

Ingunn Heng  
Kandidatnummer: 10219

# Håp og meistring hos ungdom og unge vaksne som gjennomgår kreftbehandling

Litteraturbachelor  
Antal ord: 7687

Bacheloroppgåve i Sykepleie  
Juni 2023



Ingunn Heng  
Kandidatnummer: 10219

# **Håp og meistring hos ungdom og unge vaksne som gjennomgår kreftbehandling**

Litteraturbachelor  
Antal ord: 7687

Bacheloroppgåve i Sykepleie  
Juni 2023

Noregs teknisk-naturvitskaplege universitet  
Fakultet for medisin og helsevitskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sjukepleie



**NTNU**

Kunnskap for ei betre verd



# Samandrag

**Bakgrunn:** Årleg får omtrent 300 ungdom og unge vaksne i alderen 13 til 26 år kreft i Noreg. Pasientgruppa utgjør ei sårbar gruppe med særegne behov. Dei opplever markant dårlegare utfall enn høvesvis kreftsjuke barn og eldre vaksne og rapporterer i større grad negative psykososiale konsekvensar.

**Hensikt:** Å få kjennskap til korleis sjukepleiar kan understøtte håp og meistring hos ungdom og unge vaksne som gjennomgår kreftbehandling, med særleg fokus på pasientgruppas unike, psykososiale behov.

**Metode:** Eit litteraturstudium gjennomført våren 2023 basert på ni forskingsartiklar.

**Resultat:** Ungdom og unge vaksne under kreftbehandling har komplekse medisinske og psykososiale behov. Å bli møtt på desse behova, både dei fysiske og dei psykososiale, var vesentleg for den unges meistring og oppleving av håp. Oppleving av håp utgjorde ein mental styrke som hjelpte dei å meistre kreftbehandlinga. Sosial støtte var den mest innflytelsesrike faktoren på håp og bidrog til auka meistring.

**Konklusjon:** Varetaking av den heilskaplege helsa til ungdom og unge vaksne kan bidra til at den unge opprettheld håp og meistrar livssituasjonen. Å møte deira unike, psykososiale behov er svært viktig for at dei ikkje skal miste håpet. Sosial støtte utgjør ein sentral faktor i opplevinga av håp og sjukepleiar bør difor oppmuntre og tilretteleggje for sosial kontakt. Fremjing av eit menneske-til-menneske-forhold mellom sjukepleiar og pasient er også med på å auke pasientens håp og meistring.

**Nøkkelord:** sjukepleie, kreft, ungdom og unge vaksne, håp, meistring, psykososiale behov

# Abstract

**Background:** Annually, approximately 300 adolescents and young adults aged 13 to 26 receive a cancer diagnosis in Norway. This patient group constitute a vulnerable group with special needs. They experience worse cancer outcomes than pediatric and older adult patients and report more negative psychosocial consequences.

**Aim:** To gain an understanding of how nurses can support hope and coping in adolescents and young adults who are undergoing cancer treatment, hand how to meet their unique, psychosocial needs.

**Method:** A systematic literature study carried out between April and June 2023 based on nine research articles.

**Results:** Adolescents and young adults undergoing cancer treatment have complex, unmet medical and psychosocial needs. Meeting these needs, both physical and psychosocial, is essential for the youth's ability to cope and experience hope. Hope constituted a mental strength that helped them cope with cancer treatment. Social support was the most influential factor in supporting adolescents and young adults to remain hopeful and increased their ability to cope.

**Conclusion:** Taking care of the overall health of adolescents and young adults can help the person maintain hope and cope with their life situation. Meeting their unique psychosocial needs is crucial in helping them remain hopeful. Social support is a central factor in supporting adolescents and young adults in remaining hopeful. The nurse should therefore encourage and organize for the youth's chances to maintain social contact. Promoting a human-to-human-relationships between a nurse and the patient is also a way to increase the patient's hope and coping skills.

**Keywords:** nurse, cancer, adolescent and young adult, hope, coping, psychosocial needs

Motet held eit menneske oppe i sjukdom, men mismot, kven kan bæra det?  
Ordspråka 18:14

# Innhald

1.	Innleiing .....	1
1.1.	Bakgrunn .....	1
1.2.	Teoretisk perspektiv .....	1
1.2.1.	Kreft hos ungdom og unge vaksne (UUV) .....	1
1.2.2.	Psykososiale behov.....	2
1.2.3.	Håp .....	2
1.2.4.	Meistring .....	3
1.2.5.	Sjukepleie .....	3
1.3.	Problemstilling .....	4
2.	Metode .....	5
2.1.	Pasientperspektiv .....	5
2.2.	Vitskapsteori og studiedesign.....	5
2.3.	Søkestrategi .....	5
2.3.1.	Konsepttabell.....	5
2.3.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterie .....	6
2.3.3.	Søketabell .....	6
2.4.	Vurdering av artikkelar .....	10
2.5.	Analyse.....	11
3.	Resultat .....	12
3.1.	Artikkelmatrise .....	12
3.2.	Presentasjon av resultat.....	20
3.2.1.	Psykososiale utfordringar .....	20
3.2.2.	Sosial støtte aukar meistringsevna og gir håp .....	20
3.2.3.	Håp hos ungdom og unge vaksne under kreftbehandling .....	21
3.2.4.	Personorientert, informasjonsutvekslande og autonomibevarande omsorg.....	21
4.	Diskusjon .....	23
4.1.	Psykososiale utfordringar .....	23
4.2.	Håp, meistring og identitet .....	23
4.3.	Mellommenneskelege forhold i sjukepleia .....	24
4.4.	Lindre kroppslege symptomplagar .....	25
4.5.	Tilretteleggje for sosial støtte.....	26
4.6.	Informasjon og autonomi .....	27
4.7.	Metoderefleksjon.....	29
5.	Konklusjon .....	31
	Referansar.....	32





# Tabellar

Tabell 2.1 Konsepttabell .....	6
Tabell 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterie .....	6
Tabell 2.3 Søketabell .....	6
Tabell 2.4 Evans analysemodell .....	11
Tabell 2.5 Analyse av tema .....	11
Tabell 3.1 Artikkelmatrise A .....	12
Tabell 3.2 Artikkelmatrise B .....	12
Tabell 3.3 Artikkelmatrise C .....	13
Tabell 3.4 Artikkelmatrise D .....	14
Tabell 3.5 Artikkelmatrise E .....	15
Tabell 3.6 Artikkelmatrise F .....	16
Tabell 3.7 Artikkelmatrise G .....	17
Tabell 3.8 Artikkelmatrise H .....	17
Tabell 3.9 Artikkelmatrise I .....	18

# 1. Innleiing

## 1.1. Bakgrunn

I 2020 vart over 35 500 menneske i Noreg diagnostisert med kreft (Kreftregisteret, 2022) Av desse er det omtrent 300 ungdommar og unge vaksne mellom 13 til 26 år som får ein kreftdiagnose årleg (Oslo universitetssykehus, 2020). I tillegg tyder nyare forskning på ei global auke av unge vaksne under 50 år som utviklar kreft (Ugai et al., 2022). Prognosen hos ungdom og unge vaksne er ofte god og det vert stadig fleire som overlever (Utne, 2019).

Over 80% av unge kreftpasientar overlever, men 3 av 5 unge kreftoverlevare får seinskadar (Ung Kreft, 2023). Mange må difor lære seg å meistre eit langt liv med seineffektar. Ungdom og unge vaksne med kreft utgjer ei sårbar gruppe som har markant dårlegare utfall samanlikna med kreftsjuke barn og eldre vaksne (Shaw et al., 2015). Pasientgruppa har ikkje opplevd same forbetring i overleving som høvesvis barn og eldre vaksne. Dei utgjer ei gruppe med særskilte behov og opplever signifikant dårlegare helserelatert livskvalitet med større risiko for å utvikle fatigue, redusert fysisk funksjon og dårlegare psykososial funksjon enn yngre og eldre aldersgrupper (Smith et al., 2013).

## 1.2. Teoretisk perspektiv

### 1.2.1. Kreft hos ungdom og unge vaksne (UUV)

Kreft utgjer ei gruppe med sjukdommar som har til felles ukontrollert cellevekst som ikkje tek omsyn til kroppens vanlege reguleringsmekanismer (Utne, 2019, s. 106). Kreftcellene kan infiltrere omkringliggjande vev og organ og metastasere til andre deler av kroppen, dei kan skade livsviktige organ, men òg kroppen som heilskap gjennom å påverke immunforsvar, ernæring og kroppens aktivitet (Felleskatalogen, 2016). Når kreftcellene veks, vert normale celler i området rundt øydelagd. Sjølv om sjukdomsforløpet, behandlinga og overlevingsrata varierer sterkt mellom dei ulike diagnosane, er kreft ein livstruande sjukdom med tradisjonelt høg dødelegheit og sjukelegheit (Utne, 2019). Kreft utgjer ein trussel for menneskets helse, både fysisk og mentalt, og kan medføre eksistensielle kriser og psykososiale utfordringar (Utne, 2019, s. 106).

I denne oppgåva blir ungdom og unge vaksne brukt om aldersgruppa 13-26 år. Utover i oppgåva vil det bli brukt forkortinga UUV. Utgangspunkt for val av alder er fagprosedyren til Oslo Universitetssjukehus om psykososiale behov hos ungdom/unge vaksne med kreft. OUS definerer aldersgruppa til 13-26 år, men påpeiker samstundes at det finst individuelle variasjonar (Oslo universitetssykehus, 2020).

UUV vert behandla både på barneavdelingar og delvis på vaksenavdelingar (Oslo universitetssykehus, 2020). Som gruppe er dei, som nemnd, meir sårbare og rapporterer i større grad negative psykososiale konsekvensar (Oslo universitetssykehus, 2020; Utne, 2019). Kreftbehandlinga er ofte langvarig og omfattande med mange tap og

djuptgripande forandringar (Utne, 2019, s. 139–140). Tapa dei opplever grunna sjukdom, symptomplagar, behandling og biverknader kan handle om tidleg konfrontasjon med eigen dødelegheit, endra utsjånad og funksjonsnivå, auka avhengigheit av foreldre i ein sårbar lausrivingsfase, tap av skulegang, mindre sosial kontakt med jamaldra, økonomiske utfordringar, vanskar i forhold til kjærleik og seksualitet, og tap av identitet, reproduksjonsevne eller ein kroppsdel. Å miste håret vil påverke både kroppsiletet, seksualiteten, sjølvkjensla og livskvaliteten (Utne, 2019, s. 123). Å miste ein kroppsdel kan ha desto større påverknad på mennesket, endrar personens sjølvbilete og utgjere ei sterk psykisk påkjenning. Sideeffektar/biverknader av behandlinga, som t.d. fatigue, kvalme, smerter, obstipasjon og muskelsvakheit, utfordrar òg oppleving av identitet og sjølvbilete.

I tillegg til å takle behandlingsrelaterte biverknader, må dei handtere stress, søkje og prøve å forstå informasjon, handtere emosjonelle reaksjonar, akseptere kreftsjukdommen og søkje sosial støtte (Utne, 2019, s. 140). UUV manglar dei same føresetnadane til å meistre situasjonen som eldre vaksne som følgje av at dei har mindre livserfaring, kunnskap og modenskap (Ung Kreft, 2023). Ungdom er i ein fase av livet der dei skal utvikle sin eigen identitet og forme si eiga framtid, der tilhøyrse til venegjengen blir viktigare enn avhengigheit til familien (Sjøbjerg, 2019, s. 139). Dei gjennomgår store forandringar, både hormonelt, fysisk og sosialt. Kreftsjukdom og -behandling kan forstyrre den normale utviklinga av sjølvbilete og identitet (Oslo universitetssykehus, 2020). Korleis UUV meistrar situasjonen er avhengig av fleire faktorar som bl.a. modenskap, livssituasjon, personlegdom, familiemedlemmars meistringsevne og sosial støtte.

### 1.2.2.Psykososiale behov

Menneskets grunnleggjande behov består av fysiske, psykososiale, åndelege og seksuelle behov (Stubberud, 2019a, s. 16). Behova er allmenmenneskelege og vert påverka ved sjukdom og helsesvikt.

Psykososiale behov omfattar eit emosjonelt og eit relasjonelt perspektiv (Stubberud, 2019a, s. 18). Relasjonelt har mennesket behov for sosial kontakt, anerkjenning og kjenslemessig støtte, gode relasjonar og eit meningsfullt sosialt engasjement. Mennesket er eit sosialt vesen som blir til i møte med andre (Eriksen, 2022). Korleis ein blir møtt og oppfatta av andre påverkar difor utviklinga og forståinga av ein sjølv. Emosjonelt har mennesket behov for å oppleve tryggleik, tilfredsheit og velvære, vere orientert og oppleve kontroll over eige liv (Stubberud, 2019a). Psykososiale behov påverkar menneskets helse og velvære. Langvarig, negativt psykisk stress leier til fysiologiske og psykologiske stressreaksjonar som aukar sårbarheita for sjukdom og kan påverke forlaupet og rehabiliteringa negativt (Stubberud, 2019a, s. 30).

### 1.2.3.Håp

I litteratur og forskning er det mangfaldige definisjonar på håp. Eg har vald å bruke Joyce Travelbee, ein anerkjent sjukepleieteoretikar, sin definisjon: «håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes ligger innenfor det oppnåelige» (Travelbee, 2001, s. 117). Travelbee visar til seks karakteristikkar av håp. I håpet ligg det ei forventning om å få hjelp frå andre, det er framtidsretta, har med val og ønskjer å gjere og er relatert til tillit, uthald og mot.

Håp og meistring er nært knytt saman. Travelbee seier sjukepleiars rolle er å hjelpe pasienten til å oppleve håp for å kunne meistre sjukdom, lidning, usikkerheit og død (Travelbee, 2001, s. 117). Utan håp kan meininga med livet bli borte, difor er håpet noko av det viktigaste for menneskets eksistens (Kristoffersen & Breievne, 2016). Forsking visar at menneske som håpar, lever lenger og betre enn dei som ikkje håpar (Lohne, 2016, s. 110). Håp er ein motiverande impuls som gir energi (Travelbee, 2001), medan håpløyse er som ein generalisert «paralytisk» tilstand med manglande evne til å handle (Lohne, 2016, s. 112). I følgje Lohne (2016) er håp sjølv drivkrafta i sjukepleiefaget fordi håp produserer lækjande prosessar og lindrar lidinga. Travelbee skriv at ingen er fødd med ei kjensle av håpløyse, men at det truleg oppstår når personen har «litt mentalt, fysisk eller åndelig altfor intenst gjennom altfor lang tid, uten hjelp eller uten opphør i lidelsen» (2001, s. 123). Kunnskap om kva håp betyr for pasientar er naudsynt for å møte pasientens behov for å finne eller oppretthalde håp (Lohne, 2016, s. 112).

#### 1.2.4.Meistring

Lazarus og Folkman definerer meistring som kontinuerleg skiftande kognitive og åtferdsmessige forsøk på å meistre spesifikke indre og/eller ytre krav, som personen opplever overgår eller svekker personens ressursar (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141). Ved å ta i bruk meistringsmekanismar som reduserer opplevinga av stress, er målet å oppleve personleg kontroll over truande hendingar (Stubberud, 2019a). Fleire faktorar påverkar meistringsevna, bl.a. personlegdom, emosjonelle og kognitive faktorar, opplevinga av føreseielegheit og kontroll over varigheita, å ha ei forståing av hensikta og meininga med ei stressande hending, samt å få sosial støtte. Effektiv meistring sikrar optimal sosial funksjon og beskyttar mot helsesvikt.

Meistringsevna er eit individuelt og dynamisk fenomen som vert oppbygd gjennom barne- og ungdomsåra og når sitt høgste nivå i vaksen alder (Kristoffersen, 2016a, s. 258–259). Sentralt i denne prosessen er evna til å lære og til å bearbeide erfaringar. Eldre menneske har ein livserfaring som gjer at dei ofte meistrar store livsforandringar og kriser på ein meir moden måte enn yngre.

#### 1.2.5.Sjukepleie

Som bakgrunn for oppgåva har eg vald Travelbees definisjon av sjukepleie: «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2001, s. 29).

Travelbee (2001) skriv at for å kunne hjelpe personen å meistre eller finne meining i sjukdomserfaringa er det nødvendig å setje seg inn i korleis personen sjølv oppfattar situasjonen. Ved å utvikle eit menneske-til-menneske-forhold prega av gjensidigheit der partane er likeverdige, og ved å bruke seg sjølv terapeutisk kan sjukepleiar hjelpe pasienten til å akseptere sin sårbarheit som menneske og bevare håpet. Vidare skriv Travelbee (2001, s. 38) at; «hvis ikke sykepleieren besitter en dyp innsikt i menneskets livsvilkår, sammen med et syn på sykdom som en mulig selvaktualiserende erfaring, vil hun trolig ikke kunne gi den syke meningsfull hjelp».

Yrkesetiske retningslinjer seier sjukepleiar skal understøtte pasientens håp, meistring og livsmot (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Utgangspunktet for sjukepleie er pasientens grunnleggjande behov og pasientens opplevingar og reaksjonar på situasjonen (Kristoffersen et al., 2016, s. 16). Pasientens helse, livskvalitet og meistring er sentrale sjukepleiemål.

### 1.3. Problemstilling

Oppgåva handlar om UUV som gjennomgår kreftbehandling på sjukehuset. Utover i søkjeprosessen fann eg at pasientgruppa hadde fleire psykososiale behov. Å bli møtt på grunnleggjande behov er nødvendig for å oppretthalde håpet. Håp er nødvendig for å effektivt meistre situasjonen. Oppgåva vil difor ha eit særleg fokus på UUVs psykososiale utfordringar, kva funksjon håpet har og kva som fremjar håp og meistring hos UUV.

Problemstilling for oppgåva:

**Korleis kan sjukepleiaren understøtte håp og meistring hos kreftsjuke ungdom og unge vaksne?**

## 2. Metode

### 2.1. Pasientperspektiv

Denne oppgåva er eit litteraturstudium og forskingsartiklane utforskar pasientperspektivet. Det er viktig å lytte til pasientars eigne historier, erfaringar og tankar om håp når ein skal planleggje sjukepleieintervensjonar for å understøtte håp. Oppgåva har difor eit fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv. Under diskusjonsdelen blir det diskutert moglege implikasjonar dette kan ha for sjukepleiepraksis.

### 2.2. Vitskapsteori og studiedesign

Naturvitskapen kan bidra med forklaringar (Dalland, 2020). Men mennesket er ikkje berre eit fysisk vesen, det er òg sjeleleg, med ein psyke som søker mening og betydning. Difor er det behov for humanvitskap som kan hjelpe oss å forstå oss sjølv og andre (Dalland, 2020, s. 47).

Som menneske opplever me alle meining innanfor den konteksten, den tida og den individuelle situasjonen me står i (Grov et al., 2015, s. 153). I følgje Gadamer er hermeneutikk ein allmenn teori om forståing, som understrekar at i møtet med andre menneske eller i forståinga av ein kontekst ber med alltid med oss vår eigen forforståing – fordommar – som pregar kva det er mogleg for oss å oppdage ved fenomenet (Wifstad, 2019).

Fenomenologien prøver alltid å få fram førstepersonsperspektivet og kan forståast som ein systematisk undersøking av ulike måtar å erfare verkelegheita på (Wifstad, 2019). Sentralt i fenomenologien er personens individuelle perspektiv, erfaringar og sjølvforståing. Denne kunnskapen er viktig i sjukepleiefaget fordi det kan auke forståinga for og betre føresetnadar til å hjelpe pasientar å meistre sjukdomsrelaterte symptom, opplevingar og reaksjonar (Heggestad & Knutstad, 2016, s. 18).

### 2.3. Søkestrategi

Eg søkte i databasane Cinahl og Medline. Når eg søkte etter forskingsartiklar la eg merke til at det ofte vart brukt «adolescents and young adults», heretter forkorta til «AYA». Eg valde å bruke desse omgrepa når eg søkte etter artiklar på databasane sjølv om dei utgjør ei divergent gruppe. NCI definerer AYA-populasjonen til aldersgruppa 15-39 år (National Cancer Institute, 2023). Sidan ein 15-åring vil ha andre psykososiale utfordringar enn ein 39-åring, vil oppgåva utforske fenomenet håp og psykososiale behov hos UUV i aldersgruppa rundt 13-26 år. Med unntak av to artiklar, er artiklane basert på innhenta datamateriale av informantar rundt denne alderen. Eg valde å bruke søkjeord som «adolescence», «adolescent» og «young adult» for å få artiklar som var retta mot denne aldersgruppa. Dersom eg avgrensa søket med å oppgi alder i staden for å bruke desse søkjeorda, opplevde eg å få færre relevante artiklar.

#### 2.3.1. Konsepttabell

**Tabell 2.1 Konsepttabell**

Konsept 1	Konsept 2	Konsept 3	Konsept 4
Adolescent Young adult Adolescence	Cancer Neoplasms Cancer treatment Cancer therapy	Psychosocial Psychological	Hope Psychological adaptation Coping

### 2.3.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterie

**Tabell 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterie**

Inklusjonskriterie	Eksklusjonskriterie
Fagfellevurdert tidsskrift Engelsk språk (å supplere med nordiske språk gav ikkje fleire treff) Populasjon: ungdom og unge vaksne med kreft, alder rundt 13-26 år (adolescent og young adult – AYA), under kreftbehandling Utgitt siste 10 år Fulltekst tilgjengeleg Pasientperspektiv IMRaD-struktur Overførbart til norske forhold	Utgitt før 2013 Palliativ behandling med kort forventet levetid Manglar pasientperspektivet

### 2.3.3.Søketabell

**Tabell 2.3 Søketabell**

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antal treff	Valte artiklar
Medline	06.04.23	S1	(MH «Neoplasms+») OR «neoplasms»		3 846 543	
		S2	(MH «Hope») OR «hope»		101 572	
		S3	(MH «Adaptation, Psychological+») OR "psychological adaptation"		146 107	
		S4	"cancer treatment"		85 552	
		S5	"cancer therapy"		70 827	
		S6	S4 OR S5		146 214	



		S7	S1 AND S2 AND S3 AND S6	Peer reviewed Siste 10 år Engelsk	27	1 (A)
Pubmed	14.04.23	S1	Hope	Siste 10 år Engelsk/ Nordisk	52 297	
		S2	(neoplasms) OR (cancer)	Siste 10 år Engelsk/ Nordisk	1 924 857	
		S3	(young adult) OR (adolescent)	Siste 10 år Engelsk/ Nordisk	1 076 099	
		S4	Psychological	Siste 10 år Engelsk/ Nordisk	297 576	
		S5	(treatment) OR (therapy)	Siste 10 år Engelsk/ Nordisk	4 819 176	
		S6	((lived experience) OR (patient view)) OR (patient perspective)	Siste 10 år Engelsk/ Nordisk	160 330	
		S7	(coping) OR (psychological adaptation)	Siste 10 år Engelsk/ Nordisk	67 736	
		S8	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6 AND S7	Siste 10 år Engelsk/ Nordisk	19	1 (B)
Cinahl	14.04.23	S1	"psychosocial"		618 005	
		S2	"psychological"		311 042	
		S3	S1 OR S2		781 145	
		S4	"cancer"		531 223	
		S5	(MH"Neoplasms+ ) OR "neoplasms"		662 475	
		S6	S4 OR S5		819 981	

		S7	(MH "Hope") OR "hope"		30 007	
		S8	(MH «Young Adult») OR «young adult»		293 804	
		S9	(MH «Adolescence+») OR «adolescence»		609 342	
		S10	"adolescent"		100 256	
		S11	S8 OR S9 OR S10		753 633	
		S12	S3 AND S6 AND S7 AND S11	Peer reviewed Engelsk Siste 10 år	122	5 (A, B, C, E, F)
Medline	26.04.23	S1	"psychosocial"		134 826	
		S2	"psychological"		756 200	
		S3	S1 OR S2		845 585	
		S4	(MH «Neoplasms+») OR «neoplasms»		3 853 721	
		S5	"cancer"		2 989 729	
		S6	S4 OR S5		4 806 417	
		S7	(MH "Hope") OR "hope"		101 993	
		S8	(MH "Young Adult") OR "young adult"		109 433	
		S9	(MH "Adolescence+") OR "adolescence"		109 433	
		S10	«adolescent»		2 304 216	
		S11	S3 AND S6 AND S7 AND S10	Peer reviewed Engelsk	168	6 (A-F)

				Siste 10 år		
Medline	21.04.2023	S1	(MH «Young Adult») OR «young adult»		1 034 230	
		S2	(MH «Adolescence+») OR «adolescence»		109 227	
		S3	S1 OR S2		1 129 802	
		S4	(MH «Neoplasms+») OR «neoplasms»		3 848 568	
		S5	«psychosocial needs»		2 172	
		S6	«psychological needs»		2 466	
		S7	S5 OR S6		4 606	
		S8	(MH «Nursing care+») OR «nursing care»		30 627	
		S9	«nursing interventions»		1 862	
		S10	(MH «Nursing+») OR «nursing»		1 022 542	
		S11	S8 OR S9 OR S10		342 661	
		S12	S3 AND S4 AND S7 AND S11	Peer reviewed Engelsk Utgitt etter 2013	31	3 (G, H, I)

#### Inkluderte artiklar:

- A. Nierop-van Baalen, C., Grypdonck, M., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2020). Associated factors of hope in cancer patients during treatment: A systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(7), <https://doi.org/10.1111/jan.14344>
- B. Bennett, C. R., Coats, H., Hendricks-Ferguson, V., L., Gauthier, K., & Sousa, K. (2022). The lived experiences with hope from adolescents and young adults

who have advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 63(4), 581-589.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392421006552>

- C. Currin-McCulloch, J., Walsh, C., Gulbas, L., Trevino, K., Pomeroy, E., & Jones, B. (2021). Contingent hope theory: The developmental exploration of hope and identity reconciliation among young adults with advanced cancers. *Palliative & supportive care*, 19(4), 437-446.  
<https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/contingent-hope-theory-the-developmental-exploration-of-hope-and-identity-reconciliation-among-young-adults-with-advanced-cancers/43125AFDFF8B17C838B57A1D76E2BF2B>
- D. Pennant, S., C. Lee, S., Holm, S., Triplett, K. N., Howe-Martin, L., Campbell, R., & Germann, J. (2019). The role of social support in adolescent/young adults coping with cancer treatment. *Children*, 7(1), 2. <https://www.mdpi.com/2227-9067/7/1/2>
- E. Haase, J. E., Kintner, E. K., Robb, S. L., Stump, T. E., Monahan, P. O., Philips, C., ... & Burns, D. S. (2017). The Resilience in Illness Model (RIM) Part 2: Confirmatory evaluation in adolescents and young adults with cancer. *Cancer Nursing*, 40(6), 454-463.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cncr.29866>
- F. Alander, M. E. J., Klaeson, K., Nyqvist, H., & Olausson, S. (2021, October). Lived experiences and caring needs in young adults diagnosed with cancer. In *Nursing Forum* (Vol. 56, No. 4, pp. 781-790).  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nuf.12595>
- G. Ishibashi, A., Okamura, J., Ueda, R., Sunami, S., Kobayashi, R., & Ogawa, J. (2016). Psychosocial strength enhancing resilience in adolescents and young adults with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 33(1), 45-54.  
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043454214563935>
- H. Thornton, C., P., Ruble, K., & Kozachik, S. (2020) Psychosocial interventions for adolescents and young adults with cancer: an integrative review. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 37(6), 408-422.  
<https://doi.org/10.1177/1043454220919713>
- I. Philips, C. R., & Haase, J. E. (2018). A connectedness primer for healthcare providers: adolescents/young adult cancer survivors' perspectives on behaviors that foster connectedness during cancer treatment and the resulting positive outcomes. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 7(2), 174-180.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5899279/>

## 2.4. Vurdering av artiklar

Eit førsteinntrykk av artikkelens relevans vart danna på bakgrunn av ordlyden i artikkeloverskrifta. Deretter las eg gjennom abstraktet til den enkelte studien for å undersøke om artikkelen var relevant for problemstillinga. Nokre av artiklane vart

ekskludert pga. geografiske og kulturelle skilnader. For å bli inkludert var det ønskeleg at resultatane frå artikkelen var overførbare til norsk helseteneste. Artiklar med eit utydeleg føremål vart ekskludert.

Over halvparten av artiklane i oppgåva er kvalitative studiar. Kvalitative metodar er hensiktsmessig for å få kunnskap om erfaringar og haldningar, korleis pasientar opplever fenomenet og kva som gjer at det verkar (Helsebiblioteket, 2021).

## 2.5. Analyse

Artikkelanalysa er basert på Evans firetrinnsmetode som er forklart i tabellen under (Evans, 2002).

**Tabell 2.4 Evans analysemodell**

Steg	Beskrivelse
1. Samle data	Første steg handlar om å samle aktuelle data. Dette er nærmare beskrive i 2.1. Pasientperspektiv og 2.3 Søkestrategi. Søkjeprosessen resulterte i ni artiklar.
2. Identifisere hovudfunn	Dette steget inneber å lese kvar enkelt artikkel for å finne sentrale funn i den enkelte artikkel. Sentrale funn vart markert. Artiklane vart lest fleire gonger.
3. Samanlikne funn	Dette steget inneber å finne fellestrekk og ulikskapar mellom artiklane. Etter å ha lest og gjennomgått alle artiklane og samanlikna desse, enda eg opp med tre hovudtema som vist i tabell 2.5.
4. Beskriving av fenomen	Siste steg inneber å beskrive fenomenet og lage ein syntese. Tabell 2.5 Analyse av tema, beskriv denne syntesa. Resultata er presentert i kapittel 3.

**Tabell 2.5 Analyse av tema**

Hovudtema	Undertema	Artiklar som omhandlar tema
Sosial støtte	Tilknyting og tilhøyrsløse Vener og familie Helsepersonell Jamaldrande med kreft Oppretthalde normalitet	A, B, C, D, E, F, G, H, I
Psykososiale utfordringar/behov hos UUV	Alienasjon/isolasjon Redsle Tap av sjølvtilitt og identitet Endra kroppsbilete	C, D, E, F, G, H, I
Helsepersonell-pasient-relasjon	Informasjon Autonomi Delta i eigen behandling Framandgjerande versus støttande interaksjon	B, C, D, E, F, G, H, I

## 3. Resultat

### 3.1. Artikkelmatrise

**Tabell 3.1 Artikkelmatrise A**

<b>Referanse A</b>	Nierop-van Baalen, C., Grypdonck, M., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2020). Associated factors of hope in cancer patients during treatment: A systematic literature review. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 76(7), <a href="https://doi.org/10.1111/jan.14344">https://doi.org/10.1111/jan.14344</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskings spørsmål</b>	Å identifisere sammenheng mellom håp og relaterte faktorer hos pasienter som gjennomgår kreftbehandling.
<b>Metode</b>	Systematisk litteraturoversikt av kvantitative empiriske studier på opplevinga av håp hos pasienter under kreftbehandling. Søk vart gjennomført i ulike databaser frå januar 2009 til desember 2018. Inklusjonskriterie var følgjande; empiriske kvantitative studier som var skrivne på engelsk eller tysk, målte håp frå pasienten sitt perspektiv og inkluderte pasienter i alle fasar av sjukdommen.
<b>Resultat</b>	33 studier tilfredsstilte kriterier. Det vart funne positiv sammenheng mellom håp og livskvalitet, sosial støtte og åndeleg og eksistensiell velvære. Det var ein negativ sammenheng mellom håp og symptombyrde, psykologiske utfordringar og depresjon. Ingen sammenheng vart funne mellom demografiske og kliniske variablar. Det var usikkert kva sammenheng det var mellom angst og håp. Håp såg ut til å vere noko som skjer i personens indre heller enn å bli bestemt av ytre faktorer. Sosial støtte var den mest innflytelsesrike faktoren på pasientens håp, åndeleg og eksistensiell velvære den nest mest innflytelsesrike faktoren.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Den er relevant for oppgåva (sjølv om den går på tvers av alder) då den visar kva som bidreg til pasienters opplevde håp og kva som kan redusere pasientens håp. Å fremje god, sosial støtte og lindre psykologiske og eksistensielle utfordringar hos personar med kreft kan auke pasientens håp.

**Tabell 3.2 Artikkelmatrise B**

<b>Referanse B</b>	Bennett, C. R., Coats, H., Hendricks-Ferguson, V. L., Gauthier, K., & Sousa, K. (2022). The Lived Experiences With Hope From Adolescents and Young Adults Who Have Advanced
--------------------	---

	Cancer. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 63(4), 581-589. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.11.016">https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.11.016</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskings spørsmål</b>	Hensikten med studien er todelt; for det første å beskrive håp frå pasientperspektivet til UUV med avansert kreft, og for det andre å differensiere håpets rolle hos UUV i ulike fasar av behandlingsforløpet.
<b>Metode</b>	Kvalitativ, deskriptiv studie. Deltakarane gjennomførte to semistrukturerte intervju der dei skulle teikne/lage eit mønster for å illustrere deira oppleving med håpets rolle før, under og etter å ha erfart kreft. Deltakarane vart bedt om å forklare kva dei hadde teikna slik at forskarane skulle få auka forståing av korleis håpet endra seg for UUV gjennom forløpet.
<b>Resultat</b>	15 pasientar i alder 12-21 år fullførte studien. Hovudtemaet som vart identifisert var håpets omforming gjennom dei ulike fasane. Håpet hadde vore «ikkje-eksisterande» eller veldig svakt før kreftdiagnose, men etter kreft vart håpet viktig. Håpet kunne ha ulike nivå, alt frå å kome seg gjennom dagen, til å ha håp om å ikkje få tilbakefall. Dei som erfarte å få tilbakefall sa dei fekk nytte av meistringserfaringa frå tidlegare behandlingsforløp for å oppretthalde håpet. Deltakarane beskreiv ei ny mening med livet etterpå, eit nytt perspektiv på livet. Ei av deltakarane hadde behov for at andre for ein periode bar håpet til ho fekk sitt eige håp. Å feire «det små» og å ta imot støtte frå familie, vener og helsepersonell hjelpte dei å oppretthalde håpet under behandling. Dei ønskjer helsepersonell som støttar dei i medisinske behandlingsval og gir dei rom for håp midt i det usikre. Håpet auka i forkant av oppstart av ny behandling og minka ved tilbakefall, reinnlegging, covid-19 og dårleg behandlingseffekt.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Denne artikkelen er relevant då den visar korleis håpet endrar seg gjennom behandlingsforløpet og kor viktig det er for pasientane å ha eit håp. Sjukepleiarar kan vere klar over dette og bidra til å understøtte håpet til pasienten i sårbare fasar. Artikkelen gir råd om korleis ungdommen ønskjer å bli møtt og råd ungdommane har til andre i liknande situasjon.

**Tabell 3.3 Artikkelmatrise C**

<b>Referanse C</b>	Currin-McCulloch, J., Walsh, C., Gulbas, L., Trevino, K., Pomeroy, E., & Jones, B. (2021). Contingent hope theory: The developmental exploration of hope and identity reconciliation among young adults with advanced cancers. <i>Palliative &amp; supportive care</i> , 19(4), 437-446. <a href="https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/contingent-hope-theory-the-developmental-exploration-of-hope-and-identity-reconciliation-">https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/contingent-hope-theory-the-developmental-exploration-of-hope-and-identity-reconciliation-</a>
--------------------	---

	<a href="https://doi.org/10.3390/children7010002">among-young-adults-with-advanced-cancers/43125AFDFF8B17C838B57A1D76E2BF2B</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskings spørsmål</b>	Artikkelen hadde fleire føremål. For det første å utforske meininga med og funksjonen til håp utover unge vaksne sitt sjukdomsforlaup. Deretter å få auge på den psykososiale prosessen UV brukar for å skape håp.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie. 13 unge vaksne i alder 23-38 år diagnostisert med avansert kreft fullførte semistrukturerte intervju. Intervjua inkluderte bruk av ei tidslinje for å vurdere svingingar i håpet. Ein sosiodemografisk undersøking vart brukt i innhenting av datamateriale.
<b>Resultat</b>	Funn frå studien resulterte i ein eigen håpsteori for UUV. Teorien beskriv eit mønster av psykososial åtferd unge vaksne med avansert kreft brukar for å oppleve identitetsforsoning og meining i livet. Utviklinga av handlemåtar og vegar til identitetsforsoning var avhengig av den unge vaksne sin deltaking i følgjande psykososiale prosessar; navigering gjennom usikkerheit, kjenne seg «øydelt», desorientert sorg, reorientering og til slutt identitetsforsoning. Informantane strevde med å forsone deira før kreft-identitet med deira noverande oppleving av seg sjølv som kreftsjuk. Å forsone seg med eigen identitet var deltakaranes fremste håp: å gjenvinne ei oppleving av seg sjølv som autentisk når kreft utgjorde ein trussel for deira tidlegare oppfatning av seg sjølv. «Contingent hope» var hovudkjelda til energi som styrkte UV gjennom prosessen mot identitetsforsoning.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Denne artikkelen er relevant for oppgåva då den visar at hovudutfordringa til informantane i å bevare håpet var ei kjensle av å bli fråkoplå sjølv og samfunnet. Artikkelen tek for seg aldersgruppa unge vaksne (23-38 år). Opplever likevel artikkelen som relevant då den visar kor viktig sjølvkjensla og opplevinga av eigen identitet er for mennesket. Ungdommar under 23 år vil kunne ha mykje av dei same utfordringane ved at dei òg må reorientere seg og forsone seg med eit liv som vart annleis enn mange av sine jamaldrande. Håpet spelar ei innflytelsesrik rolle i å motivere dei unge vaksne frå desorganisert sorg mot ei heil sjølvkjensle. Artikkelen gir innblikk i psykososial åtferd desse brukar for å gi næring til håpet, samt oppnå ei identitetsforsoning. Denne kunnskapen kan bidra til betre vurderingar og intervensjonar i sjukepleia for å fostre håp, meining og identitetsforsoning hos pasientgruppa.

**Tabell 3.4 Artikkelmatrise D**

<b>Referanse D</b>	Pennant, S., C. Lee, S., Holm, S., Triplett, K. N., Howe-Martin, L., Campbell, R., & Germann, J. (2019). The role of social support in adolescent/young adults coping with cancer treatment. <i>Children</i> , 7(1), 2. <a href="https://doi.org/10.3390/children7010002">10.3390/children7010002</a>
--------------------	---



<b>Hensikt, problemstilling og forskings spørsmål</b>	Finne ut korleis sosial støtte påverkar UUVs evne til å meistre kreftbehandling. Utforske kva UUV opplevde som hjelpsam, kva dei ønskjer frå den sosiale støtta og kva råd dei har til andre i same situasjon.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie. Del av ein større studie. Deltakarane fullførte semistrukturerte intervju med lydopptak som vart transkribert og koda. 10 UUV mellom 15-26 år diagnostisert med kreft, samt 10 pårørande til UUV med kreft fullførte studien. Informantane svarte i tillegg på eit spørjeskjema som kartla demografisk informasjon, håp, depresjon, angst og stress, livskvalitet og sosial støtte.
<b>Resultat</b>	Sosial støtte var den viktigaste meistringsressursen og eit viktig supplement til individuelle meistringsstrategiar. Sosial støtte inkluderte familiemedlemmar, vener og andre (bl.a. helsepersonell). Å ha nokon som var tilgjengelege, fungerte som distraksjon, hadde ein positiv innstilling, oppretthald deira autonomi, hjelpte å kommunisere UUVs behov og fungerte som advokatar auka UUVs meistringsevne. Foreldra sin innstilling påverka korleis UUV meistra situasjonen. Djupe vennskap gav dei moglegheit til å få aksept og dele erfaringar med andre enn foreldre. Kontakt med andre kreftsjuke UUV eller kreftoverleverar var den mest hjelpsame og ettertrakta sosiale støtta. Helsepersonell fungerte som distraksjon, advokat, oppmuntring og informasjons-utvekslarar.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Artikkelen er relevant då den får fram kva UUV opplever som gode og støttande relasjonar og korleis dette påverka deira meistringsevne. Den peiker på korleis helsepersonell med sin unike innsikt i UUVs liv kan bidra til å forbetre meistring hos UUV med kreft. Å oppretthalde vennskapet gjennom behandlinga er viktig og gir UUV moglegheit til å erfare sosiale utviklingsmessige milepålar.

**Tabell 3.5 Artikkelmatrise E**

<b>Referanse E</b>	Haase, J. E., Kintner, E. K., Robb, S. L., Stump, T. E., Monahan, P. O., Philips, C., ... & Burns, D. S. (2017). The Resilience in Illness Model (RIM) Part 2: Confirmatory evaluation in adolescents and young adults with cancer. <i>Cancer Nursing</i> , 40(6), 454-463. <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cncr.29866">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cncr.29866</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskings spørsmål</b>	Å gjere greie for evalueringa av RIM-modellen (sjå metode nedanfor) for UUV med kreft. I del 1 undersøkte dei RIM-evaluering. I del 2 (denne artikkelen) bekreftar dei modellens styrke i vegleing av positiv omsorgspraksis og helseundersøkingar.
<b>Metode</b>	Resilience in Illness Model (RIM) vart utvikla frå ein serie kvalitative og kvantitative studiar for å auke forståinga av korleis positive helsebevarande faktorar (sosial integrasjon, familiemiljø, hensiktsmessig meistring og oppleving av meining)

	kan påverke resiliens hos UUV. RIM inkluderer òg to risikofaktorar (sjukdomsrelatert lidning og defensiv meistring). I denne artikkelen – del 2 – vart evalueringa av RIM-modellen utført ved å bruke baseline-data frå eit utval av 113 UUV i alderen 11-24 år som gjennomgjekk stamcelletransplantasjon og registrert i ein randomisert kontrollert studie. Dataa vart analysert.
<b>Resultat</b>	RIM kan vere eit nyttig vegleiingsverktøy for å utvikle målretta intervensjonar som er basert på erfaringane til UUV. RIM aukar forståinga av UUV-kreftopplevinga og kan forbetre heilskapleg omsorg til UUV med kreft. Studien visar at UUV vil få vanskar med å transendere sjukdomsopplevinga, meistre og sosialt integrere seg dersom den sjukdomsrelaterte lidninga vert høg og/eller ikkje godt nok handtert. UUV med eit sterkt åndeleg perspektiv visar auka resiliens.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Artikkelen er relevant for oppgåva då den understrekar viktigeita av at sjukepleiar bidreg til å lindre plagsame symptom og reduserer UUVs oppleving av usikkerheit, bl.a. gjennom individtilpassa informasjon. Sjukepleiar bør òg leggje til rette for at UUV får vareteke eksistensielle og åndelege behov.

**Tabell 3.6 Artikkelmatrise F**

<b>Referanse F</b>	Alander, M. E. J., Klaeson, K., Nyqvist, H., & Olausson, S. (2021, October). Lived experiences and caring needs in young adults diagnosed with cancer. In <i>Nursing Forum</i> (Vol. 56, No. 4, pp. 781-790). <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nuf.12595">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nuf.12595</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskings spørsmål</b>	Å utforske livserfaringa til unge vaksne som er diagnostisert med kreft. Auke forståinga for korleis hjelpe og møte kreftsjuke unge vaksne sine omsorgsbehov.
<b>Metode</b>	Kvalitativ analyse av relevante bloggar skriven av åtte unge kvinner (20-29 år) diagnostisert med kreft. Kvinnene delte egne tankar om kvardagslivet og opplevingar under kreftforløpet på bloggen.
<b>Resultat</b>	Det kom fram to hovudtema: interaksjon med helsepersonell og kreftreise. Interaksjon med helsepersonell innebar oppfatning av informasjonen som vart gitt av helsepersonell samt framandgjerande versus støttande møter med helsepersonell. Kreftreise innebar følgjande undertema: fysiske og mentale endringar som følgde kreftbehandlinga, å oppleve livet som å vere i «limbo», å finne håp og å kjenne på ein vedvarande redsle. Håpet hjelpte kvinnene å meistre alle dei negative kjenslene som følgde med kreftsjukdommen og -behandlinga.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Relevant då den får fram kva dei unge kvinnene opplevde som framandgjerande eller støttande interaksjon med helsepersonell. I tillegg nemner den faktorar som understøtter desse unge

	kvinnene sitt håp og korleis dette håpet er hovudkjelda til energi for å meistre kvardagslivet.
--	---

**Tabell 3.7 Artikkelmatrise G**

<b>Referanse G</b>	Ishibashi, A., Okamura, J., Ueda, R., Sunami, S., Kobayashi, R., & Ogawa, J. (2016). Psychosocial strength enhancing resilience in adolescents and young adults with cancer. <i>Journal of Pediatric Oncology Nursing</i> , 33(1), 45-54. <a href="https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043454214563935">https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043454214563935</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskings spørsmål</b>	Utforske måtar å auke psykososial motstandskraft hos ungdom og unge vaksne som nyleg har fått diagnostisert kreft eller tilbakefall av kreftsjukdom.
<b>Metode</b>	Deskriptiv case studie. Adolescent resilience model (ARM) og self-sustaining process model vart brukt som bakgrunnsteori. Semistrukturerte intervju med 18 pasientar i ein alder av 12-24 år, utskreven i løpet av dei siste 10 åra. I Japan. ARM-modellen inkluderer seks ulike faktorar, men i denne studien vart det berre fokusert på individuelle risikofaktorar, individuelle beskyttelsesfaktorar og utfallet resiliens. Self-sustaining prosessmodellen vart nytta til å hjelpe ungdomspasientar med kreft å oppnå og behalde håp og resiliens.
<b>Resultat</b>	Fem faktorar styrkte ungdommen: positiv haldning, meining, forbindelse med vener, tillit og livserfaring. Ein positiv haldning og oppleving av meining under tidleg fase av behandlinga kan vere essensielt for å auke resiliens. Støtte frå foreldre, vener og tidlegare meistringserfaringar var til hjelp. Individuell støtte og sosiale ressursar kan vere viktig for å utvikle resiliens. Ein positiv haldning og oppleving av meining vart ofte utvikla frå støtte frå foreldra. Dersom foreldra opplevde håp for framtida hadde dette positiv påverknad på ungdommens utvikling av resiliens. Støtte frå vener er viktig på grunn av deira utviklingsnivå. Dei som var tilpassingsdyktige viste seg å ha sterke relasjonar med vener og jamaldrande som beskytta mot psykologisk stress og hjelpte dei å oppretthalde normalitet. Ungdom som fekk god støtte frå foreldra tenderte til å også få mykje støtte frå venene sine.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Artikkelen visar betydninga av å støtte foreldre for å auke ungdommens meistringsevne og verdien av at ungdommen har gode relasjonar med vener/jamaldrande. Å støtte foreldre, kartleggje sosial støtte og bidra til å oppretthalde ein viss form for normalitet kan motverke dei negative psykososiale følgjene av kreftsjukdommen og -behandlinga.

**Tabell 3.8 Artikkelmatrise H**

<b>Referanse H</b>	Thornton, C. P., Ruble, K., & Kozachik, S. (2020). Psychosocial interventions for adolescents and young adults with cancer: an
--------------------	--

	integrative review. <i>Journal of Pediatric Oncology Nursing</i> . 37(6), 408-422 <a href="https://doi.org/10.1177/1043454220919713">https://doi.org/10.1177/1043454220919713</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskings spørsmål</b>	Identifisere suksessfulle intervensjonar som evnar å vareta psykososiale behov hos UUV som gjennomgår kreftbehandling.
<b>Metode</b>	Systematisk oversikt over publikasjonar utgitt i seks relevante databasar. Kvar artikkel er gradert for å vurdere tilliten til resultatane.
<b>Resultat</b>	17 av 6 292 artiklar tilfredsstilte inklusjonskriteria. Intervensjonane vart delt inn i seks grupper/tema: kunst- og uttrykksterapi, fremjing av kontakt med jamaldrande, individuell vegleiing, bruk av teknologi, fremjing av fysisk aktivitet og kliniske interaksjonar. Det var blanda effekt av dei ulike intervensjonane. Involvering av tverrfaglege team kan vere den beste måten å møte denne gruppa sine psykososiale behov. Felles for intervensjonar som gav betre psykososiale utfall var fremjing av autonomi og moglegheiter til å ta avgjersler, vern om UUVs privatliv, møte dei ein-til-ein og fremjing av sosial interaksjon med jamaldrande.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Artikkelen er relevant då den identifiserer kva intervensjonar som kan møte ungdom og unge vaksne sine psykososiale behov. Å vareta den heilskaplege helsa til ungdom og unge vaksne kan leie til at den unge opprettheld håp og meistrar livssituasjonen.

**Tabell 3.9 Artikkelmatrise I**

<b>Referanse I</b>	Phillips, C. R., & Haase, J. E. (2018). A connectedness primer for healthcare providers: adolescents/young adult cancer survivors' perspectives on behaviors that foster connectedness during cancer treatment and the resulting positive outcomes. <i>Journal of Adolescent and Young Adult Oncology</i> , 7(2), 174-180. <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5899279/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5899279/</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskings spørsmål</b>	Å beskrive kva type hovudoppførsel UUV oppfatar som vesentleg hos helsepersonell for å fremje tilknytning. Å beskrive utfall denne tilknytninga kan gi.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie: empirisk fenomenologisk studie med 9 UUV kreftoverlevare (alder 20-23 år) som vart diagnostisert med kreft i ungdomstida. Deltakarane gjennomførte individuelle intervju.
<b>Resultat</b>	UUV oppfatar følgjande hovudoppførsel hos helsepersonell som vesentleg for å fremje tilknytning; å vise at ein veit korleis skape kontakt, vere observant og oppmerksom på UUVs behov, utvise ein villigheit til å fremje relasjonen, bruk av humor og formidling av respekt, støtte og omsorg. Utfall av tilknytning med helsepersonell inkluderer ei kjensle av å bli tatt vare på, forstått og respektert som unike individ.

	Tilknytninga leidde til ei oppleving av tillit/fortrulegheit i å uttrykkje seg til helsepersonell, positivitet til framtidige møter med helsepersonell, ei kjensle av takksemd til helsepersonell, og auka velvære.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Studien inkluderer berre kreftoverleverar sitt perspektiv. Opplever likevel artikkelen som relevant då det er viktig å ha kjennskap til korleis helsepersonell kan skape tilknytning til pasientgruppa. For å møte dei psykososiale behova og hjelpe dei å auke meistringsevna er det behov for å skape og fremje ein relasjon. Studien visar at tilknytning med helsepersonell fremde velvære og aktiv deltaking i eigen helse. Å skape tilknytning mellom sjukepleiar og UUV kan bidra til auka oppleving av håp og gi auka meistringsevne.

## 3.2. Presentasjon av resultat

Hensikta med oppgåva er å belyse korleis sjukepleiar kan understøtte håp og meistring hos kreftsjuke ungdom og unge vaksne. Under presenteres resultat frå artikkelanalysen.

### 3.2.1. Psykososiale utfordringar

Fleirtalet av artiklane nemnde dei unike psykososiale utfordringane UUV opplever ved å få kreft i ein sårbar fase av livet (Alander et al., 2021; Bennett et al., 2022; Currin-McCulloch et al., 2021; Haase et al., 2017; Ishibashi et al., 2016; Pennant et al., 2020; Phillips & Haase, 2018; Thornton et al., 2020). UUV opplevde kjensler av alienasjon, redsle, tap av identitet og sjølvbilete og manglande tilknytning og tilhøyrsløse til samfunnet; ei oppleving av å vere distansert og ekskludert. Ungdommen kunne ha vanskar med å verbalt kommunisere sine erfaringar (Haase et al., 2017) og kunne unngå å dele eigne opplevingar og eksistensielle spørsmål (Alander et al., 2021; Currin-McCulloch et al., 2021; Pennant et al., 2020).

Unge vaksne beskreiv desorientert sorg (Alander et al., 2021; Currin-McCulloch et al., 2021). Forholdet til kroppen vart vanskelegare; dei kunne oppleve seg øydelagd og forrådt av kroppen (Alander et al., 2021; Currin-McCulloch et al., 2021). Å få beskjed om infertilitet opplevdes verre enn sjølv kreftdiagnosen (Alander et al., 2021; Currin-McCulloch et al., 2021).

Maktesløyse vart ofte rapportert (Alander et al., 2021; Currin-McCulloch et al., 2021). Dersom UUV opplevde høg sjukdomsrelatert lidning og denne ikkje vart godt nok handtert reduserte dette UUVs evne til å meistre situasjonen og sosialt integrere seg (Haase et al., 2017). Det var ein sterk samanheng mellom symptomplagar, oppleving av usikkerheit og traumatiske stressymptom hos pasientgruppa. Teikn på traumatiske stressymptom kom fram i to av studiane (Alander et al., 2021; Currin-McCulloch et al., 2021).

UUV opplevde auka håp når dei fekk oppleve positive framsteg i behandlinga (Alander et al., 2021; Bennett et al., 2022). Sosial støtte hjelpte pasientane å halde håpet oppe. Motgang som t.d. tilbakefall, covid-19 eller manglande behandlingseffekt svekka på den andre sida håpet midlertidig (Bennett et al., 2022). I følgje Currin-McCulloch et al., (2021) var hovudutfordringa i å oppretthalde håpet ei oppleving av manglande tilknytning til seg sjølv og samfunnet. Eit sterkt åndeleg perspektiv gav UUV auka motstandskraft (Haase et al., 2017). Nierop-van Baalen et al. (2020) fann at håp var ein prosess som skjedde i personen og var relatert til faktorar som pasientane sjølv opplevde og knyta ei mening til. Psykologisk naud, depresjon og opplevde symptom reduserte pasientens håp, medan livskvalitet, sosial støtte, helse og eksistensiell og åndeleg velvære auka håpet.

### 3.2.2. Sosial støtte aukar meistringsevna og gir håp

Alle artiklane poengterte den sosiale støtta si positive påverknad (Alander et al., 2021; Bennett et al., 2022; Currin-McCulloch et al., 2021; Haase et al., 2017; Ishibashi et al., 2016; Nierop-van Baalen et al., 2020; Pennant et al., 2020; Phillips & Haase, 2018; Thornton et al., 2020). Opplevd støtte hadde ein beskyttande effekt og auka UUVs motstandskraft (Haase et al., 2017). Sosial støtte utgjorde det mest betydningsfulle aspektet (Pennant et al., 2020), dette gjaldt på tvers av alder (Nierop-van Baalen et al., 2020). Ingen av informantane i studien til Pennant et al. (2020) responderte på oppfordringa om å snakke om meistring utan å beskrive sosial støtte.

Støtte frå foreldre og vener hadde ein unik og viktig påverknad på UUVs meistringsevne og gav betydningsfull støtte til pasientens håp (Alander et al., 2021; Bennett et al.,

2022; Haase et al., 2017; Ishibashi et al., 2016; Pennant et al., 2020). Medan tap av sosial støtte førte til følelse av depresjon, einsemd og isolasjon. Moglegheiter til sosial interaksjon med jamaldrande gav dei naudsynt distraksjon frå diagnose og behandling og fremja deira eige sosiale støttesystem. Korleis foreldra meistra situasjonen, påverka ungdommens meistring (Ishibashi et al., 2016). I starten hadde nokon behov for at andre bar håpet før dei fekk sitt eige håp:

There were definitely days when I needed other people to carry hope for me (Bennett et al., 2022).

Å oppretthalde mest mogleg normalitet var viktig (Alander et al., 2021; Currin-McCulloch et al., 2021; Ishibashi et al., 2016; Pennant et al., 2020). Engasjement i kjende aktivitetar og tidlegare ansvarsoppgåvar framkalla hensikt, tilhøyrslø og håp om normalitet i ei verd i stadig endring (Currin-McCulloch et al., 2021). UUV formidla ønskje om å bli behandla som før og ikkje bli behandla som om kreft var deira einaste identitet (Pennant et al., 2020). Pasientane uttrykte eit sterkt ønskje om å treffe jamaldrande med kreft eller UUV kreftoverleverar (Alander et al., 2021; Currin-McCulloch et al., 2021; Pennant et al., 2020). Jamaldrande med kreft eller -erfaring var ein unik ressurs og pasientane opplevde større forståing, delt erfaring og auka mening. Det vart eit fellesskap der dei kunne dele opplevinga av identitetsdissonans (Currin-McCulloch et al., 2021). Ansikt-til-ansikt interaksjon med jamaldrande viste betre psykososiale utfall enn digitale støttegrupper (Thornton et al., 2020).

### 3.2.3. Håp hos ungdom og unge vaksne under kreftbehandling

Håpet bidrog til å oppretthalde motet under behandlinga og vart ei kjelde til mental styrke, motivasjon og glede (Alander et al., 2021; Bennett et al., 2022; Currin-McCulloch et al., 2021). Håpets hovudfokus varierte avhengig av fysiske, eksistensielle eller psykososiale plagar (Currin-McCulloch et al., 2021) og UUV hadde ulike gradar av håp med ulike føremål. 'Små håp' vart ein mental hjelp for å kome seg gjennom dagen (Bennett et al., 2022), for eksempel håpet om få bruke tid med vener. Samstundes fann Currin-McCulloch et al. (2021) at unge vaksne sitt overordna håp var å gjenvinne ei oppleving av seg sjølv som autentisk. Dei kunne streve med å forsone sin «før kreft-identitet» saman med deira noverande oppleving av seg sjølv og lengta etter å føle seg heile og ha ein verdifull plass i samfunnet.

### 3.2.4. Personorientert, informasjonsutvekslande og autonomibevarande omsorg

Fleire artiklar belyste pasientanes informasjonsbehov (Alander et al., 2021; Hughes et al., 2017; Ishibashi et al., 2016; Pennant et al., 2020; Phillips & Haase, 2018; Thornton et al., 2020). Informasjon var vesentleg for UUVs meistringsevne. UUV ønskjer klinikarar som gir rom for håp midt i det usikre, gir dei overkommelege mengder med informasjon som dei kan kontrollere og på tidspunkt som passar for dei.

Diverre opplevde fleire å få feilaktig og for informasjon, og hadde vanskar med å forstå informasjonen som vart gitt, noko som leidde til mistillit ovanfor helsepersonell (Alander et al., 2021; Currin-McCulloch et al., 2021). Hos tenåringar kunne sensitive eller personlege tema lettare bli motteke dersom dei fekk informasjonen på ein profesjonell og interaktiv måte, der ein-til-ein-interaksjon vart føretrekt framfor å bli gitt gruppevis (Thornton et al., 2020).

Dei ønska helsepersonell som såg dei som individ og ikkje som ein 'pasient med kreft' (Alander et al., 2021; Phillips & Haase, 2018). Autonomi var høgt verdsett og dei ønskjer

å bli adressert som vaksne (Pennant et al., 2020; Phillips & Haase, 2018; Thornton et al., 2020). Helsepersonell som tok seg tid til å bli kjent, var nærverande og uttrykte interesse og respekterte UUV, bidrog til auka oppleving av håp hos UUV (Alander et al., 2021). Å vere observante på UUVs behov, møte deira fysiske behov og lindre symptom og sideeffektar av behandling, fremde tilknyting og auka håpet (Currin-McCulloch et al., 2021; Pennant et al., 2020; Phillips & Haase, 2018). Tilknyting til helsepersonell fremde aktiv deltaking i eiga helse (Phillips & Haase, 2018). Vidare resulterte det i glede, empowerment, sjølvtilit, velvære, takksemd og eksistensiell vekst. Når ungdommen kjente tilknyting til helsepersonell fekk dei tillit til helsepersonellet og delte egne behov og opplevingar.



## 4. Diskusjon

I dette kapitlet blir funn frå artikkelanalysa diskutert opp mot problemstillinga: «Korleis kan sjukepleiar understøtte håp og meistring hos kreftsjuke ungdom og unge vaksne?». Aktuell teori frå innleiingskapitlet, relevante forskingsartiklar og pensumlitteratur vert nytta. Implikasjonar for sjukepleiepraksis blir diskutert fortlaupande.

### 4.1. Psykososiale utfordringar

Dei største truslane ved sjukehusinnlegging i ungdomsåra, er i følgje Sjøbjerg (2019) tap av kontroll og identitet, synlege arr, endringar av kroppen og å bli åtskild frå jamaldrande. Forsking på håp og meistring hos UUV med kreft stadfester dette. Både tap av sosial støtte, kontroll, identitet og eigenverd, samt fysiske endringar utfordra UUVs oppleving av håp og meistring.

Desse utfordringane oppstår på tvers av alder; i møte med sjukdom, liding eller funksjonstap blir menneskets sjølvoppleving og identitet påverka (Solvoll, 2016, s. 106) og opplever at sentrale behov og verdiar blir truga, noko som leier til store meistringsutfordringar (Kristoffersen, 2016a). Samstundes manglar UUV dei same føresetnadane til å meistre situasjonen som eldre vaksne, som nemnd innleiingsvis, som følgje av mindre livserfaring, kunnskap og modenskap. I tillegg kan ulike verdiar vere meir framstående og viktige i éin fase av livet og mindre viktig i andre (Kristoffersen, 2016a). Utsjånad kan t.d. vere viktigare for UUV enn for eldre personar. Forskinga viste at UUV rapporterer vanskar med å tilpasse seg til dei fysiske endringane som følgjer med sjukdommen og behandlinga (Alander et al., 2021; CurrinMcCulloch et al., 2021; Smith et al., 2013; Warner et al., 2016). Å oppleve seg forrådt av kroppen og kjensler av å bli fanga i ein eldre persons kropp skapte fortvilning (Currin-McCulloch et al., 2021). Denne fortvilninga kunne bli så sterk og overveldande at dei mista trua på at dei skulle klare å meistre situasjonen.

Ungdom er følsame for kommentarar og kva andre meiner, og dei er redd for å vere annleis og skilje seg ut (Sjøbjerg, 2019). Å få ein kreftsjukdom som leier til kroppslege endringar, tap av funksjon og sosial kontakt, mykje usikkerheit, samt endra sjølvbilete og identitet bidreg til store psykososiale utfordringar i ein sårbar utviklingsfase av livet. Dersom desse behova ikkje vert møtt, kan det medføre mykje liding. Liding og håp er tett knytte saman. Forskinga viste at psykologiske utfordringar, depresjon og auka sjukdomsbyrde reduserte pasientars håp og evne til meistring (Alander et al., 2021; Haase et al., 2017; Nierop-van Baalen et al., 2020). Eit sterkt åndeleg perspektiv var derimot ein viktig motstandsressurs. Dette understrekar viktigheita av å leggje til rette for at UUV får vareteke åndelege, fysiske, sosiale og psykologiske behov.

### 4.2. Håp, meistring og identitet

Håp og meistring er nært knytt saman. I følgje Travelbee (2001) er sjukepleiars rolle å hjelpe pasienten å oppleve håp for å kunne meistre sjukdom og liding. For UUV hadde håpet ein sentral funksjon i å oppretthalde motet under behandling, det var ei kjelde til mental styrke, motivasjon og glede (Alander et al., 2021; Bennett et al., 2022; Currin-McCulloch et al., 2021).

Hope itself was cited as the primary reason for fighting on and enduring backlashes, failed treatments, and other difficulties (Alander et al., 2021).

Håpets hovudfokus varierte avhengig av dei fysiske, eksistensielle eller psykososiale plagane dei erfarte under sjukdomsforløpet. Samstundes fann Currin-McCulloch et al. (2021) at unge vaksne sitt overordna håp var å gjenvinne ei oppleving av seg sjølv som autentisk. Dei strevde med å forsone sin «før kreft-identitet» saman med deira noverande oppleving av seg sjølv og dei lengta etter å føle seg heile og ha ein verdifull plass i samfunnet. Hovudutfordringa i å oppretthalde håpet var ein oppleving av manglande tilknytning til seg sjølv og samfunnet. Håpet spelte ei innflytelsesrik rolle i prosessen mot identitetsforsoning (Currin-McCulloch et al., 2021).

Giersing (2002) seier pasientens håp er forbunde med håpet om å kunne fortsetje å vere eit menneske med verdi og verdigheit. Noko som samsvarar med det Currin-McCulloch et al. (2021) fann i sin forskning. Låg sjølvkjensle er relatert til låg oppleving av håp (Kristoffersen & Breievne, 2016). Difor kan det tenkast at sjukepleiar kan bidra til å understøtte pasientens håp ved å hjelpe UUV til å gjenvinne eige sjølvstende og verdigheit, og hjelpe dei å meistre forandra kropps- og sjølvbilete.

I følgje Solvoll (2016, s. 106), handlar sjukepleie nettopp om dette; å hjelpe menneske å bevare identitet og styrke deira oppleving av eigenverd. Sjølv om sjølvbiletet blir endra og omdanna når mennesket blir ramma av sjukdom, kan sjølvret restituerast og gjenskapast dersom personen får anledning til å uttrykke og reformulere sin forteljing (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 217). Lidande menneske har behov for å uttrykke og reformulere eiga forteljing som ei hjelp til å finne ein veg ut av lidinga. Å fortelje kan bidra til å utforske, forstå og finne mening i lidinga. Liding oppstår òg når eit menneske opplever at det ikkje kan sette ord på og gi uttrykk for sin oppleving (Kristoffersen & Breievne, 2016). Samstundes visar forskning at UUV ofte heldt sine djupaste kjensler for seg sjølv og at dei sakna nokon som forstår (Alander et al., 2021; Currin-McCulloch et al., 2021; Simon et al., 2023). Ungdommar kan i tillegg ha vanskar med å uttrykkje eigne kjensler (Sjøbjerg, 2019).

Å leggje til rette for at UUV har moglegheiter til å uttrykke kjensler på måtar som er komfortable for dei, t.d. gjennom kunst- og uttrykksterapi kan vere eit viktig tiltak (Haase et al., 2017; Thornton et al., 2020). Dersom UUV opplevde tilknytning med helsepersonell vart det enklare for UUV å uttrykkje eigne behov og opplevingar. Å la UUV få ein kontaktsjukepleiar dei kan få tillit til, kan dermed vere ei god hjelp mot å våge å opne seg. I neste underkapittel vil sjukepleiar-pasient-relasjonen bli diskutert opp mot dette.

For å samanfatte, visar forskning at hovudutfordringa i å bevare håpet hos UUV er kjensla av å bli fråkopla sjølvret og samfunnet, tap av identitet og eigenverdi. Dette visar kor sentral sjølvkjensla, identitet og tilhøyrslar er for menneskets håp og kor viktig det er at sjukepleiars haldningar og åtferd er med på å styrke pasientens oppleving av eigenverdi. UUV kan ha behov for støtte til å meistre forandra kropps- og sjølvbilete. Å lage rom for at pasienten får uttrykkje eigne kjensler og opplevingar kan bidra til at pasienten gjenvinn opplevinga av eigenverdi, finn mening og opplever håp.

### 4.3. Mellommenneskelege forhold i sjukepleia

Ein person som lid har eit sterkt behov for å bli sett og forstått (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 204). Dersom sjukepleiar manglar evna til å «sjå» mennesket i pasienten, vil omsorga bli upersonleg, overflatisk og mekanisk (Kristoffersen, 2016b, s. 33).

Sjukepleiar hjelper den andre å oppretthalde håp og unngå håpløyse ved å gjere seg tilgjengeleg og villig til å snakke om det vedkomande er oppteken av (Travelbee, 2001, s. 123). Dette samsvarar med funn frå Alander et al. (2021) som visar at informantane opplevde auka håp for framtida og fekk fleire krefter til å gjennomgå behandlinga når helsepersonell svarta på spørsmåla dei hadde, tok seg tid, viste interesse og var tilgjengelege. Å bli respektert og imøtekomen som «personen bak kreftdiagnosen» var ein motiverande faktor som gjorde dei i stand til å halde ut med håp og var avgjerande for opplevinga av velvære (Alander et al., 2021; Currin-McCulloch et al., 2021).

I følgje Travelbee (2001) hjelper sjukepleiar mennesket å meistre sjukdom og liding som erfaring ved å etablere ei tilknytning til personen som formidlar til vedkomande at han blir forstått og at han ikkje er åleine. Å oppleve at det finst minst eit «varmt, forståelsesfullt og kunnskapsrikt medmenneske» å få hjelp frå (Travelbee, 2001, s. 35) kan bidra til at pasienten opplever håp i staden for håpløyse. Sjukepleiar må vere bevisst på at eigne haldningar og åtferd påverkar pasientens oppleving av seg sjølv. Eit varmt, forståingsfullt blick fremjar tryggleik og verdigheit (Hegg et al., 2022). Det kan formilde anerkjenning, nærvær og vilje til å lytte. Dette kan leie til at pasienten opplever tillit til sjukepleiar, vågar å opne seg om eigne opplevingar og kjenner seg respektert. Denne tillita gir næring til pasientens håp fordi håp er relatert til tillit til at andre vil hjelpe.

Ved å skape ein relasjon med pasienten, blir sjukepleiar i betre stand til å forstå pasientens behov og inkorporere denne informasjonen i pasientomsorga. UUV rapporterer at tilknytning med helsepersonell er viktig fordi det bidreg til ein buffer mot den distanseringa dei elles opplever i kreftforløpet. Hovudfunnet til Philips og Haase (2018) står kanskje i kontrast med tanken om at helsepersonell skal opptre profesjonelt; UUV opplevde sterkare tilknytning til helsepersonell som hadde ein venskapleg tilnærming. Denne tilnærminga viste seg å vere gunstig hos pasientgruppa og reduserte deira oppfatning av den hierarkiske relasjonen helsepersonell-pasient. Funnet samsvarar likevel med Travelbee si beskriving av eit menneske-til-menneske-forhold der partane er likeverdige (les: like høg verdi) og anerkjenner den andre som eit unikt individ (Travelbee, 2001, s. 178). Helsepersonell som formidla respekt, støtte og omsorg oppnådde, ikkje overraskande, betre tilknytning (Philips & Haase, 2018). UUV opplevde å få støtte og omsorg når helsepersonellet støtta UUVs behov for å halde seg oppdatert på verda utanfor sjukehuset og støtta deira autonomi og sjølvstende. Bruk av humor kunne lette stemninga og fremje positiv helseåtferd hos pasienten, men fungerte best når det vart nytta i passande situasjonar og, ikkje minst, vart unngått i upassande situasjonar.

Sjukepleiar må vere bevisst krafta i eit varmt blick og evne å formidle respekt og omsorg. Før sjukepleiar effektivt kan vurdere og adressere dei psykososiale behova til UUV og hjelpe dei å meistre og handtere krefterfaringa må dei først etablere ein relasjon. Denne relasjonen er kjenneteikna av eit menneske-til-menneske-forhold der begge partane er likeverdige og anerkjenner kvarandre som unike individ.

#### 4.4. Lindre kroppslege symptomplagar

Travelbee (2001) understrekar viktigheita av å vareta den sjukes velvære og fysiske behov. Ein måte å frata pasienten håp, er faktisk å oversjå pasientens fysiske behov og velvære. God kroppsleg pleie lindrar ikkje berre fysisk ubehag, men bidreg òg til å lindre psykologisk, sosial og åndeleg liding (Kristoffersen & Breievne, 2016). Å oppleve at nokon ser, forstår og møter eins behov gjer både godt og er avgjerande for menneskets velvære. Sjukdom og liding påverkar ikkje berre det fysiske eller det psykiske, men personen som heilheit.

Funn frå forskning samsvarar med den heilskaplege tankegangen. UUV opplevde auka håp når fysiske behov vart møtt, og omsorgsgivarar som var observante på og raske til å behandle symptomplagar og motverke behandlingbiverknader bidrog til å redusere UUVs stressoppleving (Currin-McCulloch et al., 2021; Philips & Haase, 2018). Diverre kan det vere vanskeleg å handtere pasientgruppas symptomplagar; UUV opplever meir alvorleg toksisitet enn det ein ser hos barn som får identisk behandlingsregime (Haase et al., 2017). Både mangelfull forståing bak skilnaden i farmakologisk respons og vanskane med å evaluere symptomplagar hos UUV, gjer det vanskeleg å handtere symptoma til pasientgruppa. Like fullt er behandling av desse plagene svært viktig då det visar seg å vere ein sterk samanheng mellom sjukdomsrelatert plage, usikkerheit og traumatiske symptom hos UUV med kreft. Forsking visar òg at kreftsjuke ungdommar kan unngå å rapportere symptom til omsorgsgivar fordi dei trur symptoma er uunngåelege eller forventa (Simon et al., 2023).

På den andre sida kan nokre ungdommar tendere til å overreagere på smerter og ha reaksjonar som ikkje står i forhold til hendinga (Sjøbjerg, 2019, s. 161). Dette talar for at sjukepleiar har ein individuell tilnærming, utforskar korleis den enkelte opplever situasjonen, informerer om vanlege biverknader og symptomplagar, hjelper UUV å tolke symptoma, kartlegg, samt vurderer plagar hos den enkelte. Sjukepleiar bør forklare pasienten at han eller ho må ha låg terskel for å ta kontakt dersom vedkomande kjenner på ubehag. Samstundes har sjukepleiar eit eige ansvar for å tilby og gi den hjelpa som trengst utan at pasienten må be om dette (Travelbee, 2001). Sjukepleiar bør difor vere i forkant og ha god kjennskap til vanlege biverknader, komplikasjonar og symptomplagar. Thornton et al. (2020) vektlegg behovet for å arbeide tverrfagleg for å møte dei komplekse, medisinske og psykososiale behova til UUV. Å utvikle alders- og utviklingstilpassa program kan òg bidra til å betre utfallet (Thornton et al., 2020).

Oppsummert; sjukepleiars varetaking av personens fysiske behov påverkar pasientens håp og meistring. Dersom sjukepleiaren ikkje har denne heilskaplege tankegangen, kan det auke pasientens lidning ved at personen ikkje blir møtt, sett og varetatt som eit heilt menneske. Sjukepleiaren må difor ha kunnskap og kompetanse til å sjå og møte dei komplekse, medisinske og psykososiale behova til den enkelte.

#### 4.5. Tilretteleggje for sosial støtte

I møte med andre blir psykososiale behov som tilhøyrslø, fellesskap, anerkjenning og tryggleik tilfredsstilt (Helgesen, 2016, s. 142). Men ved sjukdom og lidning, opplever personen seg ofte einsam og kan trekkje seg unna som følgje av oppleving av redusert eigenverdi og skam (Kristoffersen & Breivne, 2016). Dette kan hindre personen i å snakke om lidninga når han står midt i det og han kan oppleve seg åtskild frå verda og andre. Kreftbehandling og biverknader som t.d. lågt immunforsvar og utmatting utfordrar pasientens moglegheiter til å oppretthalde sosial kontakt ytterlegare. Å tilretteleggje for at pasienten opprettheld passende mengder med sosial kontakt med foreldre, søsken og vener kan bidra til at han opplever nærleik og tilhøyrslø i staden for separasjon og tap (Sjøbjerg, 2019). Dette kan fremje pasientens emosjonelle kontroll og bidra til meir effektiv meistring.

Sterke relasjonar med vener og jamaldrande beskyttar mot psykologisk stress og hjelper dei å oppretthalde ein viss grad for normalitet (Alander et al., 2021; Currin-McCulloch et al., 2021; Ishibashi et al., 2016; Pennant et al., 2020). Sjøbjerg (2019), anbefalar å la dei ha besøk av nære vener noko av tida, då det i ungdomsperioden ikkje er naturleg å alltid ha foreldra til stades. Bruk av sosiale media kan hjelpe UUV å oppretthalde kontakt

med vener, men fysisk nærvær vart føretrekt framfor digital kontakt (Pennant et al., 2020; Thornton et al., 2020). Betydninga av å oppretthalde mest mogleg normalitet gjennom sosial støtte var gjennomgåande i forskinga (Alander et al., 2021; Currin-McCulloch et al., 2021; Ishibashi et al., 2016; Pennant et al., 2020; Phillips & Haase, 2018; Thornton et al., 2020). Når fag og forskning er samstemt i kor avgjerande sosial støtte er for menneskets helse, meistring og oppleving av håp, visar det viktigheita av at sjukepleiar legg til rette for at personen kan oppretthalde kontakt med vener og familie gjennom behandlingsforløpet. Samstundes kan UUV ha ambivalente kjensler mot å ha besøk av vener på sjukehuset då dei kan vere flau over sjukdommen og endra utsjånad (Søbjerg, 2019). I følgje Søbjerg (2019) kan det hjelpe å diskutere dette med ungdommen og foreldra.

Ungdom vender seg hovudsakleg til vener for å få støtte til å handtere vanskelege, emosjonelle situasjonar (Søbjerg, 2019, s. 139). Dei kan vere tilbakehaldne med å dele frykt, bekymringar og uttrykke andre følelsar med foreldre til stades (Søbjerg, 2019, s. 146). Dette samsvarar som nemnd tidlegare med forskinga som visar at UUV kan unngå å uttrykkje tristheit, bekymringar og eigenopplevingar til familiemedlemmar (Alander et al., 2021; Hughes et al., 2017; Pennant et al., 2020). Samstundes lengtar dei etter ein trygg plass å dele «hemmeleg frykt» (Currin-McCulloch et al., 2021). Familiemedlemmar var ein viktig ressurs som inspirerte håp og auka deira meistringsevne. Men dette avhenger av korleis foreldra meistrar situasjonen, då foreldres meistringsevne påverkar UUV (Ishibashi et al., 2016; Pennant et al., 2020), Difor kan det vere viktig å kartleggje korleis, og støtte foreldre i å handtere situasjonen. Dersom foreldra har ein positiv haldning og opplever håp for framtida, bidreg dette til auka motstandskraft hos UUV. Kjenneteikn ved god, sosial støtte er at denne er nærverande, formidlar ei positiv innstilling, varetek UUVs autonomi, kommuniserer UUVs behov og har ein distraherande funksjon mot dei negative opplevingane (Ishibashi et al., 2016; Pennant et al., 2020; Thornton et al., 2020).

Eit anna tema som var gjennomgåande i mykje av forskinga, var den uvurderlege betydninga møta med jamaldrande med kreftsjukdom, eller krefterfaring hadde på UUV (Alander et al., 2021; Bennett et al., 2022; Currin-McCulloch et al., 2021; Pennant et al., 2020; Thornton et al., 2020). Fleire uttrykte eit svært sterkt ønskje om å ha kontakt med likesinna. I møte med andre i liknande situasjon, kunne dei oppleve delt erfaring, få auka håp for framtida og oppleve ein djupare form for forståing. Å formidle kontakt med organisasjonen UngKreft kan difor vere eit viktig tiltak.

Alt i alt, god sosial støtte er med på å oppretthalde ein viss form for normalitet i ei elles omskifteleg verd, gir pasienten oppleving av håp og aukar meistringsevna. Sjukepleiar bør difor leggje til rette for sosial kontakt med vener og familie gjennom behandlingsforløpet. Familiemedlemmar med positiv haldning aukar UUVs meistringsevne. Å støtte foreldre til å meistre situasjonen kan difor indirekte hjelpe UUV. UUV kan unngå å dele eigne opplevingar med familie, men saknar samstundes nokon å snakke med som forstår. Kontakt med likesinna, t.d. gjennom UngKreft, utgjør ei unik form for støtte der dei kan dele erfaring og få forståing og aksept.

## 4.6. Informasjon og autonomi

I følgje yrkesetiske retningslinjer punkt 2.4, har sjukepleiar ansvar for å fremje pasientens moglegheiter til å ta sjølvstendige avgjersler gjennom å gi tilstrekkeleg, tilpassa informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Retten til informasjon er lovfesta; helsepersonell er pliktig til å

informere pasient og svare på spørsmål, jmf. Helsepersonellova § 10 (Helsepersonelloven - hpl, 2001). God kommunikasjon, informasjon og førebuing av pasient på prosedyrar og undersøkingar, samt sikring av kontinuitet og stabilitet fremjar kognitiv kontroll og bidreg til oppleving av føreseielegheit i staden for fleirtydigheit og usikkerheit (Sjøbjerg, 2019, s. 161). Pasienten treng informasjon om årsaka til smerter og ubehag og korleis hendingsforlaupet i behandlinga er. Smerte utan meining gir liding (Kristoffersen & Breievne, 2016).

Denne informasjonen må vere fokusert på pasientens individuelle behov og ta omsyn til pasientens moglegheit til å forstå informasjonen (Stubberud, 2019b, s. 89–90). Forskinga viste at UUV ønskjer tilstrekkelege mengder med informasjon slik at dei veit kva dei kan forvente, dei ønskjer passande «porsjonar» med informasjon og på tidspunkt som passar for dei (Alander et al., 2021; Bennett et al., 2022; Haase et al., 2017; Phillips & Haase, 2018). Etterkvart som UUV opplevde å få meir livserfaring utover i behandlingsforlaupet, vart det òg lettare å handtere situasjonen (Bennett et al., 2022; Hughes et al., 2017; Ishibashi et al., 2016).

Korleis skal informasjonen formidlast? Alander et al., (2021) fann at unge vaksne hadde nytte av tverrfaglege møter med relevante profesjonar til stades slik at pasient og pårørande hadde moglegheit til å spørje spørsmål til den det gjaldt. På den andre sida skriv Thornton et al. (2020) at nokre ungdommar lettare tek imot og nyttiggjer seg informasjonen når den vert given ein-til-ein. Tenåringar er i ein utviklingsfase der privatlivet ofte er høgt verdsett og det kan vere vanskeleg å diskutere kropp og helseproblem med andre. I denne fasen er varetaking av privatliv særdeles viktig (Sjøbjerg, 2019, s. 139). I følgje Thornton et al. (2020) vart intervensjonar og sensitive eller personlege tema lettare motteke og nyttiggjort når informasjonen vart gitt på ein profesjonell og interaktiv måte i ein setting som møtte deira behov for privatliv. Ein-til-ein-interaksjon gav dei moglegheit til å vere involvert i eigen behandling og kommunisere egne behov. Dei fann at gruppeterapi og bruk av teknologi for å gi undervisning og støtte ikkje hadde same suksess som når klinikarar gav dei individuell, tilpassa informasjon.

Det kan hende det er variasjonar mellom korleis ungdom og unge vaksne ønskjer å motta informasjon. Uansett er det nødvendig at sjukepleiar tilpassar informasjonsforma til den enkelte. Dersom ungdommar trur at dei burde ha kunnskap om noko, kan dei vere tilbakehaldne med å spørje (Sjøbjerg, 2019, s. 146). Sannsynleg vil terskelen bli større når det er fleire personar i rommet. For å unngå at ungdommen får følelse av å vere utilstrekkeleg, bør sjukepleiaren vere varsam når ho utforskar personens helsekunnskap og informasjonsbehov (Sjøbjerg, 2019). Vidare må sjukepleiar sikre UUVs behov for privatliv vert vareteke så godt det let seg gjere. Dette kan vere ein utfordring gjennom behandlinga, men sjukepleiar må uansett sørge for å dekke til kroppen. For ungdommar kan oppleve det traumatisk å vere omgitt av og bli undersøkt og diskutert av framande (Sjøbjerg, 2019).

Når det gjeld prognostisk informasjon visar forskning at pasientar ønskjer realistisk informasjon, med moglegheiter til å spørje spørsmål og at dei vert anerkjent som individ når det blir diskutert prognose (Feldman & Corn, 2023). Dei ønskjer realistisk, men håpefull kommunikasjon (Bennett et al., 2022; Feldman & Corn, 2023). Realistisk kommunikasjon reduserer ikkje nødvendigvis pasientens oppleving av håp (Feldman & Corn, 2023).

UUV føretrekkjer å bli involvert i behandlinga og set sjølvstende og autonomi høgt (Alander et al., 2021; Currin-McCulloch et al., 2021; Haase et al., 2017; Pennant et al.,

2020; Phillips & Haase, 2018; Thornton et al., 2020). Tiltak som legg til rette for utøving av autonomi kan gi ein psykologisk avlastning og auke livskvaliteten. I følgje Travelbee (2001, s. 124) er håp og valmoglegheiter nært knytte saman. Verdien av å oppleve seg som eit autonomt menneske og bli adressert som vaksen var tydeleg i forskinga (Alander et al., 2021; Hughes et al., 2017; Haase et al., 2017; Pennant et al., 2020; Phillips & Haase, 2018; Thornton et al., 2020). Å få vere autonom er ein måte å bli respektert og å oppleve meistring på (Solvoll, 2016, s. 130). Ved å gjere pasienten til ein aktiv deltakar kan sjukepleiar bidra til å fremje instrumentell kontroll slik at personen opplever kompetanse i staden for hjelpeløyse (Sørbjerg, 2019). Bruk av avleiing, humor, musikk og fremjing av velvære og terapeutisk miljø er andre intervensjonar som fremjar instrumentell kontroll og fleire er blitt nemnd tidlegare i oppgåva. På bakgrunn av dette, vil ei viktig sjukepleieoppgåve i å støtte UUVs meistringsevne, bestå i å gi tilpassa, individuell informasjon på ein omsynsfull og varetakande måte, på tidspunkt og i mengder som passar for UUV. Vel så viktig er det at sjukepleiar tilrettelegg for at UUV opplever seg respekterte og autonome, får delta i avgjersler som gjeld eiga helse og blir adresserte som vaksne.

Foreløpig er det lite forskning på sjukepleiebaserte intervensjonar som skal auke opplevinga av håp hos kreftpasientar (Feldman & Corn, 2023). Ein metaanalyse frå 2018 inkluderte ni randomiserte kontrollerte studiar. Artikkelen fann at håpet auka betydeleg når det vart sett i gong sjukepleieintervensjonar for å fremje opplevinga av håp samanlikna med kontrollforhold (Li et al., 2018). Det er difor behov for framtidig forskning på temaet.

#### 4.7. Metoderefleksjon

Litteraturstudien styrke er pasientperspektivet. Dette aukar kunnskapen om korleis pasientane opplever sin situasjon. Manglande sjukepleiarperspektiv er midlertidig ein svakheit med oppgåva. Ein annan svakheit ved metoden er forskingsartiklane som er basert på eit vidt aldersspenn; 13-26 år. Denne perioden inneber store utviklingsmessige forandringar, og ein 13-åring vil vere på eit anna stadium av livet enn ein 26-åring. Samstundes er aldersavgrensinga gjort med utgangspunkt i fagprosedyren til OUS, noko som kan vere ein styrke. På trass av at aldersgruppa 13-26 år er vald, er to av forskingsartiklane basert på eit vidare aldersspenn. Ein av desse inkluderer pasientar over 18 år og har ingen øvre aldersgrense. Artikkelen vart likevel vurdert som relevant då den ikkje fann nokon samanheng mellom håp og demografiske variablar. Den andre artikkelen hadde på sin side ein noko eldre aldersgruppe enn oppgåva (23-38 år mot 13-26 år). Etter å ha lest abstraktet og artikkelen i sin heilskap, vart artikkelen vurdert som relevant fordi den belyser unge vaksne sine utfordringar og visar i tillegg kor viktig identiteten er for menneskets helse.

Fleire av forskingsartiklane har fokusert på helsepersonell-pasient-relasjonen i staden for sjukepleiar-pasient-relasjonen. Det er ein svakheit i oppgåva. Likevel vurderte eg artiklane til å vere særleg relevante for sjukepleiarar, sidan det er sjukepleiarar som har mesteparten av den pasientdirekte kontakten i behandlinga på sjukehuset, innehar ein koordinerande rolle ovanfor pasienten og i mange tilfelle fungerer som pasientens «advokat».

Oppgåva inkluderer både kvalitative studiar, ein kvantitativ, ein «mixed methods» og ein systematisk oversiktsartikkel. Dette er med på å belyse eit breiare perspektiv av problemstillinga. Ein studie er gjennomført i Sverige, med stor overføringsverdi til norske forhold. Sju av artiklane er frå USA eller Nederland og er også vurdert til å vere

overførbare til norske forhold. Den siste er frå Japan. Den japanske kulturen har fleire fellestrekk med den norske. Det kan likevel vere ein skilnad i kva grad ein er open om alvorleg sjukdom med barn og ungdom. Noreg har truleg ein større openheitskultur og eit større fokus på at barn og ungdom skal få informasjon om, og bli inkludert i det som gjeld deira eiga helse.

Litteraturstudien har hatt eit sterkt fokus på håp. Dette kan ha gått utover det sjukepleiefaglege perspektivet. Oppgåva har likevel forsøkt å vise betydninga håp har for pasientens meistring (og helse) og dermed kvifor kunnskap om håp er sjukepleiefagleg relevant. I etterkant har eg vurdert at søkeprosessen kunne vorte enklare om problemstillinga hadde hatt hovudfokus på meistring og psykososiale behov og kanskje utelate ordet håp. Samstundes er forskning tydeleg på kor avgjerande håp og eksistensiell helse er for mennesket – uavhengig av alder. Framtidig forskning kan med fordel utforske dette temaet hos UUV på grunn av håpets helsefremjande funksjon.



## 5. Konklusjon

Hensikta med litteraturstudien var å utforske korleis sjukepleiar kan understøtte håp og meistring hos kreftsjuke ungdom og unge vaksne. Denne pasientgruppa har særskilte behov og opplever markant dårlegare helseutfall enn høvesvis barn og eldre vaksne. Oppgåva har forsøkt å vise håpets rolle og funksjon hos UUV og korleis håpet styrker meistringsevna. Sjølv om håpet kjem frå personens indre og ikkje er noko ein berre kan overføre til andre, er forskinga tydeleg på at sjukepleiar likevel kan *leggje til rette for* at pasienten opplever håp.

Sjukepleiar kan understøtte UUVs håp ved å vareta den heilskaplege helsa til UUV. Pasientgruppa har unike, komplekse, medisinske og psykososiale utfordringar. Dette fordrar at sjukepleiar har kompetanse til å sjå og møte deira fysiske, åndelege, seksuelle og psykososiale behov. Følgjande sjukepleieintervensjonar for å fremje håp og meistring er diskutert i oppgåva; lindre symptomplagar, tilpasse informasjon, tilretteleggje for sosial støtte og normalitet, hjelpe å meistre forandra kropps- og sjølvbilete, fremje tilknytning, vareta autonomi og privatliv, adressere dei som vaksne, la dei delta i avgjersler som gjeld deira eiga helse, opprette kontakt med UngKreft/likesinna, vareta åndelege behov og tilretteleggje for at UUV kan dele opplevingar, erfaringar og kjensler på deira premisser.

Oppgåva har hatt eit særleg fokus på dei psykososiale utfordringane UUV kan ha. Å møte desse behova er svært viktig for at UUV skal oppretthalde håpet. Personleg, tilpassa relasjon, god kommunikasjon og informasjonsutveksling, verdigheitsbevarande omsorg og tillitsbygging gjennom direkte kontakt med ein (kontakt)sjukepleiar bør difor vere sentralt i kreftomsorga til UUV.

## Referansar

- Alander, M. E. J., Klaeson, K., Nyqvist, H., & Olausson, S. (2021). Lived experiences and caring needs in young adults diagnosed with cancer. *Nursing Forum*, *56*(4), 781–790.  
<https://doi.org/10.1111/nuf.12595>
- Bennett, C. R., Coats, H., Hendricks-Ferguson, V. L., Gauthier, K., & Sousa, K. (2022). The Lived Experiences With Hope From Adolescents and Young Adults Who Have Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, *63*(4), 581–589.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.11.016>
- Currin-McCulloch, J., Walsh, C., Gulbas, L., Trevino, K., Pomeroy, E., & Jones, B. (2021). Contingent hope theory: The developmental exploration of hope and identity reconciliation among young adults with advanced cancers. *Palliative & Supportive Care*, *19*(4), 437–446. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000656>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave). Gyldendal Akademisk.
- Eriksen, S. (2022). Menneskets psykososiale behov. I I. M. Holter, E. K. Grov, E. R. Gjevjon, & A. K. Bjørnnes (Red.), *Sykepleieboken 1 Sykepleiens fundament* (6. utg, s. 715–739). Cappelen Damm akademisk.

- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing, 20*(2).
- Feldman, D. B., & Corn, B. W. (2023). Hope and cancer. *Current Opinion in Psychology, 49*, 101506.  
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101506>
- Felleskatalogen. (2016). *Kreft—Felleskatalogen*.  
<https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/kreft>
- Grov, E. K., Holter, I. M., & Hesook Suzie Kim (Red.). (2015). Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I I. M. Holter (Overs.), *Sykepleieboken 1 Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg, s. 142–155). Cappelen Damm akademisk.
- Hegg, T., Murad, H., & Sarmad, S. (2022). Sykepleiere må være bevisst på kraften i et varmt blikk. *Sykepleien, 90720*, e-90720.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.90720>
- Heggestad, A. K. T., & Knutstad, U. (2016). Pasientens opplevelser og reaksjoner. I A. K. T. Heggestad & U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2 Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg, s. 17–22). Cappelen Damm akademisk.
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utgave, s. 141–167). Gyldendal akademisk.

Helsebiblioteket. (2021). *Kunnskapsbasert praksis.no*. Helsebiblioteket.no.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Helsepersonelloven - hpl. (2001). *Lov om helsepersonell m.v.*

(*Helsepersonelloven*) (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>

Hughes, N., Williams, J., & Shaw, C. (2017). Supporting the psychological

needs of teenagers and young adults during cancer treatment: A

literature review. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*,

26(4), S4–S10. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.4.S4>

Haase, J. E., Kintner, E. K., Robb, S. L., Stump, T. E., Monahan, P. O.,

Phillips, C., Stegenga, K. A., & Burns, D. S. (2017). The Resilience in

Illness Model Part 2: Confirmatory Evaluation in Adolescents and

Young Adults With Cancer. *Cancer Nursing*, 40(6), 454.

<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000450>

Ishibashi, A., Okamura, J., Ueda, R., Sunami, S., Kobayashi, R., & Ogawa,

J. (2016). Psychosocial Strength Enhancing Resilience in Adolescents

and Young Adults With Cancer. *Journal of Pediatric Oncology*

*Nursing: Official Journal of the Association of Pediatric Oncology*

*Nurses*, 33(1), 45–54. <https://doi.org/10.1177/1043454214563935>

Kreftregisteret. (2022). *Kreft i Norge (Folkehelse rapporten)*.

Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>

- Kristoffersen, N. J. (2016a). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., Bd. 3, s. 237–294). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3* (3.utgave, s. 15–80). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., Bd. 3, s. 187–235). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1: Sykepleie—Fag og funksjon* (3. utg., Bd. 1, s. 15–28). Gyldendal akademisk.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Li, P., Guo, Y.-J., Tang, Q., & Yang, L. (2018). Effectiveness of nursing intervention for increasing hope in patients with cancer: A meta-analysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e2937. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1920.2937>

- Lohne, V. (2016). Håp og håpløshet. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2 Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg, s. 110–126). Cappelen Damm akademisk.
- National Cancer Institute. (2023, april 24). *Adolescents and Young Adults (AYAs) with Cancer—NCI* (nciglobal,ncienterprise) [CgvArticle].  
<https://www.cancer.gov/types/aya>
- Nierop-van Baalen, C., Grypdonck, M., van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2020). Associated factors of hope in cancer patients during treatment: A systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(7), 1520–1537. <https://doi.org/10.1111/jan.14344>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Oslo universitetssykehus. (2020). *Psykososial støtte for ungdom og unge voksne med kreft* [Ehandboken.ous]. ehandboken.ous-hf.no.  
<https://ehandboken.ous-hf.no/document/76725>
- Pennant, S., C. Lee, S., Holm, S., Triplett, K. N., Howe-Martin, L., Campbell, R., & Germann, J. (2020). The Role of Social Support in Adolescent/Young Adults Coping with Cancer Treatment. *Children*, 7(1), Artikkel 1. <https://doi.org/10.3390/children7010002>
- Phillips, C. R., & Haase, J. E. (2018). A Connectedness Primer for Healthcare Providers: Adolescents/Young Adult Cancer Survivors' Perspectives on Behaviors That Foster Connectedness During Cancer Treatment and the Resulting Positive Outcomes. *Journal of*

*Adolescent and Young Adult Oncology*, 7(2), 174–180.

<https://doi.org/10.1089/jayao.2017.0056>

Shaw, P. H., Reed, D. R., Yeager, N., Zebrack, B., Castellino, S. M., & Bleyer, A. (2015). Adolescent and Young Adult (AYA) Oncology in the United States: A Specialty in Its Late Adolescence. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 37(3), 161–169.

<https://doi.org/10.1097/MPH.0000000000000318>

Simon, P. J., Pyke-Grimm, K. A., & Nasr, A. S. (2023). Assessing the Needs of Adolescents and Young Adults Receiving Cancer Treatment: A Mixed Methods Study. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 12(1), 43–52.

<https://doi.org/10.1089/jayao.2021.0195>

Smith, A. W., Bellizzi, K. M., Keegan, T. H. M., Zebrack, B., Chen, V. W., Neale, A. V., Hamilton, A. S., Shnorhavorian, M., & Lynch, C. F. (2013). Health-Related Quality of Life of Adolescent and Young Adult Patients With Cancer in the United States: The Adolescent and Young Adult Health Outcomes and Patient Experience Study. *Journal of Clinical Oncology*. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.47.3173>

Solvoll, B.-A. (2016). Identitet og egenverd. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utgave, s. 105–140). Gyldendal akademisk.

Stubberud, D.-G. (2019a). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utgave., s. 15–47). Gyldendal akademisk.

- Stubberud, D.-G. (2019b). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utgave., s. 78–126). Gyldendal akademisk.
- Søbjerg, I. L. (2019). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utgave., s. 127–166). Gyldendal akademisk.
- Thornton, C. P., Ruble, K., & Kozachik, S. (2020). Psychosocial Interventions for Adolescents and Young Adults With Cancer: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, *37*(6), 408–422. <https://doi.org/10.1177/1043454220919713>
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Ugai, T., Sasamoto, N., Lee, H.-Y., Ando, M., Song, M., Tamimi, R. M., Kawachi, I., Campbell, P. T., Giovannucci, E. L., Weiderpass, E., Rebbeck, T. R., & Ogino, S. (2022). Is early-onset cancer an emerging global epidemic? Current evidence and future implications. *Nature Reviews Clinical Oncology*, *19*(10), Artikkel 10. <https://doi.org/10.1038/s41571-022-00672-8>
- Ung Kreft. (2023, april 28). *Kreft i ung alder*. <https://ungkreft.no/kreft-i-ung-alder>
- Utne, I. (2019). Sykepleie i et kreftforløp. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3 Utøvelse av klinisk sykepleie* (3. utg, s. 104–146). Cappelen Damm akademisk.



Wifstad, Å. (2019). Vitenskapsteori. *Sykepleien Forskning*, 78763, e-78763. <https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2019.78763>





