

Campus Elverum  
Avdeling for folkehelsefag

Lill Mari Nilsen og Marthe Rudberg

4BACH

Krise og mestring

Sykepleie til pasienter med nyoppdaget cancer  
cervicis uteri

Crisis and coping  
Nursing care for patients with newly diagnosed cancer cervicis uteri

Ord: 11993

Veileder: Anne Høstad With

2017

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA X

NEI

---

# Innholdsfortegnelse

<b>INNHALDSFORTEGNELSE .....</b>	<b>3</b>
<b>SAMMENDRAG.....</b>	<b>5</b>
<b>1. INNLEDNING.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 BEGRUNNELSE FOR TEMA/ PROBLEMSTILLING .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 FOREKOMST/ PREVALENS .....</b>	<b>6</b>
<b>1.3 AVGRENSNING OG VIDERE OPPBYGGING. ....</b>	<b>7</b>
<b>2. METODE .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 LITTERATURSTUDIE .....</b>	<b>9</b>
<b>2.2 KVALITATIV/KVANTITATIV FORSKNING .....</b>	<b>9</b>
<b>2.3 LITTERATURSØK .....</b>	<b>10</b>
<b>2.4 KILDEKRITIKK .....</b>	<b>10</b>
<b>2.5 PRESENTASJON AV ARTIKLER .....</b>	<b>11</b>
2.5.1 <i>Gynekologisk cancer påvirker ofte seksualiteten.....</i>	<i>11</i>
2.5.2 <i>How a diagnosis of gynaecological cancer affect women`s sexuality. ....</i>	<i>11</i>
2.5.3 <i>Women`s uncertainties, coping, and Moods regarding abnormal papanicolaou result</i>	<i>12</i>
2.5.4 <i>Hope as experienced in women newly diagnosed with gynecological cancer.....</i>	<i>12</i>
2.5.5 <i>Hope in newly diagnosed patients with cancer .....</i>	<i>13</i>
2.5.6 <i>Oppfatter pasienten det du sier?.....</i>	<i>13</i>
2.5.7 <i>Mothering and self-othering: The impact of uncertainreproductiv capability in young women after hematological malignancy .....</i>	<i>14</i>
<b>3. TEORI.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 CANCER CERVICIS UTERI .....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 SYKEPLEIETEORETIKERE .....</b>	<b>16</b>
3.2.1 <i>Joyce Travelbee .....</i>	<i>16</i>

---

3.2.2	<i>Aaron Antonovsky</i> .....	16
<b>3.3</b>	<b>KRISE OG MESTRING</b> .....	17
3.3.1	<i>Krise og krisereaksjoner</i> .....	17
3.3.2	<i>Mestring og mestringsstrategier</i> .....	19
<b>3.4</b>	<b>HÅP</b> .....	21
3.4.1	<i>Mening og verdi</i> .....	21
<b>3.5</b>	<b>SYKEPLEIERENS ROLLE. SYKEPLEIEINTERVENSJON I ET STØTTE- OG OMSORGPERSPEKTIV</b>	24
<b>3.6</b>	<b>ETIKK</b> .....	26
3.6.1	<i>Holdninger</i> .....	26
3.6.2	<i>Verdier</i> .....	26
<b>4.</b>	<b>DRØFTING</b> .....	<b>28</b>
<b>4.1</b>	<b>SYKEPLEIERPERSPEKTIV</b> .....	28
<b>4.2</b>	<b>PASIENTPERSPEKTIV</b> .....	33
4.2.1	<i>Krise og mestring</i> .....	34
4.2.2	<i>Håp</i> .....	36
<b>5.</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>41</b>
<b>6.</b>	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>43</b>
<b>7.</b>	<b>VEDLEGG 1</b> .....	<b>46</b>
<b>8.</b>	<b>VEDLEGG 2</b> .....	<b>48</b>

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn:**

Cancer cervicis uteri oppstår i alle aldre, og vi har gjennom praksis møtt kvinner som nylig har fått denne diagnosen og sett viktigheten av krisearbeid gjennom praksis. I forhold til statistikken er det ca 300 tilfeller som får denne diagnosen i året. Som sykepleier vil vi gjennom dette møte pasienten i en krise og må derfor vite hvordan vi skal møte disse pasientene.

### **Hensikt:**

Krise og mestring i forhold til nyoppdaget cancer cervicis uteri. Gjennom forskning og litteratur vil vi finne ut hvordan vi kan besvare vår problemstilling: ”Hvordan yte god sykepleie til pasienter med nyoppdaget cancer cervicis uteri?”

### **Metode:**

I oppgaven tar vi i bruk pensum og selvvalgt litteratur i tillegg til relevant forskning, som både er kvalitative og kvantitative.

### **Konklusjon:**

Med utgangspunkt i Travelbee og Antonovskys teori, skal vi ha fokus på kvinnen som et enkelt individ og forsøke å rette fokuset vekk fra sykdommen. Vi skal heller rette fokuset mot de friske verdiene. Det har vist seg at håp har en sterk tilknytning til begrepene verdi og mening og vi har sett at håp er en grunnleggende ressurs for mestring. Sykepleierens rolle i et støtteperspektiv er viktig i forhold til pasientens krise og mestringsstrategier.

# 1. Innledning

## 1.1 Begrunnelse for tema/ problemstilling

Vi har valgt å skrive om krise og mestring i forhold til nyoppdaget cancer cervicis uteri. Vi har valgt dette temaet fordi vi begge har blitt kjent med sykdommen gjennom praksis og sett viktigheten av krisearbeid ved nyoppdaget sykdom. Vi vet at sykdommen kan opptre i ung alder, og fordi vi er kvinner og selv er i risikogruppen, er dette feltet av interesse og relevans hos oss.

Problemstilling: Hvordan yte god sykepleie til pasienter med nyoppdaget cancer cervicis uteri?

### Begrepsavklaring

*Cancer cervicis uteri: Livmorhalskreft (Reitan, 2010, s. 532).*

*Pasient: En person som mottar helsehjelp av lege eller annet helsepersonell (Travelbee, 1999, s. 61).*

## 1.2 Forekomst/ prevalens

Det blir i Norge rammet ca 300 kvinner av cancer cervicis uteri årlig. HPV, som står for ”Humant Papilloma Virus”, viser seg å være en sentral årsak til sykdommen. HPV er vanligvis harmløs og gir ingen symptomer (Gynkrefteforeningen, 2016), men det finnes over 100 forskjellige typer av dette viruset (Folkehelseinstituttet, 2016). HPV smitter ved seksuell omgang og gjør derfor til at mange kvinner er i risikogruppen. I dag er det et stort fokus på vaksiner mot HPV og oppdagelse av cancer cervicis uteri.

I følge Krefregisteret.no (2017) under kreftstatistikken er cancer cervicis uteri en av de mest vanligste kreftformene hos kvinner under 35 år. Det ble registrert 24 nye tilfeller av cancer cervicis uteri i 2011-2015 hos kvinner mellom 25-29 år. Reitan (2010, s. 532) sier at HPV varierer med alder, men at de finnes hos ca 10 % av unge kvinner.

---

I følge Lönnberg & Nygård (2017) er unge kvinner mer utsatt for å få cancer cervicis uteri. Noe som skyldes økt forekomst av HPV, kombinert med lav dekning av HPV vaksine i Norge, og at det er færre unge som følger anbefalingene om å ta celleprøve. Det er observert at en økning på 30% av antall tilfeller blant unge kvinner under 40 år. Cancer cervicis uteri er den vanligste kreftformen hos kvinner under 35 år.

### **1.3 Avgrensning og videre oppbygging.**

Vi må avgrense oppgaven, for å få frem problemstillingen vår, da blant annet sykdommens opptreden kan opptre i vidt ulike aldre. Vi har derfor bestemt oss for å ha fokus på kvinner før klimakteriet. Klimakteriet vil allikevel skje i veldig forskjellige aldre.

Fordi kreften kan oppdages både i langtkommen og tidlig stadie, vil vi ikke utdype de ulike stadiene til cancer cervicis uteri, eller behandling for dette, da dette kan gjøre at oppgaven blir for stor. I oppgaven drar vi ikke inn pårørendes perspektiv eller ivaretagelse av pårørende.

Vi har valgt å ha fokus på unge kvinner som får beskjed om cancer cervicis uteri og hvordan dette er en traumatisk krise man går igjennom. I oppgaven ser vi behov for å spesifisere sykepleierens rolle og funksjon i forhold til pasienten som er i krise etter beskjeden om oppdaget cancer cervicis uteri. Vi har i praksis vært i situasjoner der pasienten har fått beskjed om diagnose i sykehus og vi vil derfor ha dette som en arena i oppgaven. Pasientene vi tar for oss er under utredning og blir innlagt på sykehus for behandling. Her har de fått eller vil få beskjed om diagnosen. Pasienten vil, slik vi ser det, fortsatt være i den akutte fasen og går igjennom en krise.

Da vårt tema omhandler krise og mestring ønsker vi å gå litt inn på hva slags tanker som ofte kommer i en traumatisk krise og når man får beskjed om cancer cervicis uteri. Vi har valgt å ha et litt større fokus på kvinner som kanskje ønsker barn. Derfor har vi valgt kvinner i alderen 25 - 35 år.

I andre kapittel vil vi gjøre rede for valg av metoder, litteratursøk, kildevurdering og presentasjon av valgte artikler.

I tredje kapittel vil vi gjøre rede for valgt teori som omhandler diagnose, teoretikere, krisearbeid, sykepleierens rolle og etikk.

I kapittel fire drøfter vi valgt teori og forskning opp mot problemstilling.

Når vi drøfter problemstillingen kommer vi til å benytte “vi og “sykepleier” om hverandre når vi tar for oss sykepleierens rolle. Dette gjør vi på grunn av at vi snart er sykepleiere og føler at dette blir mest naturlig å gjøre. Om pasienten i krise vil vi bruke ord som “pasienten” og “kvinnen” om hverandre for å få fram at det er kvinnen som er i krise.

Til slutt vil vi prøve å komme frem til en konklusjon.

I oppgaven bruker vi Travelbee som primærteoretiker og Antonovsky som sekundærteoretiker for å understøtte teoriene om krise, mestring og håp.



## **2. Metode**

Dalland (2012) sier at “En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap.” (s. 111).

Metodevalget skal hjelpe oss med å samle inn data og informasjonen som er til hensikt for undersøkelsen. Den skal fortelle oss hvordan vi bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2012, s. 112).

### **2.1 Litteraturstudie**

Vi bruker litteraturstudie som metode for å besvare problemstillingen i vår oppgave. Det vil si at vi vil samle skriftlig litteratur gjennom systematisk søking, gransking og vurdering av litteratur som vi mener er relevant for vår oppgave. Vi har brukt Høgskolen i Innlandet sin pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskning. Forskningen er opp til 18 år gamle, men er valgt fordi vi ikke har funnet nyere forskning om nettopp de sentrale begrepene vi ønsker svar på. Litteraturen vi finner vil vi drøfte opp mot vår problemstilling (Dalland, 2012, s. 67).

### **2.2 Kvalitativ/kvantitativ forskning**

Kvalitativ forskningsmetode gir oss muligheten til å se utfall av ikke målbare enheter, som opplevelser eller meninger (Dalland, 2012, s. 112).

Dalland (2007, s. 83) sier at all data er kvalitative: der registreringene er av en eller annen form av egenskap eller kvalitet. Forskningsmetoden er veldig fleksibel, da spørsmål og svar ikke er faste. Dataen som blir samlet inn skjer i direkte kontakt med feltet, og tar sikte på å få frem sammenheng og en helhet.

Kvantitativ forskningsmetode gir oss den muligheten til å se utregning av enten prosent eller gjennomsnitt i større mengde. Fordelen er å kunne se informasjonen i målbare enheter. Ved en kvantitativ undersøkelse vil vi få tilbake en statistikk, et diagram eller et resultat av målbare enheter i form av tall. Den kvantitative forskningen vil kunne gi oss en avspeiling av

den kvantitative variasjonen. Det viser en “enkel” systematikk hvor spørsmålene og svaralternativene er faste og gjør også deltakerne nøytrale (Dalland, 2012, s. 112).

### **2.3 Litteratursøk**

Vi har brukt Høgskolen i Innlandet sine anbefalte søkemotorer for å finne relevante artikler til oppgaven, som Chinal, Oria, Pubmed, Medline og Svemed+ for å finne relevante studier og artikler til problemstillingen. Søkeord som er brukt er : cervical cancer, cancer, coping, coping strategies, hope, newly diagnosed. (Se vedlegg 1)

I forbindelse med søket har vi brukt PICO-skjema, som er et verktøy som klargjør spørsmålet og gir struktur til søkeprosessen. PICO står for Pasient/Problem, Intevention, Comparison & Outcome (Kunnskapsbasertpraksis, 2012). (Se vedlegg 2)

Det var vanskelig å finne studier som omhandlet spesifikt om nyoppdaget cancer cervicis uteri, men vi fant en del studier som omhandler nyoppdaget kreftdiagnose og gynekologisk kreft. Andre studier vi har valgt å ta med er studier som omhandler seksualitet da vi anser dette som et viktig tema. Vi har valgt å bruke studier som omhandler håp, da dette står sentralt hos kreftpasienter, og ellers kvinners erfaringer rundt nyoppdaget kreft.

### **2.4 Kildekritikk**

”Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann” (Dalland, 2012, s. 67).

Kildekritikk er i følge Leth & Thuren (2000) et samlebegrep for ulike metoder som blir brukt for å skille opplysninger og spekulasjoner, og er til for at man skal vurdere kilden som benyttes. Hensikten med kildekritikk er å dele de refleksjonene som vi tar for oss og hvilken relevans og gyldighet litteraturen har i forhold til problemstillingen (Dalland, 2012, s. 67).

I oppgaven har vi benyttet både primær- og sekundærlitteratur. Primærlitteratur er den opprinnelige kilden, som omhandler nye teorier med utgangspunkt i forskning. Sekundærlitteratur har benyttet forskning som allerede eksisterer i primærlitteraturen. Sekundærlitteraturen er ofte basert på en kritisk vurdering av primærstudien (Dalland, 2012, s. 79).

---

Vi har brukt IMRaD for å se at det vi har funnet er en studie, og IMRaD er i følge Dalland (2012, s. 79) den mest brukte oppbyggingen av artikler. IMRaD er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Denne metoden skal gjøre det enklere for oss å orientere oss i artikler.

Det har vært utfordrende å finne studier som kan relateres til Norge. For å stille oss kritisk til studien har vi sett på hva metoden omhandlet, hva kvinnene ble spurt om og om dette kunne relateres til hva man som sykepleier i Norge kan benytte seg av. Vi har brukt norske og svenske studier som er publisert internasjonalt, og føler at dette ligger nærmest i forhold til det som gjelder nå.

## **2.5 Presentasjon av Artikler**

### **2.5.1**

#### **Gynekologisk cancer påvirker ofte seksualiteten. (Bergmark, K., Lundqvist, E.Å & Steineck, G. , 2000)**

I en svensk artikkel har de gjort en kvantitativ studie som omhandler kvinners seksualitet under og etter behandling. En stor andel av kvinnene opplevde seksuell forandring i form av endret lyst og interesse, og at de hadde en ubehagelig følelse under samleie, og i tillegg mindre orgasme. En stor andel av kvinnene opplevde fysiske og psykiske forandringer, og mange etterspurte informasjon om at etterbivirkninger kunne påvirke seksuallivet. Studien konkluderer med at det finnes gode muligheter for å gi denne informasjonen på et tidlig stadium for å redusere frykt og usikkerhet. Mange kvinner som behandles for livmorhalskreft har en forandring av vaginal anatomi og en funksjon i ettertid som har en negativ innvirkning på seksuallivet. I forhold til denne studien tenker vi på vår arena i denne oppgaven som er at vi møter disse kvinnene på sengepost og skal etter hvert til behandling. Mange vil kanskje lure på dette allerede i en tidlig fase, og vi ser derfor på dette som relevant da vi ser at dette står sentralt hos kvinnene.

### **2.5.2 How a diagnosis of gynaecological cancer affect women`s sexuality.(2012)**

#### **Cleary, V., Hegarty, J & McCarthy, G.**

En kvalitativ studie der 8 kvinner deltok i intervjuer. Målet med studien var å belyse hvordan gynekologisk kreft påvirket seksualitet hos kvinner som hadde fått diagnosen. Kvinnenes tilbakemeldinger var at seksuallivet var påvirket ved plagsomme endringer i alle aspekter i

seksuallivet under påvist diagnose og behandling. Studien understreker at det er behov for at helsepersonells støtte i form av informasjon rundt dette temaet, og at kvinnes selv ønsket at denne informasjonen kommer tidlig, men ikke så tidlig i form av beskjed om diagnose. Studien konkluderer med at det er viktig å ha fokus på informasjon om seksualitet ved gynekologisk kreft.

### **2.5.3**

#### **Women`s uncertainties, coping, and Moods regarding abnormal papanicolaou result (1999)(Lauver, R. Kruse, K, & Baggot)**

Dette er en kvantitativ studie og 72 kvinner deltok i intervju. Aldersgruppen var mellom 15 og 41 år . Denne studiens hensikt var for å forstå prosessen om å mestre i forhold til nyheter om kreftcelleforandringer i livmorhalsen. Det å vente på resultater fra en slik prøve medfører stress av ulike grunner for en kvinne. Noen er bekymret på grunn av tidligere erfaringer med resultater, andre er bekymret for at resultater viser en alvorlig diagnose. Under slike forhold bruker man ulike mestringsstrategier for å takle denne stressituasjonen. Studien fremlegger kvinnes evne til å takle vanskelige nyheter, evnen til å ta i bruk sosial støtte fra andre, og årsaken til de ulike mestringsstrategier. Studien viser et resultat av at usikkerheten var koblet til mestringsstrategier, og ved hjelp til å takle stress og en avledning reduserte usikkerheten og fremmet mestringssevnen. Dette kunne bidra til å redusere psykiske plager blant kvinner med celleforandringer i livmorhalsen etter en test.

### **2.5.4 Hope as experienced in women newly diagnosed with gynecological cancer. (2009)(Hammer,K., Mogensén, & Hall, O.C.E.)**

En kvalitativ studie i fra Danmark har gjort en studie på 15 kvinner mellom 24- 87 år som har en nyoppdaget gynekologisk kreftdiagnose. Studiens hensikt var erfaring med håp i en setting av nyoppdaget kreftdiagnose. Resultatet av studien viser at håp hadde en kobling i forhold til behandling, familieliv og livet selv. En nyoppdaget kreftdiagnose gjorde at kvinnene svingte mellom håp og håpløshet, mellom positive forventninger til behandling, og frykten for at sykdommen skal ta over. Kvinnene knyttet håp opp mot håpet om en positiv behandling, håp om å komme tilbake til det normale og håp om å være aktiv for å opprettholde integriteten. Studien konkluderer med at det nære forholdet til håpet gjorde at behovet for sykepleierens støtte var svært nødvendig.

---

### **2.5.5 Hope in newly diagnosed patients with cancer. (2000) (Rustøen, T & Wiklund, I.)**

En kvantitativ studie i fra Norge har gjort en studie på 131 norske pasienter som har fått en nyoppdaget kreftdiagnose. Målet med studien var å finne ut graden av håp og hjelpe helsepersonell med å få mer kunnskap til å opprettholde håp hos denne pasientgruppen. Studien skiller aldre i fra unge i alder 19-39 år , og voksne i fra 40-59 og eldre 60-78 år. Studien ser også ulike årsaker for graden av håpet , som for eksempel når diagnosen ble stilt, type, og behandlingsmuligheter, alder og kjønn. Studien viser ingen stor forskjell i forhold til kjønn, type kreft, alder eller stadier av kreften. Det kommer fram at håp generelt er sentralt hos pasienter med kreft. Artikkelen skiller mellom situasjonsspesifikk håp, som omhandler objekter, og dersom dette ble truet, kan generalisert håp være med å redde pasientens håp. Generalisert håp defineres som å tro på fremtiden og er med på å beskytte fortvilelse hos pasienten. Når et bestemt håp er truet , kan generalisert håp redde pasienten. I følge studien var håpet lavere hos den yngre gruppen som ikke hadde samboer. Årsaken til dette kan være at håpet for fremtiden om å etablere og familieutsikter var truet.

### **2.5.6 Oppfatter pasienten det du sier? (2009) (Nordby, H)**

En fagartikkel av Nordby (2009) skriver han om at det er viktig at man som sykepleier forsikrer seg om at informasjon som blir gitt kommer fram til pasientens bevissthet. Han beskriver fire grunnleggende kommunikasjonsbetingelser for at man skal opprettholde god kommunikasjon med pasienten. Problemene er knyttet opp mot språk, assosiasjoner, oppmerksomhet og verdier og holdninger. Han nevner at språket må være et felles plattform og at grunnet til at informasjon ikke kommer fram til pasienten kan være at sykepleieren ikke får pasientens fulle oppmerksomhet. Pasienten kan være omtåket og har problemer med å fokusere mer enn man tror, eller har nedsatt evne til å bearbeide informasjonen. Den tredje problem som også kan oppstå er at pasienten danner feil oppfatning av sykepleieren som forsøker å formidle, som igjen kan skyldes at sykepleieren ikke har kommunisert godt nok nonverbalt i tillegg til det verbale kommunikasjonen, og dermed har misoppfattet kroppsspråket. Som Nordby (2009) sier at ”verbalt språk vanligvis oppfattes som toppen av isfjellet i mellommenneskelig kommunikasjon” (s. 70).

**2.5.7 Mothering and self-othering: The impact of uncertainreproductiv capability in young women after hematological malignancy. (Halliday, L. E., Boughton, M.A & Kerridge, I.(2013)**

En kvalitativ studie gjort på 12 kvinner med kreft. I denne artikkelen av Halliday, Boughton & Kerridge (2013) har de studert kvinnenes opplevelse av det å være usikker på framtiden om etablering av familie. Noen av kvinnene i studien hadde barn fra før, mens andre hadde et ønske om dette i fremtiden. Kvinnenes erfaring i studien varierte mellom medisinske og personlige situasjoner, men hadde en felles opplevelse som var å være diagnostisert med kreft i ung voksen alder og ha en usikkerhet i forhold til det å kunne bli mor eller fortsatt være mor som en konsekvens av å få kreft. Studien konkluderer med at å kontrollere kreften var viktig, men i mange tilfeller ikke nok for kvinnen. De sier at helsepersonellets fokus på fruktbarhet ikke var et like stort som selve diagnosen. De mener at selv om livet er viktig skal ikke kvinnens betydning av fertilitet undervurderes.

## 3. Teori

I dette kapitlet vil vi utdype relevant teori for å belyse problemstillingen som vi tar for oss.

### 3.1 Cancer cervicis uteri

Cancer er en samlebetegnelse for alle typer kreftsykdommer (Klepp, 2017).

Cervicis uteri er lokasjonen for kreften, som er livmorhalsen (Nesheim, 2017).

Reitan (2010) sier at “Kreft er en sykdom som begynner på molekylært og cellulært nivå. Sykdommen kan føre til skade på et enkelt organ, et organsystem og en hel organisme. Konsekvenser og ringvirkninger kan bli omfattende”(s. 267).

Risikofaktorer er seksuell omgang og ofte bytting av partnere. Det er spesielt virustype 16 og 18 som er kreftfremkallende. Smitte med den typen vi anser som farlige av HPV kan gi en betennelsesreaksjon i slimhinnene, dette gir ingen symptomer men kan sees gjennom mikroskop. Infeksjonen blir gradvis borte, men noen tilfeller blir denne infeksjonen kronisk og cellene vil etter hvert endre seg og utvikle seg til kreftceller som vokser seg innover i vev (Reitan, 2010, s. 532).

Symptomer på cancer cervicis uteri kan variere fra kvinnen til kvinne, og er avhengig av hvor langt kreften har kommet før det er blitt oppdaget. De mest kjente symptomene er blødning fra skjeden etter samleie og fysisk aktivitet, blodig og illeluktende utflod, uregelmessig menstruasjon og smerter i korsryggen. På et tidlig stadium kan det hende at man ikke har noen symptomer og cancer cervicis uteri oppdages gjennom celleprøvetaking (Tellugen, 2017).

Uansett kreftstadie må kvinnen igjennom en behandling som innebærer kirurgisk inngrep. Med mindre kvinnen er i et tidlig stadie, vil eggstokker, livmor og øvre del av skjeden bli fjernet, som vil medføre sterilitet. Til tross for at kvinnen er steril, så kan fortsatt samleie fortsatt utføres uten problemer (Gannes, 2014, s. 97).

## **3.2 Sykepleieteoretikere**

Vi ser på disse teoretikerne som relevante, hvor begge har fokus på krisearbeid i sykepleie. Både Antonovsky og Travelbee har et stort fokus på at pasienten må finne en mening og en sammenheng.

### **3.2.1 Joyce Travelbee**

Travelbee retter sin sykepleietenkning mot de mellommenneskelige aspektene og menneske til menneske forhold ved sykepleien. Travelbee forholder seg til mennesket som en unik person, og at de enkelte mennesker er enestående og uerstattelige. Hun mener at sykdom og lidelse er en fellesmenneskelig erfaring, og at lidelse er en del av livet. Selv om dette er en fellesmenneskelig erfaring, vil enkeltes opplevelse være forskjellig. Ut i fra dette mener hun at sykepleierens funksjon er å hjelpe den syke med å finne mening i situasjonen som man opplever, noe som skjer gjennom menneske-til -menneske-forhold som er et sentralt begrep i Travelbees sykepleietenkning (Kristoffersen, 2014, s. 216). Menneske-til-menneske-forhold mener Travelbee (1999, s. 41) er nødvendig for sykepleiere å etablere for at man skal kunne hjelpe noen å mestre en sykdom.

### **3.2.2 Aaron Antonovsky**

Aaron Antonovskys fokus handler om å forstå årsaken til hvorfor noen mennesker klarer å opprettholde sin helse til tross for sterke påkjenninger. Ved hjelp av hans salutogene perspektiv vil de kunne hjelpe et menneske til egen helbredelse ved belastninger.

Mestring skjer i samspill mellom faktorer som i en situasjon og personens indre motstandskraft og forståelse av sammenheng er med på å styrke mestring. Antonovskys oppmerksomhet er rettet mot opplevelse av sammenheng, mestring og helse (Kristoffersen, 2014, s. 50, 52).

Punkter som vil være med på å styrke pasientens sammenheng, vil i følge Antonovsky (Kristoffersen, 2014, s. 53) være at; situasjonen må være forståelig, situasjonen må være meningsfull og situasjonen må være håndterlig.



### 3.3 Krise og mestring

I følge Myskja (2005, s. 18) vil pasientene aldri glemme møtet med helsepersonellet da de får beskjed om en kreftdiagnose. Uavhengig av alder, kjønn og personlighet, vil alle inntrykkene av ord og sanseintrykk brenne seg inn for alltid. I løpet av noen minutter kan dette møtet være med på å forandre verden for den enkelte pasient, og det vil derfor være viktig at man som helsepersonell går lyttende inn i en slik situasjon der pasienten får kreftdiagnose. Han sier at man må forsøke å møte den enkelte der den er.

#### 3.3.1 Krise og krisereaksjoner

“Krise kommer av det greske ordet “krisis”, som betyr avgjørende vendepunkt, plutselig forandring eller skjebnesvanger endring “ (Reitan, 2010, s. 79).

På kinesisk brukes krise med to forskjellige skrifttegn, der det ene betyr fare og det andre betyr utvikling. Det kan enten slå ut positivt for de latente mulighetene for krefter og utvikling. Eller veldig negativt om den kriserammede ikke får uttrykt og bearbeidet sine voldsomme følelser (Reitan, 2010, s. 52). Vi vil tolke det slik at en krise ligger i en spenning mellom nettopp disse to dimensjonene.

Vi kan skille på to forskjellige kriser i kriseteorien; utviklingskrise og traume.

Utviklingskrisen er en naturlig del av livet som alle vil være gjennom. Kjennetegnene er forandring, usikkerhet og sårbarhet (Reitan, 2010, s. 73). Vi forstår dette som de forandringene som er en del av utviklingen, som eksempler kan være å begynne på skolen, flytte hjemmefra eller å få barn.

Ved en traumatisk krise er det plutselige, uventede ytre påkjenninger som ikke er forventet, og som kan gi sterke psykiske reaksjoner. Eksempel på dette kan være plutselig dødsfall av noen man er glad i, eller selv blir rammet av alvorlig sykdom (Reitan, 2010, s. 76). Vi forstår det at en traumatisk krise kan være det å få en beskjed om oppdaget alvorlig sykdom, både hos en selv og også hos nære personer.

Den første fasen i en krisereaksjon, kalles sjokkfasen, og vises forskjellig fra person til person. Noen ganger vil vi kunne se at personen kan virke rolig, men ved unntak kan

personen også reagere med apati eller panikk. Beskrivelse fra personer i sjokk har vært at de selv har hatt blant annet endrede sanseopplevelser, nummenhet i kroppen og at ting skjer i sakte film. Fysiologiske reaksjoner som har blitt registrert, kan være skjjelving, blekhet, svette og fysisk uro (Eide & Eide, 2011, s. 176).

Man kan også se den umiddelbare reaksjonen som benektelse for faren eller et forsøk på å finne en forklaring. Sjokkfase vil normalt ikke vare lenge før det går over i en reaksjonsfase. Her innebærer de følelsesmessige reaksjonene som slippes til. Vi vil kunne se at følelser og tanker strømmer til uten at en har kontroll over dette, og at vedkommende gjerne har noe nedsatt bevissthet. Informasjonen som blir gitt i sjokkfasen, vil ofte aldri sitte helt, feiltolkes eller kun bli delvis oppfattet (Eide & Eide, 2011, s. 167 - 176).

Når og hvor lang tid det tar før reaksjonsfasen trer inn, kommer an på tre faktorer bestående av hvor lenge personen var i livsfare, hvor sterk faren var og hvor trygghetsgivende miljøet var etterpå. Det har vist seg at pasienter med alvorlig sykdom opplever at nummenhet og følelseløsheten sitter i lenge (Eide & Eide, 2011, s. 179). Dette tror vi kommer av at en slik beskjed, om alvorlig sykdom, kan ha noe med at sykdom kan omhandle en mye større del av livet, i forhold til for eksempel en ulykke som varer i mye kortere tid.

I reaksjonsfasen vil sannheten trå nærmere og vekke reaksjoner og følelser (Eide & Eide, 2011, s. 179). Spørsmålet som gjengår hos den kriserammede er i følge Reitan(2010) "hvorfør skulle dette skje akkurat meg?" (s. 76). Blant de vanligste følelsesmessige reaksjonene er hovedsakelig frykt og angst, men også fortvilelse, gråt, sinne, aggresjon, uro, sorg og hjelpsløshet (Reitan, 2010, s. 76).

Vi har en naturlig tendens til å ta kontroll over egen situasjon, og også det å unngå smerte. Så opplevelser som oppfattes som truende vil fjernes fra bevisstheten, slik at man opplever å ha kontroll. Når reaksjonene i reaksjonsfasen trer inn, vil det da være naturlig å få disse følelsesmessige reaksjonene (Eide & Eide, 2011, s. 180). Sjokk- og reaksjonsfasen, hører til i den akutte fasen (Reitan, 2010, s. 76-77).

Etter denne fasen følger bearbeidelse av situasjonen, hvor vi i noen grad vil kunne se et forsvar. Man vil slippe til mer av det som oppleves som truende og vanskelig å håndtere til krisen er godt bearbeidet og likevekt er gjenopprettet. Denne fasen kalles, bearbeidelsesfasen (Eide & Eide, 2011, s. 167)

For at pasienten skal kunne leve videre, må traumen være bearbeidet i høyest mulig grad. Det kommer alltid til å være et arr og vonde tanker, men i nyorienteringsfasen vil pasienten klare å håndtere dette bedre i sin hverdag, og også klare å tenke nytt (Reitan, 2010, s. 76-77).

Eide & Eide (2011, s. 107) sier at fasene vil i noen grad flyte over i hverandre, og vi vil kunne se at pasienten i noen tilfeller kan gå tilbake å få nye reaksjoner i forhold til sin situasjon.

### **3.3.2 Mestring og mestringsstrategier**

“.. Mestring oppfattes som summen av intrapsyriske og handlingsorienterte forsøk på å beherske, tolerere og redusere de ytre eller indre belastninger en er utsatt for..” (Eide & Eide, 2011, s. 166).

I følge Myskja (2005, s. 29) finnes det ingen oppskrift på hvordan man skal mestre en krise, til tross for at vi mennesker reagerer ofte veldig likt når vi blir stilt ovenfor plutselige påkjenninger, og har ulike erfaringer, forhistorie og kunnskaper. Han mener at selvspekt og egenverd er det viktigste for å mestre.

Når et menneske går gjennom en krise utfordres mestringsevnen. Mestring er en prosess som skjer kontinuerlig og handler om måter man forholder seg til belastende situasjoner på. Man kan reagere på to måter, hvor den ene er å se situasjonen i øynene og mobilisere indre og ytre ressurser for å møte situasjonen, eller ved å ta i bruk forsvarsmekanismer for å fortrenge situasjonen (Reitan, 2010, s. 80).

Når noe truer selvbildet, vil en naturlig opplevelse være angst. For å hindre opplevelsen av angst vil man som person ubevisst tildekke dette med forsvarsmekanismer som kan redusere arbeidskapasiteten og fortrenge virkeligheten (Hummelvoll, 2006, s. 133).

Hummelvoll (2006, s. 134) beskriver regresjon som en tilstand der pasienten er passiv og unnviker ansvar. Vi forstår dette som at vi i en slik situasjon kan oppleve pasienten som likegyldig.

Benektelse kan i følge Hummelvoll (2006, s. 134) oppstå i uheldige hendelser der pasienten opplever situasjonen for vanskelig og vondt for å akseptere. Vi forstår at dette kan oppstå i en krisesituasjon da pasienten kan oppleve nyheten om noe som kan være for vanskelig å håndtere.

Projeksjon innebærer i følge Eide & Eide (2011, s. 184) at man tillegger seg andre følelser og tanker. Dette er med på å beskytte mot det man ikke liker ved seg selv, man vil med dette forsøke å overføre tankene og følelsene over på andre og oppleves som at de tilhører en annen. Personer i krise vil ha en større tendens til projisere. Eksempel på dette er om man som sykepleier er kritisk til seg selv, vil man oppleve andre som mer kritiske.

Mestringsstrategier handler om å ta i bruk ulike metoder som mennesker anvender for å gjenvinne kontroll over egen situasjon. Mestring kan ikke bare brukes i forbindelse med å løse et problem, da det for noen ikke vil finnes en løsning, men heller ulike måter å mestre situasjonen på. Mestringsstrategier blir satt inn i forhold til hva slags følelser og vurderinger som ligger til grunn. (Eide & Eide, 2011, s. 173).

- Vurderingsrettede strategier omhandler å endre kognitiv forståelse slik at man får en bedre forståelse og vurdering av situasjonen. Dette setter grunnlag for en større aksept (Eide & Eide, 2011, s. 173).
- Følelsesrettede strategier har som hensikt å bearbeide følelser, reaksjoner og redusere ettervirkninger av følelser (Eide & Eide, 2011, s.173).

---

### 3.4 Håp

Håp har stor betydning hos et menneske som lider og fenomenet håp er normalt ikke bevisst tilstede i menneskets oppmerksomhet. Håp er en underliggende fornemmelse av tro og tillit til livet og er en aktiv ressurs som trer frem i livssituasjoner som truer personens liv og helse (Kristoffersen et al., 2014, s. 269).

Kristoffersen et al., (2014, s. 269, 270) sier at håp er avgjørende for hvordan mennesker takler livet og mestrer livssituasjonen når de erfarer sykdom, usikkerhet, tap og lidelse. Opplevelsen av håp vil øke livskvalitet og vil også påvirke sykdomsforløpet.

“Håp er identifisert som et av de viktigste elementene i livet for mennesker med kreft” (Kristoffersen et al., 2014, s. 270).

I følge Reitan (2010, s. 310) er håp knyttet til fremtiden, og fremtiden hevdes å være det som er mest betydningsfullt. Slik forstår vi at også forventningene til fremtiden vil være av stor betydning for håp. I forhold til en kreftsykdom kan fremtiden være noe som er usikkert.

Reitan (2010) sier at håpløshet kan påvirke sykdommen ved at det påvirker immunsystemet negativt. Håp kan være en følelse som påvirker holdningen og atmosfæren rundt en pasient.

Håp har direkte innvirkning på overlevelse av sykdom og alvorlige kriser (Kristoffersen et al., 2014, s. 270).

I begrepet håp, finner vi flere begrep som bidrar til klargjøring av hva det egentlig betyr. Slik som forventning, tillit, motivasjon, positiv ressurs og mental kraft (Kristoffersen et al., 2014, s. 270).

#### 3.4.1 Mening og verdi

“En verdi er kort og godt noe som har betydning for en person, noe personen kan, og har en selvstendig evne til å verdsette” (Nortvedt, 2014, s 47).

Kristoffersen et al., (2014, s 265) sier at mennesker lider når de mister eller står i fare for å miste noe som har verdi og mening for dem. Det at vi evner å bry oss og elske noe, vil være et utgangspunkt for lidelse. Vi har forstått at for at et menneske skal oppleve lidelse, må personen også ha noe av verdi.

For at verdi skal realiseres, har Kristoffersen et al., (2014, s. 265) kategorisert verdiene inn i kreative verdier, erfaringsverdier og holdningsverdier.

- Kreative verdier er knyttet til det vi gir til verden. Verdier hvor man skaper noe gjennom sine handlinger (Kristoffersen et al., (2014, s. 266). Slik vi har skjønt, vil for eksempel det å gi omsorg som sykepleier, være en verdi for oss, når det kan hjelpe en person til å vokse.
- Erfaringsverdier handler om det vi opplever og tar i mot fra omgivelsene våre. Kristoffersen et al., (2014, s. 266) sier dette handler om blant annet å føle glede, kjærlighet, møte mennesker og opplevelser som reiser og natur.
- Holdningsverdier vil forklares som den holdningen vi som mennesker velger å ha overfor vanskelig situasjoner, og som vil fullføre “meningen med livet”. Begrepet er knyttet til den frie viljen, hvor vi selv kan bestemme hvordan vi vil forholde oss til uunngåelig lidelse, ulykke eller smerte. Vi har oppfattet det slik at vi alle vil ha forskjellig form for oppfattelsen av ordet “mening” i denne sammenhengen, men at slike uunngåelige hendelser kan utrette noe positivt, avhengig av hvilke verdier personen har. Men som også Kristoffersen et al., (2014, s. 267) sier, så må også personen finne frem til meningen hos seg selv, men at vi som sykepleiere også må ta ansvar for å hjelpe med å finne mening i sykdom.

Kristoffersen et al., (2014, s. 267) sier at de overordnede verdiene er de verdiene som styrer personens holdninger, opplevelser og handlinger. Disse verdiene er grunnleggende i livet, er generelle og stabile av natur og er viktigere enn andre verdier. Eksempler på slike verdier kan være god helse, omsorg, fellesskap og kjærlighet. Ut fra dette oppfatter vi det sånn at helse, familie og nære venner kan være verdier som kan avgjøre hvordan vi takler sykdom, avhengig av hvilke verdier som er overordnede hos personen og om disse verdiene blir truet av en slik situasjon.

For å kunne skille på overordnede og underordnede verdier, vil de underordnede verdiene være mer forbigående. Slik som eksempler kan være karriere, status og utseende (Kristoffersen et al., 2014, s. 267).

“Å finne en mening i den situasjonen man er i, er viktig for å bearbeide en krise” (Reitan, 2010, s. 309). I følge Hummelvoll (2006, s. 44) er verdier noe som gir mening hos den enkelte. Å oppleve sammenheng og mening er viktig for å mestre den nye livssituasjonen, og

er del av de grunnleggende behov som vi mennesker trenger. Ved meningsløshet har man mindre forståelse, og har mindre følelse av å håndtere det.

### 3.5 Sykepleierens rolle.

#### Sykepleieintervensjon i et støtte- og omsorgsperspektiv

Intensjonen ved krisearbeid er å støtte pasientens egne ressurser og muligheter for mestring. Målet for en sykepleier er å opprettholde identitet, opprettholde relasjoner, fremme egen mestring, la pasienten få uttrykke tanker og følelser og forebygge mot negativ kriseutvikling (Reitan, 2010, s. 92).

Personer i krise vil ha behov for medmenneskelig kontakt, støtte og noen og dele tanker og følelser med. God kommunikasjon med pasienten kan bidra til at pasienten bearbejder reaksjoner og mestrer sykdom (Eide & Eide, 2011, s. 166).

Det er ikke de store handlingene fra andre som vil være avgjørende for personen som har det vondt. Det handler om å ha evnen og mot nok til å være nær, til å se, å høre og forstå hvordan personen har det. Personen som har det vondt, uansett årsak, har et behov for å bli sett og forstått. For å oppnå kontakt, betyr det ikke at vi skal overta den andres lidelse, men at vi skal ha medlidenhet. Vi skal ha innlevelse og forståelse for situasjonen. For å kunne stå i situasjonen må man ta ansvar og ha mot, men også gi noe av seg selv. Først og fremst tid og tilstedeværelse (Kristoffersen et al., 2014, s. 263).

Ved å lytte aktivt er man tilstede med hele seg. Ved en slik åpen og lyttende holdning vil kanskje være det pasienten trenger i en krisesituasjon (Kristoffersen et al., 2014, s. 263).

Ved aktiv lytting, får man konkret informasjon om hva pasienten er opptatt av og er helt grunnleggende for å etablere en god og trygg relasjon mellom pasienten og oss som sykepleiere. Å lytte aktivt innebærer mer enn å lytte, men også ulike måter å forholde seg aktivt på. Det består av å ha øyekontakt, gi respons; som å nikke, svare og be pasienten fortsette, gjenta ord eller setninger som pasienten bruker og ha en kroppsstilling som er åpen, rolig og henvendt (Kristoffersen et al., s. 355).

For at den kreftsyke skal føle seg sett og bekreftet som person må man som sykepleier vise sitt nærvær, med dette viser man en tilgjengelighet. Ved beskjed om en kreftdiagnose vil pasienten være i krise, som kan medføre forvirring hos pasienten. Dette kan føre til at personen ikke klarer å ta innover seg annen informasjon som blir sagt. I sjokkfasen, som vil være fasen pasienten er i, kan det være at kroppsspråk er det eneste språket som vedkommende forstår. Noen har behov for fysisk kontakt, andre kan oppleve dette som



krenkende. Det er viktig at man da viser respekt ovenfor pasientens integritet og menneskeverd og ikke trår over fysiske og psykiske grenser som pasienten kan ha (Reitan, 2006, s. 54). Det er viktig at man gjør det man kan gjøre for mennesker i krise, aktiv lytting er en del av det å være tilgjengelig. Ved å lytte er man deltakende i en samtale, der den som er i krise får mulighet til uttrykke tanker og følelser og dermed får muligheten til å bearbeide sjokk.

Trøst kan medføre at den som er i krise føler at det er manglende forståelse, og kan derfor oppleves verre for en som er i krise. Trøst kan oppleves for noen at det ikke er greit å føle at man skal være lei seg. Mennesker i krise trenger ikke trøst for å slutte og gråte, men heller det motsatte og at det er greit å vise følelser over det som har skjedd. Noen kan også oppleves som sinte og avvisende som også er normale reaksjoner under en krise. Det er her viktig å møte pasienten med forståelse og oppfordre pasienten til å snakke om sitt sinne. Noen kan føle en lettelse over å bli akseptert i forhold til reaksjonen dem har (Reitan, 2006, s. 55).

I følge Strand (1990, s. 75) kan man bruke egostyrkende sykepleie for å hjelpe pasienter som er i øyeblikkelig eller varig sviktende egofunksjon, som vil si at egne grenser er svake. Dette medfører at egne ressurser er redusert. Egostyrkende prinsipper er noe som ofte blir brukt i forhold til psykotiske pasienter, men som hun også mener kan fungere i andre situasjoner. Det sentrale ved containing er at man lar pasienten bearbeide sine tanker og følelser ved at man som sykepleier er tilgjengelig.

Slik Strand (1990) beskriver dette er "At vi så og si "fordøyer" i oss pasientens ubearbeidede materiale, for så- når pasienten er i stand til å "bære" det selv, skal vi gi det tilbake i en mer strukturert form " (s. 107). Her forstår vi at som sykepleier skal man kunne takle å motta pasientens reaksjoner uansett hvilken reaksjon dette måtte være i en stressituasjon.

Det er viktig at man som sykepleier tilrettelegger alt som omhandler informasjon, undervisning/veiledning for pasienten rundt sykdommen (Reitan, 2010, s. 97). Et eksempel på dette kan være at man skjermer pasienten for at sensitiv informasjon blir gitt privat og hvordan denne informasjonen blir gitt.

### **3.6 Etikk**

Kristoffersen & Nortvedt (2014, s. 85) sier at gjensidighet er grunnlaget for etikk, god omsorg og nestkjærlighet. Sykepleierens handlinger er kjernen til å utføre faglige, kyndige og omsorgsfulle handlinger overfor den som trenger hjelp. Det stilles også krav til sykepleieren at man må være tålmodig og bygge tillit der det ikke finnes tillit. Man er ikke sykepleier for en pasient på grunn av god kjemi med vedkommende, man er der som et hjelpeforhold. Det er heller ikke på grunn av pasientens personlighet at man har rett på helsehjelp, men at behovet er der, og at man som sykepleier er forpliktet, etisk og juridisk til å ivareta pasientens behov.

#### **3.6.1 Holdninger**

“Vi som sykepleiere kan med våre holdninger gjøre livet levelig eller ulevelig, mulig eller umulig for pasienten” (Brinchmann, 2010, s. 17).

Dette har vi forstått at handler om oppførselen og væremåten vi utøver overfor pasienter og mennesker generelt. Både i form av verbal- og nonverbal kommunikasjon.

Våre holdninger påvirker våre handlinger. Gjentatt atferd påvirker våre holdninger (Brinchmann, 2010, s. 142). Vi vil tolke at gjentatt atferd, er de rutinene vi legger til oss som ikke er avhengig av hvilket menneske vi møter. Slik som å alltid banke på døren inn til pasientens rom før vi går inn eller å alltid håndhilse.

#### **3.6.2 Verdier**

Brinchmann (2010, s. 100) sier noe om hvilke verdier yrkesetikken bygger på, hvor barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter ligger til grunn for yrkesetiske retningslinjer.

”International Council of Nurses fire punkter for sykepleierens ansvar:

- å fremme helse
- å forebygge sykdom
- å gjenopprette helse
- å lindre lidelse” (Brinchmann, 2010, s. 100).

Nordtvedt (2014, s. 48) mener at verdiene i sykepleien er rettet mot å lindre pasientens lidelse, beskytte liv og respektere pasientens integritet.

Med de forskjellige perspektivene skrevet ovenfor, vil vi forstå i en helhet at verdigrunnlaget handler om alt innenfor holdning, helse og lindring.

## 4. Drøfting

Vi vil i drøftingsdelen ta for oss hvordan man som sykepleier skal kunne møte pasienten som nylig har fått beskjed om kreftdiagnose. Vi har lagt vekt på hvordan vi skal forholde oss til pasienter i krise og hvordan vi skal ivareta pasientens helse best mulig. Vi velger å starte med sykepleiers perspektiv, da problemstillingen legger vekt på sykepleierens funksjon. Vi vil drøfte egne erfaringer opp i mot kunnskap i fra forskning og litteratur.

### 4.1 Sykepleierperspektiv

Vi ser på sykepleieren som en støttespiller hos pasienten ved nyoppdaget cancer cervicis uteri, da vi vet at i denne fasen kan pasienten ha behov for en person som ikke er av nærmeste pårørende.

Slik vi forstår Travelbee (1999, s. 5) sin teori har hun fokus på relasjonen mellom pasient og sykepleier og et menneske som et unikt individ, som vil si lik, men også ulik alle andre. Hun mener at sykepleiere ikke skal ha handlinger som et mål, men heller som et middel til å hjelpe en pasient. Slik vi tolker Travelbee her så mener hun at ettersom vi mennesker er så forskjellige og har så ulike behov, må hjelpen vi gir også være individuell.

Det er grunnleggende at vi som sykepleiere er trygge i vår rolle- og klarer å oppnå tillit og trygghet i vårt møte med pasienten. Her vet vi at det krever mot fra vår side for å kunne stå i situasjonen, i tillegg til å bruke god tid og være tilstedeværende. Vi har erfart fra praksis at pasienter som har primärsykepleie føler seg tryggere og mer ivaretatt, da sykepleieren er der regelmessig og dermed kjenner pasienten bedre. Pasienten slipper å forholde seg til så mange, og slipper derfor å repetere de samme tingene til "alle". Vår erfaring er at primärsykepleieren er den som har best kontakt og er mest oppdatert på pasienten, noe som leder til trygghet og gode samtaler. Som Travelbee (1999, s. 41) sier; at for å hjelpe et menneske til å mestre sykdom er det et nødvendig mål å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Et menneske-til-menneske-forhold menes at en eller flere erfaringer deles av sykepleier og den som er syk. For å oppnå dette ser vi at vi må bruke tilnæringsmetoder og som Travelbee sier; at vi må lære å bruke oss selv terapeutisk. Vi forstår det Travelbee mener, er at vi som sykepleiere skal klare å bruke de verktøyene som finnes hensiktsmessig

---

for å hjelpe og styrke pasienten, både i forhold til mestring og helsefremming. Vi ser her at det vil være behov for å skape tillit hos pasienten. Vår erfaring er at pasienten åpner seg først når det er tillit til stede. Eide & Eide (2011, s. 50) sier at ved å være tilstedeværende og vise at man forstår og aksepterer pasientens følelser vil det være et godt utgangspunkt for å skape tillit og få i gang en dialog hos pasienten.

I en situasjon hvor vi møter pasienten i krise, kan vi av ulike grunner oppleve misforståelser. Det er derfor viktig at vi er bevisst på hvordan vi bruker språket, både i form av det verbale og nonverbale. Nordby (2009) skriver om misforståelser i form av språkbarrierer, som kan komme av at en av partene snakker dårlig norsk, eller at sykepleieren bruker faguttrykk som pasienten ikke forstår. Det er spesielt i krise at pasienten kan ha redusert evne til å bearbeide informasjon (Eide & Eide, 2011, s. 176). På grunn av dette er det viktig at sykepleieren oppsummerer til slutt, er bevisst på bruken av faguttrykk og forsikrer seg om at pasienten har forstått budskapet på riktig måte. I tillegg til språket, spiller også holdninger en stor rolle. Det er viktig å være tydelig på hva man vil si, ikke bare i form av tale, men også gjennom kroppsspråk. På denne måten vil den verbale og nonverbale kommunikasjonen samkjøres, og det er dermed mindre sannsynlig at misforståelser oppstår. I sykepleierfaget er en god holdning en vedvarende evne til å reagere positivt ovenfor pasienten. Disse holdningene kan komme til uttrykk gjennom språket, følelsesmessige reaksjoner og handlinger.

Et eksempel på dette er hvordan vi møter pasienten i sin krise, der de kommer på sengepost og skal igjennom en behandling. Vi må være bevisst på å ikke se ned på pasienten, men heller kanskje sette oss på huk om pasienten sitter. Vi som helsepersonell må da vise både gjennom kroppsspråk og verbal måte at vi er tilgjengelig. For å skape en kontakt, relasjon og tillit, ser vi at det vil være nødvendig å bruke aktiv lytting som terapeutisk metode, noe som også Travelbee understreker at er viktig for å skape et menneske-til-menneske-forhold (1999, s. 41). Som vi vet, er det kanskje nettopp dette en pasient trenger i en traumatisk krisesituasjon. Dette innebærer en helhetlig holdning rettet mot det å vise interesse, lytte, være åpen, stille spørsmål rettet mot det pasienten snakker om, og oppriktig vise at vi ønsker og hører på det pasienten forteller (Kristoffersen et al., 2014, s. 263).

Som en støttespiller, kan vi komme opp i utfordringer med våre egne følelser. Vi må derfor være bevisst på våre følelser som både er negative og positive. I og med at pasientgruppen er av de yngre, kan det føre til at vi lettere kan involvere oss emosjonelt og være sympatisk, på bakgrunn av at vi har lett for å relatere oss til nettopp denne situasjonen. Vi kan også oppleve

pasienter som er sinte og vanskelige, som kan føles personlig. Vi må her styre egne følelser slik at det ikke går ut over faglige synspunkt (Eide & Eide, 2011, s. 50-51). Det er altså viktig å være empatisk og forstå hvordan kvinnen har det, men ikke være sympatisk ved å føle på det kvinnen føler (Eide & Eide, 2011, s. 37).

Vår erfaring fra praksis er at vi er mye tilstede gjennom pasientens opphold på sykehus. Vi har også opplevd å få vanskeligstilte spørsmål fra pasienter. I tillegg til at man sitter på kunnskap og erfaring ser vi på det som naturlig at pasienten henvender seg til en sykepleier. Vi har sett at på sengepost der pasienten får informasjon av lege om sykdommens progresjon er at man som sykepleier står igjen med mange av spørsmålene pasienten har igjen i ettertid. Et eksempel på dette er spørsmålet "Hvorfor meg?".

Spørsmål som denne, kan bunne i et behov for å finne en årsak og forklaring (Kristoffersen et al., 2014, s. 67), eller som Travelbee (1999, s. 104) tenker at kan komme av manglende aksept for sykdommen. Kristoffersen et al., (2014, s. 67) sier at kulturell livssyn ofte har oppfattelsen av skyld og straff hos høyere makter. Vi har sett fra erfaring i praksis, at til og med ikke-troende plutselig har behov for eksistensiell verdi, ved å både ha en årsak til sykdom, men også for å finne mening. Dette ser vi ved for eksempel at de ønsker å snakke med presten.

I følge Travelbee (1999, s. 103) har vi i en slik situasjon en gylden mulighet til å komme inn på hvordan den syke selv oppfatter sykdom og lidelse. Ser pasienten på sykdommen kun som en dødsdom? Ser de sykdommen som en mulighet? Vi tenker at pasientens perspektiv på sykdommen har en betydning for mestringsmulighetene og hvordan vi skal benytte de verktøyene vi har for å kunne hjelpe pasienten med å mestre.

Vi tolker det hun mener slik at vi som sykepleiere skal gripe sjansen for å gi pasienten meningsfull hjelp, da dette er å vise at vi er tilgjengelig. Vi vil understreke at tilgjengelighet ikke handler kun om å være fysisk tilstede. Vårt mål som sykepleiere er at pasienten skal vite at vi er tilstede når hun har behov for det. Slik kan vi finne balansen mellom nærhet og distanse, når det å få være alene også kan være et behov for kvinnen som lider. Det viktigste er å tydeliggjøre at vi er der når hun ønsker. Vi ser for oss at dette vil være viktig for å få innsikt i hvordan pasienten opplever sin situasjon, og å hjelpe pasienten til å finne mening.

---

Det sentrale hos en sykepleier i støttefunksjonen er i følge Strand (1990, s. 107) å kunne være en “søppelbøtte”, en såkalt “containing-funksjon”, for å kunne ta i mot det sinnet og frustrasjonen pasienten bærer på. Ved å være en støttefunksjon hos pasienten lar vi pasienten få bearbeide sine opplevelser og vi vil etterhvert kunne hjelpe pasienten til å få perspektiv og mening. Ved å gi nye perspektiver, som nevnt, handler om å bekrefte kvinnens rett til å føle og tenke som hun gjør. Det vil ikke si at vi må være enig i det hun uttrykker. Vi legger vekt på at hennes syn er virkelige og sanne, selv om de ikke er det for oss. Vi kan på det tidspunkt som er riktig, gi kvinnen vår virkelighet, som kan åpne for muligheten til at kvinnen forstår at hennes perspektiv ikke er det eneste sanne bildet av virkeligheten (Kristoffersen et al., 2014, s 275).

For at vi skal kunne takle å møte pasientens krisereaksjoner må vi ha innsikt i situasjonen. Ved å ha liten innsikt i en slik situasjon vil vi heller ikke kunne forstå hvorfor pasienten reagerer som hun gjør. Slik som at kvinnen kan være apatisk eller aggressiv i sjokk. En eller annen form for reaksjon vil vi si er å forvente av en person i sjokk, hvor beskjeden om kreft kan skape en stor påkjenning. Vi ser også at det vil være nyttig at vi også samler på de gode følelsene som vi ser pasienten kan ha, slik som håp. Her må vi bemerke oss hva pasienten snakker om. Dette kan for eksempel innebære valg, ønsker og fremtid. Vi kan i følge Strand (1990, s. 108) fungere som en emosjonell depot for å minne pasienten om dette på et senere tidspunkt. Hammer, Mogensen & Hall (2009), understreker at støtten til sykepleier er svært viktig.

Når pasienten er i krise vil vi møte pasienter som har ulike reaksjoner, et eksempel på dette kan være at pasienten vil bli tilbudt behandlingsalternativer og anbefalinger. I slike situasjoner kan pasienten henvende seg til sykepleieren for å høre om hva vi mener og tenker på hva de bør gjøre. Vi må i slike situasjoner tenke på at pasienten skal ta dette valget og ikke vi. Som Brinchmann (2010, s. 89) sier er at pasienten ikke skal presses til å ta avgjørelser som ikke er deres. Vi tenker at Samvalg er et godt verktøy, hvor pasienten både skriftlig og muntlig skal bli opplyst om behandlingsalternativer og konsekvenser og helsepersonell og pasient blir sammen enig om hvilket valg som er det beste (Helsenorge, 2015). Som beskrevet i §3-2 skal pasienten ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsesituasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2016). Vi plikter til å respektere pasienters selvbestemmelsesrett, som beskrevet i Pasient og brukerrettighetsloven (2016) §4-9 som innebærer at pasienten har rett til å nekte behandling etter at man som helsepersonell har forsikret seg om at pasienten har fått tilfredsstillende informasjon og vet konsekvensene

av å nekte behandling. Vi som sykepleiere må derfor støtte pasientens valg uansett om vi er enig i det eller ikke.



---

## 4.2 Pasientperspektiv

Som skrevet i innledning har vi tatt for oss pasientgruppen; kvinner før klimakteriet. Som kreftforeningens statistikk (2015) viser, er det vanligst å få diagnosen i alderen 35 - 49 år. Det er ytterst sjelden at Cancer cervicis uteri oppstår i tidlig 20-årene, hvor tilfellene er fra 0 - 6 tilfeller i året.

Å få beskjed om en kreftdiagnose, vil nok i alle aldre være et sjokk. Slik kreftforeningens statistikk (2015) har vist er det vanligst at cancer cervicis uteri oppstår over alderen 35. Det vil derfor være grunn til å tro at det vil være et større sjokk å få diagnosen i den yngre aldersgruppen vi har tatt for oss.

I fasen hvor pasienten akkurat har fått diagnosen cancer cervicis uteri, vil det være ytterst viktig å ta vare på pasienten. Som vi vet kan det ta litt tid før eventuelle spørsmål kan dukke opp, nettopp på grunn av at pasienten er i sjokk den første tiden. Vår arena på sykehus kan pasienten ha fordøyd noe av dette. Vi vet at vi hele tiden skal gi informasjon kontinuerlig, men likevel ikke presse på samtale da informasjonen kan være mer enn nok for pasienten å takle på tidspunktet. Som nevnt tidligere kan pasienten også på dette tidspunktet ha vanskeligheter med å ta til seg informasjon som blir gitt.

Vårt fokus på de yngre kan stille oss i posisjon til å besvare spørsmål som omhandler seksualitet og fertilitet. Forskning sier at kvinner ønsker på et tidlig tidspunkt informasjon om nettopp hvordan gynekologisk kreft kan påvirke seksualiteten i etterkant av behandling (Bergmark, Lundqvist & Steineck, 2000). Vi ser her grunn til at man som sykepleier skal kunne svare på noe av dette da seksualitet er viktig i alle aldre, mens fertilitet står mer sentralt hos gruppen som ønsker å etablere familie. Studien av Cleary, V., Hegarty, J & McCarthy, G. (2012) belyser også at seksualitet er et problem etter behandling av gynekologisk kreft og informasjon og støtte fra sykepleier er et ønske. For at vi som sykepleiere skal kunne veilede denne gruppen kreves det at vi har kunnskap om de fysiske og psykiske utfordringer disse pasientene har. Som Reitan (2006, s. 86) sier er det mange i helsevesenet som unngår å snakke med pasientene om nettopp dette. Å unngå å snakke om dette kan bidra til å styrke fordommene om at seksualitet er noe som er viktig. Selv om vi møter pasientene før de er i behandling, kan det allikevel for noen være aktuelt å snakke om dette temaet. Her ser vi viktigheten igjen av å ha mot til å ta tak i de vanskelige samtalene, når vi vet at behovet for sykepleiers støtte og disse samtalene både er ønsket og er med på å

forhindre utviklingen av fordommer rettet mot seksualitet.

Vi må hele tiden tenke over at pasienten kan ha redusert evne til å ta informasjon til seg i en krise. Og vi vil derfor forsøke å skille mellom viktig og uviktig informasjon i den første fasen. Hvis pasienten selv ønsker informasjon, tenker vi at det er viktig å formidle dette på en måte som pasienten forstår og i en mengde som er mulig å ta inn over seg. Dette krever at vi har en relasjon til pasienten (Eide & Eide, 2011, s. 167 - 176).

#### **4.2.1 Krise og mestring**

I følge Myskja (2005, s. 29) finnes det ingen oppskrift på hvordan man skal mestre en krise, til tross for at vi mennesker ofte reagerer veldig likt når vi blir stilt ovenfor plutselige påkjenninger, og har ulike erfaringer, forhistorie og kunnskaper. Vi ser derfor at vi må være forberedt på at pasienten kan ha ulike reaksjoner i forbindelse med krisen.

Ved å hjelpe kvinnen med å mestre den nye situasjonen, innebærer dette også en hel rekke andre situasjoner som kan oppstå. Slik som at kvinnen takler ting bedre i fremtiden. Lauver, Kruse & Baggot (1999) legger frem studien om kvinnens evne til å takle ulike forhold, om hvorvidt mestringsstrategier og hjelp med å håndtere stress fremmer mestringsevnen og også reduserer psykiske plager.

Mestringsstrategier som var nevnt her var å rette fokuset vekk fra sykdommen, forsøke å se sykdommen på en annen måte, skaffe nok informasjon, gi uttrykk for følelser og sosial støtte fra et annet menneske. Antonosvky (2013, s. 139) understøtter dette, hvor han også påpeker at sosial støtte ikke kun fungerer som en buffer, men har en direkte sykdomsforebyggende effekt, som vi forstår at også handler om både psykisk og fysisk helse.

Noen pasienter kan reagere med å benekte hele situasjonen, selv da de kommer for å få behandling. En erfaring vi har hatt på gynekologisk avdeling er at pasienten benekter situasjonen ved å være overbevist om at funn om "cancer med mulig metastaser" fra undersøkelser skyldes "en langvarig urinveisinfeksjon". Dette kan forstås med at pasienten ikke er i stand til å tenke fornuftig på grunn av at i sjokkfasen er det vanlig å reagere med å ubevisst skille ut negative tanker, følelser og impulser. Vi vet også at pasienten kan være preget av dette i reaksjonsfasen (Eide & Eide, 2011, s. 167-176, 186). Som vi har skrevet

---

tidligere, så må vi tilpasse informasjonen ved et senere tidspunkt, og møte kvinnen der hun er.

I pasientens krise kan vi oppleve at kvinnen er kritisk til det som bli sagt eller utført. Dette vet vi kan skyldes pasientens forsvarsmekanismer om å projisere. Vår erfaring fra praksis er at pasienten kan på grunn av situasjonen reagere med sinne. På bakgrunn av de tanker og følelser som pasienten reagerer med, kan hun tolke vårt budskap negativt. Selv om vi har forsøkt å legge det frem på en forsvarlig måte. Når vi opplever mye kritikk fra pasienten skal vi ikke la alt dominere situasjonen, men heller møte pasienten med respekt og forståelse over å uttrykke seg. Vi skal forsøke å skape en ramme som gjør at pasienten føler seg ivaretatt ved at vi viser forståelse gjennom å lytte og gi konkret informasjon. I følge Eide & Eide (2011, s. 186) kan det å sette ord på følelser skape bedre grunnlag for å mestre situasjonen. Når pasienten reagerer med projeksjon, ser vi at ”containing” igjen kan være et godt verktøy, slik at pasienten får tømt sinnet.

I møte med pasienter som reagerer med regresjon, kan det som første steg gjøre det enklere for pasienten å ta i mot støtte fra oss som sykepleiere, hvor denne reaksjonen handler om å gi bort alt av ansvar til andre. Vi ser det derfor nødvendig etter hvert at vi setter grenser på en vennlig og bestemt, men aksepterende måte. Dette for å ikke stimulere til ytterligere passivitet. For slik vi vet, gir ikke regresjon i lang sikt noen selvstendighet, mestring eller samarbeid videre (Eide & Eide, 2011, s. 184). Travelbee (1999, s. 122) sier at denne typen atferd er tegn på at pasienten føler håpløshet.

Som sykepleiere i en traumatisk krisesituasjon vil vår jobb være å hjelpe pasienten med handlinger som er med på å endre situasjonen. Dette vil innebære å gi pasienten den kunnskapen som behøves rundt egen sykdom, som i dette tilfelle er cancer cervicis uteri. Som Eide & Eide (2011, s. 182) mener er at pasienten vil få en følelse av å miste kontroll, og ved å gi god støtte gjennom veiledning og informasjon vil det hjelpe pasienten til å føle en kontroll over egen situasjon.

Gjennom praksiserfaring vet vi at å lytte til pasienten fungerer som en trøst. Pasienten har i en slik situasjon behov for å la følelsene slippe løs hvor disse følelsene kan komme til uttrykk i form av gråt og sinne. Eide & Eide (2011, s. 183) sier at dette er med på å gi pasienten emosjonell kontroll og mestringsfølelse, og kan med dette klare å komme videre i krisen. Et eksempel på dette i fra praksis er da en pasienten fikk beskjed om kreft etter å ha

vært på undersøkelse. Sykepleieren er her tilstede under hele prosessen. Etter at legen har gitt beskjeden og gått, reagerer pasienten med gråt og fortvilelse. I denne situasjonen var det viktig å lytte til pasienten og gi trøst.

Som Reitan (2006, s. 55) sier at mennesker i krise vil ha behov for trøst, men at trøst også kan medføre at den som er i krise får manglende forståelse. Pasienten kan derfor oppfatte trøst som at vi forsøker å overtale pasienten til å ikke vise følelser over det som har skjedd, men vi skal heller tenke motsatt, at det er greit å vise følelser. Et eksempel på dette kan være at vi sitter hos pasienten og forteller pasienten at hun har rett til å være sint og heller oppfordre pasienten til å snakke om det. Eller at vi forteller pasienten at det er greit å gråte. På denne måten føler vi at vi viser pasienten både forståelse og tilstedeværelse. Noen kan føle en lettelse over at følelsene blir akseptert av den som mottar. Vi tenker at når pasienten har fått sluppet sine følelser, vil det emosjonelle trykket synke. Slik Eide & Eide (2014, s. 183) sier, så er det nødvendig for pasienten å slippe tanker og følelser til, for å komme over til bearbeidelsesfasen.

#### **4.2.2 Håp**

Det er vår jobb som sykepleiere å hjelpe den syke med å holde fast ved håpet og unngå håpløshet, men også å hjelpe mennesker som opplever håpløshet med å gjenvinne håpet igjen (Kristoffersen et al., 2014, s. 269).

Travelbee (1999, s. 117) mener at håp er en mental tilstand ved at man ønsker å nå fram til et mål, og at målet virker oppnåelig. Sannsynligheten for at det man håper på vil skje kan være i større eller mindre grad, men håpet er likevel virkningsfull, ved at man tar i bruk ressursene hos den enkelte. For å unngå håpløshet mener Travelbee (1999, s. 122) at man som sykepleier skal gjøre seg tilgjengelig og vise at man er villig til å hjelpe. Slik vi ser det kan vi ved å styrke pasientens håp bidra til at pasienten føler kontroll over sin egen situasjon.

I den tidlige stadien av en kreftsykdom vil håpet, som vi vet, være helbredelse. Dette håpet kan vare gjennom behandlingen. I oppgaven ser vi at dette er det mest sentrale for oss og holde fokus på da vi møter pasienten hvor cancer cervicis uteri er nylig oppdaget. Vi ser derfor at det som vil være viktig er å understøtte håpet og samtidig gi nye perspektiver på situasjonen som pasienten befinner seg i. Som Travelbee (1999, s. 123) sier at sykepleierens rolle er å hjelpe pasienten med å holde fast i håpet for å mestre sykdom. Vi ser det slik at vi skal styrke håpet hos pasienten ved å gi pasienten muligheter for valg angående egen pleie,

---

og skape tillit ved å vise at vi er der for å hjelpe gjennom adferd. På denne måten kan vi klare å tilrettelegge for at pasienten skal opprettholde håpet.

Kristoffersen et al., (2014) sier: “Så lenge det er liv, er det håp” (s. 271).

Dette tolker vi som at det alltid vil finnes en form for håp hos pasienten. Slik vi ser det, vil vi understøtte håpet for at det skal være en positiv ressurs og gi en forventning om utvei gjennom vanskelighetene. Da håp er en grunnstein for å overleve kriser og sykdom, vil vi si at “så lenge det er håp, er det liv”.

Forskningsartikkelen til Rustøen & Wiklund (2000) viser til at det er mindre håp hos den yngre gruppen som blir rammet av en kreftdiagnose. Når årsaken til dette kan tenkes å være på grunn av trussel mot blant annet familieetablering, så vil det allikevel skille litt på nettopp krefttype og kreftens stadie. Vi vil ut i fra dette se viktigheten av å opprettholde håpet hos den unge pasienten med cancer cervicis uteri, nettopp fordi krefttypen i hovedsak omhandler senere familieetablering i aller høyeste grad. Kanskje mer enn noen annen kreftform i den nyoppdagede fasen.

Et eksempel på hvordan vi kan bidra til å opprettholde håp er når kvinnen skal til operasjon og håper at behandlingen ikke vil gjøre henne steril. Eller om situasjonen er slik at kvinnen håper på at operasjonen fjerner hele kreften. Her ser vi at håpet kan være knyttet til verdien om framtid og familie. For oss vil det si å understøtte dette håpet i form av omsorg, og kunnskaper. Det er viktig at kvinnen opprettholder håpet som hun måtte ha i denne situasjonen, men vi tenker ikke at vi skal dele synspunkt eller erfaringer da dette kan gi forventninger, eller at kvinnen kan miste håpet. Vi vet at kvinnen har stor sjanse for å bli steril, og vi kan derfor ikke gi pasienten håp i forhold til fertilitet, men at vi heller forsøker å hjelpe kvinnen til å se andre verdier for å finne mening i sykdommen (Gamnes, 2014, s. 97).

For å unngå håpløshet tenker vi at vi må være mest mulig tilstede og villig til å hjelpe pasienten. Vår oppgave vil være å minne kvinnen på egne ressurser og verdier og finne fram kilden til håp. Eksempelet som er nevnt tidligere, hvor pasienten reagerer med å være likegyldig, viser tegn til at pasienten føler håpløshet. Håpløshet, tolker vi ikke som at pasienten direkte mangler håp, men heller at pasienten ikke evner å se håpet. Som det kommer fram i artikkelen til Hammer et al., (2009) må vi forsøke å hjelpe pasienten til å tenke positivt og fokusere på nåtiden for at håpet skal opprettholdes.

Kristoffersen et al., (2014, s. 267) sier at kilden til håp må være nært tilknyttet til personlige verdier.

Hammer et al., (2009) sier at håp er gjengitt i håpløshet. Ved håpløshet mener Travelbee (1999, s. 122 ) at da vil ikke pasienten motta hjelp eller forsøke å endre situasjonene på grunn av manglende tro på seg selv. Hammer et al., (2009) mener at å følge pasientene “ned” i håpløsheten vil være et godt verktøy for å kunne gi omsorgsfull støtte. Igjen, ser vi at tilgjengelighet understrekes som viktig, da tilgjengelighet kan frembringe håp, indre styrke og kraft.

Både Travelbee og Antonovsky ser på det å finne mening og sammenheng som en viktig del av å mestre en krise. Vi har forstått at det å finne mening i lidelse, ikke handler om at rammelsen skal være direkte meningsfull. “Det å finne mening i lidelsen handler om å forsone seg med en ny og endret livssituasjon og finne muligheter og mening i denne” (Kristoffersen et al., 2014, s. 265).

For at pasienten skal finne mening, ser vi at det vil være nødvendig for oss å først finne verdiene knyttet opp mot det som gir kvinnen mening i livet. Her tenker vi først og fremst på verdiene som ressurs til mening og mestring. For slik som Kristoffersen et al., (2014, s. 265) sier, så er det verdiene som gjør livet verdt å leve og opplevelsen av meningsfullhet er det som gir innhold til håpet.

Vi forstår det slik at en verdi er noe som har en stor betydning hos pasienten. Dette kan være familie, nær venn, men også objektive ting eller muligheter. Derfor ser vi et stort behov for å først og fremst se på de overordnede verdier, som største ressurs for kvinnen. De spørsmål som vi må stille oss og pasienten, vil da være: “Hvilke personer betyr noe for pasienten? Hvem ønsker hun å ha rundt seg? Hvem er det hun har tillit til, og hva kan vi forvente av støtte der?”. Slik vi vet, er tilhørighet og nærhet det mest sentrale i all krisemestring (Reitan, 2006, s. 61).

Hvis for eksempel fertilitet er en verdi hos kvinnen, vil dette bli truet av sykdommen. Vi ser her viktigheten ved at vi kan hjelpe kvinnen å finne mening ved å fokusere på andre verdier. Dette kan være at vi forsøker å hjelpe henne til å åpne seg for uttrykk utenfra, som kan endre pasientens holdninger til seg selv og sykdommen (Reitan, 2006, s. 42). Dette handler om at vi skal gi nye perspektiver. Som vi har sagt tidligere vil vi da minne pasienten på andre

---

verdier som hun har. Vi skal ikke finne nye løsninger, slik som å si ”det går alltid an å adoptere”. Da vil kvinnen føle seg misforstått og avvist fordi det handler ikke om å ikke kunne bli forelder, men muligheten til å få egne barn (Kristoffersen et al.2014, s. 275). Dette er en vurderingsrettet mestringsstrategi (Eide & Eide, 2011, s. 173), som innebærer at pasienten forstår de endringer som skjer i livet, samt jobber med å leve med det. Dette må til for at man skal kunne bearbeide krisen (Reitan, 2006, s. 42).

Vi ser at oppfatningen av verdi lett kan misforståes fra vårt perspektiv som sykepleier. Kvinnen behøver ikke å ha ønsket seg barn, eller tenkt tanken på å få barn, for at fertilitet skal være en verdi for henne. For slik som Halliday, L. E., Boughton, M.A & Kerridge, I. (2013) sier i sin studie, så tok kvinnene det for gitt å skulle få barn, men ble mer bevisst på dette etter at diagnosen ble stilt. Dette fordi muligheten til å få barn ikke lenger er tilstede. Derfor bør ikke kvinnens betydning av fertilitet undergraves, da dette er en verdi som blir truet når hun får diagnosen cancer cervicis uteri.

På dette stadiet av krisearbeidet, har vi blitt kjent med pasienten, slik at vi også kan innhente underordnede verdier hos kvinnen. Dette innebærer å finne ut av for eksempel hvilke interesser og hobbyer hun har. Slik som å lese, å trene, musikk eller det å være med på sosiale sammenkomster. Slike ting kan være det som gir mening for kvinnen, det å være kapabel til å utføre det hun har gjort før hun ble syk. Vår erfaring med håp er at det endrer seg i forhold til situasjonen, håpet hos et friskt menneske er knyttet til verdier som for eksempel utdanning og lønn, men som Hammer & Mogensen (2009) påpeker at ved en sykdom så er håpet knyttet til å komme tilbake til det normale, ved at man opprettholder integriteten. Som Antonovsky (2013) sier “Vi er alle døende. Vi er alle, så lenge det finnes en snev av liv i oss, i en eller annen forstand friske” (s. 27).

Av denne forstår vi det slik at vi må hjelpe kvinnen med å se det friske i det syke, og dermed ikke ha fokus på sykdommen.

Erfaring fra praksissituasjoner, er det nemlig ikke kun den negative innstillingen som har vist seg hos absolutt alle. Vi har også opplevd det at pasienten sier; “grunnen til at dette skjedde meg, er fordi jeg er sterk. Jeg ble valgt ut fordi jeg er en av de som takler dette”. Dette tror vi muligens kan bunne i et religiøst livssyn, men også en sterk kampvilje hos pasienten. Vi vet at for mange kan religiøst livssyn og tro være en verdi for et menneske. Dette er i følge Kristoffersen et al., (2014, s. 267-268) noe som er personlig og er med på å

styre en persons holdning, opplevelse og handling og kan være avgjørende i forhold til hvordan man prioriterer. Dette er en overordnet verdi hos et menneske. For oss vil dette bety at vi vil møte mennesker som kan ha verdier knyttet opp mot religiøse livssyn som kan være sterkere enn noen annen verdi. I en traumatisk krise hos kvinnen kan det hende at hun søker mening i livet med hjelp av livssyn. Et eksempel på dette kan være at hun finner mening med sykdommen ved at hun finner krefter eller tror at gud har noe med dette å gjøre.



## 5. Konklusjon

Det finnes ikke et fasitsvar på hvordan man reagerer på å få diagnosen cancer cervicis uteri, og i følge Myskja (2005, s. 29) heller ingen oppskrift på hvordan man skal mestre den.

Mange forbinder det å få en kreftdiagnose med smerte og død, men ifølge Reitan (2010, s. 535) er 5 års overlevelsen for cancer cervicis uteri 73,5% i alle stadier. Med dette forstår vi at prognosen er god og ikke er nødvendigvis en dødsdom. Det er derfor viktig at vi er tilgjengelig for kvinnen i startfasen for å fortelle dette, for mange klarer å kjempe seg gjennom sykdommen (Reitan, 2010, s. 27).

Travelbee (1999, s. 41) og Strand(1990, s. 108) legger begge vekt på at tilgjengelighet og aktiv lytting er sentrale verktøy for å skape tillit og trygghet hos pasienten. Disse begrepene må være tilstede for å kunne skape en relasjon og et menneske-til-menneske-forhold. For at pasienten skal få en trygghet hos oss som sykepleiere må vi ha en holdning som tilsier at vi ønsker å hjelpe.

Vi har sett at håp er en grunnleggende ressurs for mestring, både fra teoretikere, litteratur og forskning. For at håp skal være et hjelpemiddel for oss som sykepleiere, må vi ha etablert en relasjon til kvinnen. Det har vist seg at håp har en sterk tilknytning til begrepene verdi og mening. Vi har sett viktigheten av å først finne frem til verdiene, før vi vet hva som kan være et håp hos kvinnen. Verdiordningen endrer seg hele tiden gjennom livet, ut i fra hva som er viktigst på tidspunktet. Kvinner på samme alder kan ha helt ulike verdier, men verdier som er vanlige, kan tenkes å være seksualitet og fertilitet. Forskjellen på kvinnene, uansett om de er på samme alder eller om det er ti års aldersforskjell, kan verdien skilles på i hvilken grad de er viktigst. Det vi ser ut i fra dette, er nettopp at i en krise, hvor livet, fertiliteten eller seksualiteten blir truet, vil disse verdiene plutselig settes høyere (Kristoffersen et al., 2014, s. 262-267).

Med hensyn til Antonovskys salutogene perspektiv skal vi legge vekk det direkte fokuset på selve sykdommen, men heller bruke de aktuelle og friske verdiene hos kvinnen.

Vi må innhente kvinnens mestringsevne som innebærer både indre og ytre ressurser, hvor håp er en indre ressurs. Som Travelbee sier er et hvert menneske unikt; som vil si at de indre og ytre ressursene vil variere fra kvinne til kvinne. Slik som krefter, kunnskaper, vilje eller

familie, sosiale nettverk, utdanning eller økonomi. Verdien som er viktig i den enkeltes liv, er vedkommende også villig til å kjempe for å beholde (Reitan, 2010, s. 88).

Som svar på vår problemstilling; Krise og mestring, sykepleie til pasienter med nyoppdaget cancer cervicis uteri, ser vi på sykepleierens støttefunksjon som viktig, spesielt hvordan den utføres i forhold til pasientens krise og mestringsstrategier.

---

## 6. Litteraturliste

\*Antonovsky, A (2013) *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. (1.utgave) Gyldendal Norsk Forlag

\*Bergmark, K., Lundqvist, Å. E & Steineck, G.(2000) *Gynekologisk cancer påvirker ofta seksualiteten*. Hentet fra:

<http://lakartidningen.se/OldPdfFiles/2000/21995.pdf>

Brinchmann, B.S (2010) *Etikk i sykepleien* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

\*Cleary, V., Hegarty, J & McCarthy, J(2012) *How diagnosis of gynecological cancer affect women`s sexuality*. Hentet fra:

<http://search.proquest.com.ezproxy.him.no/docview/1321122424?accountid=42560>

Dalland, O (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*.(5 utg) Oslo: Gyldendal norsk Forlag.

Eide & Eide(2011) *Krise -og mestrings teorier. Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, Konfliktløsning, etikk*.(2 utg) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

\*Folkehelseinstituttet(2016) *HPV-humant papillomavirus*. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/sv/vaksine/hpv/hpv-og-hpv-vaksine/hpv>

\*Gynkrefitforeningen(2016) *Livmorhalskreft*. Hentet fra:

<http://www.gynkrefitforeningen.no/kreftformene/livmorhalskreft/>

\* Halliday, L. E., Boughton, M. A & Kerridge, I(2013) *Mothering and self-othering: The impact of uncertain reproductiv capability in young women after hemotological malignancy*.

Hentet fra:

<http://dx.doi.org.ezproxy.him.no/10.1080/07399332.2013.770005>

\*Hammer, K., Mogensen, & Hall, O.C.E. (2009) *Hope as experienced in women newly diagnosed with gynecological cancer*. Hentet fra:  
<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.hihm.no/science/article/pii/S1462388909000234?np=y&npKey=cf8795c2d647d0ac4b62c6ad1178167f35483c113d86c12ef98fc74aafef3b0d>

\*Helsenorge (2015) *Samvalg*. Hentet fra:  
<https://helsenorge.no/rettigheter/samvalg>

Hummelvoll, J. K. (2006) *HELT-ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\*Klepp, O. (2017). *Cancer*. Hentet fra:  
<https://sml.snl.no/cancer>

Kristoffersen, J. N., Nortvedt, F & Skaug, E, -A (red) (2. utg) (2014) *Grunnleggende sykepleie: Sykepleirens grunnlag, rolle og ansvar*. (Bind.1) Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kristoffersen, J.N., Nortvedt, F & Skaug, E, -A (red) (2. utg) (2014) *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer*. (Bind.3) Oslo: Gyldendal Akademiske.

\*Kreftregisteret (2017) *Kreftstatistikk*. Hentet fra:  
<https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kreftstatistikk/>

Kunnskapsbasert Praksis (2012) *PICO*. Hentet fra:  
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>

\*Lauver, D. R., Kruse, K. & Baggot, A. (1999) *Women's uncertainties, coping, and moods regarding abnormal papanicolaou result*. Hentet fra:  
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/detail/detail?sid=678c3473-a0de-489f-b1f3-4a98231bb1e2%40sessionmgr4008&vid=0&hid=4107&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#AN=107090253&db=c8h>

\*LOV-2015-12-11-97. Pasient og brukerrettinghetsloven. Hentet fra:  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_1#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1)

---

\*Lönnberg, S & Nygård, M.(2017)*Unge kvinner mer utsatt for livmorhalskreft*. Hentet fra:  
<https://www.krefregisteret.no/Generelt/Nyheter/Unge-kvinner-mer-utsatt-for-livmorhalskreft/>

\*Myskja, A.(2005) *Hvordan leve med kreft: Hvordan styrke håp og livsmot*. Oslo:Cappelen's Forlag.

\*Nesheim, B (2017). *Livmorhalskreft*. Hentet fra:  
<https://sml.snl.no/livmorhalskreft>

Nordby, H(2009)*Oppfatter pasienten det du sier?* . Hentet fra:  
<https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/117355.pdf>

Nortvedt, P (red) (2014), *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

\*Reitan, A. M & Schjølberg, T. K(red)(2006) *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling*. Oslo: Akribe Forlag.

\*Reitan, A. M & Schjølberg, T.J(red)(2010) *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling*.(3.utg) Oslo: Akribe Forlag.

\*Rustøen, T & Wiklund, I(2002) *Hope in newly diagnosed patients with cancer*. Hentet fra:  
[http://ovidsp.ovid.com.ezproxy.hihm.no/sp-3.25.0a/ovidweb.cgi?&S=HKKKPDKJLMHFKNALFNGKHEAGNPMDAA00&Link+Set=S.sh.32%7c1%7csl\\_10](http://ovidsp.ovid.com.ezproxy.hihm.no/sp-3.25.0a/ovidweb.cgi?&S=HKKKPDKJLMHFKNALFNGKHEAGNPMDAA00&Link+Set=S.sh.32%7c1%7csl_10)

Strand, L(1990) *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal norsk Forlag.

\*Tellugen, I.(2017) *Livmorhalskreft: Cervixcancer*. Hentet fra:  
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>

\*Travelbee, J.(1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo:Gyldendal Norsk Forlag.

## 7. Vedlegg 1

Databaser:	Søkeord:	Funn:	Tittel:
Chinal	Cancer, needs, sexuality	24 Funn	How diagnosis of gynecological cancer affects women`s sexuality.
Ovid Chinal	Hope, cancer, newly diagnosed	75 Funn	Hope in newly diagnosed patiets with cancer
Svemed+	Gynekologisk cancer, seksualitet	2 Funn	Gynekologisk cancer påvirkar ofta seksualiteten.
Chinal	Cervical cancer, niagnosed, nursing	2 Funn	Hope as experiences in newly diagnosed with gynecological cancer.
Oria	Cervical cancer, women, coping, Mood	113	Women`s uncertanties, coping and moods regarding abnormal

			papanicolaou result. (1999) Lauver, DR, Kruse, K & Baggot, A.
Sykepleien.no	Kommunikasjon, krise	Fagartikkel, 42 funn , side 3	Oppfatter pasienten det du sier?
Chinal	Cancer , fertility young adult, women.	550 funn	Mothering and self- othering: The impact of uncertainreproductiv capability in young women after hematological malignancy

## 8. Vedlegg 2. PICO-skjema som skal brukes i forberedelse til litteratursøk

**Problemstillingen bør formuleres som et spørsmål.**

**Spørsmålet skal bestå av følgende 4 (evt. 3) deler (etter PICO-modellen):**

1. **Patient/problem.** Hvilke pasienter/tilstand/sykdom dreier det seg om?  
Pasient med nyoppdaget livmorhalskreft.
2. **Intervention.** Hvilken intervensjon/eksposisjon dreier det seg om?  
Krise og mestring
3. **Comparison.** Hva sammenlignes intervensjonen med?  
Hvordan yte god sykepleie
4. **Outcome.** Hvilke effekter/utfall er av interesse?  
Håp, mestringsstrategier, sykepleierens rolle, seksualitet, fertilitet

**Skriv hele spørsmålet her:**

Hvordan kan man yte god sykepleie til pasienter med nyoppdaget livmorhalskreft?

**Hva slags type spørsmål er dette?**

- Diagnose
- Prognose
- Etiologi
- Effekt av tiltak**
- (Pasient)erfaringer

**Hvilke søkeord er aktuelle for å dekke problemstillingen?**

P	I	C	O
person/pasient/problem	intervensjon/eksposisjon	evt. sammenligning	utfall
Crisis and coping	Patiens experiences	How to handle cope	Patients'
Newly diagnosed	coping strategies	Nurse	experiences of
cancer	hope		coping cancer
sexuality			
fertility			
cervical cancer, gynecological			
hope			
young adult			