



### **Spor i liv og underliv**

Hvilke faktorer opplever kvinner som er behandlet for livmorhalskreft må være til stede for å mestre å leve med sykdommen?

Kandidatnummer: 1034

Diakonhjemmet Høgskole

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 11sykhel

Antall ord: 9747

Dato 13.03.2014

## **Sammendrag**

Tittel: Spor i liv og underliv

Formål: Å undersøke hvilke faktorer kvinner som er behandlet for livmorhalskreft opplever må være til stede for å mestre å leve med sykdommen.

Problemstilling: Hvilke faktorer opplever kvinner som er behandlet for livmorhalskreft må være til stede for å mestre å leve med sykdommen?

Metode: Litteraturstudie

Hovedkonklusjon: Livmorhalskreft er en sykdom som kan føre til en rekke bivirkninger etter behandling. Kjennskap til hvilke faktorer som fører til mestring vil kunne øke livskvaliteten til kvinnen som skal leve med sykdommen. Selv om det å rammes av krise vil være smertefullt, kan det gi vekst på personlig plan og i møte med andre.

## Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	5
1.2 Presentasjon og begrunnelse for valg av problemstilling .....	5
1.3 Begrepsavklaring .....	6
1.3.1. Mestring .....	6
1.4 Avgrensning av oppgaven.....	6
<b>2 Teori</b> .....	9
2.1 Livmorhalskreft.....	9
2.2 Forekomst.....	9
2.3 Årsaker til livmorhalskreft.....	10
2.4 Stadieinndeling.....	10
2.5 Behandling av livmorhalskreft.....	11
2.5.1. Bivirkninger etter behandling for livmorhalskreft .....	11
2.6 Prognose .....	11
2.7 Å leve med livmorhalskreft.....	12
2.7.2. Stress.....	13
2.7.3. Mestring og mestringsstrategier .....	15
<b>3 Metode</b> .....	17
3.1 Valg av metode.....	17
3.2 Valg av litteratur og datamateriale .....	18
3.2.1. Søkehistorikk.....	20
3.3 Kildekritikk.....	21
3.4 Analyse av funn.....	22
3.5 Etske overveielser.....	22
<b>4 Presentasjon av funn</b> .....	24
4.1 Sosial støtte .....	24
4.2 Positiv vekst.....	24
4.3 Aktivitet, avslapningsteknikker og livsstil .....	25
4.4 Positiv relasjon til helsepersonell.....	25
4.5 Informasjon om senvirkninger .....	25
4.6 Tro og åndelighet.....	25
4.7 Veiledning om seksualitet .....	26
<b>5 Drøfting</b> .....	27
5.1 Sosial støtte .....	27
5.2 Positiv vekst.....	28

5.3 Aktivitet, avslapningsteknikker og livsstil .....	29
5.4 Positiv relasjon til helsepersonell.....	30
5.5 Informasjon om senvirkninger .....	31
5.6 Tro og åndelighet.....	32
5.7 Veiledning om seksualitet .....	33
<b>6 Konklusjon.....</b>	<b>34</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>36</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>39</b>
Litteraturmatrise 1.....	39
Litteraturmatrise 2.....	40
Litteraturmatrise 3.....	40
Litteraturmatrise 4.....	41
Litteraturmatrise 5.....	47

## 1 Innledning

Forekomsten av livmorhalskreft i Norge har blitt redusert med omtrent 30 % etter det i 1995 ble innført et organisert screeningprogram mot denne sykdommen (Kreftregisteret 2013). Til tross for det, fikk 303 kvinner denne sykdommen i 2011 og det er den hyppigste kreftformen blant kvinner under 35 år (ibid). Et stort antall av de som ble rammet av livmorhalskreft hadde ikke fulgt anbefalingene fra Masseundersøkelsen om å ta celleprøve hvert tredje år (ibid). Det er svært urovekkende!

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Bedre verktøy for diagnostisering og økt kunnskap om behandling har ført til økt sjans for å overleve gynekologiske kreftsykdommer (Sekse et al. 2011). Det betyr også at flere kvinner skal mestre et liv etter de er ferdig behandlet på sykehuset.

I forbindelse med "Livmorhalskreftuken" tidligere i år var det en debatt hvor blant annet Gynkreftforeningen var representert. Der var kvinner med ulike alder som hadde det til felles at de hadde fått livmorhalskreft som hadde satt spor i både liv og underliv. De fortalte om tiden etter behandling og om hvor sårbare de hadde følt seg. For noen hadde sykdommen ført til inkontinens, lymfødem, kronisk diaré og blødninger. Arrdannelse, skjedetørhet og samleiesmerter hadde påvirket deres seksualitet. Andre hadde mistet muligheten for å få barn. På samme tidspunkt opplevde noen at døden tok et skritt nærmere.

Det var mange konsekvenser av sykdommen som kvinnene skulle forholde seg til. Det å ha en gynekologisk lidelse knyttes gjerne opp mot sjenanse, skam og skyldfølelse for den enkelte (Jerpseth 2010:18). Samtidig var det så nært og usjenert det de beskrev og jeg stod ansikt til ansikt med min egen forlegenhet. Jeg hadde lite kunnskap om hva som kunne understøtte mestring i møte med disse kvinnene. Samtidig tror jeg at mestring er nødvendig for å klare å leve med denne sykdommen. Det gav meg interesse for å finne ut mer om hvilke faktorer som kvinner med livmorhalskreft opplever at fører til mestring.

### 1.2 Presentasjon og begrunnelse for valg av problemstilling

Problemstillingen er som følger: *Hvilke faktorer opplever kvinner som er behandlet for livmorhalskreft må være tilstede for å mestre å leve med sykdommen?*

Dette spørsmålet er viktig å besvare fordi det kan gi verdifull informasjon til kvinner som i fremtiden skal mestre å leve med livmorhalskreft. Det er få studier som har gått i dybden og undersøkt hvordan kvinner med livmorhalskreft finner seg til rette med seg selv igjen etter å ha overlevd (Sekse et al. 2012:2627). Ut ifra det kan det være interessant å se på de studiene som er og ut ifra det belyse et område som har vært lite i fokus. Å sørge for at informasjonen som blir gitt baserer seg på objektive kilder bidrar til mestring for kvinnen som skal gjennomgå behandling for livmorhalskreft (Greenvald og McCorkle 2007:51). Det betyr at det er viktig at kvinner som er i denne nye situasjonen får kjennskap til hvilke erfaringer kvinner som tidligere har vært i samme situasjon har gjort seg.

**Merknad [b1]:** En setning om hvorfor det er viktig for sykepleien

Å ha kjennskap til de *faktorer* som må være til stede for å mestre å leve med sykdommen kan betraktes som et fundament i det sykepleieren skal understøtte mestring hos pasienten (Norsk Sykepleieforbund 2011). Det kan bidra til å gjøre sykepleien mer tilpasset denne pasientgruppen når kjennskap til erfaringer fra pasienter som har vært gjennom det samme kommer frem. Således kan problemstillingen betraktes som relevant for sykepleiere.

## 1.3 Begrepsavklaring

### 1.3.1. Mestring

Kognitive og atferdsmessige bestrebelser, som er under konstant forandring og søker å håndtere spesifikke ytre og/eller indre krav, som vurderes å være plagsomme eller overskrider personens ressurser (Lazarus og Folkman 1984:141, referert i Lazarus 2006:139).

## 1.4 Avgrensning av oppgaven

På verdensbasis er livmorhalskreft den tredje hyppigste kreftformen blant kvinner (Kreftregisteret 2013). Sett i lys av det er problemstillingen også relevant til å gjelde kvinner med fremmedkulturell bakgrunn, men slik jeg ser det vil da også tematikken måtte forstås ut fra en annen kulturell setting. Oppgaven er derfor avgrenset til å gjelde etnisk norske kvinner.

Livmorhalskreft rammer hovedsakelig kvinner i alderen fra 25 år og oppover og den gjennomsnittlige alderen ved diagnose er 52 år (Onkologisk oppslagsverk 2012). Masseundersøkelsen for livmorhalskreft anbefaler kvinner mellom 25 og 69 år å ta celleprøve fra livmorhalsen hvert tredje år (Kreftregisteret 2013). Med hensyn til at en betydelig andel av de som rammes av livmorhalskreft også er over 69 år, vil problemstillingen inkludere kvinner i alderen 25 år til 85+. Det kan påpekes at særskilte utfordringer som alderdom kan representere ikke vil vektlegges i denne oppgaven. Utgangspunktet vil være at det å få en kreftsykdom, uavhengig av alder, vil for mange utfordre deres evne til mestring (Reitan 2010:80).

Avhengig av svulstens type og utbredelse varierer behandlingstypene (Bergsjø et al. 2010:347). Det betyr at bivirkningene etter behandling vil variere deretter (Kristensen 2010:535). Samtidig kan det å behandles for livmorhalskreft, uavhengig av stadium eller behandlingsform, betraktes som en radikal endring i det enkelte menneskes tilværelse (Giersing 2002:31). Kvinnen står ovenfor mange nye utfordringer som forutsetter en eller annen form for mestring (Reitan 2010:72). Ut ifra det er det nærliggende å tro at dette kan gi lærdom for sykepleieren som møter kvinnene som eksempelvis behandles for livmorhalskreft med stråleterapi poliklinisk, så vel som for sykepleieren som møter kvinnene som er innlagt på sykehuset i forbindelse med det operative inngrepet. Dermed vil det ikke dreie seg om ett bestemt stadium, men målet ved behandlingen er avgrenset til å være kurativ.

Kvinnene *som er behandlet* vil i denne oppgaven hovedsakelig konsentrere seg om kvinner som har levd 5 år eller mer etter diagnosen. De kaller man gjerne langtidsoverlevende (Dahl 2013:14). Det kan hende at kvinner som har uttalt seg kort tid etter behandling vil oppleve at andre faktorer måtte være til stede sammenlignet med de langtidsoverlevende og det er en faktor det må tas hensyn til at kan påvirke resultatet. På den andre siden kan de langtidsoverlevende også uttale seg om faktorer som var av betydning kort tid etter behandling i tillegg til at de vil kunne uttale seg om faktorer som gav mestring på sikt. Sett ut

i fra det perspektivet kan de langtidsoverlevende sin opplevelse favne problemstillingen tilfredsstillende.



## 2 Teori

Her gis først en teoretisk fremstilling av livmorhalskreft før det å leve med sykdommen knyttes opp mot teori om mestring.

### 2.1 Livmorhalskreft

Livmorhalskreft eller cervixcancer betegner en ondartet svulst som utvikler seg i livmorhalsen som er en del av de kvinnelige kjønnsorganene (Jerpseth 2010:37). Livmorhalskreft starter i overgangssonen mellom sylinderepitel og plateepitel med en celleforandring (Onsrud og Tropé 2010:346). Til forskjell fra andre gynekologiske kreftformer kan denne utviklingen gå svært langsomt og dermed er det lett å påvise forstadier ved rutinemessig celleprøvetaking (ibid: s.345). Det vil gjerne være få eller ingen symptomer i tidlig stadium (Kristensen 2010:533). Den vanligste grunnen til at kvinnen oppsøker lege er gjerne uregelmessig blødning, gjerne i forbindelse med samleie, blodig eller illeluktende utflod og smerter i underlivet/magen (Onkologisk oppslagsverk 2012). Ettersom sykdommen blir mer fremskreden vil symptomene kunne være rettet mot betydelige smerter i underlivet, blodpropp, blødning fra blære eller endetarm, nyresvikt og massiv blødning fra skjeden (ibid).

### 2.2 Forekomst

På verdensbasis er livmorhalskreft en av hovedårsakene til at kvinner dør av kreft og særlig i mange utviklingsland er det den hyppigste kreftformen hos kvinner (Kristensen 2010:532). I 2011 ble det i Norge registrert 303 nye tilfeller av livmorhalskreft (Kreftregisteret 2011). Det samme året var det 66 kvinner som døde på grunn av sykdommen her til lands (ibid). Det er sjelden kvinner under 25 år rammes av livmorhalskreft, men blant kvinner i alderen fra 25 år og oppover øker forekomsten (ibid). Blant kvinner mellom 35-39 år ses sykdommen den hyppigst og det er den vanligste kreftformen hos kvinner under 35 år. Videre kan det nevnes at gjennomsnittsalderen ved diagnose er 52 år (Onkologisk oppslagsverk 2012).

Siden 1950-tallet har forekomsten av livmorhalskreft i Norge blitt redusert med i underkant av 40 % (Kreftregisteret 2011). Denne nedgangen skyldes primært *Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft* som er et screeningtilbud til alle kvinner i alderen 25-69 år (ibid). Formålet med denne undersøkelsen er å ”identifisere og behandle forstadier til kreft på et tidlig stadium før det utvikles til kreft” (Kreftregisteret 2013). Tilbudet innebærer en påminnelse om å ta

celleprøve og sendes ut i form av et brev hvert tredje år (ibid). Halvparten av de som får livmorhalskreft har ikke tatt celleprøve i løpet av de siste tre årene (ibid). Det må også nevnes at fra og med høsten 2009 ble HPV-vaksinen en del av barnevaksinasjonsprogrammet for jenter på 7.klassetrinn med den primærhensikt å forebygge livmorhalskreft (ibid). Foreløpig rapporteres det om gode effekter (ibid).

### **2.3 Årsaker til livmorhalskreft**

Årsaken til livmorhalskreft kan relateres til infeksjon med humant papillomvirus (HPV) (Kristensen 2010:532). Viruset overføres via slimhinnekontakt, oftest seksuelt (ibid). Risikofaktorer for utvikling av livmorhalskreft er tidlig seksualdebut og flere seksualpartnere (ibid). Det kan føre til at kvinnene gis skyld i sykdommen og opplever stigmatisering i møte med helsepersonell og andre (Shepherd og Gerend 2014). Når det er sagt, blir de fleste seksuelt aktive kvinner utsatt for smitte med HPV, men bare omtrent 1% utvikler livmorhalskreft (Onkologisk oppslagsverk 2012). Følgelig må det være noen kofaktorer til stede ved kreftutvikling. Kvinner med svekket immunforsvar, samt røyking, som kan påvirke immunforsvaret i livmorhalsen, kan gi høyere grad av risiko for utvikling av livmorhalskreft (ibid). I dag er over 120 ulike typer av HPV kjent, men bare 14-15 av disse typene er kjent som onkogene, spesielt virustype 16, og 18 (ibid). Når det gjelder HPV type 6 og 11 fremkaller disse kjønnsvorter, men de er ikke onkogene (Kristensen 2010:352). De fleste kvinner som smittes med HPV, vil bli kvitt viruset etter hvert, men dersom ikke virusmitte forsvinner, kan det føre til forstyrrelser i celledelingen som kan gi celleforandringer (Kristoff 2011:402).

### **2.4 Stadieinndeling**

Ved påvist livmorhalskreft vil det gjøres en stadiebestemmelse basert på svulstens utbredelse (Onkologisk oppslagsverk 2012). Stadieinndelingen gjøres på bakgrunn av funn ved gynekologisk undersøkelse, cystoskopi (undersøkelse av urinblære og urinrør ved hjelp av skop), urografi (røntgen av nyrer og urinveier), rektoskopi (gransking av endetarm ved hjelp av skop) og røntgen av lungene med hensyn til metastaser (ibid). Stadium I innebærer at svulsten er begrenset til livmorhalsen (ibid). Ved stadium II vokser svulsten over på vagina eller ut i parametriet (det løse bindevevet rundt livmorkroppen) (Onsrud og Tropé 2010:346). Ved stadium III har svulsten nådd nedre del av vagina eller så er den fiksert til bekkenveggen

(ibid). Stadium IV innebærer at svulstgjennombrudd til blære og/eller rektum eller fjermetastaser (ibid).

## **2.5 Behandling av livmorhalskreft**

Behandlingen som gis avhenger av hvilket stadiet kreften tilhører og svulstens størrelse (Onsrud og Tropé 2010:347). Kirurgi er aktuelt dersom svulsten er begrenset til stadium I. (Onkologisk oppslagsverk 2012). Dersom operasjon frarådes på grunn av høy alder eller annen årsak, kan strålebehandling også gis når svulsten er begrenset til stadium I (ibid). Ved stadium II med spredning til parametriere til stadium IV med svulstgjennombrudd til blære og/eller bekken gis kjemoterapi samtidig med strålebehandling (ibid). Ved fjermetastaser ved stadium IV vil kjemoterapi være den viktigste behandlingen (ibid).

### **2.5.1. Bivirkninger etter behandling for livmorhalskreft**

Avhengig av hvilken behandling som har blitt gitt, kan ulike komplikasjoner forekomme (Kristensen 2010:535). Omfattende kirurgi kan gi lymfødem, problemer med blæretømming og seksuell dysfunksjon (Kristoff 2011:402). En følge av strålebehandling kan også være infertilitet og at kvinnen kommer i overgangsalderen (Kristensen 2010:535). Videre vil tarmproblemer med diaré og hyppige tømminger kunne forekomme dersom tarmen har blitt bestrålt (ibid). Hyppigere vannlating og inkontinens kan forekomme (Kristensen 2010:535). En annen konsekvens av strålingen kan være trang og kort vagina som kan gi samlivsproblemer (ibid). Ved bruk av vannbaserte glidekremer og vaginale dilatatorer kan disse plagene reduseres (Jerpseth 2010:39). Av ulike årsaker kan også trøtthetsfølelse (fatigue) etter behandling forekomme (Onkologisk oppslagsverk 2012). Dette kan noen ganger koples til en klar årsak, for eksempel på grunn av for lavt væske- og matinntak eller det kan være knyttet til flere faktorer som for eksempel uro, stress og bekymring knyttet til sykdommen (ibid). For kvinner som opplever at trøtthetsfølelsen blir kronisk, kan det å tilpasse aktivitetene til et lavere energinivå føre til bedring (ibid).

## **2.6 Prognose**

Prognosen henger sammen med svulstens størrelse og utbredelse ved oppstart på behandlingen (Kristensen 2010:535) Ved stadium I er femårsoverlevelsen 92,6 % og for stadium II, III og IV er den henholdsvis 61 %, 37,2 % og 8,7 % (ibid). For alle stadiene til sammen er femårsoverlevelsen 78 % (Onkologisk oppslagsverk 2012).

## 2.7 Å leve med livmorhalskreft

Når det er snakk om å leve med livmorhalskreft er det her snakk om ”den fasen der kreftbehandlingen er gjennomført så langt som mulig og leveutsiktene er rimelige” (Dahl 2013:132). Det kan være at kreftsvulsten er borte for alltid eller det kan være at den er borte for en periode (ibid).

### 2.7.1. Eksistensiell forståelse av sorg og kriser

Å bli rammet av livmorhalskreft vil for mange av kvinnene innebære å komme i en krise som utfordrer deres evne til mestring (Reitan 2010: 80). Å være i krise er ingen sykdom, men en naturlig eksistensiell opplevelse (ibid: s.72). En forståelse om kriser kan være viktig fordi det gjerne er en sammenheng med at tidligere ubearbeidede kriser kan gjøre mennesket mer sårbart når det møter ny motgang (ibid: s.79). Det vil da svekke den enkeltes livsmot og tillit til at vedkommende kan mestre hverdagslivet sitt som igjen vil være av betydning for hvordan det er å leve med sykdommen (ibid). Det finnes forskjellige måter å forstå en krise på. I det følgende vil det tas utgangspunkt i en velkjent teori basert på en eksistensiell forståelse.

**Merknad [ÅE2]:** Til slutt ved kap?

Tekstforfatter Erik Hillestad skriver i ”Sangen om gleden”, kanskje mer kjent i form av Sigvart Dagslands fremførelse: ”La solen seila øve himmelen, på sleb e’ alltid nåttå med. Om glede snart må viga plass for sorg, e’ begge frukt av same store tre”. At både sorg og glede er frukt av samme tre, er også en essensiell oppfatning innen den eksistensielle forståelsen. Kriser vil eksistere så lenge livet er (Reitan 2010:74). Når mennesket opplever en krise innebærer det alltid både smerte og mulighet, og veien til muligheter går gjennom smerten (ibid). Krisen forsås ut ifra tre dimensjoner: Tapsdimensjonen, motgangdimensjonen og den eksistensåpnende dimensjonen.

Tapsdimensjonen går ut på at den kriserammede mister noe, og om at reaksjonen på tap er sorg (ibid). Det kan tyde på at enkelte kvinner som rammes av livmorhalskreft opplever tap av mening i forbindelse med det å bli syk (Clemmens et al. 2008:901). Gjennom sorg vil opplevelsen av tap gradvis gå over slik at livslysten gradvis bedres (Reitan 2010:74). Likevel kan det tyde på at opplevelsen av tap for enkelte kvinner kan vare ved (Clemmens et al. 2008:901). Eksempelet på neste side er et utdrag fra en kvinne med livmorhalskreft sin opplevelse knyttet til det å leve med sykdommen.

Strålingen tok nærmest livet av meg. Det ruinerte livet mitt, og selv etter 15 år forfølger det meg. Strålingen forlot meg med kronisk diaré og jeg lever livet mitt rundt tarmene. Det er ganske tøft når du må bruke om lag to timer hver morgen på å løpe frem og tilbake til toalettet før du kan starte dagen din.

(Clemmens et al. 2008:901)

Motgangdimensjonen går ut på at det ser ut til at noen mennesker opplever mer motgang i livet enn andre (Reitan 2010:74). Da vil det neste spørsmålet dreie seg om hvordan den enkelte forholder seg til å møte motgang igjen og igjen (ibid: s.75). Mens noen vil ta frem sine ressurser i et forsøk på å finne muligheter, kan andre bli mer tilbakeholdne og bitre og dermed forsterke sin egen motgang (ibid: s.75).

**Merknad [ÅE3]:** Både ibid og sidetall?

Den eksistensielle dimensjonen innebærer at krisen kan gi åpning til en dypere forståelse av hva livet dreier seg om (Reitan 2010:75). Krisen vil gi smerte, men utfallet kan være at den kriserammede får en mulighet til å finne seg selv, bli mer bevisst sitt ståsted og det kan bli et personlig vendepunkt (ibid). Når det her er snakk om smerte er det ikke bare den fysiske smerten, men også de alvorlige tankene som kan melde seg når fremtiden oppleves som truet (Bøggild 2002:62). Spørsmål som ”Hvorfor meg, hvorfor skal jeg lide?” og ”Hvem er jeg dersom jeg ikke lenger kan...?” er noen eksempler på vanlige reaksjoner (ibid). I forlengelsen av disse eksistensielle spørsmålene kan også den syke oppleve en religiøs eller åndelig betydning (ibid). For en kristen kan spørsmål som ”Hvis Gud er god, hvorfor lar han meg lide?” og ”Kan jeg få tilgivelse?” aktualiseres i en krisesituasjon (ibid). Når det er sagt trenger ikke denne åndelige dimensjonen være knyttet til en gud, men det kan tyde på at behovet for åndelighet forsterkes ved sykdom (Taylor, 2006).

### 2.7.2. Stress

Stress er helt avgjørende for vår sosiale, fysiologiske og psykologiske helse (Lazarus 2006:43). En stressor er en form for ytre påvirkning som resulterer i en stressreaksjon eller stressrespons (Lazarus 2006:49). En kvinne som skulle til legekonsultasjon kan benyttes for å eksemplifisere hvordan legekonsultasjonen og prøvesvaret ble en stressor (Sekse et al. 2010:803). Kvinnen hadde blitt behandlet for livmorhalskreft fem år i forveien og hos legen fikk hun beskjed om at leverprøvene hadde forhøyet verdi (ibid). Hennes umiddelbare reaksjon var: ”Kreft i leveren!” I etterkant forstod hun at denne reaksjonen ikke var realistisk (ibid). Dette viser at stress kan oppstå i forbindelse med frykten for tilbakefall som er en frykt det tyder på

eksisterer blant kvinner som lever med livmorhalskreft (Sekse et al. 2010 og Clemmens et al. 2008).

Det skilles gjerne mellom negativt og positivt stress (Lazarus 2006:49). Den destruktive formen for stress kommer til uttrykk gjennom aggresjon og sinne, men stress kan også være positivt ved at det kommer til uttrykk i følelser og eksempelvis empati for medmennesker (ibid). Lazarus påpeker at forholdet mellom stress og følelser er nært (Lazarus 2006:54). Om man for eksempel er lykkelig over å ha blitt erklært frisk fra en sykdom, kan også det være forbundet med positivt stress ved at man frykter at disse gunstige omstendighetene som har gitt en god følelse skal forsvinne. Da kan man iverksette mestringsstrategier for å forhindre at dette skal skje (ibid). Det er to forhold som påvirker hvordan stressoren oppfattes (Reitan 2010:80). Vår erfaring er det ene og det andre er vår opplevelse av kontroll over den (ibid).

### **Psykologisk stress**

Lazarus og Folkman definerte i 1984 (referert fra Kristoffersen 2011:143) psykologisk stress som *et forhold mellom personen og omgivelsene som ut fra personens oppfatning tærer på eller overskrider hans ressurser og setter hans velbefinnende i fare*. I denne sammenheng er det naturlig å belyse psykologisk stress i forbindelse med sykdom.

Psykologisk stress kan oppstå ved opplevelse av et *tap*, en *trussel* eller en *utfordring* (Lazarus 2011:49). Tap av mening ble nevnt tidligere. Det er en opplevelse som ut fra den enkeltes *primærvurdering*, oppleves som et tap (Kristoffersen 2011:144). Et tap dreier seg om et tap som alt er inntruffet (Lazarus 2006:50). Tapet kan også være knyttet til bestemte funksjoner (Kristoffersen 2011:144). For eksempel tap av evnen til å få barn som kan være tilfelle etter full strålebehandling (Onkologisk oppslagsverk 2012). Å få en alvorlig sykdom kan, etter den enkeltes primærvurdering, være eksempel på en trussel eller en utfordring (Kristoffersen 2011:144). En trussel har å gjøre med en skade eller et tap som ennå ikke har inntruffet, men som det er muligheter for eller sannsynlig at vil inntreffe i nærmeste fremtid (ibid). En utfordring betegner en følelse av at det å oppnå noe bestemt er forbundet med vanskeligheter, men samtidig en tro på at denne vanskeligheten kan overvinnes (ibid).

Psykologisk stress og følelser er avhengig av hvordan enkeltpersonen vurderer sitt samspill med miljøet eller de relasjonelle omstendighetene (Lazarus 2006:53).

Primærvurderingen tar utgangspunkt i den enkeltes kognitive vurdering og hva én oppfatter i en situasjon kan variere fra hvordan en annen oppfatter situasjonen (Kristoffersen 2011:144). På den måten kan man si at individets sårbarhet ovenfor en stressor varierer (Lazarus 2006:74). Hvordan en stressor påvirker individet kan også endre seg over tid og ut fra ulike situasjoner. Dersom situasjonen minner om noe individet har opplevd tidligere som vedkommende kom godt ut av, kan det redusere opplevelsen av stress. Motsatt kan det være at en situasjon som er alvorlig, ny og usikker forsterker opplevelsen av stress (Kristoffersen 2011:145). Gjennom en *sekundærvurdering* gjøres en vurdering av hvilke muligheter som finnes. Selvtillit og tilro til egne ressurser varierer fra person til person og det påvirker egen mestringsevne (ibid). I denne fasen vil tidligere erfaringer, kunnskap og ferdigheter bli faktorer som trekkes frem for å se om de er tilfredsstillende nok for å håndtere situasjonen (ibid). Om personen så gjør en *revurdering* av situasjon kan det være en følge av ny informasjon fra omgivelsene eller fra personen selv (ibid). Kvinner med livmorhalskreft myndiggjøres ved å få tilgang til kunnskaper og informasjon og ved å få innflytelse på sin egen situasjon (Reitan 2010:95). Samtidig vil et forhold mellom pasient og helsepersonell være en asymmetrisk relasjon og det gir det mulighet for hensiktsmessig bruk av makt og maktmisbruk (ibid: s.104).

### 2.7.3. Mestring og mestringsstrategier

Lazarus og Folkman (2006:139) definerer mestring som;

Kognitive og atferdsmessige bestrebelser, som er under konstant forandring og søker å håndtere spesifikke ytre og/eller indre krav, som vurderes å være plagsomme eller overskrider personens ressurser.

Det finnes ingen universelt effektive eller ineffektive mestringsstrategier (Lazarus 2006:139). Med det som utgangspunkt vil mestring presenteres ut ifra sine to hovedfunksjoner: en problemorientert og en emosjonelt orientert funksjon (Lazarus 2006:145). Den problemorienterte funksjonen innebærer å ”tilegne seg informasjon om hva som må gjøres og foreta handlinger som endrer den problematiske relasjonen mellom person og miljø” (Lazarus 2006:145). Personen stiller seg da aktivt og direkte til situasjonen (Reitan 2010:85). Det kan for eksempel være ved å søke informasjon, kunnskap og støtte. Når det gjelder den emosjonelt

orienterte funksjonen innebærer det ”strategier som tar sikte på å endre opplevelsen av en situasjon fremfor å endre selve situasjonen” (Kristoffersen 2011:147).

Lazarus og Folkman presenterte i 1988 åtte mestringsfaktorer: Konfronterende mestring, distansering, selvkontroll, oppsøking av sosial støtte, aksept av ansvar, flukt/unngåelse, planlagt problemløsning og positiv revurdering (Lazarus 2006:143). Flukt/unngåelse kan eksempelvis innebære å ønske at problemet forsvinner og at det skal oppstå et mirakel (Lazarus 2006:144). På grunn av oppgavens omfang vil ikke disse faktorene belyses i sin helhet her, men det poengteres at kan være nødvendig å ha kjennskap til disse. På samme tid påpekes det at de to mestringsfunksjonene og mestringsfaktorene i virkeligheten nesten alltid vil opptre sammen og at de må forstås som en ”kompleks sammenheng mellom tanker og handlinger som har til hensikt å forbedre den problematiske relasjonen til omgivelsene” (Lazarus 2006:156). Ut ifra det bør ikke mestring vurderes i kategorier som god eller dårlig (Reitan 2011:104).

**Merknad [ÅE4]:** Bør jeg si noe mer om disse likevel, kanskje?



### 3 Metode

Metode er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke og det forteller oss om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe og etterprøve kunnskap (Dalland 2007:83).

#### 3.1 Valg av metode

For å få tak i eller etterprøve kunnskap må en vite hvordan en skal gå frem (Dalland 2007:83). Ettersom det allerede finnes forskning på området ble det vurdert til å være hensiktsmessig å gjennomføre systematiske søk i disse allerede eksisterende skriftlige arbeidene for så kritisk å gjennomgå og kritisk vurdere denne litteraturen og sammenfatte eventuelle funn som var relevante ut ifra min problemstilling (Forsberg og Wengstrøm 2003:29). Det vil si at metoden her er litteraturstudium. Styrken ved et litteraturstudie er at en får god oversikt over den litteraturen som finnes på området.

Det kunne vært interessant å foreta et kvalitativt forskningsintervju i møte med kvinner som hadde overlevd livmorhalskreften. På den måten kunne man vurdere hvorvidt disse faktorene var i samsvar med allerede eksisterende forskning på området og eventuelt få et bredere register med faktorer. For å oppnå kontakt med disse informantene måtte da opplysninger bli innhentet gjennom en institusjon, noe som ville forutsatt en omfattende søknadsprosess. Av hensyn til tidsaspektet ved denne oppgaven, ble derfor denne metoden lite gjennomførbar i denne sammenhengen. Av hensyn til menneskene som intervjues bør man heller ikke undersøke noe som allerede er undersøkt (Fredriksen og Beedholm 2006:47).

De kvalitative metodene prøver ”å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle” (Dalland 2007:84). Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (ibid: s.55). Ettersom det er dybdekunnskap om pasientenes erfaringer som ønskes, er det valgt en kvalitativ orientering. På den måten kan det komme frem hva som er særegent blant kvinner med livmorhalskrefts mestring. Samtidig kan det påpekes at funnene ikke kan generaliseres til å gjelde alle kvinner med livmorhalskreft. En kvantitativ metode får i større grad frem det som er felles eller representativt (Dalland 2007:86). Videre kan verken kvalitative eller kvantitative metoder beskrive akkurat hvordan det enkelte mennesket har det (Dalland 2007:84).

### 3.2 Valg av litteratur og datamateriale

Å få en oversikt over feltet er viktig for å klare å sette problemområdet inn i en sammenheng (Dalland 2007:64). Her vil det først beskrives hvordan orienteringen i litteraturen foregikk og deretter hvordan søk i databasene tok i vei.

Som en del av forberedelsesfasen var kontakten med Gynkreftforeningen nyttig. Debatten og muligheten for å stille spørsmål i etterkant, samt kontakt via e-mail i etterkant gav forståelse for ”hvor skoen trykkes”.

For å se problemstillingen ut ifra et sykepleiers perspektiv var videre telefonkontakt med en kreftsykepleier ved Oslo Universitetssykehus, samt en kreftsykepleier ved Haukeland Universitetssykehus nyttig for å få en mer praksisnær tilgang til kunnskap. De to informantene jobbet begge på Gynekologisk avdeling for kreft.

Neste fase bestod i innhenting av faglitteratur om livmorhalskreft i Norge. For å få en liten oversikt startet innhenting i *Sykdom og behandling* av Ørn, Mjell og Bach-Gansmo (2011) ettersom det er en pensumbok som har blitt brukt tidligere i studiet. Kapittelet som ble benyttet var ”Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer” av Kristoff. *Klinisk sykepleie 2* av Almås, Stubberud og Grønseth (2010) og da kapittelet til Jerpseth om ”Sykepleie ved gynekologiske sykdommer” ble også benyttet i denne fasen. Gjennom søkeordet ”kreftsykepleie” i BIBSYS falt valget på boken *Kreftsykepleie* av Reitan og Schjølberg (2010). I denne boken ble kapittelet ”Kreft i kvinnelige kjønnsorganer” av Kristensen benyttet. Boken er beregnet for både bachelorstudenter i sykepleie, men også for studenter som tar videreutdanning innenfor kreftsykepleie. For å få en bredere forståelse og muligheten til å sammenligne litteraturen ble det også søkt på ”gynekologi” i BIBSYS. Da falt valget på *Obstetikk og gynekologi* av Bergsjø et al. (2010). Denne boken er beregnet for medisinstudenter og leger, men det står også at boken kan være nyttig for blant annet sykepleiere og annet interessert helsepersonell. Kapittelet som ble benyttet i denne boken var ”Maligne svulster” av Tropé og Onsrud. Videre ble *Oncolox – oppslagsverk for kreft* benyttet og *Kreftregisteret* sin internettside, særlig i forbindelse med statistikk for å sørge for oppdaterte tall. Til sammen utgjør disse kildene teorien om livmorhalskreft.

Når det gjelder teori i forbindelse med mestring startet litteraturorienteringen i *Grunnleggende sykepleie* av Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011) og kapittelet om ”Stress

og mestring”. Referanselisten til dette kapittelet ble veiledende for videre litteratur. Ettersom *Stress og følelser* av Lazarus (2006) ble henvist til og han regnes som en anerkjent mestringsteoretiker ble denne valgt. For å undersøke om området kunne ses i et annet lys ble også *Kreftsykepleie* av Reitan og Schjølberg (2010) og Reitans kapittel om ”Krise og mestring” brukt. Videre ble det sykt i BIBSYS med søkeordet ”kreftoverlevende” for å få en nærmere forståelse for hva det innebærer. Da ble ”Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv” av Kiserud et al. (2013) inkludert ved kapittelet til Dahl om ”Psykkiske symptomer og lidelser”. Gjennom søk i BIBSYS på ”Mennesker med kreft” kom ”Mennesker med kreft – sykepleie i et tværfaglig perspektiv” av Esbensen (2002). Fra denne boken er kapittelet om ”Når mennesker trues på livet” av Giersing og ”Åndelig omsorg” av Bøggild tatt med. For å beskrive hvordan det er å ”å leve med livmorhalskreft” ble det benyttet eksempler fra vitenskapelige artikler disse ble søkt opp gjennom Cinahl. Dette danner utgangspunktet for teorien i tilknytning til mestring.

I forbindelse med det systematiske søket ble blant annet Cinahl benyttet, søkt via Helsebiblioteket. Denne databasen har forskning rettet mot sykepleie og helse og følgelig har det ført til god kjennskap til denne i forbindelse med andre oppgaver. For å undersøke at søkeordene var korrekte innenfor denne databasen kan det nevnes at emneordssystemet *Cinahl headings* ble benyttet. Hånd søket presenteres i tabellen under.

### 3.2.1. Søkehistorikk

Dato	Database	Kriterier	Søkeord	Antall treff	Antall leste sammendrag	Antall leste artikler	Utvalg
24.01.14	Cinahl	Tilgjengelig i fulltekst, fagfelleverdert, engelsk språk	S1: Cervical cancer (AB) S2: Coping (AB) S3: S1+S2	1284 6819 7	5	2	Nr. 1/7 Cervical cancer: patterns of long-term survival
29.01.14	Cinahl	Tilgjengelig i fulltekst, fagfelleverdert, engelsk språk, januar 2003-januar 2014, geografi (Europa, USA, Storbritannia og Irland), kvinner	Gynaecological cancer (AB)	30	13	2	Nr. 3/30 Living through gynaecological cancer: three typologies
30.01.14	Cinahl	Fagfelleverdert, engelsk språk, tilgjengelig i fulltekst	Cervical cancer patients (AB)	32	8	3	Nr. 17/32 Remedies and Life Changes among Invasive Cervical Cancer survivors
02.02.14	Cinahl	Fagfelleverdert, Fulltekst tilgjengelig, engelsk språk	S1: Early stage cervical cancer S2: Bodyimage S3: S1+S2	71 7133 12	5	2	Nr. 1/12 How a diagnosis of gynaecological cancer affects woman's sexuality
05.02.14	Cinahl	Fagfelleverdert, tilgjengelig i fulltekst, engelsk språk	S1: Gynaecological cancer S2: Treatment S3: Survivor S4: S1+S2+S3+S4	380 343 845 5711 24	9	2	Nr. 2/24 Life beyond cancer: woman's experience 5 years after treatment for gynaecological cancer

### 3.3 Kildekritikk

I kontakt med Gynkreftforeningen var det tre kvinner som uttalte seg på vegne av andre kvinner. Slik sett kan det være at deres uttalelser ikke er representative for alle medlemmene som har gått gjennom behandling for livmorhalskreft. På samme tid kan det at det nettopp er en pasientorganisasjon tale for at uttalelsene de kommer med er erfaringer som et flertall har gjort seg og dermed kan det bidra til å få en oversikt over hvor ”skoen trykker”.

Når det gjelder kontakten med kreftsykepleierne var det kun to som uttalte seg. Til tross for at de hadde lang erfaring, kan det være at de opplyste om ville være annerledes om det var noen andre som uttalte seg. Det var en uformell samtale, men det kan nevnes at det ble vektlagt å stille åpne spørsmål for å unngå å ”legge svarene i deres munn”.

I teoridelen om livmorhalskreft har det blitt benyttet ulike kilder angående sykdommen for å avsløre eventuelle avvik og for å unngå feiltolkninger av teksten.

Når det gjelder internettsiden Oncolex er dette oppslagsverket for kreft utarbeidet i samarbeid med fagspesialister ved Oslo Universitetssykehus. Her finnes det alltid oppdatert informasjon som er beregnet for helsepersonell. I forbindelse med kontakten med kreftsykepleierne ble også denne siden henvist til og det kan tyde på at den anerkjennes. Når det gjelder statistikk er Krefregisteret blitt vurdert som valid ettersom denne siden er rettet mot helsepersonell som jobber innenfor kreftomsorg. Norske sykehus er pålagt å melde inn tall til Krefregisteret, og de nyeste tallene er fra 2011. Som følge kan det ikke utelukkes at statistikken har endret seg noe i løpet av de to siste årene. Krefregisteret benyttes gjerne som kilder også i pensumbøker.

I teoridelen om mestring er *Stress og følelser* av Richard S Lazarus (2006) benyttet som primærkilde. Lazarus er ofte referert til i litteratur for sykepleiere, eksempelvis i *Grunnleggende sykepleie* og i *Kreftsykepleie*. Slik det har blitt vurdert her kan det være hensiktsmessig å ha en forståelse for hvordan Lazarus sin mestringsteori kan benyttes i en sykepleiefaglig kontekst. Ettersom det er sekundærlitteratur må det likevel tas høyde for at sekundærforfatterne har misoppfattet primærforfatterens mening.

I teoridelen om mestring må det nevnes at noen av de samme vitenskapelige artiklene som også utgjør funnene i denne oppgaven har blitt benyttet. En viktig presisering er da at de har blitt benyttet for å illustrere eksempler knyttet til teorien og ikke for å gi svar på problemstillingen.

Videre er det benyttet to vitenskapelige artikler som er skrevet av samme forfattere. Bakgrunnen for at begge ble inkludert var fordi de ble vurdert til å utfylle hverandre, men det må tas med i betraktningen at dette kan redusere bredden i faktorene som presenteres.

Gjennom tidligere studentarbeider og i praksissammenheng har det vært nødvendig å søke etter kilder og det har gitt erfaring med hvordan man søker etter litteratur for å belyse en problemstilling, samt kritisk vurderer og velger relevant litteratur. Når det er sagt er kompetansen knyttet til å gjennomføre et litteraturstudium begrenset og følgelig må eventuelle funn vurderes kritisk av meg selv og av leser.

### 3.4 Analyse av funn

For å få et grunnlag for å vurdere innholdet og kvaliteten i de vitenskapelige artiklene benyttet jeg Malteruds ”sjekklister for kritisk lesing av kvalitative studier” som utgangspunkt (2002:122). Da jeg så satt igjen med de artiklene som jeg synes var relevante for min problemstilling utarbeidet jeg noen spørsmål til materialet for å bryte opp de vitenskapelige artiklene.

- Hva er det som forbedrer kvinnes situasjon?
- Hva er det som forverrer kvinnes situasjon?
- Har kvinnene en oppfatning av at opphør av det som forverrer situasjonen ville ført til forbedring?
- Er det noen sammenheng mellom de faktorene som forbedrer situasjonen?

I funn faktorer ved de tre spørsmålene har det ikke blitt vektlagt hvor mange av kvinnene som har nevnt den enkelte faktor, men alle faktorene som har blitt oppdaget har blitt inkludert. Videre har jeg vurdert om det er noen faktorer som ligner hverandre. Ut ifra det har faktorene som ligner hverandre blitt kategorisert og satt sammen på en ny måte.

### 3.5 Ethiske overveielser

Det er en erkjennelse at i arbeidet med en undersøkelse vil den enkelte ha med seg en førforståelse (Dalland 2007:97). I forkant av debatten med Gynkreftforeningen ble det benyttet et tankekart for å bli bevisst egne fordommer i tilknytning til denne pasientgruppen. I arbeidet med oppgaven har det videre blitt forsøkt å ikke være forutinntatt for nettopp å åpne opp for et mangfold av mulige svar.



## 4 Presentasjon av funn

Her presenteres de faktorene som kvinnene behandlet for livmorhalskreft opplevde måtte være til stede for å mestre å leve med sykdommen. Ut ifra de fem vitenskapelige artiklene har funnene blitt satt sammen til syv faktorer. Litteraturmatriser presenteres som vedlegg.

### 4.1 Sosial støtte

Familie og venner og deres sosiale støtte var av betydning for deres mestring (Clemmens et al. 2008). Å ha noen å snakke med poengteres, men det kan tyde på at det er store individuelle forskjeller når det kommer til hvor mange en ønsker å snakke med og hvor mye en ønsker å snakke om (Sekse et al. 2012). For kvinner som snakket åpent om sykdommen var støtten fra nettverket verdifull i seg selv (ibid). For andre var familien, barn og for enkelte barnebarn viktig fordi det innebar at fokuset ikke var rettet mot sykdommen, men mot aktivitet (ibid). Det ser ut til at enkelte som synes det er vanskelig å forholde seg til følelsene og unngår å snakke om sykdommen uttrykker behov for mer støtte fra familie og venner (ibid). Selvhjelpsgrupper var brukt som et alternativ (Clemmens et al. 2008).

### 4.2 Positiv vekst

Kvinnene opplevde en reorientering når det gjaldt egne verdier (Sekse et al. 2010, Sekse et al. 2012, Greenwald og McCorkle 2007, Clemmens et al. 2008 og Cleary, Hegarty og McCarthy 2013). Reorienteringen var særlig knyttet til livet og det ble gitt en overordnet verdi (Sekse et al. 2010, Sekse et al. 2012, Greenwald og McCorkle 2007, Clemmens et al. 2008). De var takknemlige for bare å leve og opplevde et mer stabilt humør (ibid). De synes de taklet livet på en mer positiv måte og de evnet å skille tydeligere mellom hva som var betydningsfullt og hva som var mindre betydningsfullt (ibid). Denne nye takknemligheten ble også sterkere på grunn av frykten for tilbakefall (ibid). Oppdagelse av ny egenstyrke og evne til å takle vanskeligheter poengteres (Greenwald og McCorkle 2007 og Clemmens et al. 2008). En kvinne som levde med livmorhalskreft og opplevde senvirkninger knyttet til nedsatt blærefunksjon og mage/tarm-lidelser uttrykte følgende: ”Det var livmorhalskreft som fikk meg til å innse en rekke ting i livet; blant annet det å være takknemlig for så mye mer!” (Clemmens et al. 2008:897). Det ser ut til at de som var åpne om sykdommen var de som opplevde personlig vekst i størst grad (Clemmens et al. 2008 og Sekse et al. 2012).



### 4.3 Aktivitet, avslapningsteknikker og livsstil

Å ha noe å gjøre, enten det var plikter i hjemmet eller annen fysisk aktivitet kom frem som en betydende faktor (Sekse et al. 2012). For de som hadde vært aktive før de ble syke, ble det å drive med daglige aktiviteter gitt en ny verdi (Clemmens et al. 2008 og Sekse et al. 2012). Å ha en hverdag som var så lik den de hadde før de ble syk ble nevnt (ibid). For andre var treningsaspektet i fokus (Clemmens et al. 2008). Noen brukte yoga, healing og reiki (Greenwald og McCorkle 2007). Dette var avslapningsteknikker som ikke hadde blitt formidlet av helsepersonell, men som de opplevde hadde en positiv virkning (ibid). Visualisering ble også benyttet (Clemmens et al. 2008 og Greenwald og McCorkle 2007). Kosthold, vitaminer og supplementer var også av betydning for kvinnene (Greenwald og McCorkle 2007).

### 4.4 Positiv relasjon til helsepersonell

Sykepleiere som var støttende bidro til mestring for kvinnene (Clemmens et al. 2008). Av mer konkrete kvalifikasjoner hos sykepleieren var det medfølelse og engasjement som ble trukket frem (ibid). Å ikke føle seg som ”et nummer i rekken” i møte med helsevesenet ble poengtert (ibid). Knyttet til arbeidsoppgaver var det dialog og veiledning fra helsepersonell som var særlig viktig (ibid). De hadde tro på at oppfølging også etter behandlingen var avsluttet ville være av betydning (Sekse et al. 2010 og Sekse et al. 2012).

### 4.5 Informasjon om senvirkninger

Kvinnene mente at informasjon fra helsepersonell bidro til mestring (Clemmens et al. 2008, Sekse et al. 2010 og Sekse et al. 2012). Kvinnene presiserte at informasjonen om senvirkninger var særlig viktig for å mestre å leve med sykdommen (ibid). På den måten ble de forberedt på hva som ventet de og da var de bedre rustet til å takle eventuelle bivirkninger (ibid). Både skriftlig informasjonen og samtaler poengteres (Sekse et al. 2010 og Cleary, Hegarty og McCarthy 2013).

### 4.6 Tro og åndelighet

Individuell bønn eller bruk av en som drev med helbredelse knyttet til tro eller spiritualitet var knyttet til stor tilfredshet (Greenwald og McCorkle 2007). ”Sykdommen gjorde noe med meg på et spirituelt plan”, ble det sagt (Clemmens et al. 2008). Det kom også frem at det å dele

følelsene sine i et kirkelig fellesskap kunne være essensielt (Sekse et al. 2012). Kvinnene opplevde at de var tilknyttet en større kraft utenfor seg selv (ibid). Denne kraften kunne være i form av en Gud eller noe annet eller noen andre (Sekse et al. 2010). Det kan se ut til å være en sammenheng mellom at de som opplevde en ny kraft var de som opplevde en ny mening og en positiv vekst (Sekse et al. 2010 og Clemmens et al. 2008).

#### **4.7 Veiledning om seksualitet**

Seksualitet fikk en dypere mening for alle kvinnene og de identifiserte det som mer enn en fysisk handling knyttet til samleie (Cleary, Hegarty og McCarthy 2013). For de av kvinnene som hadde en partner ble for noen intimitet en viktig del av forholdet, men den var ikke begrenset til det fysiske samleiet, men omfattet nærhet, å holde hender, kyssing og andre tegn på hengivenhet (ibid). De opplevde at mer informasjon om hvordan behandlingen kunne påvirke deres seksualitet ville være hensiktsmessig for deres mestring (Sekse et al. 2010). At helsepersonell tok opp dette temaet, fremfor pasienten selv, var det beste og helst ved behandlingsstart eller ved avslutningen på behandlingen (Cleary, Hegarty og McCarthy 2013).

## 5 Drøfting

I den påfølgende drøftingen vil det søkes svar på problemstillingen:

*Hvilke faktorer opplever kvinner som er behandlet for livmorhalskreft må være til stede for å mestre å leve med sykdommen?*

### 5.1 Sosial støtte

Sosial støtte fra familie, venner eller selvhjelpsgrupper var en faktor som måtte være til stede for å leve med sykdommen. Det kan det ses i lys av mestringsens to hovedfunksjoner; en problemorientert og en emosjonelt orientert funksjon (Lazarus 2006:145). Det kan samtidig understrekes at hver av mestringsfunksjonene ikke vil opptre hver for seg i virkeligheten, men for å forstå begrepene og relatere det til kvinner som skal leve med livmorhalskreft kan visse forenklinger være hensiktsmessig (Lazarus 2006:156).

Det kan tyde på at de kvinnene som var åpne om sykdommen og da ble belønnet med støtte fra familie og venner benytter en mestringsstrategi som peker i retning av å være problemfokuseret (Sekse et al. 2012 og Kristoffersen 2011:145). De forholder seg til de konsekvensene som sykdommen har ført til og dette er noe de er åpne om til andre (Sekse et al. 2012) Det kan tyde på at de har inntatt en aktiv holdning til problemet og konfronterer den nye og dramatiske situasjonen som har oppstått i livet deres (Kristoffersen 2011:146). Familie og venner får da en betydende funksjon når de støtter kvinnen, men i bunnen ligger det også en åpenhet hos kvinnen selv.

Videre var det ulikt hvor mye kvinnene ønsket å snakke med familie og venner og hvor mange de ønsket å snakke med (Sekse et al. 2012). For de som så på familien, barn og barnebarn som et middel til aktivitet og en vei til et så normalt liv som mulig, kan det betraktes ut fra en mer emosjonelt orientert mestringsstrategi (Lazarus 2006:145 og Sekse et al. 2012) De søkte ikke støtte fra nettverket sitt på samme måte som kvinnene som ble omtalt som åpne, men det kan vitne om at de benytter en strategi som tar sikte på å endre opplevelsen av situasjonen (Kristoffersen 2011:147). Ved å være sammen med familien blir da de ubehagelige følelsene skjøvet bort (ibid).

Når det så gjelder de kvinnene som forsøkte å unngå følelsene som var knyttet til opplevelsen med livmorhalskreft kan det også peke i retning av en mer emosjonsfokuseret mestringsstrategi (Sekse

et al. 2012 og Kristoffersen 2011:147). Kvinnene uttrykte at det var vanskelig å sette ord på sykdomsopplevelsen og dermed prøvde de istedenfor å isolere sine følelser (Sekse et al. 2012). Det førte igjen til mindre sosial støtte (ibid). Min oppfatning er at det kan være vanskelig å unngå vonde følelser om man ikke kan erstatte dette rommet med noe annet som er bedre. Sett ut ifra det kan utfordringen være å styrke kvinnens evne til å faktisk uttrykke sine følelser for å på den måten oppnå sosiale støtte. Det presiseres at hvordan stressoren oppfattes blant annet avhenger av vår opplevelse av kontroll over den (Reitan 2010:80). For kvinnen med kronisk diaré som uttrykte at hun ”levde sitt liv rundt tarmene”, kan dette representere en stressor som oppleves lite kontrollerbar (Clemmens et al. 2008). Det er forståelig at det kan være overveldende å samtale med familie og venner om dette. På samme tid kan kvinnen oppleve sjenanse, skam og skyldfølelse relatert til den gynekologisk lidelsen (Jerpseth 2010:18). Å ta del i selvhjelpsgrupper med andre kvinner som har gått gjennom det samme viser seg da å være verdifullt (Clemmens et al. 2008). Å bearbeide krisen kan gjøre kvinnene mindre sårbare i møte med ny motgang (Reitan 2010:79). Å ta del i selvhjelpsgrupper kan således skape et utgangspunkt som fører til mestring av bivirkningene og videre kan kanskje sårbarheten reduseres i møte med familie og venner også.

Den sosiale støtten ser ut til å være en faktor som er grunnleggende for kvinnenenes mestring. Jeg syns også det er et viktig poeng at ikke alle opplever at de får den sosiale støtten gjennom familie og venner, men at det kan tyde på at selvhjelpsgrupper da kan fungere som et alternativ. I den forbindelse vil det da være viktig at kvinnene får kjennskap til de oppfølgingstilbudene som finnes.

## 5.2 Positiv vekst

”Motgang gjør sterk” er et velkjent uttrykk. For å forstå hvordan personlig utvikling kan ses som en faktor som må være til stede for å mestre å leve med livmorhalskreft vil den her ses i lys av en eksistensiell forståelse av kriser.

For kvinnene som opplever en ny og dypere mening med livet kan det tyde på at krisen har gitt en mulighet for åpning mot et dypere eksistensielt plan (Reitan 2010:75). Det betyr ikke at kvinnene ikke har kjent på smerten av å være alvorlig syk, men det kan vitne om at de har akseptert smerten som en del av livet (ibid).”Det tok meg livmorhalskreft til å innse en rekke ting her i livet” kan vitne om en modning hos kvinnen selv (Clemmens et al. 2008:897). Sett

ut ifra at kvinnene også opplever en stressor knyttet til frykten for tilbakefall, kan det være at denne stressoren forsterker meningen av å være her og nå (Sekse et al. 2012 og Clemmens et al. 2008).

Det kan tyde på at det er en sammenheng mellom det å være åpen om sykdommen og det å oppleve personlig vekst (Sekse et al. 2012 og Clemmens et al. 2008). Ettersom åpenhet gjerne ble belønnet med sosial støtte, kan det tolkes i den retning at det å ha noen rundt seg kan bidra til denne veksten. Slik jeg ser det er det da viktig at nettverket ikke bagatelliserer kvinnens opplevelse av situasjonen, men viser interesse for kvinnens tanker og følelser. Veien til muligheter går gjennom smerten (Reitan 2010:74). Ved å bagatellisere kvinnenes opplevelse, eksempelvis gjennom å si at ”det er bare å tenke på at det fører til personlig vekst, så vil dette gå bra”, er jeg av den oppfatning at det kan virke mot sin hensikt.

Hva så med de som opplever at sykdommen ikke er noe personlig vendepunkt, men heller opplever at tapet vedvarer? En kvinne beskrev at ”strålingen ruinerte hennes liv – selv etter 15 år” (Clemmens et al. 2008). Det kan tydeliggjøre at det å oppleve positiv vekst ikke er en selvfølge etter behandlingen for livmorhalskreft. Sett ut ifra kvinnens beskrivelse kan det da føre til fravær av mestring og redusert livskvalitet. Det kan igjen indikere at å akseptere at ”livet ikke alltid er en dans på roser” er nødvendig for å mestre å leve med livmorhalskreften.

### 5.3 Aktivitet, avslapningsteknikker og livsstil

Trøtthetsfølelse etter kreftbehandling for livmorhalskreft er en velkjent bivirkning (Onkologisk Oppslagsverk 2012). Det kan føre til at man ikke har krefter til å drive med de samme fysiske aktivitetene som før kreftsykdommen (ibid). Dette kan være vanskelig å akseptere og dermed kan det bli en stressor (Lazarus 2006:49). Når det er sagt vil Lazarus teori om stress benyttes i det følgende for å drøfte hvordan aktivitet og livsstil også kan redusere opplevelsen av stress og bidra til mestring.

Vår erfaring og opplevelse av kontroll er de to faktorene som påvirker hvordan en stressor oppfattes (Lazarus 2006:49). Kvinnene uttrykte at det å drive med daglige aktiviteter fikk en ny verdi (Sekse et al. 2012 og Clemmens et al. 2008). Dette kan ses som en tilpasning som bidrar til at kvinnene får økt kontroll og dermed reduserer stressoren (Lazarus 2006:49). Om aktiviteten ut fra kvinnens erfaring er forbundet med glede og energi, kan det føre til en tro på

at kvinnen gradvis vil få mer overskudd i fremtiden, noe som også kan redusere opplevelsen av stressoren (Lazarus 2006:49). Når det gjelder ulike avslapningsteknikker, eksempelvis, visualisering tyder det på at kvinnene forsøker å endre opplevelsen av situasjonen gjennom å bevege seg inn i en fantasiverden (Clemmens et. al 2008, Greenwald og McCorkle 2008 og Kristoffersen 2011:147). Gjennom praksis har jeg selv aldri erfart at ledet fantasi har blitt tatt i bruk dersom pasienten har vært urolig eller stresset. Min oppfatning er at beroligende medisiner benyttes istedenfor. Slik jeg ser det og ut ifra kvinnenes opplevelse av at eksempelvis visualisering bidrar til mestring, kan det tyde på at ulike avslapningsteknikker med fordel kunne vært benyttet mer.

Som det ble nevnt opplevde kvinnene en frykt for tilbakefall (Sekse et al. 2008, Clemmens et al. 2008). Om denne frykten er så sterk at den blir hemmende for deres livsutfoldelse, kan det være en negativ stressfaktor. På den andre siden kan denne frykten betraktes som positivt stress. Sett ut ifra at de har blitt erklært friske fra sykdommen, kan kvinnene handle ut ifra vilkår som tar sikte på å bevare disse gunstige omstendighetene (Lazarus 2006:54). Når aktivitet, men også kosthold har fått en ny verdi, kan det være tegn på at kvinnene er blitt mer opptatt av hvordan de kan ivareta egen helse.

#### 5.4 Positiv relasjon til helsepersonell

Kvinner som var behandlet for livmorhalskreft opplevde at helsepersonell som var støttende førte til mestring i forbindelse med behandlingen (Clemmens et al. 2008). Med hensyn til at det gjerne er en sammenheng med at tidlige ubearbeide kriser kan gjøre mennesket mer sårbart i møte med ny motgang vil kvinnens opplevelse av mestring i behandlingsfasen kunne være av betydning for hvordan hun mestrer å leve med sykdommen (Reitan 2010:79). Med det som utgangspunkt vil en positiv relasjon til helsepersonell ses i lys av teorien om psykologisk stress.

Lazarus og Folkman definerte i 1984 (referert fra Kristoffersen 2011:143) psykologisk stress som *et forhold mellom personen og omgivelsene som ut fra personens oppfatning tærer på eller overskrider hans ressurser og setter hans velbefinnende i fare*. Sett ut ifra definisjonen av psykologisk stress kan helsepersonell betraktes som en del av omgivelsene når kvinnen er til behandling. Samtidig som individets sårbarhet ovenfor en stressor vil variere betyr det at

sykepleieren både kan redusere og øke det psykologiske stresset (Lazarus 2006:74). Det betyr at sykepleieren må være bevisst sin påvirkningskraft.

I hjemmetjenesten var jeg, sammen med en kreftsykepleier, hos en kvinne med en annen form for gynekologisk lidelse som hadde gjennomgått operasjon. Ettersom det var første gang jeg var hos denne kvinnen, fikk jeg erfare at det var en utfordring å skulle ivareta kvinnens verdighet samtidig som jeg skulle stelle og observere kvinnens vaginale sår. Hun var blottstilt og dét for en sykepleierstudent hun aldri hadde sett før. Sett ut ifra det er min oppfatning at en god relasjon er et avgjørende fundament om kvinnene skal oppleve støtte fra helsepersonell. Det fordrer medfølelse og engasjement fra sykepleierens side (Clemmens et al. 2008 og Sekse et al. 2012)! For å unngå psykologisk stress fordrer et at kvinnen opplever at samspillet med miljøet eller de relasjonelle omstendigheten er tilfredsstillende (Lazarus 2006:53).

## 5.5 Informasjon om senvirkninger

Informasjon kan styrke kreftpasienters muligheter for kognitiv orientert mestring (Reitan 2010:95). Dette ser ut til å gjelde kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft også (Clemmens et al. 2008, Sekse et al. 2010 og Sekse et al. 2012).

Kvinnene mente at informasjon om hvilke bivirkninger og senvirkninger som kunne oppstå etter de var behandlet var viktig for å mestre å leve med sykdommen (ibid). Utfordringen slik jeg ser den er å vite hva som er god informasjon, når den bør gis og hvordan.

Da jeg var i kontakt med Gynkreftforeningen var det en kvinne som fortalte at hun hadde fått utdelt en stav etter stråleterapien – uten noen nærmere forklaring fra helsepersonellet. Hun våget ikke å spørre hva den skulle brukes til og følgelig ble den heller ikke brukt. I ettertid hadde hun lest at denne staven kunne forhindre sammenvoksinger i skjeden. Slik jeg ser det burde helsepersonell gitt tydeligere informasjon om hva den skulle brukes til, når den skulle brukes, hvordan den skulle brukes, hvor lenge den skulle brukes og hensikten med å bruke den. Ettersom trang og kort vagina kan oppstå som en konsekvens av strålebehandlingen kan det være tilfellet at kvinnen oppfattet sitt samliv som truet (Reitan 2010:535). En trussel har å gjøre med en skade som ennå ikke har inntruffet, men som det er muligheter eller sannsynlig at vil inntreffe i nærmeste fremtid (Kristoffersen 2011:144). Om kvinnene hadde fått tilstrekkelig informasjon, kunne det ha ført til en revurdering som innebar at trusselen ble snudd til en utfordring som innebar at kvinnen hadde tro på at dette skulle hun klare (ibid).

Kvinnene betraktet informasjonen om senvirkningene som viktig for å forberede seg på hva de hadde i vente (Clemmens et al. 2008, Sekse et al. 2010 og Sekse et al. 2012). Når kvinnene søker informasjon kan det peke i retning av mestringens problemorienterte funksjon (Lazarus 2006:145). Slik kvinnen i eksempelet over beskrev var det utfordrende å ta initiativ til å spørre. Om helsepersonell vurderte det dit hen at tidspunktet for å gi informasjonen om staven var uegnet, ser det ut til at skriftlig informasjon også oppfattes positivt blant kvinnene (Sekse et al. 2010 og Cleary, Hegarty og McCarthy 2013). Slik jeg ser det er det viktig at den informasjonen som gis er tilpasset hver av kvinne ut ifra hvilken behandling hun har fått og ut ifra hennes ressurser og informasjonsbehov. På den måten kan informasjon føre til myndiggjøring av kvinnene og det kan igjen føre til mestring (Reitan 2010:95).

## 5.6 Tro og åndelighet

Behovet for tro og åndelighet kan forsterkes ved sykdom (Taylor 2006). For enkelte som ble rammet av livmorhalskreft opplevde de at den åndelige dimensjonen fikk en ny betydning (Greenwald og McCorkle 2007 og Clemmens et al. 2008). Denne faktoren kan ses som en forlengelse av den eksistensielle dimensjonen ved en krise (Reitan 2010:74 og Bøggild 2002:62).

Å rammes av livmorhalskreft kan gi en opplevelse av total meningsløshet (Reitan 2010:75). Sett ut ifra at det heller ikke er noen åpenbar årsak til sykdommen, kan det føles uforskyldt (ibid:s.532). I denne uforklarlige situasjonen, kan søken etter forklaringer utenfor seg selv være en løsning som bidrar til mestring (Greenwald og McCorkle 2007 og Clemmens et al. 2008). Ut ifra en eksistensiell forståelse kan det innebære en erkjennelse av at livet både er sorg og glede og ved å akseptere livet aksepteres også meningsløsheten (Bøggild 2002:62). Når kvinnene sier de opplever en ny kraft utenfor seg selv kan det vitne om at de opplever at noe eller noen utenfor de selv har hjulpet dem til å overleve. Det kan redusere deres stress ved at de aksepterer at de kan være maktesløse mot kreftsykdommen.



## 5.7 Veiledning om seksualitet

Ut ifra de bivirkningene som kan forekomme etter behandling av livmorhalskreft kan kvinnenes seksualitet påvirkes (Reitan 2010:535). For å mestre endringene i forbindelse med egen seksualitet kan det tyde på at veiledning fra helsepersonell har en betydning (Cleary, Hegarty og McCarthy 2013). Veiledningen kan ses i lys av mestringens problemorienterte funksjon.

Kvinnene kan eksempelvis oppleve at elastisiteten i vaginalveggen reduseres som følge av fibrosedannelse etter strålebehandlingen (Kristensen 2010:535). Ved bruk av vannbaserte glidekremer og vaginale dilatatorer kan disse plagene reduseres (Jerpseth 2010:39). Slik jeg ser det da er det hensiktsmessig at veiledningen retter seg mot mestringens problemorienterte funksjon. Med det mener jeg at det vil være hensiktsmessig å gi informasjon om hva kvinnen kan gjøre for å redusere plagene. Ved at kvinnene forholder seg direkte til problemet kan det fremme nyorientering og aktiv tilpasning til en endret livssituasjon (Kristoffersen 2011:149).

Ved skader i kjønnsorganene som påvirker kvinnenes seksualitet er det slik jeg ser det naturlig og i tråd med pasientens rett til informasjon at sykepleieren tar initiativ til å snakke med kvinnen om de seksuelle problemene som kan oppstå. Det kan også tyde på at kvinnene foretrakk at sykepleieren tok initiativ til å samtale om deres seksualitet (Cleary, Hergarty og McCarthy 2013). Dette gjaldt for kvinner som hadde en partner, men også de som ikke hadde en partner (ibid). ”Hvis du er singel, kan du fortsatte møte noen”, ble det presisert (ibid). Ettersom gynekologiske lidelser kan være forbundet med skam og sjenanse for den enkelte, fordrer det da at sykepleieren er fordomsfri og respekterer kvinnenes grenser (Jerpseth 2010:18). Samtidig må sykepleieren vise klarhet i forhold til egne grenser (Almås og Benestad 2006:60).

Det ser ut til at kvinner som er behandlet for livmorhalskreft kan oppleve at seksualiteten får en ny dimensjon (Cleary, Hegarty og McCarthy 2013). De beskrev at intimiteten var knyttet til mye mer enn bare det fysiske samleiet (ibid). At sykepleieren er seg bevisst og kan formidle denne dimensjonen er slik jeg ser det avgjørende for at informasjonen knyttet til de fysiske plagene skal få riktig betydning.

## 6 Konklusjon

Gjennom denne oppgaven har hensikten vært å finne ut hvilke faktorer kvinner som er behandlet for livmorhalskreft opplever må være til stede for å mestre å leve med sykdommen. Til tross for at kvinnene kan oppleve ulike bivirkninger avhengig av svulstens type, utbredelse og behandlingstype, vil de ha det til felles at livmorhalskreften representerer en radikal endring i egen tilværelse (Giersing 2002:31, Clemmens et al. 2008). På samme tidspunkt opplever de en frykt for tilbakefall (Clemmens et al. 2008 og Sekse et al. 2010). Sett ut ifra det står kvinnene ovenfor utfordringer som forutsetter en eller annen form for mestring (Reitan 2010:72).

Å være åpen både relasjonelt og emosjonelt ovenfor familie og venner førte til sosial støtte og det gav de ny mening i livet (Sekse et al. 2012). Den nye meningen var ikke bare knyttet til den sosiale støtten, men også til en positiv vekst hos kvinnene selv (ibid). Gjennom egen refleksjon erkjente de at livet både var sorg og gleder, og på den måten aksepterte de endringene som sykdommen hadde medført (Clemmens et al. 2008 og Sekse et al. 2012). De opplevde en kraft utenfor seg selv og en ny eller sterkere åndelig dimensjon (Clemmens et al. 2008 og Greenwald og McCorkle 2007). For å prøve å leve et så normalt liv som mulig, var det viktig å holde seg i aktivitet og de opplevde en ny verdi av å kunne gjøre daglige gjøremål (ibid). For å redusere opplevelsen av stress ble også ulike avslapningsteknikker benyttet, eksempelvis yoga og visualisering (Clemmens et al. 2008 og Greenwald og McCorkle 2007). Det var sentralt at helsepersonell var støttende, medfølende og engasjerte og at de gav informasjon om senvirkningene de kunne oppleve, så de var forberedt på det da de reiset hjem fra sykehuset (Clemmens et al. 2008, Sekse et al. 2010 og Sekse et al. 2012). At sykepleieren tok initiativ til veiledning om endret seksualitet var også viktig, både for kvinnene som levde i parforhold og for de som var enslige (Cleary, Hegarty og McCarthy 2013).

Videre kan det se ut til at det ikke er alle kvinnene som opplever at disse faktorene er til stede og at det kan være utfordrende å mestre å leve med sykdommen. Innledningsvis ble det nevnt at det å gi informasjon som baserer seg på objektive kilder kan bidra til mestring for kvinnene som skal gjennomgå behandling for livmorhalskreft (Greenwald og McCorkle 2007). Slik det ser ut er det også kvinner som har *behov* for veiledning for å mestre å leve med sykdommen. I videre studier kunne det være interessant å se hvilke faktorer *sykepleiere* oppfatter må være til stede for at kvinnene med livmorhalskreft skal mestre å leve med sykdommen. På den måten

kunne det kommet frem om den mestringen som sykepleieren understøtter er på pasientens premisser.

## Litteraturliste

- Bøggild, K.M. (2002). Åndelig omsorg. I: B.A. Esbensen (red.). *Mennesker med kræft – sygepleje i et tværfagligt perspektiv*. 1. utgave, s. 61-67. København: Munksgaard Danmark
- Cleary, V., Hegarty, J. og McCarthy, G. (2013). How a diagnosis of gynaecological cancer affects woman's sexuality. *Cancer Nursing Practice*. 12 (1):32-37. Hentet 2.februar 2014 fra: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=31eb8ff3-99f4-4ec1-9817-b3b4b8e28489%40sessionmgr110&vid=2&hid=119>
- Clemmens et al. (2008). Cervical Cancer: Patterns of Long-Term Survival. *Oncology Nursing Forum*. 35 (6):897-903. doi: <http://dx.doi.org/10.1188/08.ONF.897-903>
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dahl, A.A. (2013). Psykiske symptomer og lidelser. I: A.A. Dahl, J.H. Loge, S.D. Fosså og C.E. Kiserud (red.). *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. 2. utgave, s. 132. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värering, analys och presentation av omvårdnandsforskning*. 1. utgave. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur
- Frederiksen, K. og Beedholm, K. (2011). Litteraturreview. I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område: indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag
- Giersing, U. (2002). Når mennesket trues på livet. I: B.A. Esbensen (red.). *Mennesker med kræft – sygepleje i et tværfagligt perspektiv*. 1. utgave, s. 31-33. København: Munksgaard Danmark

Greenwald, H.P. og McCorkle, R. (2007). Remedies and Life Changes among Invasive Cervical Cancer Survivors. *Urologic Nursing*. 27 (1):47-53. Hentet 30. januar 2014 fra: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=e37cdfb9-7918-47a5-bdda-ba9697c1b7c8%40sessionmgr198&vid=1&hid=119&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2009524566>

Jerpseth, H. (2010). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I: H. Almås, R. Grønseth og D.G. Stubberud (red.). *Klinisk sykepleie* 2. 4. utgave, s. 17-52. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kreftregisteret (2013). *Livmorhalskreft*. Oslo: Kreftregisteret. Hentet 20. januar 2014 fra: <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/Livmorhalskreft/>

Kreftregisteret (2013). *Kreftstatistikk*. Oslo: Kreftregisteret. Hentet 20. januar 2014 fra: <http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>

Kreftregisteret (2013). *Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft*. Oslo: Kreftregisteret. Hentet 18. januar 2014 fra: <http://www.kreftregisteret.no/no/Forebyggende/Masseundersokelsen-mot-livmorhalskreft/>

Kristensen, G. (2010). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I: A.M. Reitan og T.K. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling*. 3. utgave, s. 532-535. Oslo: Akribe

Kristoff, A. (2011). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I: E. Bach-Gansmo, J. Mjell og S. Ørn (red.). *Sykdom og behandling*. 1. utgave, s. 402-403. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N.J. (2011). Stress og mestring. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 3*. 2. utgave, s. 133-196. Oslo: Gyldendal Akademisk

Lazarus, R.S. (2006). *Stress og følelser – en ny syntese*. København: Akademisk forlag

Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 122 (25):2468-72. Hentet 10.februar 2014 fra: <http://tidsskriftet.no/article/618649>

Norsk Sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Hentet 4.februar 2014 fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Onkologisk oppslagsverk (2012). *Livmorhalskreft*. Oslo: Onkologisk Oppslagsverk. Hentet 25.januar 2014 fra: <http://www.oncolex.no/GYN/Diagnoser/Livmorhals.aspx>

Onsrud, M. og Tropé, C. (2010). Maligne svulster. I: P. Bergsjø, J.M. Maltau, K. Molne og B.I. Nesheim (red.). *Obstetrikk og gynekologi*. 2. utgave, s. 345-350. Oslo: Gyldendal Akademisk

Reitan, A.M. (2010). Krise og mestring. I: A.M. Reitan og T.K. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling*. 3. utgave, s. 72-99. Oslo: Akribe

Sekse et al. (2010). Life beyond cancer: woman's experience 5 years after treatment for gynaecological cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24 (4):799-807. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00778.x>

Sekse et al. (2012). Living through gynaecological cancer: three typologies. *Journal of Clinical Nursing*. 21 (17/18):2626-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04028.x>

Shepherd, M.A. og Gerend, M.A. (2014). The blame game: Cervical cancer, knowledge of its link to human papillomavirus and stigma. *Psychology & Health*. 29 (1):94-109. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2013.834057>

Taylor, E.J. (2006). Prevalence and Associated Factors of Spiritual Needs Among Patients With Cancer and Family Caregivers. *Oncology Nursing Forum*. 33 (4):729-735. Hentet 17.februar 2014 fra: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=35985cb3-ebab-4699-906c-fb78ee6bdc53%40sessionmgr4001&vid=2&hid=4209>

## Vedlegg

<b>Litteraturmatrise 1</b>	
Referanse	Sekse, R. JT., Råheim, M., Blåka, G. og Gjengedal, E. <b>Living through gynecological cancer: three typologies (2012)</b> Journal of Clinical Nursing
Hensikt	Å belyse hvordan kvinner opplevde å gå gjennom gynekologisk kreft
Utvalg	16 kvinner som hadde gjennomgått gynekologisk kreft. 3 av de hadde hatt livmorhalskreft, 11 av de hadde hatt uteruskreft og 2 av de hadde hatt ovariekreft.
Metode	Kvalitativ. 32 dybdeintervju: Ett år etter behandling, og fem og seks år etter behandling.
Resultat	Ut ifra det første intervjuet om kvinnenes opplevelse med kreft, ble det identifisert klasser som på ulikt vis beskrev hvordan de klarte å leve gjennom kreften. <ol style="list-style-type: none"> <li>1) De snakket åpent om kreften innenfor sine nettverk. De følte at de hadde fått dypere kontakt med seg selv og andre.</li> <li>2) Kvinnene gjorde alminnelige aktiviteter og fokuserte på å gå tilbake til livet slik det var før sykdommen.</li> <li>3) Opplevelsen med kreft var en forstyrrelse eller noe de prøvde å unngå å gi oppmerksomhet mot. Det førte til lite støtte fra familie og venner. Noen lengtet etter forandring, men følte at var umulig å oppnå.</li> </ol>
Konklusjon	Betydelige forskjeller når det gjelder hvordan kvinnene bearbeidet kreftopplevelsen. Funnene tilfører verdifull kunnskap om innvirkningen kreften hadde på kvinnenes liv og kan være til hjelp for sykepleiere som støtter pasienter under behandling og ved oppfølging.
Kommentar	

	<b>Litteratormatrise 2</b>
Referanse	Sekse, R.J.T., Raaheim, M., Blaaka, G. og Gjengedal, E. <b>Life beyond cancer: woman´s experience 5 years after treatment for gynaecological cancer (2010)</b> Scandinavian Journal of Caring Sciences
Hensikt	Å få en dypere forståelse for erfaringene som kreftoverlevende hadde gjort seg og hvordan de opplevde kreftbehandlingen.
Utvalg	16 kvinner i alderen 39-66 år som hadde levd mer enn 5 år etter behandlingen. 2 av de hadde hatt livmorhalskreft, 11 uteruskreft og 3 ovariekreft. Alle hadde partnere. Alle hadde gjennomgått operasjon.
Metode	Kvalitativ. 32 dybdeintervju – det første 5 år etter behandling og det andre ett år etter.
Resultat	De opplevde store forandringer i livet sitt og måtte tilpasse seg disse. Tre hovedfunn: 1) De levde i en spenning mellom personlig vekst og frykt for tilbakefall. Grunnleggende verdier hadde blitt revitalisert. De opplevde en kraft utenfor seg selv – enten i form av Gud eller noen andre. 2) De levde i en kvinnekropp som var endret. Fjerningen av reproduktive organer reiste spørsmål knyttet til seksualliv og de opplevde vanskeligheter relatert til det å komme i en unaturlig overgangsalder. 3) De følte seg overlatt til seg selv. De opplevde at de fikk for lite informasjon og veiledning etter behandling
Konklusjon	Å overleve kreft medfører store livsendringer som både er krevende og berikende.
Kommentar	

	<b>Litteratormatrise 3</b>



Referanse	Literaturmatrise 4

Referanse	Clemmens, D.A., Knafel, K., Lev, E.L. og McCorkle, R. <b>Cervical Cancer: Patterns of Long-Term Survival (2008)</b> Oncology Nursing Forum
Hensikt	Å beskrive livskvaliteten blant langtidsoverlevende for livmorhalskreft og faktorene som fremmet deres bearbeidelse.
Utvalg	19 kvinner som ble diagnostisert med livmorhalskreft mellom årene 1975-1995.
Metode	Kvalitativ. Semistrukturert intervju som ble tatt opp.
Resultat	Tre forskjellige mønstre kom frem når det gjaldt deltakernes historie knyttet til langtidsoverlevelse med livmorhalskreft. <ol style="list-style-type: none"> <li>1) De som hadde gått videre og beskrev kreften som en vanskelig periode som fant sted i fortiden.</li> <li>2) Fornyet takknemlighet til livet og fokuserte på de positive utfallene av kreftopplevelsen. Kreften hadde gjort de sterkere, vanskeligere å knekke og mer bevisste på hva som var viktig i livene deres.</li> <li>3) En pågående kamp og vektla de negative utfallene av kreftopplevelsen. De opplevde ikke noen dypere mening med livet, men fokuserte på det de hadde tapt.</li> <li>4) Det som var felles for alle var sjokket over å få diagnosen, den sentrale rollen til helsepersonell og viktigheten av støtte fra familie og venner.</li> </ol>
Konklusjon	For de fleste deltakerne var det noen grad av komplikasjoner. De rapporterte ulik grad av livskvalitet.
Kommentar	Uavhengig av historie, rapporterte flesteparten av deltakerne at de hadde mottatt lite informasjon om sykdommen og potensialet for komplikasjoner. De var uforberedt når det gjaldt muligheten for langtidskomplikasjoner som kunne forandre deres daglige liv. Studien sier lite om hvilke faktorer som gjør at kvinnene har ulike historier.

	<p><b>al can cer affe cts wo ma n's sex uali ty (20 13)</b> Can cer Nur sin g Pra ctic e Vol . 12, s. 32- 37</p>
<p>H e n si kt</p>	<p>Å und ers øke hvo rda n pasi ent en opp lev er at gyn eko logi sk kref t virk er inn</p>

	på sek sual itet en
U tv al g	8 kvi nne r hvo rav 2 me d liv mor hals kref t, 4 me d ova riek reft og 2 me d vul vak reft. Gje nno ms nitt sald er 47 år.
M et o d e	Kv alit ativ . Se mis truk ture re inte rvju

	so m ble tatt opp .
R es ul ta t	Det ble rap port er om van skel ige end ring er kny ttet til ege n sek sual itet ette r beh and ling , me n de opp lev de ogs å en dyp ere me nin g. Sek sual itet en ble

noe  
mer  
enn  
bar  
e  
sam  
leie  
.  
Lite  
info  
rma  
sjø  
n  
om  
pot  
ensi  
elle  
kon  
sek  
ven  
ser  
so  
m  
beh  
and  
ling  
en  
kun  
ne  
me  
dfø  
re  
rela  
tert  
til  
sek  
sual  
itet.  
Skr  
iftli  
g  
og  
mu  
ntli  
g  
info  
rma  
sjø  
n  
var

	øns keli g.
K o n kl u sj o n	Kvi nne ne har beh ov for info rma sjo n om mer info rma sjo n om kon sek ven sen e beh and ling en kan ha på der es sek sual itet.
K o m m e nt ar	

	<b>Litteratormatrise 5</b>
Referanse	Greenwald, H.P. og McCorkle (2007) <b>Remedies and Life Changes among Invasive Cervical Cancer Survivors (2007)</b> Urologic Nursing Vol. 27, s. 47-53
Hensikt	Å lære mer om hvilke tilpasninger langtidige overlevende kvinner med livmorhalskreft gjør. Fokuset er rettet mot å identifisere tilpasninger som kvinnene nødvendigvis ikke har fått anbefalt fra legen, men som likevel har en positiv innvirkning på deres livsstil.
Utvalg	208 kvinner ble inkludert. 85,6 % av de hadde gjennomgått operasjon. 29,3 % hadde fått stråling.
Metode	Kvantitativ.
Resultat	Av alternative midler som ble rapportert om var individuell bønn, massasje, te/urter og vitaminer. Religiøs tro, mat og trening hadde en positiv betydning. Stor takknemlighet til livet og for hver dag. De kunne stole på andre i større grad og evnet å takle vanskeligheter.
Konklusjon	Til tross for utfordringene relatert til livmorhalskreften var det mange av kvinnene som fant muligheter for tilpasning og vekst.
Kommentar	