



«Stillhet om manndommen»

*Pasienters erfaringer med antihormonell behandling*

«Silence about the manhood»

*Patient's experiences with antihormonal treatment*

Kandidatnummer: 47

VID vitenskapelige høyskole

Oslo

Fordypningsoppgave MAKSP-OS5400

Kull: Heltid 2021

Antall ord: 4331

Dato: 20.5.22

# Innholdsfortegnelse

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Abstrakt</b> .....                                   | <b>3</b>  |
| <b>1 Innledning</b> .....                               | <b>5</b>  |
| 1.1 <i>Problemstilling</i> .....                        | 6         |
| 1.2 <i>Hensikt</i> .....                                | 6         |
| <b>2 Metode</b> .....                                   | <b>7</b>  |
| 2.1 <i>Litteratursøk</i> .....                          | 7         |
| 2.2 <i>Utvelgelse av artikler</i> .....                 | 8         |
| 2.3 <i>Analyse</i> .....                                | 8         |
| <b>3 Resultat</b> .....                                 | <b>10</b> |
| 3.1 <i>Holdninger relatert til seksuell helse</i> ..... | 10        |
| 3.2 <i>Fysiske og emosjonelle endringer</i> .....       | 10        |
| 3.3 <i>Kunnskap, informasjon og kommunikasjon</i> ..... | 12        |
| <b>4 Diskusjon</b> .....                                | <b>14</b> |
| 4.1 <i>Holdninger relatert til seksuell helse</i> ..... | 14        |
| 4.2 <i>Fysiske og emosjonelle endringer</i> .....       | 16        |
| 4.3 <i>Kunnskap, informasjon og kommunikasjon</i> ..... | 18        |
| <b>5 Konklusjon</b> .....                               | <b>20</b> |
| <b>6 Referanseliste</b> .....                           | <b>21</b> |
| <b>7 Vedlegg</b> .....                                  | <b>23</b> |
| 1) <i>PICO skjema</i> .....                             | 23        |
| 2) <i>Søkeprosess og boolske operatører</i> .....       | 23        |
| 3) <i>Litteraturmatrise</i> .....                       | 25        |

## Abstrakt

**Innledning:** Pasienter med prostatakraft mottar ofte ADT behandling for å hindre testiklene i å tilføre kroppen testosteron, med mål om sykdomskontroll eller kurasjon. Dette kan gi plagsomme bivirkninger for mannen, og kan påvirke deres seksuelle helse. Hensikten med litteraturstudien er å undersøke hvilke utfordringer som møtes, og hvilke tiltak som kan hjelpe pasienter med å håndtere endringene.

**Problemstilling:** Hvilke erfaringer knyttet til seksuell helse opplever prostatakraftpasienter som mottar ADT behandling?

**Metode:** Litteraturstudie med systematiske søk i anerkjente helsefaglige databaser som CINAHL, Medline og Pubmed. Ulike søkeord og kombinasjoner ble brukt, emneord ble tilpasset de ulike databasene. Artiklene ble analysert, og systematisert ut fra resultater, nøkkelfunn og temaer. Funn ble diskutert.

**Resultat:** Åtte artikler ble inkludert i litteraturstudien. Artiklene ga oversikt over ulike bivirkninger pasienter opplever fysisk og emosjonelt og hvorvidt dette påvirket pasientene. Kunnskap om behandling og bivirkninger av ADT var lav sammenlignet med annen behandling til prostatakraft. Holdninger relatert til seksuell helse virker å være en bidragsyter til mangelfull kunnskap og kommunikasjon. Resultatene ble delt inn i tre hovedtema: 1) holdninger relatert til seksuell helse, 2) fysiske og emosjonelle endringer, 3) kunnskap, informasjon og kommunikasjon.

**Konklusjon:** Pasienter som mottar ADT behandling opplever mangel på informasjon og kunnskap, hvilket gjør det utfordrende å håndtere bivirkninger som måtte oppstå. Økt initiativ og kunnskap fra helsepersonell kan bidra til økt forståelse og mestring av plagsomme opplevelser.

**Key words:** *Prostatakraft, antiandrogen behandling, seksualitet, maskulinitet, kunnskap*

## **Abstract**

**Introduction:** Patients with prostate cancer often receive ADT treatment to prevent the testicles from supplying the body with testosterone, aiming for disease control or curation. This can cause troublesome side effects and affect their sexual health. The purpose of the literature study is to investigate what challenges are met, and which measures can help patients cope with the changes.

**Research question:** Which experiences related to sexual health do prostate cancer patients who receive ADT treatment experience?

**Method:** Literature study with systematic searches in reputable health professional databases such as Cinahl, Medline and Pubmed. Different keywords and combinations were used, keywords were adapted to different databases. The articles were analyzed and systematized based on results, key findings and topics. Findings were discussed.

**Results:** Eight articles were included in the literature study. The articles provided an overview of various side effects patients experienced physically and emotionally and whether this affected the patients. Knowledge about the treatment and side effects of ADT was low compared to other treatment for prostate cancer. Attitudes related to sexual health seems to contribute to a lack of knowledge and communication. The results were divided into three main themes: 1) attitudes related to sexual health, 2) physical and emotional changes, 3) knowledge, information and communication.

**Conclusion:** Patients receiving ADT treatment experience lack of information and knowledge, which makes it challenging to deal with any side effects that may occur. Increased initiative and knowledge from health professionals can contribute to increase understanding and coping with troublesome experiences.

**Key words:** *Prostatic neoplasms, androgen deprivation therapy, sexuality, masculinity, knowledge*

# 1 Innledning

Prostatakreft er den hyppigst forekomne kreftformen i Norge (Kreftregisteret, 2021).

Pasientene gjennomgår ulik behandling tilpasset sykdomsstadium. Velkjente behandlingsformer er kirurgi, cytostatika, ekstern strålebehandling og brachyterapi. I tillegg til dette anbefales mange pasienter antiandrogen behandling (ADT), hvilket kan brukes som tilleggsbehandling. ADT behandling har kjemisk kastrasjon som mål, som hindrer testiklene å tilføre kroppen testosteron. Kreftcellene går da i dvaletilstand eller dør (Berg, 2017, s. 565-566). Behandlingen benyttes både for å optimalisere behandling ved lokalavansert og metastatisk sykdom.

Som andre behandlinger følger bivirkninger også med ADT behandling. Bivirkningene utspiller seg fysisk og emosjonelt. De vanligste bivirkningene preger den seksuelle helsen og selvbildet til mannen. Hetetokter, økt risiko for leddsmerter og brystvevsutvikling, manglende eller redusert potens og libido, tretthet, endret humør, genital krymping er noen (Berg, 2017, s. 566-567). Disse bivirkningene kan utfordre følelsen av maskulinitet og påvirke pasientens livskvalitet og selvbilde (Gjessing, 2017, s. 581-582).

«Seksuell helse» er et flertydig begrep som inneholder opplevelse av fysisk, følelsesmessig, mental og sosial velbefinnende knyttet mot seksualitet (Store medisinske leksikon, 2021). En av rollene sykepleieren har er å identifisere plager og utfordringer hos pasienter og gi veiledning, støtte og verktøy for å håndtere utfordringene. Når det er sagt, er det velkjent at seksualitet er utfordrende for sykepleiere å snakke om, og kan forhindre samtale (Gjessing, 2018; Saunamäki & Engström, 2014, s. 536).

Holdninger til seksualitet kan utfordre helsepersonell i å tilegne seg viktig kunnskap, og formidle kunnskapen videre igjennom veiledning og informasjon. Artikler bekrefter mangelfull kunnskap rundt ADT behandling, hvilket kan resultere i at pasienter er mindre forberedt på eventuelle bivirkninger og mangler midler til å håndtere disse (Walker et al., 2013, s. 1104).

## **1.1 Problemstilling**

Hvilke erfaringer knyttet til seksuell helse opplever prostatakreftpasienter som mottar ADT behandling?

## **1.2 Hensikt**

Hensikten med litteraturstudien er økt kunnskap om pasienters erfaringer med ADT behandling. Prostatakreft rammer mange, og ADT behandling er hyppig brukt. Jeg ønsker derfor et større kunnskapsgrunnlag om hvilken effekt kunnskap har, hvilke mestringsstrategier som oppleves effektive, og hvilke holdninger som innvirker på pasientenes opplevelse.

## 2 Metode

Metoden som anvendes er en litteraturstudie som bruker eksisterende litteratur og forskning. Ut ifra problemstilling søker man systematisk igjennom databaser for å finne forskning. Artikkene analyseres, og det vurderes om resultatene kan kombineres og gi årsakssammenheng, eventuelt ny innsikt (Dalland, 2015, s. 227-231).

CINAHL, PubMed og Medline er databaser jeg benyttet, da disse databasene rommer helsefaglig, oppdatert forskning. Forskjellige databaser ga meg ulike vinklinger og syn på temaet.

### 2.1 Litteratursøk

Land med store forskjeller fra det norske helsesystem ble ekskludert. Det er ikke satt aldersbegrensninger i søket ettersom prostatakreft er vanligst fra 60 år.

Jeg brukte MeSH for å definere søkeord fra norsk til engelsk. Søkeprosessen begynte med søk i Cinahl med ord og kombinasjoner som ga mange treff. Eksempelvis «prostatic neoplasms» AND «androgen deprivation therapy» med 1784 treff. Da jeg la til søkeord som «sexuality» AND «intimacy» ble søket spesifisert, og jeg endte med 2 artikler som var aktuelle. Jeg ønsket å finne artikler som handlet spesifikt om kunnskap, derfor forsøkte jeg å søke «prostatic neoplasms» AND «knowledge» AND «androgen deprivation therapy» og fikk 53 treff. Etter å ha lest igjennom overskrifter og abstrakt fant jeg en artikkel med relevans til oppgaven.

For varierte søk og tilgang til andre artikler søkte jeg i PubMed. Jeg brukte noen like søkeord og kombinasjoner: «sexuality» AND «androgen deprivation therapy» AND «masculinity», og fikk 13 treff. Jeg inkluderte en artikkel fra søket. Videre ønsket jeg å inkludere erfaringer fra helsepersonell og søkte derfor «nurses experience» AND «sexuality» AND «prostatic neoplasms». Søket ga 1 treff, men artikkelen ble vurdert som aktuell og ble inkludert.

Jeg søkte så i Medline. Her forsøkte jeg søkeordet «androgen deprivation therapy» men ble korrigert fordi emneord i Medline er «androgen antagonist». Dermed ble søket «androgen

antagonist» AND «masculinity» OR «sexuality». Resultatet var 27 treff, hvor jeg vurderte tre artikler som aktuelle.

PICO skjema er lagt til som vedlegg 1, og søkeprosess som vedlegg 2.

## **2.2 Utvelgelse av artikler**

Under arbeidet med utvelgelse av artikler så jeg først på overskrifter og leste sammendrag i abstrakt for å få overblikk over artikkelens relevans for fordypningsoppgaven. De utvalgte artiklene ble så satt inn i litteratormatrise (vedlegg: 3). Oppgaven har pasientfokus, men jeg inkluderte en artikkel som tok med helsepersonell for større dybde i datagrunnlaget.

Litteraturstudien er ikke avgrenset til spesifikk fase av sykdom og behandlingsmål. Dette skyldes at jeg ønsker å undersøke ulike erfaringer hos gruppene, og øke kunnskapsnivå uavhengig av sykdomsfase.

Jeg har valgt studier med både kvalitativ og kvantitativ metode. Dette ga variasjon av erfaringer igjennom spørreskjemaer, og mer dyptgående intervjuer med utfyllende forståelse. Dette valgte jeg for et bredt grunnlag, som kan gi perspektiv om omfang og forståelse av funn. Artiklene er etisk vurdert og det meldes ikke om interessekonflikt. Alle artiklene er publisert i anerkjente databaser.

## **2.3 Analyse**

I analysefasen av artiklene ble resultater lest og vurdert. Etter å ha satt meg inn i resultatene av artiklene, systematiserte jeg hovedpunkter og definerte nøkkelfunn som ansees sentrale for å diskutere problemstillingen. Likheter og ulikheter ble også identifisert. Gjennom nøkkelfunn sorterte jeg studiene inn i temaer som artiklene vektla.

Walker og Robinson (2012), Walker et al. (2018), Dyer et al. (2019), og Hamilton et al. (2015), diskuterte holdninger til seksualitet. Walker og Robinson (2012) inkluderte pasienter og partnere i intervjuer, og drøfter holdningers innvirkning på seksuell helse. Walker et al. (2018), hadde til likhet pasienter og partnere inkludert, men som en longitudinell studie med



spørreskjemaer. Det ble undersøkt hvilke utfall det vil ha å utfordre negative holdninger. Dyer et al. (2019), er også en kvantitativ studie hvor pasienter og helsepersonell var inkludert. Seksuell helse som tabubelagt tema ble drøftet. Hamilton et al. (2015), inkluderte pasienter i sin studie, og var en kvalitativ studie med dybdeintervjuer. Artikkelen drøfter hvilken effekt endringer av prioriteringer og verdier hadde å si.

Walker og Robinson (2012), Donovan et al. (2018), Walker et al. (2018), Hamilton et al. (2015), Salonen et al. (2014), Sharpley et al. (2014), beskriver endringer pasienter opplever fysisk og emosjonelt under ADT behandling. Maskulinitet, seksuell funksjon, følelsesmessige endringer var temaer som gikk igjen i de fleste artiklene. Det ble også drøftet hvilke tiltak som var hjelpsomme. Walker og Robinson (2012), og Hamilton et al. (2015), var begge kvalitative studier, hvor Walker og Robinson (2012) også inkluderte partnere. Donovan et al. (2018), Walker et al. (2018), Salonen et al. (2014), og Sharpley et al. (2014), var alle kvantitative studier hvor Walker et al. (2018) også inkluderte partnere i studien.

Walker et al. (2018), Walker et al. (2013), Dyer et al. (2019), Hamilton et al. (2015), diskuterer viktigheten av kunnskap og informasjon i sine artikler. Dyer et al. (2019), legger mer vekt på utfordringer knyttet til kommunikasjonen rundt seksualitet. Studien belyser omfanget av manglende kunnskap og hvilke utfall det kan gi. Walker et al. (2018) og Walker et al. (2013) inkluderte både pasienter og partnere i sine studier. Dyer et al. (2019) inkluderte pasienter og helsepersonell, og Hamilton et al. (2015), hadde pasienter som deltakere. Walker et al. (2018) og Hamilton et al. (2015), har kvalitativ metode med intervjuer, Walker et al. (2013) og Dyer et al., hadde kvantitativ metode med flere informanter.

### **Basert på nøkkelfunn delte jeg resultatene i tre temaer:**

- 1) Holdninger rundt seksuell helse
- 2) Fysiske og emosjonelle endringer
- 3) Kunnskap, informasjon og kommunikasjon

## **3 Resultat**

### **3.1 Holdninger relatert til seksuell helse**

I litteraturstudien er det avdekket ulike holdninger fra pasient, partner og helsepersonells perspektiv. Walker og Robinson (2012) gjorde funn om par preget av negative holdninger og oppfatninger. Disse hadde større risiko for å sitte med opplevelser av tvil, sorg, redusert selvtillit og negative holdninger til sex (s. 461). Resultater fra Walker et al. (2018), viste at økt partnerforståelse ble assosiert med forbedret relasjonell og emosjonell intimitet (s. 3837). Dermed er det tydelig at par som utfordret sine holdninger og følelser relatert til endringer hos pasienten hadde positive effekter.

I studien til Dyer et al. (2019), rapporteres det om misnøye med måten helsepersonell møtte deres bekymringer (s. 4). Artikkelen belyser at pasienter kan være for flau til å ta opp problemene selv, og de kan tro at erektil dysfunksjon er et resultat av alderdom. Pasientene uttrykte lettelse når de igjennom spørreskjema forstod at erektil dysfunksjon kunne være en bivirkning av behandling, og at hjelp var tilgjengelig (Dyer et al., 2019, s. 8).

Hamilton et al. (2015), undersøkte ulike aspekter av endringer som gjelder prioriteringer og verdier. Pasientene aksepterte effekten ADT hadde på deres seksualitet igjennom endret prioritering og verdier mot seksuell omgang hva gjaldt penetrering og redusert libido (s. 135). Aspekter som reduserte betydning av samleie i deres alder kunne forenkle aksept av endringene. Samtidig som fysisk seksualitet fikk mindre betydning, økte emosjonell intimitet. Deltakerne reflekterte rundt viktigheten av behandlingen, mot mulighet for død ved utelatt behandling (Hamilton et al., 2015, s. 135).

### **3.2 Fysiske og emosjonelle endringer**

Resultatene til Walker og Robinson (2012) viste at deltakerne opplevde utfordringer med ADT behandling fysisk, emosjonelt og ivaretagelse av balanse i partnerforholdet (s. 463). Tretthet skapte utfordringer for seksuell aktivitet og kunne medføre antakelser om libido hos partneren

(s. 459). Feminisering av kroppen ga følelse av tapt maskulinitet og selvtillit. Endringene kunne medføre at parene avsto fra seksuell aktivitet (s. 462). ADT behandling kunne gi større emosjonell sårbarhet, hvilket kunne gjøre pasientene mer lydhør som positiv effekt (Walker & Robinson, 2012, s. 458).

Donovan et al. (2018) fant tydelige utfordringer med fysiske endringer som ereksjon, klimaks og libido. Yngre som mottok ADT rapporterte større plager og dårligere seksuell funksjon sammenlignet med eldre (s. 318-319). I tillegg til fysiske seksuelle endringer undersøkte Walker et al. (2018), stemningsleie og relasjonelle effekter. Studien viste nedgang i emosjonell og relasjonell intimitet fra baseline til 6 måneder. Til tross for redusert seksuell frekvens og intimitet, ble den relasjonelle intimiteten forbedret når partner forstod pasientens stemningsleie (Walker et al., 2018, s. 3837).

I studien til Hamilton et al. (2015), opplevde pasientene engstelse grunnet fysiske endringer knyttet til feminisering, maskulinitet og vektøkning. Bekymringene knyttet til genital krymping, humørsvingninger og hetetokter kunne gi følelse av verdiløshet. De uttrykket ofte bekymring for innvirkningen ADT ville ha på deres partnere hva gjaldt libido og seksualitet (s. 135).

Gruppetrening forsterket kroppsbilde ettersom de var i stand til å adressere kroppsfeminisering og vektøkning. Treningen ga følelse av kontroll, og motiverte til aktiv livsstil. Deltakelsen gjenopprettet maskulin kraft igjennom økte energinivåer, eksempelvis å gjenopprette hobbyer og håndtering av stressfaktorer. Gruppedeltagelsen gjorde også at pasientene fikk kontakt med menn i samme situasjon, som ga mulighet til å diskutere utfordringer. Dette kunne gjøre at pasientene klarte å normalisere seksualitetsendringer i fellesskap (Hamilton et al., 2015, s. 139).

Salonen et al. (2014), undersøker effekten ADT behandling har på pasienter med lokalavansert og metastatisk sykdom, samtidig forskes det på forskjeller mellom intermitterende og kontinuerlig behandling med ADT. Funnene viste at pasienter med metastatisk sykdom opplevde positive effekter på smerter, aktivitet og emosjonelt velvære. Hos pasienter med lokalavansert prostatakraft hadde ADT negativ påvirkning på aktivitet (s. 520). Begge gruppene opplevde negative effekter når det gjaldt seksuell funksjon. Intermitterende behandling av ADT

viste seg gunstig for gjenoppretting av seksuell aktivitet for begge grupper (Salonen et al., 2014, s. 521).

Maskulinitet som begrep omfatter både fysiske og emosjonelle elementer. Sharpley et al. (2014), vurderer hvilke faktorer som fører til tap av maskulinitet. Funnene i studien indikerte at angst- og depresjon var den kraftigste prediktoren til tap av maskulinitet fremfor bivirkninger av ADT som brystutvikling og hetetokter (s. 524). Pasienter som rapporterte tap av maskulinitet, rapporterte også angst og depresjon. Artikkelen belyser depresjon som en viktig faktor for opplevelse av tapt maskulinitet (Sharpley et al., 2014, s. 528).

### **3.3 Kunnskap, informasjon og kommunikasjon**

Walker et al. (2013) undersøker pasienter og partners kunnskap om bivirkninger som kan forekomme av ADT behandling. Vanligvis får pasientene informasjon om ADT- bivirkninger i samtale med sykepleier eller lege (s. 1100). Det viste seg at pasientene og partnere ikke var klar over anemi, endringer i hukommelse, tapt kroppshår, ubehag i brystene og depresjon som mulige bivirkninger (s. 1100-1101). Samtidig hadde de feiloppfatning om at kløe, svimmelhet, søvnløshet, kvalme og hodepine var bivirkninger av ADT. Partnere var mer bevisst i forhold til affektive bivirkninger som depresjon eller endring i følelser, og pasientene var mer bevisste til genital krymping (s. 1101). Studien støtter teorien om at pasienter ikke blir tilstrekkelig forberedt til å håndtere livsendringer effektene av ADT kan gi (Walker et al., 2013, s. 1104).

Erekttil dysfunksjon er en bivirkning innen behandling av prostatakreft, også ADT behandling. Artikkelen til Dyer et al. (2019), undersøker pasienter og helsepersonells erfaringer rundt håndteringen av erektil dysfunksjon som bivirkning. Pasientene opplevde dårlig kommunikasjon, og lite initiativ fra helsepersonell når det gjaldt å diskutere erektil dysfunksjon (s. 8). I tillegg var pasientene misfornøyde med måten bekymringene ble møtt ved diskusjon (s. 4).

Sannsynligheten for at pasientene ble informert om risiko for erektil dysfunksjon før prostataektomi var større enn ved bruk av ADT. Flere av pasientene var ikke informert om erektil dysfunksjon som bivirkning av ADT behandling (Dyer et al., 2019, s. 3).

Hamilton et al. (2015), trekker frem at pasientenes forståelse av ADT påvirket deres aksept av behandlingens innvirkning på seksualitet. Kunnskap gjorde det mulig for pasientene å rasjonalisere endringer og lettere akseptere endret seksualitet. Partnerstøtte hjalp også for å akseptere virkningen av ADT på deres seksualitet. Pasientene opplevde at felles forståelse av ADT bidro til dempet bekymring om funksjonen som mann og seksuell dysfunksjon. Kunnskap hos partnere ga støtte om et verdiskifte bort fra seksuell omgang, og hadde innvirkning på tilfredshet i forholdet (Hamilton et al., 2015, s. 138).

## 4 Diskusjon

### 4.1 Holdninger relatert til seksuell helse

Seksuell helse som begrep rommer mange ulike aspekter, og holdninger kan ha utfall for hvordan vi håndterer ulike situasjoner. Når det gjelder seksualitet, er dette ofte et privat og tabubelagt tema. Negative holdninger kan skape mindre åpenhet og lavere prioriteringer, som gjør at man håndterer kroppslige og fysiologiske endringer dårligere. Partnerforståelse viste seg å være et viktig aspekt for at pasientene skulle finne aksept i situasjonen. Både Walker og Robinson (2012), Walker et al. (2018) og Hamilton et al. (2015), gjorde slike funn. Walker og Robinson (2012) trekker frem negative holdninger og oppfatninger som sorg og tvil rettet mot seksuell aktivitet grunnet endringer de opplevde (s. 461). Dette kunne lede til at noen avsto fra seksuell aktivitet, mens andre forsøkte å finne metoder for å bevare seksualitet. Uavhengig om de var seksuelt aktive eller ikke, erfarte par at rigide antakelser om egenverd og tilbaketrukkenhet ga nedsatt selvtillit (s. 456). Felles forståelse og avklaring om feiloppfatninger var viktig for å overvinne negative holdninger og oppfatninger (Walker & Robinson, 2012, s. 462). Walker et al. (2018), gjorde funn om at relasjonell intimitet forbedres når partnere forstår de følelsesmessige endringene pasienten gjennomgår (s. 3837). For en felles forståelse er par nødt til å kommunisere for å gjøre seg forstått, hvilket kan være utfordrende og nedprioritert i en situasjon med sykdom og behandling. Dyer et al. (2019), gjorde funn om at under halvparten av leger i studien inkluderte pasientenes partner i samtale rundt erektil dysfunksjon (s.6). Igjenom egen erfaring på sengepost opplever jeg at dette funnet er representativt og aktuelt. Funnet er viktig for å bevisstgjøre helsepersonell om viktigheten av å involvere partnere med mål om å hjelpe pasientene gjennom endringer de opplever.

Samtidig som seksuell helse er privat for pasienter og deres partnere, vegrer også helsepersonell seg for å snakke om temaet. Sunamäki og Engström (2014) gjorde funn i sin studie om at sykepleiere kunne oppleve frykt, forlegenhet og tabu som hindret samtale (s. 536). Fordommer om pasientenes interesse og seksualliv gjorde også at temaet ble unngått (s. 535-536). Dyer et al. (2019), gjorde funn om at under halvparten av helsepersonell i

primærhelsetjenesten «alltid» tok initiativ til samtale rundt erektil dysfunksjon. En av de vanligste årsakene var at det ikke var et prioritert tema, eller at pasientene ikke tok initiativ til diskusjon (s. 5).

Sunamäki og Engström (2014) trekker frem helsepersonells forestillinger om at seksuelt begjær reduseres med alderen, hvilket kan avskrekke helsepersonell i å ta initiativ til samtale rundt seksualitet (s. 235-236). Pasienter med prostatakreft er ofte godt voksne og eldre og kan ha variert syn på endringer de opplever uavhengig av ADT behandling;

I have no concerns. It might be a bit odd but I guess one has to allow for age you know, at the age of 69 how often are you going to get lucky... well I know from my own perspective the attitude has changed. And that now when I talk to the ladies I'm looking more for company and social activity than trying to get them into bed. You know I think it just goes with the territory, you kind of get a bit older and slower and your desires change. My desire now is for conversation and company and occasional hug and not so much trying to be Tom Cruise. (Hamilton et al., 2015, s. 136)

I samtale med pasienter om seksuell helse opplever jeg at mange blir overrasket når man tar opp temaet, og at flere opplever blyge. Ofte får jeg et raskt svar som: «nå er jeg oppi åra, så det har jeg lagt fra meg for lenge siden. Det er andre ting som er viktigere for meg nå».

Uansett om pasientene aksepterer endringene eller ikke, er det noe som diskuteres for sjeldent. Utfordringen for oss helsepersonell kan være å legge fordommer til side, og være åpne for å kartlegge pasientenes individuelle behov. I studien til Dyer et al. (2019), var gjennomsnittsalderen 65 år, og det var tydelig at seksuell aktivitet fortsatt var viktig for dem. Når det er sagt kan pasienter kan være for flau til å ta opp seksuelle utfordringer selv, som kan føre til at temaet ikke snakkes om (Dyer et al., 2019, s. 8). Ettersom seksualitet er utfordrende å snakke om både for pasienter og helsepersonell, vil det være vanskelig å håndtere utfordringer og finne løsninger.

Erfaringer fra egen praksis er at pasienter sjeldent tar initiativ til å snakke om seksualitet. Det kan skyldes at temaet er tabubelagt, at pasientene har akseptert endringene og ser det som en naturlig prosess av å bli eldre, eller andre årsaker. Det oppleves lite initiativ fra helsepersonell rundt diskusjon og kartlegging om seksualitet. Blant annet grunnet mangel på tid og privat rom slik som Sunamäki og Engström (2014) også refererer til (s. 535). Uavhengig av årsaker er det pasientene og deres livskvalitet denne «stillheten» går ut over. Et interessant spørsmål er hvordan denne barrieren kan brytes for at emnet i større grad inkluderes i praksis?

#### **4.2 Fysiske og emosjonelle endringer**

Det er velkjent at ADT behandling kan gi plagsomme bivirkninger. Ofte er bivirkninger som påvirker den seksuelle funksjonen det første man tenker på. Redusert ereksjonsevne, nedsatt libido, evne til å oppnå klimaks og genital krymping. I tillegg til effekter som påvirker den fysiske seksuelle funksjonen, opplever mange endringer som innvirker på opplevelse av maskulinitet. Hetetokter, brystutvikling eller endret følelsesmønster er eksempler som bekreftetes i nevnte studier. Depresjon er også nevnt som en bivirkning av ADT behandling (Walker et al., 2013, s. 1101). Sharpley et al. (2014), studerer hvorvidt tap av maskulinitet faktisk skyldes kjente bivirkninger til ADT behandling, eller om angst og depresjon utgjør årsaken til tap av maskulinitet. Tradisjonelt ansees tap av maskulinitet som resultat av redusert seksuell aktivitet og ytelse, urindysfunksjon og ADT bivirkninger. Funn i studien indikerer at depresjon er en viktig prediktor til tap av maskulinitet uavhengig av ADT (s. 528). Tap av maskulinitet kan påvirkes av pasienters selvtillit, sårbarhet, stress og emosjonell kontroll i sykdomssituasjon. Hvilket kan forsterke angst og depresjon (s. 524). Kjennskap til årsaken av plagene vil være nyttig for klinisk implikasjon (Sharpley et al., 2014, s. 528).

Lave nivåer av testosteron kan resultere i større emosjonell sårbarhet hos menn. Hvordan individer håndterer denne endringen vil ha betydning for hvorvidt man påvirkes. Dersom man tidligere har hatt en maskulin karakter, kan endringene føre til opplevelse av endret personlighet. Noen par i studien til Walker og Robinson (2012) indikerte fordeler av ADT som økt sårbarhet hos partneren, som ga en følelse av mykhet, kjærlighet og nærhet. Denne



endringen ble rapportert som en mulig mestringsstrategi for å akseptere kroppslige endringer (Walker & Robinson, 2012, s. 458).

Hamilton et al. (2015), gjorde en studie hvor man undersøkte hvilken innvirkning trening kan ha på blant annet følelse av maskulinitet. En pasient rapporterte at: "while I was on the exercise program I was sort of really noticing that I was keeping the weight off and getting muscle tone back. If anything it reinforced my sense of masculinity" (Hamilton et al., 2015, s. 137).

Bivirkninger av ADT behandling uttales stadig som plagsomme, samtidig benyttes behandlingen ofte hos prostatakraft pasienter grunnet viktige og positive effekter på sykdommen. Salonen et al. (2014), undersøker hvilke bivirkninger og effekter ADT behandling har på lokalavansert og metastatisk prostatakraft. Pasienter med lokalavansert sykdom opplevde i hovedsak bivirkninger som negative, mens pasienter med metastatisk prostatakraft også opplevde positive effekter. ADT hadde positiv effekt på smerter og fysisk funksjon hvilket førte til bedret livskvalitet. Pasientene som ikke hadde metastaser opplevde tvert imot disse effektene, heller det motsatte (s. 520). Metastaser kan gi smerter, og ADT kan ha god effekt i reduksjon av metastaser (Berg, 2017, s. 565-567). Hva gjelder pasienter med metastatisk prostatakraft, er dette noe jeg kjenner igjen fra min arbeidshverdag. Erfaringene er forskjellige, og enkelte pasienter rapporterer positive effekter som økt bevegelighet og reduserte smerter, samtidig som andre plages med hetetokter.

Det rapporteres altså mangfoldige forskjellige bivirkninger av ADT behandling og ulike måter å håndtere de på, både fysisk og emosjonelt. Samtidig bør man være oppmerksom på behandlingsvarighet og behandlingsmål mot ulike mestringsstrategier. Om behandlingsmålet er kurasjon eller palliasjon, kan det avgjøre om pasienter må benytte ADT i en periode over måneder, år eller livslangt (Berg, 2017, s. 563-567). Når det gjelder seksuell funksjon understreker Donovan et al. (2018), at de fleste som får ADT aldri vil kunne gå tilbake til baseline nivåer (s. 323). Det vil si at pasienter som mottar denne behandlingen må tilpasse seg endringene ADT medfører langsiktig, uavhengig av sykdomsfase.

### 4.3 Kunnskap, informasjon og kommunikasjon

Kunnskap kan tilføres på forskjellige måter, eksempelvis gjennom undervisning, veiledning eller erfaringer. ADT behandling blir stadig mer kjent for helsepersonell, men det finnes misoppfatninger om hva ADT dreier seg om. På folkemunne har vi en tendens til å omtale ADT som «hormonbehandling». Walker et al. (2013) poengterer at begrepet «hormonbehandling» viker unna enhver referering til kjemisk kastrering, hvilket kan være misvisende (Walker et al., 2013, s. 1103). Erfaringsvis benyttes begrepet ofte som «hormonbehandling», både i litteraturen og i yrkespraksis. Når det er sagt, kan det være viktig å være bevisst på uttrykket da det kan villedde pasientene til å feiltolke endringer på kroppen.

Vanligvis får pasientene informasjon om ADT- bivirkninger i samtale med sykepleier eller lege (Walker et al., 2013, s. 1100). Grunnet manglende standardisert informasjon vil innholdet i samtalene variere. Årsakene kan være forskjellige. Både når det gjelder kunnskapsnivå hos helsepersonell, men også frykten for å gi pasienten negativ placebo- eller noceboeffekt (Walker et al., 2013, s. 1102).

Seksuell helse er et utfordrende tema å snakke om for mange, hvilket kan sette begrensninger for kommunikasjonen. I studien til Dyer et al. (2019), gjorde man funn om at pasientene opplevde dårlig kommunikasjon og lite initiativ fra helsepersonell når det gjaldt samtaler rundt erektil dysfunksjon. Pasienter uttrykte misnøye med hvordan deres bekymringer ble møtt, og flere var ikke informert om erektil dysfunksjon som bivirkning, heller ikke at det fantes behandlingsalternativer (Dyer et al., 2019, s. 8). Sunamäki og Engström (2014) bekrefter at helsepersonell ser på seksualitet som tabubelagt, hvilket naturligvis vil gjøre det mer utfordrende å snakke om (s. 536). Begrenset kommunikasjon vil føre til at pasientene får mindre informasjon og dermed mindre kunnskap. Erfaringsvis velger pasienter som ikke får tilstrekkelig informasjon blant annet å søke på internett, som kan gi begrenset informasjon, eller at pasientene misforstår den.

Mangelen på kunnskap om bivirkninger og behandling vil redusere sannsynligheten for at pasientene fokuserer på forebyggende helseatferd (Walker et al., 2013, s. 1099). I tillegg vil

pasienter som opplever bivirkninger eller effekter som de ikke er klar over i større grad bli engstelige over at noe ukjent oppstår (Walker et al., 2013, s. 1102). Når pasientene er forberedt på bivirkninger som kan oppstå, vet de i større grad hvor de kan ta kontakt for bistand til å håndtere plagene før alvorlighetsgraden blir mer omfattende (Walker et al., 2013, s. 1102).

Pasientene som deltok i studien til Hamilton et al. (2015), uttrykte at kunnskap om ADT som ga forståelse rundt endringer førte til aksept og forsoning (s. 140). Samtidig som generell informasjon var viktig, førte trening i fellesskap til informasjonsstøtte og erfaringer fra andre deltakere (Hamilton et al., 2015, s. 141). Likemannsarbeid er et kjent prinsipp hvor pasienter som gjerne er i en lik situasjon kan dele erfaringer og støtte seg på hverandre (Dahl, 2019, s. 144). Dette underbygger funn gjort av Hamilton et al., hvor trening i fellesskap har bidratt til økt mestring av situasjonen.

## 5 Konklusjon

Gjennom de utvalgte forskningsartiklene er det gjort funn som viser at det er stor forskjell på pasienter som får tilstrekkelig informasjon og ikke. Mangelfull informasjon fører til redusert kunnskap som gir dårligere forutsetninger til å håndtere endringer som oppleves. Samtidig viser det seg at de som har mulighet for åpen kommunikasjon med partner vil kunne ivareta og overkomme bivirkninger i større grad. Variasjonen i omfanget av bivirkninger og effekter av ADT behandling er stor. Noen pasienter opplever positiv effekt av behandlingen på livskvalitet, spesielt pasienter med metastatisk prostatakreft. Pasienter som opplevde negativ effekt på maskulinitet hadde gode erfaringer med gruppetrening, både igjennom å styrke kroppen, men også emosjonelt grunnet inkluderende fellesskap som tillot å dele erfaringer. Mangel for åpenhet rundt tematikken viser seg å forekomme hyppig, noe som forsterker den negative effekten hos pasientene.

Arbeidet med denne oppgaven har hevet mitt kunnskapsnivå både relatert til ADT- behandling generelt, men jeg har også fått en større forståelse for pasienters erfaringer og sårbarhet. Kunnskapen fra arbeidet har engasjert meg til å utfordre egne holdninger i klinisk praksis, og gitt et ønske om å fremheve viktigheten av å forhindre «stillheten rundt manndommen».

## 6 Referanseliste

- Berg, A. S. (2017). Kreft i mannlige kjønnsorganer. I T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* (4. utg., s. 561-567). Cappelen damm akademisk.
- Dahl, A. A. (2019). Psykiske symptomer og lidelser. I S. D. Fosså (Red.), *Kreftoverlevende : ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (3. utgave. utg., s. 144). Gyldendal.
- Dalland, O. (2015). Den litterære oppgaven. I *Metode og oppgaveskriving* (5. utg., s. 227-231). Gyldendal Akademisk.
- Donovan, K. A., Gonzalez, B. D., Nelson, A. M., Fishman, M. N., Zachariah, B. & Jacobsen, P. B. (2018). Effect of androgen deprivation therapy on sexual function and bother in men with prostate cancer: A controlled comparison. *Psycho-Oncology*, 27(1), 316-324. <https://doi.org/10.1002/pon.4463>
- Dyer, A., Kirby, M., White, I. D. & Cooper, A. M. (2019). Management of erectile dysfunction after prostate cancer treatment: cross-sectional surveys of the perceptions and experiences of patients and healthcare professionals in the UK. *BMJ Open*, 9(10), e030856. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030856>
- Gjessing, R. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i mannlige kjønnsorganer. I T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* (4. utg., s. 575-586). Cappelen damm akademisk.
- Gjessing, R. (2018). Seksualiteten etter kreften *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72373>
- Hamilton, K., Chambers, S. K., Legg, M., Oliffe, J. L. & Cormie, P. (2015). Sexuality and exercise in men undergoing androgen deprivation therapy for prostate cancer. *Supportive Care in Cancer*, 23(1), 133-142. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2327-8>
- Kreftregisteret. (2021, 21/9). *Prostatakreft*. Hentet 28/3 fra <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Prostatakreft/>
- Salonen, A. J., Taari, K., Ala-Opas, M., Sankila, A., Viitanen, J., Lundstedt, S. & Tammela, T. L. J. (2014). *Comparison of intermittent and continuous androgen deprivation and quality of life between patients with locally advanced and patients with metastatic prostate cancer: a post hoc analysis of the randomized FinnProstate Study VII* [513-522]. London :.
- Saunamäki, N. & Engström, M. (2014). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), 531-540. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.12155>
- Sharpley, C. F., Bitsika, V. & Denham, J. W. (2014). Factors associated with feelings of loss of masculinity in men with prostate cancer in the RADAR trial. *Psycho-Oncology*, 23(5), 524-530. <https://doi.org/10.1002/pon.3448>
- Store medisinske leksikon. (2021). *Reproduktiv helse*. Store norske leksikon. Hentet 10.05.22 fra [https://sml.snl.no/reproduktiv\\_helse](https://sml.snl.no/reproduktiv_helse)
- Walker, L. M. & Robinson, J. W. (2012). Sexual Adjustment to Androgen Deprivation Therapy: Struggles and Strategies. *Qualitative Health Research*, 22(4), 452-465. <https://doi.org/10.1177/1049732311422706>

- Walker, L. M., Santos-Iglesias, P. & Robinson, J. (2018). Mood, sexuality, and relational intimacy after starting androgen deprivation therapy: implications for couples. *Supportive Care in Cancer*, 26(11), 3835-3842. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4251-9>
- Walker, L. M., Tran, S., Wassersug, R. J., Thomas, B. & Robinson, J. W. (2013). Patients and partners lack knowledge of androgen deprivation therapy side effects. *Urologic Oncology*, 31(7), 1098-1105. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2011.12.015>

## 7 Vedlegg

### 1) PICO skjema

| P (hvem)  | I (hva/tiltak) | C (alternativer) | O (resultat) |
|---|----------------|------------------|--------------|
| Pasienter med prostatakreft som mottar ADT behandling | Seksuell helse | -                | Erfaringer   |

### 2) Søkeprosess og boolske operatører

| Artikkel   | Database | Søkeord/kombinasjon   | Treff/utvalg              | Kommentar                               |
|--|----------|---|---------------------------|---|
| <b>Factors associated with feelings of loss of masculinity in men with prostate cancer in the RADAR trial</b>                      | Medline  | “Androgen antagonist” AND “masculinity” OR “sexuality”                                  | 27 treff, artikkel nr. 10 | Innhentet tilgang til artikkelen i Oria |
| <b>“Sexual Adjustment to Androgen Deprivation Therapy: Struggles and Strategies”</b>   | Pubmed   | “Sexuality” AND “androgen deprivation therapy” AND “masculinity”                        | 13 treff, artikkel nr. 5  | Innhentet tilgang til artikkelen i Oria |
| <b>“Effect of androgen deprivation therapy on sexual function and bother in men with prostate cancer: A controlled comparison”</b> | Cinahl   | “Prostatic neoplasms” AND “sexuality” AND “intimacy” AND “androgen deprivation therapy” | 3 treff, artikkel nr. 3   |   |

|   |         |   |                          |  |
|---|---------|---|--------------------------|--|
|   |         |   |                          |  |
| <b>“Mood, sexuality, and relational intimacy after starting androgen deprivation therapy: implications for couples”</b>   | Cinahl  | “Prostatic neoplasms” AND “sexuality” AND “intimacy” AND “androgen deprivation therapy” | 3 treff, artikkel nr. 1  |  |
| <b>“Patients and partners lack knowledge of androgen deprivation therapy side effects”</b>  | Cinahl  | “Prostatic neoplasms” AND “knowledge” AND “androgen deprivation therapy”                | 53 treff, artikkel nr 7  |  |
| <b>“Management of erectile dysfunction after prostate cancer treatment: crossectional surveys of the perceptions and experiences of patients and healthcare professionals in the UK”</b>  | PubMed  | “Nurses experience” AND “sexuality” AND “prostatic neoplasms”                           | 1 treff                  |  |
| <b>“Sexuality and exercise in men undergoing androgen deprivation therapy for prostate cancer.”</b>   | Medline | “Androgen antagonist” AND “masculinity» OR “sexuality”                                  | 27 treff, artikkel nr 9  |  |
| <b>“Comparison of intermittent and continuous androgen deprivation and quality of life between patients with locally advanced and patients with metastatic prostate cancer: a post hoc analysis of the randomized FinnProstate Study VII”</b> | Medline | “Androgen antagonist” AND “masculinity” OR “sexuality”                                  | 27 treff, artikkel nr 11 |  |



### 3) Litteratormatrise

| Referanse<br>(forfattere,<br>årstall, tittel,<br>tidsskrift)   | Hensikt med<br>studien   | Populasjon/<br>kontekst                                   | Metode og utvalg  | Resultater og diskusjon  | Artikkelens relevans for<br>oppgaven  |
|--|--|---|---|--|---|
| <p><b>Factors associated with feelings of loss of masculinity in men with prostate cancer in the RADAR trial</b></p> <p><b>(Sharpley et al., 2014)</b></p> | <p>Identifisere faktorer som ligger til grunn for tap av maskulinitet hos prostatakraft pasienter som mottar ADT behandling.</p> | <p>Pasienter<br/>Sykehus<br/>New-Zealand og Australia</p> | <p>Kvantitativ studie</p> <p>Gjennomsnittsalder 67,5 år</p> <p>1070 pasienter</p> <p>Ingen lymfe- eller systemiske metastaser</p> <p>Godkjent av etiske komiteer til deltakende sentere, og innhentet skriftlig samtykke. Ingen interessekonflikt</p> | <p>Diskuterer hvorvidt tap av maskulinitet ikke nødvendigvis skyldes ADT bivirkninger, men heller angst og depresjon hos prostatakraft pasienter.</p> <p>Det ble undersøkt fire faktorer som innvirker på tap av maskulinitet: symptomer på angst og depresjon, seksuelle problemer, urindysfunksjon og Vanlige fysiologiske bivirkninger av ADT.</p> <p>Tap av maskulinitet økte igjennom hele studien, med liten endring i urindysfunksjon og reduksjon i frekvens av ADT bivirkninger. Det viste seg at den kraftigste prediktoren til tap av maskulinitet var angst og depresjon</p> | <p>Emosjonelle endringer ved ADT behandling er godt dokumentert, men årsaker er ikke nødvendigvis alltid avklart. Pasienter som opplever prostatakraft vil kunne møte utfordringer og endringer som kan innvirke ulikt, både ved sykdommen i seg selv, men også grunnet forskjellige behandlingsformer. Kartlegging av årsak til erfaringer er nyttig for klinisk implikasjon</p> |

|   |   |  |  |   |   |
|---|---|--|--|---|---|
| <p><b>Sexual Adjustment to Androgen Deprivation Therapy: Struggles and strategies</b></p> <p><b>(Walker &amp; Robinson, 2012)</b></p> | <p>Dokumentere vellykkede og mindre vellykkede strategier som par benyttet ved endret seksuell helse hos menn som blir behandlet med ADT.</p> | <p>Pasienter og partnere</p> <p>Kreftsenters</p> <p>Canada</p> | <p>Kvalitativ studie, ustrukturert intervju</p> <p>18 par</p> <p>Alder pasienter: 47-83 år, alder partnere: 32-82 år. Heterofile par</p> <p>Studieprotokollen ble godkjent av den regionale helseetiske nemnd.</p> | <p>Ulike utfordringer hos parene, men alle opplevde utfordringer relatert til ADT. Både fysisk, emosjonelt og balanse i partnerforholdet</p> <p>Noen avsto fra seksuell aktivitet, mens andre forsøkte å finne nye metoder for å bevare seksualitet</p> <p>Fysiske utfordringer som tretthet førte til utfordringer for seksuell aktivitet. Balansen om gjensidighet i parforholdet var vanskelig.</p> <p>Hodninger og oppfatninger bestod av redusert selvtillitt, sorg, tvil og negative holdninger til seksuell aktivitet. Følelse av maskulinitet ble utfordret.</p> <p>Enkelte opplevde at deres partnere ble mer følelsesmessig sårbar av ADT, og at dette brakte de nærmere.</p> | <p>Artikkelen drøfter ulike problemstillinger for menn som mottar ADT behandling. Både som partner, men også på individuelt nivå. Den trekker frem ulike perspektiver som kan være nyttig å kjenne til for at man skal forstå, imøtekomme og hjelpe denne gruppen</p> |
| <p><b>Effect of androgen deprivation therapy on sexual function and bother in men with prostate cancer:</b></p>                       | <p>Sammenligner pasienter som mottok ADT, som ikke mottok ADT men kun RP og menn uten kreft historikk. Hensikten er å se</p>                  | <p>Pasienter</p> <p>Ulike sykehus</p> <p>USA</p>               | <p>Kvantitativ studie, longitudinell</p> <p>232 pasienter</p> <p>Alder: over 18 år</p> <p>Studien ble godkjent av Institutional Review</p>   | <p>Pasienter som mottok ADT var i mindre stand til å ha ereksjon eller klimaks og seksuell lyst over tid.</p> <p>Gruppene som ikke fikk ADT behandling rapporterte bedring over tid i seksuell funksjon.</p>  | <p>Studien er aktuelt for min oppgave ettersom den belyser utfordringer pasienter som mottar ADT behandling møter, sammenlignet med pasienter som ikke mottar ADT. Det understreker</p>   |

|  |   |  |   |   |  |
|--|---|--|---|---|--|
| <p><b>A controlled comparison</b></p> <p><b>(Donovan et al., 2018)</b></p>   | <p>hvilke utfall de ulike behandlingene vil ha for pasientgruppens seksuelle helse.</p>   |  | <p>Board ved University of South Florida</p>  | <p>Yngre pasienter som mottok ADT behandling rapporterte større plager og relativt dårligere seksuell funksjon sammenlignet med eldre pasienter</p>   | <p>viktigheten av å ha kjennskap til behandlingens effekter og bivirkninger</p>  |
| <p><b>Mood, sexuality, and relational intimacy after starting androgen deprivation therapy: implications for couples</b></p> <p><b>(Walker et al., 2018)</b></p> | <p>Undersøke hvilke utfall endringer i humør og seksualitet har på pars intime forhold under behandling med ADT</p>                 | <p>Pasienter og partnere</p> <p>Canada</p>                     | <p>Kvantitativ studie, longitudinell</p> <p>72 par</p> <p>Gjennomsnittsalder pasienter: 71,4 år, partnere: 66,5 år</p> <p>50,9% fikk ADT kontinuerlig, 49,1% kombinerte ADT med ekstern strålebehandling</p> <p>Ingen interessekonflikt</p> | <p>Nedgang i seksuell funksjon, frekvens og relasjonell intimitet ble observert i de første 6 månedene på ADT</p> <p>Seksuelle plager økte i løpet av de første 3 månedene på ADT, ingen endringer i humør ble observert</p> <p>Relasjonell intimitet bedres med økt seksuell aktivitet når partner er kjent med endringene pasienter opplever følelsesmessig</p> | <p>Studien gir en innsikt i utfordringer som ofte oppstår hos pasienter som mottar ADT behandling. Både fysisk, emosjonelt og relasjonelt. Dette gir kunnskap som kan være nyttig for å veilede pasienter og deres partnere i faktorer som kan bidra til bedret seksuell helse</p> |
| <p><b>Patients and partners lack knowledge of androgen deprivation therapy side effects</b></p>  | <p>Kartlegge pasienter og partners kunnskapsnivå vedrørende bivirkninger som kan forekomme av ADT behandling, og hvilken effekt</p> | <p>Pasienter og partnere</p> <p>Canada</p> <p>Kreftsentere</p> | <p>Kvantitativ studie, tverrsnittsundersøkelse</p> <p>133 deltakere. 72 var pasienter, 47 var partnere og 7 pasienter med partner i par</p>   | <p>Ingen gjeldende standard for pasientinformasjon fører til forskjeller i kunnskapsnivå</p> <p>Pasientene og deres partnere var ikke klar over flere viktige bivirkninger som kan oppstå ved bruk av ADT. Både når det gjelder</p>   | <p>Artikkelen er relevant for min oppgave ettersom jeg ønsker å undersøke viktigheten av kunnskap og informasjon til denne pasientgruppen. Funnene er sentrale for å øke forståelsen av hvordan informasjon kan bidra til</p>  |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| <p><b>(Walker et al., 2013)</b></p>  | <p>denne kunnskapen har.</p>   |  | <p>Gjennomsnittsalder pasienter: 73 år</p> <p>Etisk godkjenning innhentet fra IRB (Institutional Review Board).</p>  | <p>fysiske og emosjonelle bivirkninger. Misoppfatninger ble fanget opp.</p> <p>Mangel på kunnskap om bivirkninger kan forhindre pasienter muligheten til å fokusere på forebyggende helseatferd</p> <p>Helsepersonell kan holde igjen informasjon for å unngå negativ placebo- eller noceboeffekt</p>  | <p>at pasientene er bedre forberedt og lede til bedret seksuell helse og livskvalitet.</p>   |
| <p><b>Management of erectile dysfunction after prostate cancer treatment: crosssectional surveys of the perceptions and experiences of patients and healthcare professionals in the UK</b></p> | <p>Utforske hvordan erektil dysfunksjon som bivirkning hos prostatakraft pasienter håndteres i kliniske praksis.</p> | <p>Pasienter og helsepersonell</p> <p>Primær- og spesialist-helsetjenesten</p> <p>Storbritania</p> | <p>Kvantitativ studie, tverrsnittundersøkelse</p> <p>546 pasienter med erektil dysfunksjon etter prostatakraftbehandling. Gjennomsnittsalder: 65 år</p> <p>261 helsepersonell (leger og sykepleiere)</p> <p>Krevde ikke etisk godkjenning i tråd med NHS beslutningsverktøy. Innhentet samtykke, ingen interessekonflikt</p> | <p>Pasientene opplevde dårlig kommunikasjon, og lite initiativ fra helsepersonell når det gjelder samtale rundt erektil dysfunksjon. Pasientene var misfornøyd med måten helsepersonell møtte deres bekymringer. Blant annet grunnet manglende kunnskap og tillit til helsepersonell.</p> <p>En stor andel av helsepersonell unngikk å ta initiativ til samtale rundt erektil dysfunksjon. Fordi det ikke var prioritert og pasientene ikke tok initiativ selv. Nesten 70% av sykepleierne var usikre på behandling av erektil dysfunksjon.</p> <p>Flere av pasientene var ikke informert om erektil dysfunksjon</p> | <p>Eretil dysfunksjon er en vanlig bivirkning av ADT. Hvordan pasienter erfarer denne endringen er sentral for oppgaven. Samtidig diskuterer artikkelen hvilke forutsetninger helsepersonell har for å gi verktøy for å bistå gruppen. Mangelen på kunnskap og holdninger som fremkommer i studien er viktig for å belyse hvordan pasienter erfarer utfordringer relatert til endret seksuell helse.</p> |

|  |   |   |  |  |   |
|--|---|---|--|--|---|
| <p>(Dyer et al., 2019)</p>   |   |   |  | <p>som bivirkning, hvilket kunne føre til antakelser om at endringen skyldtes aldring</p>  |   |
| <p><b>Comparison of intermittent and continuous androgen deprivation and quality of life between patients with locally advanced and patients with metastatic prostate cancer: a post hoc analysis of the randomized FinnProstate Study VII</b></p> <p>(Salonen et al., 2014)</p> | <p>Sammenligne intermitterende (IAD) og kontinuerlig (CAD) androgen deprivasjonsterapi (ADT) mellom lokalt avansert (M0) og metastatisk (M1) prostatakreft, og effekten av ADT på livskvaliteten.</p> | <p>Pasienter<br/>Sykehus<br/>Finnland</p> | <p>Kvantitativ studie, univariat analyse</p> <p>554 pasienter med prostatakreft, 277 av disse hadde lokalavansert sykdom (M0) og 227 hadde metastatisk sykdom (M1)</p> <p>Ingen interessekonflikt ble rapportert</p> | <p>Studien viste at ADT behandling hadde effekt på smerter og fysisk funksjon hos pasienter med metastatisk prostatakreft</p> <p>Både pasienter med metastatisk sykdom og lokalavansert sykdom opplevde negative effekter på seksuell funksjon av ADT</p> <p>ADT satte negative aktivitetsbegrensninger for pasienter med lokalavansert sykdom</p> <p>Intermitterende behandling av ADT viste seg å være fordelaktig for gjenoppretting av seksuell aktivitet og ga følelsesmessig velvære i begge grupper</p> | <p>Ettersom jeg ikke har satt begrensninger til sykdomsfase, var denne studien nyttig for å få innsikt i erfaringer både for pasienter i kurativ og palliativ situasjon. Disse erfaringene kan være gunstige å ha kjennskap til i møte med pasienter som mottar behandlingen.</p> |
| <p><b>Sexuality and exercise in men undergoing androgen</b></p>  | <p>Undersøke hvilken effekt trening har for å motvirke endringer i</p>  | <p>Pasienter<br/>Australia</p>            | <p>Kvalitativ studie, semi-strukturerte dybdeintervjuer</p>  | <p>Det var viktig for pasientene å akseptere endringer i seksuell funksjon</p>   | <p>Studien er sentral for min oppgave ettersom den undersøker pasienters erfaringer med trening</p>   |

|   |  |  |   |   |  |
|---|--|--|---|---|--|
| <p><b>deprivation therapy for prostate cancer</b></p> <p><b>(Hamilton et al., 2015)</b></p> | <p>seksuell helse og følelse av tapt maskulinitet hos pasienter som mottar ADT</p> |  | <p>18 pasienter</p> <p>Gjennomsnittsalder: 63,1</p> <p>Innhentet etisk godkjenning, ingen interessekonflikt</p> | <p>Pasientene opplevde engstelse relatert til fysiske endringer knyttet til feminisering/maskulinitet og vektøkning</p> <p>Trening i fellesskap styrket pasientenes følelse av maskulinitet og hjalp for å finne aksept for seksuelle endringer</p> <p>Kunnskap om ADT behandling var viktig for å akseptere situasjonen, partnerstøtte var også sentralt</p> | <p>som mestringsstrategi for å håndtere endringer de opplever av ADT. Erfaringene fra studien kan være nyttig for å motivere pasienter til fysisk aktivitet og å oppsøke miljøer med pasienter i lik situasjon for å håndtere endringer de opplever.</p> |
|---|--|--|---|---|--|

