

Bijlage PLISSIT model

Het PLISSIT model omvat de volgende onderdelen:

Toestemming - zorgverlener biedt de mogelijkheid en initieert discussie over seksualiteit. Toestemming, waarbij het onderwerp seksualiteit wordt geïntroduceerd, vertelt aan de patiënt/het stel dat het oké is om seksuele zorgen te bespreken. Toestemming om seksuele problemen te bespreken kan secundaire problemen na de operatie voorkomen, zoals emotionele terugtrekking en verminderde intimiteit. De geruststelling bieden dat patiënten nog steeds seksuele wezens zijn, recht hebben op seksueel genot en opties hebben om eerdere seksuele activiteit en relatie(s) voort te zetten. Verdrijf mythen. Deze overtuigingen verhinderen het verkennen van alternatieve methoden voor seksueel genot wanneer volledige erecties niet mogelijk zijn. Een nadruk op erectie en orgasme) interfereert met seksuele aanpassing, waardoor negatieve zelfpercepties toenemen. Het verdrijven van mythen kadert het denken over seksualiteit, waardoor een paar creatief kan werken om seksueel genot te vergroten. Moedig het paar aan om troost en geruststelling te accepteren van elkaar, en om hun relatie en geschiedenis te waarderen. Bespreek seksuele aanpassingen als onderdeel van hun relatie, maar ook in de context van seksuele ontwikkeling gedurende hun hele leven.

Beperkte informatie is het verstrekken van informatie die relevant is voor de seksuele situatie in het algemeen en specifiek voor de situatie van de patiënt. Patiënten en partner hebben informatie nodig over het verwachte seksueel functioneren, waaronder: verlies van erectie, kan na de operatie een geleidelijke terugkeer van de erectie krijgen, er is een volledig scala aan seksuele activiteit en expressie voor patiënt en uw partner om gedurende deze tijd intimiteit te behouden.

Help patiënten/echtparen om hun reacties/gevoelens te benoemen (shock, woede, angst, hopeloosheid) door non-verbale signalen op te merken. Sommigen zullen het gevoel hebben dat ze twee leven veranderende ervaringen hebben meegemaakt: een keer met een waargenomen levensbedreigende diagnose van kanker, en ten tweede met de dreiging van verlies van seksuele vermogens.

Luister naar reacties van patiënten/paar; de houding ten opzichte van seks, levensstijl en relatie onderzoeken; en vraag naar hun verwachtingen voor seksueel functioneren na de operatie.

Geef onderwijs in de taal van de klant, maar verduidelijk de termen zodat er geen misverstanden ontstaan. Vraag naar de termen die het paar gebruikt voor erectie en penetratie of geslachtsgemeenschap. Als communicatie moeilijk is, gebruik dan diagrammen voor uitleg.

Bespreek seksuele veranderingen in het kader van de seksuele responscyclus, met behulp van een eenvoudig diagram(zin/interesse, verlangen/opwinding, orgasme/ejaculatie).

Het orgasme is mogelijk is na een prostatectomie, zelfs zonder erectie of ejaculatie. Deze piek seksuele sensatie van intens genot gebeurt spontaan zonder het te willen en wordt gevolgd door intense verlichting. Seksueel genot en intimiteit zijn mogelijk zonder orgasme.

Moedig koppels aan om communiceren over hun gevoelens in plaats van zich terug te trekken, elkaar vast te houden en te genieten van het fysieke comfort en de nabijheid. Betrek het paar bij deze uitleg en vraag naar hun ideeën over hoe ze seksuele intimiteit kunnen voortzetten zonder geslachtsgemeenschap.

Onderzoek de gevoelens van patiënten/koppels over het gebruik van PDE5 remmers of andere methoden om tumescentie te bevorderen (intracavernosale injecties of vacuümpomp).

Leg factoren uit die van invloed zijn op het herstel van het erectievermogen (zoals: eerdere seksuele activiteit, eerder erectiel vermogen, zenuwsparend operaties en comorbiditeiten).

Help het paar seksuele activiteiten te ontplooiën met een gevoel van ontspanning en plezier in plaats van druk of prestatie. Corrigeer elke misvatting dat erecties beter zullen zijn dan vóór de operatie.

Erectieproblemen vóór de operatie worden veroorzaakt door een andere aandoening, niet door de prostatectomie. Andere aandoeningen (diabetes mellitus, hypertensie, medicijnen) moeten worden beoordeeld om de behandelingsresultaten voor ED te bepalen.

Moedig patiënten/koppels aan om seksuele activiteit te hervatten door het uiten van genegenheid en het vervangen van alternatieve seksuele activiteiten en strelen in plaats van gemeenschap. Bespreek An-ejaculatie (droog orgasme) en andere bijwerkingen van prostatectomie. Er komt nog steeds een orgasme voor, maar sensaties kunnen anders zijn dan voorheen. Bespreek gevolgen van andere therapieën.

Specifieke suggesties - Identificeert het probleem en vereist mogelijk meer kennis, comfort bij het bespreken van seksualiteit met patiënten en bereidheid om tijd te nemen. Het geven van specifieke gedragssuggesties kan een aanzienlijke impact hebben op en het vermogen van koppels om seksuele bevrediging te behouden of te verbeteren.

Start een bespreking van aanbevolen gedragsinterventies om thuis uit te voeren, waarbij rekening wordt gehouden met de individuele kenmerken van de cliënt.

Bespreek de emotionele reacties van het paar op gedrag suggesties, en verduidelijk die reacties met empathisch luisteren. Onderzoek negatieve reacties die interfereren met vooruitgang, en verhelderen van verkeerde interpretaties. Vraag hoe het paar de gedragssuggesties zou kunnen implementeren, en moedig hen aan om suggesties te individualiseren die passen bij hun unieke seksuele relatie. Informeer naar factoren die de implementatie kunnen belemmeren, en aanbevelingen aanpassen aan een specifiek individu of stel.

Verder kunnen suggesties gegeven worden over tijd van activiteit, planning maken en eventueel gebruik van help middelen.

Intensieve therapie - De problemen zijn ernstig, langdurig, reeds bestaand of meer in de diepte.

Patiënt moet mogelijk worden doorverwezen naar een specialist

Tekenen dat een verwijzing nodig is, zijn onder meer (a) aanhoudende negativiteit van de patiënt met betrekking tot specifieke suggesties, (b) duidelijke relatieconflicten, (c) geschiedenis van relatieproblemen en seksuele conflicten, en (d) diagnoses van psychische aandoeningen of de aanwezigheid van depressie.

Communiceer met de therapeut om de zorg te coördineren, aangezien seksuele problemen fysieke en psychologische factoren met zich meebrengen. Doorgaan met het beoordelen van het seksuele functioneren van de patiënt bij vervolfbezoeken. Therapie voor het verbeteren van het seksuele functioneren na een prostaat kanker behandeling is veelbelovend gebleken voor het verminderen van de algehele stress en het verbeteren van het wereldwijde seksuele functioneren van patiënten en partners.

Interventies voor seksuele revalidatie omvatten het gebruik van het PLISSIT-model, communicatie- en relatie-interventies en het bevorderen van seksuele passie. Seksuele voorlichting, verandering van houding, suggesties om op een comfortabele manier seks te hervatten, ideeën over het overwinnen van lichamelijke handicaps en het verminderen van conflicten die verband houden met ziekte. Deze aanbevelingen kunnen worden uitgevoerd door intensieve therapie. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van Sensate focus en seksuele revalidatie.

Belangrijk aspecten in informatie aan de patiënt:

Seksualiteit verwijst naar hoe mensen zich op een seksuele manier uiten. Het omvat hoe ze zichzelf zien, voelen en denken over zichzelf als een seksueel wezen, en de manieren waarop ze dit laten zien door hun acties, gedrag en relaties. Het is heel persoonlijk en voor iedereen anders. Seksualiteit wordt soms seksuele gezondheid genoemd. Seksualiteit is heel persoonlijk en de situatie van elke persoon is anders.

De manier waarop een persoon invulling geeft aan zijn seksuele gevoel en behoefte, is niet alleen door penetratie. Andere manieren zijn onder meer handen vasthouden, speciale blikken geven, knuffelen, kussen, kleding die ze dragen, manieren waarop ze lopen en bewegen, strelen en non coïtale seks. De seksualiteit van een persoon en hoe hij deze laat zien, kan door veel dingen worden beïnvloed, zoals leeftijd, geslacht of genderidentiteit, partnerstatus, sociale status, zelfrespect, opvoeding, emoties en stemmingswisselingen, en religieuze en culturele overtuigingen. Het kan ook

worden beïnvloed door hun algehele gezondheid, en soms beïnvloeden gezondheidsproblemen het welzijn, het lichaamsbeeld, de seksuele functie en de emotionele gezondheid.

Seks, seksualiteit en intimiteit zijn net zo belangrijk voor mensen met kanker als voor mensen die geen kanker hebben. Het is zelfs aangetoond dat seksualiteit en intimiteit mensen helpen kanker onder ogen te zien door hen te helpen omgaan met gevoelens van angst en wanneer ze door een behandeling gaan. Seksuele problemen ontstaan vaak als gevolg van fysieke en psychologische bijwerkingen van kanker en kankerbehandelingen. Sommige behandelingen hebben een direct effect op de geslachtsorganen en veroorzaken disfuncties, veranderd lichaamsbeeld en zelfbeeld. Bepaalde soorten behandelingen hebben bijwerkingen zoals vermoeidheid, misselijkheid, darm- of blaasproblemen, pijn en huidproblemen of andere veranderingen in het uiterlijk, lichaamsbeeld en zelfbeeld die problemen met seksualiteit kunnen veroorzaken.

Studies hebben aangetoond dat patiënten een betere kwaliteit van leven rapporteren en zich aantrekkelijker voelen wanneer ze een ondersteunende partner of verzorger hebben die ze kunnen vertrouwen met intieme details. Het kunnen praten over hun emotionele problemen en seksuele problemen met een partner kan ook helpen om de patiënt gerust te stellen.

Vóór behandelingen moeten patiënten en hun partners op de hoogte zijn van mogelijke veranderingen die een bepaald lichaamsdeel, of hun geslachtsorganen, seksualiteit en seksuele functie kunnen beïnvloeden. Belangrijk te vragen naar verlangen, opwinding (inclusief erectiele functie) en orgasme, maar ook over lichaamsbeeld en uiterlijk. Informatie geven over deze aspecten naar aanleiding van de therapie is van belang.

Tijdens de behandeling kunnen patiënten zich zorgen maken over intimiteit en seksuele activiteit, of kunnen ze veranderingen opmerken.

De huidige literatuur toont aan dat seksuele disfunctie, die niet alleen erectiestoornissen omvat, maar ook een verminderd seksueel verlangen, verminderde opwinding en veranderd orgasme gevoel, verstrekkende gevolgen kan hebben voor de intimiteit, communicatie en relatietevredenheid van de patiënt en partner. Onbehandelde seksuele disfunctie wordt geassocieerd met frustratie, angst en depressie voor zowel patiënten als partners, mogelijk culminerend in scheiding, echtscheiding en zelfs zelfmoord. Als gevolg hiervan is er een groeiende interesse in het behouden en bevorderen van het herstel van de seksuele functie en seksuele intimiteit bij overlevenden van prostaatkanker en hun partners.

Partners spelen een cruciale rol bij het seksuele herstel van overlevenden van prostaatkanker door zowel emotionele als functionele ondersteuning te bieden. De seksuele interesse van partners is positief gecorreleerd met het herstel van de seksuele functie van patiënten.

Interventies die seksuele gezondheid bevorderen na de behandeling van prostaatkanker zijn schaars, vooral interventies die een breder perspectief hebben door zowel patiënten als partners tegelijkertijd aan te spreken op het functionele, emotionele en relationele domein. Eerdere studies die deze benaderingen hebben gebruikt, hebben een aantal positieve resultaten laten zien, waaronder verminderde stress, toegenomen gebruik van pro-erectiehulpmiddelen, meer realistische verwachtingen over het herstel van seksuele functie en hogere niveaus van relatietevredenheid.

Seksualiteitsbeoordeling: Voor de behandeling

Seksualiteitsbeoordelingen is een gevoelige onderwerp voor de patiënt / het paar. Bied privacy en een comfortabele omgeving voor de algehele beoordeling, en start het onderwerp seksualiteit door aan te geven dat dit vragen zijn die aan alle patiënten worden gesteld. Specifieke vragen over seksueel functioneren en seksuele beleving verduidelijken het preoperatieve functioneringsniveau en bieden realistische verwachtingen voor terugkeer van het erectiele vermogen en seksuele gezondheid postoperatief. Reageer op non-verbale en verbale signalen om een verstandhouding op te bouwen. Het gebruik van vaardigheden voor het opbouwen van relaties en een interactieve stijl helpen patiënten en echtgenoten/partners vertrouwen te ontwikkelen, zodat onuitgesproken zorgen geuit kunnen worden.

Beoordelvragen zijn onder meer:

- Bent u seksueel actief?
- Heeft u een seksuele partner?
- Wat is u seksuele oriëntatie, tot welke geslacht voelt u zich aangetrokken?
- Is intimiteit belangrijk voor u en uw partner?
- “Is seks belangrijk voor u en uw partner?”
- Hoe belangrijk zijn erecties in uw seksueel contact?
- Is uw erectie voldoende voor penetratie en/of geslachtsgemeenschap?
- Zijn u en uw partner tevreden met uw seksuele activiteit?
- Heeft u een seksuele probleem of bezorgdheid?
- Heeft u met uw seksuele partner gesproken over de seksuele veranderingen na een prostaatoperatie?

Voor de beoordeling kan gebruik worden gemaakt van een schriftelijk instrument. De International Index of Erectile Function (IIEF)-vragenlijst die de seksuele functie beoordeelt over erecties, zin en ejaculatie en kan worden gebruikt voor beoordeling van seksueel functioneren vóór de behandeling en later om het niveau van herstel van seksuele functie te beoordelen (Rosen, 1997). Het instrument is nuttig gebleken vanwege zijn responspecificiteit en meetbetrouwbaarheid (0,70 tot 0,90 interne consistentie en 0,64 tot 0,84 test-hertestbetrouwbaarheid) (Rosen, 1997).

Indien van toepassing kan seksuele revalidatie aangeboden worden

Seksualiteitsbeoordeling: Na de behandeling

- Hoe is uw seksleven beïnvloed door de behandeling van kanker?
- Welke effecten op zin, erecties, ejaculatie en orgasme heeft de behandeling gehad?
- Wat was de invloed van urine incontinentie (na chirurgisch ingrijpen) op het seksleven?
- Indien seksueel actief, is het bevredigende seks te hebben?
- Hoe reageert uw partner op seksuele problemen?
- Heeft u de verandering met uw partner besproken?
- Welke aanpassingen kunnen u en uw partner doen?
- Heeft u interesse voor schriftelijk, website informatie materiaal of een steungroep?
- Ervaart u gevoelens van verdriet, angst of stress?

Deze vragen zijn slechts een begin. U zult ongetwijfeld andere vragen hebben op basis van de persoonlijke situatie van uw patiënt.