppholdet bør pasienten få tilstrekkelig med seksualveiledning, og utprøving av medikamenter og utstyr for en reproduktiv funksjon, for å kunne oppleve et best mulig sexliv (Ostrander, 2008). For ytterligere informasjon se vedlegg 3.

3.8.2 Sexual function and autonomic dysreflexia in men with spinal cord injuries: how should we treat?

Studien tar for seg akutt og profylaktisk behandling av autonom dysrefleksi (AD) under seksuelle aktiviteter. Artikkelen belyser viktigheten av å gi en sikker og forebyggende behandling med tanke på kardiovaskulære komplikasjoner under samleie. Ryggmargsskadede har på lik linje et behov for seksuell tilfredsstillelse, og bør dermed få riktig opplæring, utprøving, og veiledning da det kan oppstå komplikasjoner underveis og etter en ejakulasjon. Videre blir det diskutert at utprøvelse av ulike hjelpemidler for å få ejakulasjon helst bør skje mens pasienten er innlagt, da det er en fordel at han blir kjent med disse symptomene før utskrivelse (Courtois, et al., 2012). (Vedlegg 3)

3.8.3 If not the Disability, then what? Barriers to Reclaiming Sexuality Following Spinal Cord Injury

Studien tar for seg deltakere som fortalte om subjektive opplevelser om hvordan samfunnet så på dem nå som de satt i rullestol, og da i ulike settinger. Studien belyste hvordan en ryggmargsskade kan ha påvirkning på selvstendighet, maskulinitet, tap av identitet, avvisning, og hvordan dette kan påvirke seksuallivet til den ryggmargsskadede. Tabuet om lyst og seksualitet for den funksjonshemmede blir diskutert i et sosiologisk perspektiv, hvor den ryggmargsskaddes behov ikke blir tatt nok i betraktning eller respektert av resten av samfunnet (Sakellariou, 2006). (Vedlegg 3)

3.8.4 A Longitudinal Study of Sexuality Training for the Interdisciplinary Rehabilitation

Artikkelen tar for seg utfordringer som kan oppstå ved det å gi veiledning om seksualitet etter en ryggmargsskade. Studien belyser at bruk av veiledning, støtte fra ledelsen, tilsyn, og debriefing, kan gi ytterligere muligheter for å ta opp bekymringer og skape trygghet for de ansatte knyttet til seksualitet. Ved utveksling av erfaringer, kunnskap og problemløsning i grupper så man at dette hadde en positiv effekt på komfort og økt kunnskap for de ansatte (Fronek, Kendall, Booth, Eugarde, & Geraghty, 2010). (Vedlegg 3)

3.8.5 Training the Interdisciplinary Team in Sexuality Rehabilitation Following Spinal Cord Injury: A Needs Assessment

Studien tar utgangspunkt i nivået på ubehaget, kompetansen og holdninger blant personalet når det gjelder tilnærminger om seksualitet til pasientene på en rehabiliteringsavdeling i Australia. PLISSIT-modellen ble brukt som verktøy for den vanskelige samtalen for de ansatte, og om pasienten burde bli henvist til en med spesialkompetanse, eller om de ansatte kunne gi en tilstrekkelig veiledning. Bruk av KCAASS – modellen ble brukt for å se hvordan personalet scoret, der dette kartla hvilke områder de ansatte hadde behov for ytterligere veiledning og kunnskap om (Booth, Susan; Kendall, Melissa; Fronek, Patricia ; Miller, Deborah; Geraghty, Timothy,, 2003). (Vedlegg 3)

4 Drøfting

Jeg vil her belyse min problemstilling: «Hvordan kan sykepleiere gi ryggmargsskadede menn veiledning om seksualitet?», ved bruk av PLISSIT-modellen som kartleggingsverktøy.

4.1 Innsikt i egen livssituasjon

Gjennom praksisperiodene mine i dette bachelorstudiet har jeg erfart at mye bra blir gjort for å hjelpe pasienter som opplever store endringer etter sykdom og skade. Likevel ser jeg at det har vært manglende og lite fokus på seksualitet og sykdom.

En ryggmargsskade kan endre livet drastisk. I det ene øyeblikket kan man bruke både armer og bein, og i neste øyeblikk kan man oppleve og ikke kunne klø seg på nesen. Sykdom eller skade i ryggmargen fører ofte til permanente og funksjonelle utfall (Landsforeningen for ryggmargsskadede, 2012). Jeg har også sett at veien tilbake til livet kan være mentalt krevende, og at rehabiliteringsprosessen er lang. Omveltningen kan være både fysisk og psykisk belastende, og for noen innebærer dette assistanse 24 timer i døgnet, mens andre kan leve noenlunde selvstendig med tilrettelegging av bolig eller hjelpemidler. WHO (2010) definerer seksualitet som en integrert del av det å være menneske, og skiller ei fra andre livsaspekter. Ryggmargsskadede er ofte under

rehabilitering mellom 6-10 måneder. Som sykepleier vil en da ha anledning til å snakke med pasienter om vanskelige opplevelser, også knyttet til seksualitet. Helse- og omsorgsdepartementet (2016) lanserte i 2017 en strategi for seksuell helse, hvor de poengterer nettopp viktigheten ved å snakke om seksualitet.

Pasienten skal før utskrivelse være klar for å komme tilbake til samfunnet igjen. Lesjoner i ryggmargen fører ofte til ereksjon-, orgasme-, ejakulasjon- og fertilitetsproblemer (Stien, 2008). Dette kan igjen ha en innvirkning på pasientens libido. Freuds beskriver seksualdriften som en drivkraft for lyst og begjær (Tetzchner, 2012). Noe som utdypes mer av Stien (2008), som sier at et godt seksualliv med opplevelse av glede og tilfredstillelse ved fysisk intimitet, vil bidra til seksuell tilfredstillelse på lik linje med en som er funksjonsfrisk, om ikke mer for å styrke livskvaliteten. Jeg tenker også at dette er viktig kunnskap å ta med seg, da sykepleiere skal hjelpe pasienten tilbake til et best mulig liv på tross av skade. Selv om en ryggmargsskade gjerne fører til nedsatt eller bortfalt av sensibilitet, er ikke personligheten og seksuell drift plassert i beina eller ryggmargen som ble skadet. Det er da vesentlig å få frem at seksuell dysfunksjon kan avhjelpes. Det er også viktig å ha kunnskap om at skaden kan påvirke selvbildet til disse pasientene. Stien (2012) støtter dette, og understreker at den motoriske funksjonsnedsettelsen kan gi et forstyrret selvbilde. Dette understøtter også Landsforeningen for ryggmargsskadde (2012), ved at seksuell dysfunksjon kan føre til frustrasjon, unngåelsesatferd og opplevelse av å føle seg mindre attraktiv. Forskning viser også det samme. I en studie viste Sakellariou (2006) at intervjuobjektene opplevde store mentale og emosjonelle utfordringer knyttet til seksualitet. Menn kjente spesielt på en følelse av mindre maskulinitet, og gikk dermed bevisst ikke inn i nye forhold. En av årsakene var at nye partnere ble møtt med stor skepsis fra samfunnet, som hvorfor en funksjonsfrisk skulle inngå et forhold med en med større funksjonstap. Dette er også noe jeg har erfart gjennom praksis da flere pasienter uttrykket bekymring for at «nå som jeg er lenket fast til en rullestol er det ingen som vil ha meg uansett». Dette understreker hvor viktig seksualitet er for livskvalitet fordi det påvirkes av faktorer og samspillet vi har rundt oss (World Health Organization, 2010). Likevel bør det påpekes at seksualitet omfatter så mye mer enn kun berøring av kjønnsorganene. Jeg har i praksis undret meg over hvordan vi som sykepleiere kan veilede pasienten med mål om at han kan oppnå mest mulig mestring, selvstendighet, og funksjonsevne. Veiledningen kan om mulig forhindre at han skal kjenne på slike følelser, spørsmålet er hvordan sykepleiere kan veilede han i å oppnå et seksualliv etter ryggmargsskaden. Dette innebærer også at sykepleiere forplikter seg til å være aktive i å bringe temaet på banen til pasientene. Noe som er i tråd med strategien til Helse- og omsorgsdepartementet (2016) som sier at en skal snakke om seksuell helse. Noe som understøttes av Helsepersonelloven (1999) som også sier at det er viktig at vi har kvalitet over hjelpen vi skal yte,

samt at den skal være faglig forsvarlig. Stien (2008) sier at først og fremst er det viktig å informere pasienten om at det er hjelp og få. Et hvert menneske har muligheten til å leve ut sin seksualitet, dersom man benytter seg av de muligheter kroppen har å by på. Landsforeningen (2012) bygger oppunder dette ved å si at erogene soner på kroppsoverflaten gir opphav til erotiske følelser ved berøring. Gjennom utforskning og øvelse kan disse sonene bli utviklet til et seksuelt organ. Pasienten har også andre muligheter som ved bruk av hjelpemidler. Skadene kan være fatale og rammes i stor grad, bruk av medikamenter kan benyttes som en assisterende og et mulig hjelpemiddel for å opprettholde seksual funksjonen, og dermed livskvaliteten. Coutois, Rodrigue, Côté, Boulet, Vézina, Charvier og Dahn (2012) poengterer i sin studie viktighet ved at pasienten prøver ut hvilke hjelpemiddel som passer han best før utskrivelse, dette for at han skulle kunne få en best mulig opplevelse av seksuell tilfredsstillelse, men også for å forebygge komplikasjoner som kan skje under samleie. Følgetilstanden AD kan ofte oppstå spontant og krever rask behandling med Adelat, og det er derfor høyst nødvendig med utprøving av ulike hjelpemidler under innleggelse slik at pasienten er kjent med symptomene som kan forekomme.

4.2 Veiledning

For å si noe om hvordan sykepleiere kan gi veiledning om seksualitet for ryggmargsskadde, er det nødvendig med kunnskap om hva veiledningen skal inneholde. Så hva er så viktig å informere og veilede pasienten om? Travelbee sier at i en situasjon der pasienten opplever et problem, og er i en krise, har sykepleieren en viktig rolle med å hjelpe ham å finne mestring og mening i de erfaringer som følger med lidelse og sykdom (Kristoffersen, 2015, s. 219).

Skal sykepleieren så gi seksualveiledning er det viktig at en må ha klart hva som ønskes å formidles, samt at en møter pasienten på en måte hvor man er villig til å lytte, og være positivt innstilt på å ta del i de utfordringene pasienten meddeler. Etter å ha jobbet med ryggmargsskadde har jeg ulike erfaringer når det kommer til pasientens behov for seksualitet. Dette gjelder alt i fra gutter i tenårene, til pensjonerte menn som ønsker informasjon og veiledning om seksualitet. Som WHO (2010) definerer har alder ingen betydning når det kommer til seksualitet, dette er en integrert del av et hvert menneskes personlighet og er et grunnleggende behov som ikke kan skilles fra andre livsaspekter. Først og fremst vil det være viktig å skape en god relasjon til pasienten. Eide og Eide (2007) sier det er da sentralt å stille spørsmål på en god måte når man innleder og bygger opp relasjonen. Dette er viktig for å innhente nødvendig informasjon og for å kunne tilby best mulig hjelp og tilrettelegging, til en refleksjon og mening sammen. Hvordan relasjonen er mellom pasient og pleier vil dermed ha en avgjørende effekt på hvordan samhandlingen fortsetter videre i

veiledningsprosessen for å utøve god sykepleie. Røkenes og Hanssen (2013, s. 11) understøtter dette ved å si at en stor forutsetning for å kunne gi god yrkesutøvelse er at en møter pasienten som et selvstendig subjekt ved å vise respekt for hans integritet og autonomi, samtidig som man behandler han som et handlende individ. Dersom sykepleier møter pasienten godt forberedt på samtalen, vil dette føre til at begge parter kan føle seg trygg i samhandlingen.

4.3 PLISSIT-modellen

For å kunne gi best mulig veiledning, ønsker man gjerne at samtalen skal være planlagt, men det er viktig å huske på at slike samtaler kan oppstå spontant. Eide og Eide (2007) sier at i slike settinger er man gjerne avhengig av tolkning enten det er verbalt eller nonverbalt. Pasienten kan innlede til samtale via hint og antydninger. Dette kan bli møtt veldig ulikt av helsepersonell. Men det er også viktig å gripe fatt i slike situasjoner da det er viktig for pasienten å bli hørt, eller vise til at man kommer tilbake for å snakke videre om temaet.

Yrkesetiske retningslinjer (2011) sier at som behandler er det også viktig å kjenne på sin begrensning i forhold til kunnskap, kompetanse og faglig forsvarlighet for å kunne gi best mulig behandling til pasienten. Tveiten (2013, s. 37) sier videre at man som veileder skal ta utgangspunkt i praksiserfaringer, opplevelser og utfordringer hos den som veiledes. På en annen side ser man i praksis at helsepersonell ofte vegrer seg for å innlede til undervisning om seksualitet. Dette kan være fordi det er et tabubelagt tema, samt det berører svært intime spørsmål om en persons liv, men også fordi det er begrenset undervisning om dette i vår utdanning. Booth, Kendall, Fronek, Miller og Geraghty (2003) belyser i sin studie hvilke utfordringer og konsekvenser mangelfull kunnskap om seksuell dysfunksjon kan ha for pasienter under rehabiliteringen, men også hvordan dette påvirker helsepersonell når de skal gi veiledning.

En hemmende faktor kan være at sykepleiere unngår å snakke om seksualitet. Dette ble og vist i studien til Fronek, Kendall, Booth, Eugarde og Geraghty (2010). Studien påpekte at mange sykepleiere unngikk bevisst å snakke om seksualitet, da de følte de hadde for dårlig kunnskap på dette området. Dette førte til en ukomfortabel situasjon både for pasient og pleier, og relasjonen ble dermed svekket. Booth, Kendall, Fronek, Miller og Geraghty (2003) foreslår i sin studie at et tiltak som kan benyttes for å forhindre at relasjonsdannelsen blir ødelagt, er anvendelse av PLISSIT-modellen. I deres studie førte modellen med seg en rekke positive effekter både for pasienten og helsepersonellet ved den Australske spinalenheten. Modellen vil også kunne belyse om sykepleiere

vil kunne gi tilstrekkelig med informasjon og veiledning for pasienten, eller om han må henvises til en fagperson med ytterligere kompetanse (Almås, et al., 2014, s. 35).

4.3.1 Permission

Trinn én i PLISSIT- modellen, sier nettopp at du som helsepersonell kan invitere til å snakke om seksualitet. Hvilken intervensjon man skal bruke er avhengig av pasientsituasjonen. En informativ samtale kan være aktuell, der man prøver å normalisere temaet. Dette kan gjøres ved å presentere hvilke hjelpemidler som kan benyttes for å avhjelpe det aktuelle problem, eller informere om skadens innvirkning på seksualfunksjonen (Almås, et al., 2014).

Sykepleieren vil da også kunne kartlegge om man kan møte pasientens behov for informasjon. Et annet fundament som er viktig å ta høyde for er at pasientene naturligvis også er på ulike steder i livet. Dette er noe som er viktig å kartlegge før en begynner en veiledning. Som Travelbee sier skal sykepleiere kunne skape mening og mestring i den situasjonen han nå lever i, det vil da være viktig å kartlegge hans behov, ønsker og mestring (Kristoffersen, 2015, s. 216). Det innebærer blant annet å se på hvordan pasienten var som et seksuelt vesen før skaden eller sykdommen inntraff.

Et annet aspekt som er viktig å gjøre seg oppmerksom på, er hvordan pasienten reagerer når samtaleemnet blir tatt opp. Respekt og autonomi er dermed to sentrale begrep som må stå sentralt for unngåelse av krenkelse (Norsk sykepleierforbund, 2011). Av egne erfaringer kan man møte på pasienter som ikke ønsker informasjon om seksualitet under primæropphold, men at de gjerne ønsker veiledning da de kommer inn på treningsopphold. Dette uavhengig om de har en partner eller ikke. Å snakke med pasienten om seksualitet krever med andre ord fortrolighet, og en må tørre å ta opp og svare på spørsmål som er både vanskelige og intime (Eide & Eide, 2007). For å ta et eksempel på en situasjon som kan være vanskelig for sykepleieren å gå inn i: En ung nyutdannet kvinnelig sykepleier er blitt kontaktsykepleier for en tetraplegiker i midten av 20 årene. Han er inne på primæropphold, og har kjæreste. Når hun skal gjøre seg kjent med pasienten sine behov knyttet til seksualitet, og han må meddele svært sensitiv informasjon, tror jeg de fleste synes dette kan være vanskelig. På en annen side vil det også være viktig at vi som helsepersonell opptrer faglig profesjonelt og normalisere tabubelagte temaer som seksualitet, slik at pasientene skal kunne få all den informasjon han har rett på. Hvem skal ellers kunne besvare disse spørsmålene pasientene har? Gjennom praksis har jeg støtt på pasienter som har meddelt at det første de tenkte på da de våknet opp etter skaden var «kan jeg noen gang ha sex igjen?».

4.3.2 Limited information

Er pasienten så klar for veiledning om seksualitet, inntreer man steg to i PLISSIT-modellen, som er *limited information (begrenset informasjon)*. Dette nivået kan handle om å informere pasienten om at han kan ha samleie, men at problemer kan oppstå (Johansen, 2016). I Pasient- og brukerrettighetsloven §3-5 (1999) heter det at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, og at informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Ved å gi begrenset informasjon på en saklig måte, vil pasienten kunne få bekreftelse på at han fortsatt kan være seksuelt aktivt, men at det gjerne krever tilrettelegging. Ønsker pasienten så veiledning for hvilke hjelpemidler som finnes, går man videre i neste steg i PLISSIT-modellen.

4.3.3 Specific suggestions

I trinnet *Specific suggestions (spesifikk rådgiving)*, er kravet til behandlerens kunnskap og erfaring større, og handler om å gi konkrete forslag til de problemene pasienten meddeler eller opplever (Johansen, 2016). Dette trinnet berører ofte seksuelle dysfunksjoner. Dette kan eksempelvis være «Hvordan kan jeg ha sex igjen nå som jeg ikke har langvarig ereksjon?». Modellen stiller her krav til at sykepleieren har kunnskap om individuelle forslag om hvilke hjelpemidler som kan benyttes. Sykepleieren kan informere pasienten om at Viagra eller Cialis eksempelvis blir brukt for oppnåelse av ereksjon. Men man må også ha kunnskap om at enkelte medikamenter kan påvirke lystfølelsen, så før utprøvelse er det viktig å se på hva som kan være årsak til det aktuelle problem. Ereksjonspumpe, støttekondom, eller Ferticare vibrator er også hjelpemidler som noen kan ha god nytte av (Landsforeningen for ryggmargsskade, 2012). Coutois, Rodrigue, Côté, Boulet, Vézina, Charvier og Dahn (2012) belyser i sin studie hvor viktig det er med riktig veiledning av seksuell utfoldelse for livskvaliteten til pasienten, da dette er avgjørende for at han skal bli mest mulig trygg på egen kropp før utskrivelse, samt de følgetilstandene som kan oppstå etter en ryggmargsskade, eksempelvis AD. Dette støtter Landsforeningen for ryggmargsskade (2012) videre opp under ved at en ryggmargsskade betyr ikke det at pasienten ikke kan være seksuelt aktiv, det gjelder bare å legge til rette for at han skal kunne være det. Skulle så problemene ikke kunne bli avhjulpet på de foregående trinnene, innebærer dette intensive therapy, som er siste trinn i PLISSIT-modellen.

4.3.4 Intensive therapy

Intensive therapy (intensiv terapi) omhandler eksempelvis lystproblematikk og dysfunksjoner, og krever spesialkompetanse. Dersom sykepleier ikke kan behandle det aktuelle problem, bør pasienten få tilbud om å bli henvist videre til annet fagpersonell med ytterligere kompetanse (Johansen, 2016).

I praksis kan man også møte pasienter som ikke ønsker noen form for veiledning, og gjerne føler seg brydd da emnet blir tatt opp. Det er da viktig som sykepleier eller annet helsepersonell å respektere hans grenser og ønsker.

5 Konklusjon

Seksualitet blir innenfor sexologien betegnet som en kjernedimensjon av det å være et menneske. En lesjon i ryggmargen fører ofte til permanente og funksjonelle utfall, dette medfører ofte komplikasjoner som følge av skade, der iblant seksuell dysfunksjon. Mentale og emosjonelle utfordringer er også fenomener som kan oppstå, der mange av de ryggmargsskadde kan kjenne på følelser som tap av maskulinitet og mindreverdigetskomplekser. Ordet seksualitet har i lengre tid vært tabubelagt å snakke om i samfunnet og innenfor helsevesenet. Seksualitet har nå fått et nytt og større fokus, da betydningen av seksuell helse har en helsefremmende effekt, blant annet gjennom strategien fra Helse- og omsorgsdepartementet. Sykepleieren står ovenfor et stort og viktig ansvar for å ivareta den enkelte pasient sin verdighet og integritet, samtidig som en skal lindre hans symptomer og ubehag. Ved å informere, undervise og veilede pasienten i den grad han ønsker å oppleve seksuell tilfredsstillelse, vil dette kunne være med å bidra til at den ryggmargsskadde skal oppnå god livskvalitet på lik linje med en som er funksjonsfrisk. PLISSIT-modellen er et kartleggingsverktøy for avhjelping av seksuell dysfunksjon, og modellen kan være med på å vurdere om helsepersonell kan gi den hjelp som kreves for å løse det aktuelle problem. Dette krever både erfaring og kompetanse om psykologiske og fysiologiske funksjoner på ryggmargsskaden, samt vilje for å gå inn i den vanskelige samtalen om seksualitet. En tetraplegiker som er lam i alle fire ekstremiteter har med andre ord mulighet for å ha et seksuelt aktivt liv ved riktig opplæring og bruk av hjelpemidler.

6 Bibliografi

- Almås, E., Bruberg, K., Fjeld, W., Haaland, W., Hammerstrøm, K., Svendsen, K., . . . Reinar, L. (2014, November 27). *Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer*. Hentet Mai 05, 2017 fra Kunnskapsenteret: Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer
- Booth, Susan; Kendall, Melissa; Fronek, Patricia ; Miller, Deborah; Geraghty, Timothy;. (2003). *Training the Interdisciplinary Team in Sexuality Rehabilitation Following Spinal Cord Injury: A Needs Assessment*. doi:0146-1044/03/1200-0249/0
- Courtois, F., Rodrigue, X., Côté, I., Boulet, M., Vézina, J.-G., Charvier, K., & Dahan, V. (2012, August 7). *Sexual function and autonomic dysreflexia in men with spinal cord injuries: how should we treat?* doi:10.1038/sc.2012.83
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS .
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Fronek, P., Kendall, M., Booth, S., Eugarde, E., & Geraghty, T. (2010, September 2). *A Longitudinal Study of Sexuality Training for the Interdisciplinary Rehabilitation Team*. doi:10,1007/s11195-010-9177-1
- Grûnfeld, B. (2009, Februar 13). *Seksuelle hjelpemidler*. Hentet fra Store Medisinske Leksikon: https://sml.snl.no/seksuelle_hjelpemidler
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016, November). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Hentet April 27, 2017 fra Regjeringen: https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Helsepersonelloven. (1999, juli 02). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holck, P. (2015, Januar 24). *Urinblære*. Hentet fra Store Medisinske Leksikon: <https://sml.snl.no/urinbl%C3%A6re>
- Johansen, M. (2016). *En sexologisk behandlingsmodell: PLISSIT*. (S. Gammes, Redaktør) Hentet mai 21, 2017 fra eMetodebok for seksuell helse: <http://emetodebok.no/kapittel/sexologi/arbeide-med-seksualitet/en-sexologisk-behandlingsmodell-plissit/>
- Kristoffersen, N. J. (2015). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Landsforeningen for ryggmargsskadde. (2012, Mars). *ABC om ryggmargsskade for helsepersonell*. Hentet fra Landsforeningen for ryggmargsskadde:
<http://lars.no/showfile.ashx?fileinstanceid=80ce8b93-54d3-411d-9190-afa4d2c9b20e>
- Landsforeningen for ryggmargsskadde. (2016, Januar 15). *Om ryggmargskader*. Hentet Mai 20, 2017 fra Landsforeningen for Ryggmargsskadde: <http://lars.no/ryggmargskader/om-ryggmargskader/141f9903-a031-467d-8e18-8114ec851e48>
- Norsk sykepleierforbund. (2011, august 9). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet april 25, 2017 fra Norsk sykepleierforbund: Yrkes etiske retningslinjer
https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graveholt, B., Nordheim, L., & Reinart, L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribes AS.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ostrander, N. (2008, November 7). *Sexual Pursuits of Pleasure Among Men and Women with Spinal Cord Injuries*. doi:10.1007/s11195-008-9103-y
- Pasient- og brukertilrettelegningsloven. (1999, 07 02). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, L. (2016, Mars 30). *Psykisk helse og seksualitet – tør vi snakke om det?* Hentet fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/meninger/innsnitt/2016/02/psykisk-helse-og-seksualitet-tor-vi-snakke-om-det>
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2013). *Bære eller bryte* (3. utgave. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Sakellariou, D. (2006, Juni 6). *If not the Disability, then what? Barriers to Reclaiming Sexuality Following Spinal Cord Injury*. doi:10.1007/s11195-006-9008-6
- Stien, R. (2008, Februar 14). *Seksuell dysfunksjon hos ryggmargsskadede menn*. (P. Gjersvik, Redaktør) Hentet April 17, 2017 fra Tidsskriftet Den Norske Legeforening:
<http://tidsskriftet.no/2008/02/tema-andrologi/seksuell-dysfunksjon-hos-ryggmargsskadede-menn>
- Tønnesson, Ø. (2013, mars 20). *Seksualitet*. Hentet fra Store Norske leksikon:
<https://snl.no/seksualitet>
- Tetzchner, S. V. (2012). *Utviklingspsykologi* (2. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tveiten, S. (2013). *Veiledning - mer enn ord* (4. utgave. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

World Health Organization. (2010). *Defining sexual health*. Hentet April 15, 2017 fra World Health Organization:

http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Vedlegg 1.

Organs Of The Body
Facebook

Organs Of The Body
530 people like this
Website

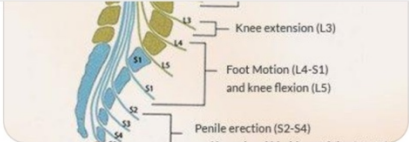
MAY 12TH, 7:00PM

Hello.
I tried to contact you through mail, but it seems like your email address does not work?
I am a Norwegian nurse student who writes my bachelor thesis now. I write about men with spinal cord injury and sexuality. I would therefore like to include the anatomy image of the spinal cord from your website in my thesis. My question is if I can use this image from your website? I will of course refer to your site where the image is taken.
This is the image I would like to use:
<http://www.organsofthebody.com/images/spinal-cord.jpg>
I hope for a positive answer and a quick response.
Best regards
Mari Langøy

Type a message...

📎 😊 GIF 😄 🎤 📷 👍

Organs Of The Body
Facebook



Hello,
Thank You for contacting us. Yes you can use the image. Do favor us back by mentioning the source 😊

Thank you so much, I really appreciate it. 😊

You are most welcome 😊

Thank you, have a great day! 😊

Have a great day lady 😊 😊 ...

Type a message...

📎 😊 GIF 😄 🎤 📷 👍

Vedlegg 2.

Constance Lynn Hummel

26. mai 2017 kl. 22.29

Til: Mari Kristine Langøy Kopi: Dr Teesha Morgan
Westland PLISSIT Model image

CL

Hi Mari,

Thank you for your persistence in reaching out about the use of our PLISSIT Model image. Yes you are very welcome to use the image as long as you reference the source. We have attached a copy of the image below for your use.

Good luck with your thesis! If the final document is in english we would love to see a copy when you're done.

Cheers,

Constance

Constance Lynn Hummel, MA, RCC, CCC, APC

Psychotherapist | Leadership Coach | Certified Daring Way™ Facilitator

604-353-3535 | connect@constancelynn.com | www.constancelynn.com

This email and any files transmitted with it are intended solely for the use of the addressee and any other use is strictly unauthorized. Due to the security risks of sending information over the internet, Constance Lynn Hummel cannot be held responsible for ensuring the confidentiality and integrity of this email message.

PLISSIT Model

(Developed by Jack Annon)



Vedlegg 3.

Tittel/ Forfatter(e), årstall	Metode		Resultater	
	Studiedesign	Innhold	Funn	Konklusjon
Sexual Pursuits of Pleasure Among Men and Women with Spinal Cord Injuries Ostrander N. (2008)	Kvalitativ studie	Undersøkelse av den subjektive opplevelsen av seksuell intimitet for både menn og kvinner med ryggmargsskade, samt deres seksuelle forhold til en partner. Studien tar også for seg hvilke effekter endret kroppsbilde kan ha på maskulinitet, det emosjonelle, mentale og sosiale aspektet og hvilke utfordringer den ryggmargsskade har.	Studien poengterer at under rehabiliteringen bør pasienten få tilstrekkelig med informasjon, seksualveiledning , og utprøving av medikamenter og utstyr for å kunne få reproduktiv funksjon, for så å oppleve et best mulig sexliv. Da også på et tidspunkt hvor pasienten er mottakelig for slik informasjon, for å forhindres unngåelses atferd.	Ved sykepleierintervju n og god veiledning vil dette kan kunne være med å trygge, fremme og bidra til at pasienten kan kunne få et best mulig funksjonelt og aktivt sexliv.
If not the Disability, then what? Barriers to Reclaiming Sexuality Following Spinal Cord Injury Sakellariou D. (2006)	Kvalitativ studie	6 greske ryggmargsskade menn som meddelte historier om hvordan samfunnet så på dem i ulike settinger. Studien tar opp temaer som selvstendighet, maskulinitet, tap av identitet, avvisning, seksualitet, bruk av personlig assistent og hvilke innvirkning dette kan ha på	Artikkelen tar for seg viktigheten av å bevare den ryggmargsskade sin identitet. Tabuet om lyst og seksualitet for den funksjonshemme de hvor den ryggmargsskade s behov ikke blir tatt nok i betraktning eller respektert av resten av samfunnet.	Seksualitet har lenge vært tabubelagt, men har nå fått et større fokus. Funksjonsnedsettels e og seksualitet er fortsatt tabubelagt i store deler av verden, men med et større fokus vil dette kunne føre til at deres personlige identitet for velvære og seksuell tilfredstillelse blir i varetatt

		seksuallivet til den ryggmargsskadde		
<p>Sexual function and autonomic dysreflexia in men with spinal cord injuries: how should we treat?</p> <p>Courtois F., Rodrigue F., Côté I., Boulet M., Vézina J-G., Charvier K., Dahan V. (2012)</p>	Kvantitativ studie	En oversiktsartikkel som tar for seg akutt og profylaktisk behandling av autonom dysrefleksi i forbindelse med seksuelle aktiviteter.	Artikkelen belyser viktigheten av å gi en sikker og forebyggende behandling med tanke på kardiovaskulære komplikasjoner under samleie, som igjen kan føre til fatale konsekvenser dersom den ikke behandles umiddelbart	Ryggmargsskadde har på lik linje et behov for seksuell tilfredsstillelse, og bør dermed få riktig opplæring, utprøving, og veiledning da det kan oppstå komplikasjoner underveis og etter en ejakulasjon. Utprøvelse av ulike hjelpemidler for å få ejakulasjon bør skje mens pasienten er innlagt, da det er en fordel at han blir kjent med symptomene før utskrivelse
<p>A Longitudinal Study of Sexuality Training for the Interdisciplinary Rehabilitation Team</p> <p>Fronek P., Kendall M., Booth S., Eugarde E. (2011)</p>	Kvalitativ studie	Helsepersonells utfordringer og bekymringer for å ta opp den vanskelige samtalen om seksualitet, da de ikke føler seg trygg, komfortabel eller har nok kunnskap om seksualitet etter et større funksjonstap som følge av ryggmargsskade	Ved bruk av riktig veiledning, støtte fra ledelsen, tilsyn, og debriefing, kan dette gi ytterligere muligheter for å ta opp bekymringer og skape trygghet for de ansatte knytt seksualitet	Ved utveksling av erfaringer, kunnskap og problemløsning i grupper kan dette ha en positiv effekt på komfort og økt kunnskap for de ansatte. De ansatte understrekte at veiledningstimer for dem hadde hatt en stor fordel, og hadde et ønske om at dette ble innført jevnlig. Veiledningen hadde en positiv effekt på kunnskap, komfort, og holdninger og at de dermed klarte å gi et bedre rehabiliteringstilbud for pasientene.
<p>Training the Interdisciplinary Team in Sexuality Rehabilitation</p>	Kvalitativ studie	Studien tar utgangspunkt i nivået på ubehaget,	PLISSIT- modellen ble brukt som verktøy for den vanskelige	Kartleggingsverktøy kan ha en positiv effekt for de ansatte for undersøke hvilke

<p>Following Spinal Cord Injury: A Needs Assessment</p> <p>Booth S., Kendall M., Fronck P., Miller D., Geraghty T. (2003)</p>		<p>kompetansen og holdninger blandt personalet når det gjelder tilnærminger om seksualitet til pasientene på rehabiliteringsavdeling i Australia</p>	<p>samtalen for de ansatte, og det viste da om pasienten burde bli henvist til en som hadde ytterligere kunnskap om seksualitet, eller om de ansatte klarte å besvare spørsmålene pasienten hadde og dermed at veiledning var informativ.</p>	<p>område de trenger ytterligere kunnskap om for å gi pasientene et funksjonabelt og informativt opphold.</p>
---	--	--	---	---