Bacheloroppgave

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

10183

Støtte til ungdom med kreft

7520 ord
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

NTNU
Kunnskap for en bedre verden

10183

Støtte til ungdom med kreft

7520 ord
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

NTNU
Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Ungdom med kreft står i en særlig sårbar posisjon der de skal navigere seg gjennom opp- og nedturer i en fase av livet som byr på mange utfordringer, samtidig som de må gå gjennom en tøff behandling mot kreft. Behandlingen er livsviktig, men bringer med seg bivirkninger, som kan gå utover mye av det som betyr mest for ungdommen, blant annet sosial kontakt, utdanning, utseende og selvstendighet. Dette gir sykepleiere en viktig rolle under innleggelsen på sykehus.

Hensikt: Belyse hvordan sykepleieren kan, gjennom sine handlinger, ivareta ungdom på sykehus som får behandling mot sin kreftsykdom. Målet for sykepleien er at det skal gi støtte og skape mening for pasienten, samt bidra til identitetsutvikling.

Metode: Oppgaven er en systematisk litteraturstudie. Syv forskningsartikler har blitt anvendt i oppgaven.

Resultater: Plagsomme bivirkninger av kreftbehandling, og konsekvensene av dem, framkom som en elementær årsak til de utfordringene ungdommene opplevde. Endret kroppsbilde, selvbilde og redusert sosial kontakt var gjennomgående for flere av pasientene i forskningen. Erfaringer fra sykepleiere og helsepersonell viste til varierende utfordringer innen ivaretagelsen av kreftsyk ungdom. For de fleste av ungdommene var god kommunikasjon og relasjonsbygging med sykepleierne essensielt for opplevelsen av støtte.

Konklusjon: Sykepleiere har en sentral rolle i ivaretagelsen av behov hos kreftsyke ungdommer. De kan være under behandling i lange perioder, og da er det viktig at de har sykepleiere som kan se dem for den de er, samt lytter til dem. Å se ungdommenes individuelle behov er også belyst i litteraturstudien. Sykepleierens daglige kontakt og samhandling med ungdommene understreker betydningen av å inneha ferdigheter innen kommunikasjon og relasjonsbygging. Sykepleieren bør samtidig være i kontakt med egne følelser og reflektere over vanskelige situasjoner som oppstår.

Nøkkelord: Ungdom, kreft, støtte, sykepleie

Abstract

Background: Adolescents with cancer are in a particularly vulnerable position where they must navigate through ups and downs in a phase of life that offers many challenges, at the same time as they have to go through a tough treatment for cancer. The treatment is vital, but often brings troublesome side effects with it, which can have an impact on what matters the most to adolescents, including social contact, education, appearance and independence. This gives nurses an important role during hospitalization.

Purpose: To illuminate how a nurse can, through her actions, take care of adolescents in hospitals who receive treatment for their cancer. The goal of nursing is to provide support and create meaning for the patient, as well as contribute to development of identity.

Method: The thesis is a systematic literature study. Seven research articles have been used in the thesis.

Results: Bothersome side effects of cancer treatment and the consequences of them, emerged as a significant cause of the challenges adolescents experienced during hospitalization. A changed body image, self-image and reduced social contact were common for several of the patients in the studies. Experiences from nurses and professionals pointed to varying challenges taking care of adolescents with cancer. For most of the adolescents, establishing a relationship and good communication were essential for the experience of support.

Conclusion: Nurses have a central role in meeting the needs of adolescents living with cancer. The treatment period is long, and it is important that they have nurses who can see them for who they are, as well as being able to listen to them. Seeing the adolescents individual needs is also highlighted in the literature study. The daily contact and interaction between the nurse and adolescent emphasize the importance of good communication and building of a relationship. At the same time, the nurse should be in contact with her own feelings and reflect on difficult situations that arise.

Keywords: Adolescent, neoplasms, support, nursing

Innhold

1. Introduksjon 6
1.1. Introduksjon til tema og bakgrunnskunnskap 6
1.2. Teori 7
1.2.1. Kreft 7
1.2.2. Salutogenese 8
1.2.3. Utviklingspsykologi 8
1.2.4. Joyce Travelbees interaksjonsteori 8
1.2.5. Sykepleie som profesjon 9
1.2.6. Lovverk 10
1.3. Formål og problemstilling 11
2. Metode 12
2.1. Beskrivelse av metode 12
2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier 12
2.3. Søkestrategi 13
2.4. Søketabell 14
2.5. Vurdering av artikler 16
2.6. Analyse 16
3. Resultater 18
3.1. Artikkelmatrise 18
3.2. Bivirkninger av kreftbehandling 23
3.3. Behov for støtte og omsorg 24
3.4. Sosial kontakt 25
4. Diskusjon 26
4.1. Fokus på relasjonsbygging og individuell sykepleie 26
4.2. Å møte ungdommenes unike behov på sykehus 28
4.3. Betydning av sosial kontakt 30
4.4. Metoderefleksjon 31
4.5. Konklusjon 32
Referanser 33

Tabeller

Tabell 2.1 Inklusjonskriterier- og eksklusjonskriterier 12
Tabell 2.2 Søketabell 14
Tabell 2.3 Hovedfunn og undertemaer 17
Tabell 3.1 Artikkelmatrise 18

1. Introduksjon

1.1. Introduksjon til tema og bakgrunnskunnskap

I 2020 var det 200 barn og ungdom som ble diagnostisert med kreft i Norge, noe som tilsvarer i underkant av én prosent av alle nye krefttilfeller (Kreftregisteret, 2021). Kreft hos barn og ungdom forekommer dermed sjeldent, og tallet på ungdom som får kreft er enda lavere. Krefttyper som forekommer hyppigst hos ungdom i alderen 12-17 år er lymfekreft, beinsvulster og germinalcellesvulster. Ulike krefttyper har forskjellige prognoser, men samlet sett har unge med kreft bedre prognose enn eldre. Samlet overlevelse for alle diagnoser hos unge fra 12-17 år er på 88,2% (Kreftregisteret, 2021).

Selv om tallet på overlevelse er god, viser det ikke til sykdomsbyrden ungdom med kreft bærer på. Det har i takt med bedre behandlingsmuligheter og større overlevelse skjedd et endret fokus fra overlevelse som eneste mål, til overlevelse med best mulig somatisk og psykisk helse resten av livet (Kreftregisteret, 2021). Behandlingsforløpene mot kreft er ofte langvarige og omfattende. Dette medfører lange sykehusopphold og en endret hverdag på flere plan, både fysisk, psykisk og sosialt. Hverdagen blir preget av en alvorlig sykdom, noe som forstyrrer identitetsutviklingen i en ellers sårbar periode av livet. Samtidig mangler de livserfaring og mestringsstrategier for å kunne håndtere situasjonen alene (Helsebiblioteket, 2016a).

Ungdom havner ofte mellom to stoler. De er ikke lenger å regnes som barn, ei heller som voksne. Generelt er ungdoms psykiske helse ofte et tema både politisk og i media. Helse- og omsorgsdepartementet kom i 2016 med en rapport som viser til regjeringens strategi for ungdomshelse. Målet er at ungdom skal ha de beste forutsetningene for å leve gode liv og oppleve mestring fysisk, psykisk og sosialt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Selv om kreft hos ungdom er sjeldent, kommer både dagens og framtidige sykepleiere til å møte pasientgruppen på ulike avdelinger på sykehus, poliklinikker, helsestasjoner og i skolehelsetjenesten. Det er sykepleieres plikt å ivareta dem på best mulig måte. Som sykepleierstudent på en barnekreftavdeling, har jeg selv møtt ungdom som lever med kreft, og fått innblikk i sykepleierens rolle i møte med denne gruppen. De søker selvstendighet og kontakt med andre ungdommer, men en kreftdiagnose medfører økt avhengighet av voksne og tap av ferdigheter, selvfølelse, kontroll og relasjoner med jevnaldrende (Bringager, Hellebostad, Sæter & Mørk, 2014, s. 183). Dette aktualiserer relevansen for sykepleie i større grad, og forteller noe om hvor sårbare gruppen er når ungdomstiden blir avbrutt av innleggelser, prosedyrer og plagsomme bivirkninger (Helsebiblioteket, 2016a). De vil trenge støtte av sykepleier til å opprettholde en normal utvikling, samt ivareta sine behov under behandling.

1.2.Teori

I dette kapittelet vil jeg legge fram den teoretiske referanserammen for oppgaven. Hensikten er å belyse teori og sentrale begreper som danner grunnlaget for videre drøfting.

1.2.1.Kreft

Kroppen består av milliarder av celler, og de fleste formerer seg ved deling. Når det oppstår kreft i kroppen, har det skjedd en endring i arvematerialet til cellene slik at de deler seg ukontrollert. Dette innebærer at de ikke lenger klarer å utføre oppgavene friske celler gjør. Dersom de fortsetter å formere seg uhemmet, vil det kunne oppstå en opphoping av kreftceller, og det dannes en kreftsvulst. Kreftsvulstene har, i motsetning til celler i godartede svulster, også evnen til å vokse seg inn i andre organer og spre seg via blodet eller lymfesystemet (Lorentsen & Grov, 2016, s. 399).

De vanlige behandlingsformene ved en kreftsykdom er kirurgi, cytostatikabehandling og strålebehandling. Valg av behandlingsmetode avhenger av hvor kreften er lokalisert, og om de skal brukes i kombinasjon eller hver for seg. Behandlingen kan være i kurativ eller palliativ hensikt, og faren for alvorlige bivirkninger er høy (Lorentsen & Grov, 2016, s. 399). Både strålebehandling og cytostatikabehandling har omfattende bivirkninger. Strålebehandling kan gi lokale skader på friskt vev som også blir bestrålt (Wyller, 2019, s. 179). En behandling med cytostatika skader kreftceller, i tillegg til friske celler som har hurtig celledeling (Wyller, 2019, s. 175). På grunn av dette blir bivirkningene mest omfattende i de organene som er avhengig av rask celledeling for normal funksjon, som beinmargen, immunsystemet, tarmen og testiklene (Wyller, 2019, s. 175). Håravfall er normalt ved en cytostatikabehandling, da den hindrer celledelingen og fører til at håret ikke vokser. Etter hvert vil håret løsne og falle av (Wyller, 2019, s. 176).

En kreftdiagnose er ikke bare en fysisk belastning, men kan gi ulike psykiske reaksjoner hos den som blir rammet (Kreftforeningen, 2022). Det kan ofte føre til både usikkerhet og frykt. Manglende evne til mestring i løpet av denne perioden kan være en utløsende faktor til utviklingen av langsiktige problemer. Mange føler seg sårbare, opplever tristhet og kjenner på redsel etter å ha fått en kreftdiagnose, og ungdom med kreft rapporterer i større grad av negative psykososiale konsekvenser enn eldre pasienter (Helsebiblioteket, 2016a).

1.2.2. Salutogenese

Salutogenese er en teori om fysisk og psykisk helse (Stubberud, 2019, s. 37). Teorien belyser hva som fremmer økt mestring og velvære hos personer som utsettes for stressende opplevelser. Teorien er utviklet av Aaron Antonovsky og er en motsatsteori til patologien, som vektlegger årsaker til sykdom. Antonovsky har utviklet det som kan beskrives som en salutogen forståelse av helsebegrepet. Han mener helse har med menneskets holdninger til livet å gjøre (Stubberud, 2019, s. 37). Det vil si holdninger til å mestre stress og uventede forhold. Denne holdningen beskriver Antonovsky som *«sense of coherence»* (SOC) eller på norsk, som *«opplevelse av sammenheng»* (OAS). Salutogenese forklarer hvorfor mennesker kan oppleve å ha helse selv om de ut fra en patologisk forståelse har uhelse. OAS innebærer å ha en forståelse av situasjonen personen skal håndtere, og det har betydning for hvordan pasienten håndterer sykdom og sykdomsutvikling (Stubberud, 2019, s. 38).

1.2.3. Utviklingspsykologi

Under overskriften *«menneskets åtte aldre»* i Erik H. Eriksons teori om psykososiale stadier omtaler han de ulike psykososiale utviklingsfasene, og egos dilemma og utfordring (Grøholt, Garløv, Weidle & Sommerschild, 2015, s. 21). I den teoretiske bakgrunnen for oppgaven, ønsker jeg å vektlegge teorien hans om ungdomstiden, der identitet og rolleforvirring er tema (Erikson, 2000, s. 254).

Erikson legger stor vekt på identitetsutviklingen som han hevder har sitt gjennombrudd i ungdomstiden. Det er også i denne perioden personligheten former seg (Cullberg, 1981, s. 58). Personens opplevelse av identitet bygger på en følelse av sammenheng og kontinuitet i tilværelsen og er med på å gi oss en stabil jeg-følelse (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 22) Ungdommer i vekst og utvikling skal møte nye utfordringer og løsriver seg mer fra foreldrene (Erikson, 2000, s. 254). De har både egne og samfunnets forventninger, og om disse ikke samsvarer vil det kunne oppstå en forvirring; en stadig økende følelse av tapt identitet (Cullberg, 1981, s. 59). Mange ungdommer søker forbilder utenom foreldrene som de prøver å etterligne. De forsøker å finne sin plattform og vei i livet. Sammen med positive tilbakemeldinger og forventninger som samsvarer med omgivelsene rundt, vil det kunne danne grunnlag for en positiv identitetsutvikling (Cullberg, 1981, s. 59).

1.2.4. Joyce Travelbees interaksjonsteori

Joyce Travelbee retter fokus mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleie i sin interaksjonsteori (Kristoffersen, 2016a, s. 28). Hennes forklaring på sykepleie som begrep baserer seg på at sykepleie er å hjelpe den syke til å finne mening i den situasjonen han opplever (Kristoffersen, 2016a, s. 29). Travelbee sin definisjon på sykepleie er anerkjent blant sykepleiere og lyder som følger:

"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, 1999, s. 29).

Sykepleie er ut ifra denne definisjonen en mellommenneskelig prosess fordi det direkte eller indirekte, handler om interaksjonen mellom mennesker (Travelbee, 1999, s. 30). Målene med sykepleien kan ifølge Travelbee kun nås gjennom etableringen av et likeverdig menneske-til-menneske-forhold, og det etableres gjennom en interaksjonsprosess (Kristoffersen, 2016a, s. 32). I denne prosessen blir kommunikasjon et verdifullt hjelpemiddel. Gjennom en kontinuerlig kommunikasjon, både verbalt og nonverbalt, blir sykepleieren kjent med pasienten som person. Utfordringen til sykepleieren er å finne det unike i hver enkelt pasient. Å bli kjent med pasienten som en unik person, og å kunne identifisere hans behov, er en forutsetning for å kunne planlegge og utføre sykepleie i samsvar med behovene (Kristoffersen, 2016a, s. 34).

Pasienten befinner seg i en situasjon der han opplever et problem eller en krise, og kjennetegnes av lidelse og en mangel på mening. Sykepleieren står i en posisjon der han kan bruke seg selv terapeutisk i samhandling med pasienten, for så å etablere et likeverdig menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen, 2016a, s. 26). *«Å bruke seg selv terapeutisk»* er et uttrykk som har sentral plass i Travelbees sykepleietenkning. Det er evnen til å bruke sin egen personlighet for å fremme en ønsket forandring hos pasienten. Forandringen er terapeutisk når den bidrar til å redusere eller lindre plagene pasienten opplever (Kristoffersen, 2016a, s. 35). Dette gir pasienten hjelp til å akseptere sin sårbarhet som menneske og bevare en følelse av håp, som kan gjøre en vanskelig situasjon utholdelig å stå i (Kristoffersen, 2016a, s. 30).Mennesker reagerer ulikt og individuelt på lidelse og sykdom, men et fellestrekk ved all menneskelig lidelse er at man forsøker å finne en mening. Travelbee (1999, s. 18) hevder at en person kan oppleve mening når vedkommende føler at han fortsatt har verdi og er betydningsfull for andre. For å utvikle og opprettholde en slik opplevelse av mening, trenger mennesket kontinuerlig støtte og hjelp fra de som står han nær (Kristoffersen, 2016a, s. 32).

1.2.5.Sykepleie som profesjon

I henhold til Norsk Sykepleierforbund (NSF) sine yrkesetiske retningslinjer er *«grunnlaget for all sykepleie respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet»* (NSF, 2019). De yrkesetiske retningslinjene utgjør en felles forståelse for utøvelsen av sykepleie og fungerer som et kvalitetskrav (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 94). Det er noe enhver sykepleier bør ha et avklart forhold til for å kunne opptre på en profesjonell måte. Grunnlaget ligger i de etiske prinsippene i sykepleien; velgjørenhet, ikke-skade, respekt for autonomi og rettferdighet (Kristoffersen, 2016b, s. 178), men sykepleierens handlinger baserer seg ikke utelukkende på retningslinjer og plikter. Det forutsetter i tillegg en stor grad av tilpasning til den unike situasjonen, samt faglig og moralsk skjønn. Sykepleieren kan bruke sin væremåte og sine personlige egenskaper på en bevisst måte slik at pasienten føler seg ivaretatt (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 94).

1.2.6. Lovverk

Som sykepleier skal man være klar over lovverket som regulerer tjenesten. I helsepersonelloven (1999) §4 står det skrevet om pasientenes rett til helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud ut fra helsepersonellets krav til faglig forsvarlighet. I tillegg har pasientene rett til informasjon og samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2, §4-1). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-4 står det for pasienter som er under 16 år skal foresatte bli informert på lik linje med pasienten. Dersom pasienten er mellom 12 og 16 år har han rett på at informasjon ikke gis til foresatte når han selv av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette. Videre i §3-5 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) står det at all informasjon som gis skal være tilpasset mottakerens forutsetninger.

I tillegg til rett på informasjon, har unge rett til å bli hørt og gi samtykke. Fra pasienten fyller 12 år har han rett på å uttrykke egne meninger i spørsmål som angår egen helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-3). Pasienter mellom 16 og 18 år har ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §4-3 samtykkekompetanse når det gjelder helsehjelp for forhold som foresatte ikke er informert om. Det er viktig at helsepersonellet vurderer den unges grunnlag for samtykke ut fra alder, psykisk tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-3).

1.3. Formål og problemstilling

Litteraturstudiens formål er å belyse hvordan sykepleieren, gjennom sine handlinger innen kreftomsorg, kan tilrettelegge for at ungdom som gjennomgår behandling på sykehus, skal kunne oppleve støtte og bli ivaretatt på en god måte. Sykepleiens mål er at opplevelsen skal styrke følelsen av identitet og skape mening i tilværelsen. Med utgangspunkt i dette har jeg formulert problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleieren støtte ungdom med kreft under behandling på sykehus?»

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

Denne oppgaven er et litteraturstudium. Som en del av metoden har jeg gjennomført systematisk litteratursøk i ulike databaser, gjennomgått de kritisk og analysert funnene fra artiklene, noe Thidemann (2015, s. 79) vektlegger i metode for en litteraturstudie. Dette er for å søke fram den beste tilgjengelige kunnskapen (Helsebiblioteket, u.å.). Det ble funnet syv forskningsartikler som var relevante. Ekstraksjon av data er satt i en tabell, og framgangsmåte og presentasjon av søk vil bli presentert i dette kapittelet.

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 2.1 Inklusjonskriterier- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:	**Eksklusjonskriterier:**
Studier publisert f.o.m 2012-2022	Studier publisert før 2012
Studier skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk	Studier skrevet på andre språk enn engelsk, norsk, svensk og dansk
Studier som omfatter pasienter i aldersgruppen 13-18 år	Pårørendeperspektiv
Studier som omhandler pasienter med kreftsykdom	Palliasjon
Pasientperspektiv	
Sykepleieperspektiv	
Fagfellevurdert tidsskrift	

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble valgt på bakgrunn av retningslinjer for bacheloroppgaven, og egne valgte kriterier som var relevant i forhold til problemstillingen min. Aldersbestemmelsen ble satt på bakgrunn av det databasene avgrenser alderen til søkeordet «adolescent». For å sikre oppdatert kunnskap er ingen av artiklene eldre enn 10 år gammel. Valgte artikler er forskningsbasert og fagfellevurdert. De er i tillegg vurdert relevant for problemstillingen og for sykepleiefaget.

2.3. Søkestrategi

For å innhente kunnskap som kunne belyse problemstillingen min, ble det gjennomført søk i databaser funnet gjennom NTNUs fagside for medisin og helse. Databasene som ble brukt for å finne de aktuelle vitenskapelige artiklene var PubMed, Medline og Cinahl. Databasene ble brukt på bakgrunn av deres helsefaglige fokus (NTNU Universitetsbiblioteket, u.å.b).

I det første søket på PubMed ble det gjennomført søk med følgende søkeord: «adolescent», «neoplasms», «nurse», «psychosocial» og «quality of life». Disse ble kombinert med AND og begrenset til å kun gi treff på artikler publisert mellom 2012 og 2022. Ut fra 25 treff, ble alle overskrifter lest, i tillegg til abstraktet hos 4 av dem. To artikler ble ansett som relevant. Ved et senere tidspunkt på samme database, ble det gjennomført et søk med en annen kombinasjon av søkeord: «adolescent», «neoplasms», «psychosocial», «distress», «coping», «support» og «mental health». Ved å teste ut ulike søkeord hadde jeg muligheten til å fange opp flere aspekter ved ulike behov hos ungdom med kreft. Ut fra kombinasjonen med AND og avgrensing med årstall, ble det valgt én artikkel. Søket ga 14 treff. Også her ble alle overskrifter lest, og den valgte artikkelen ble lest i fulltekst. Ingen andre artikler ble ansett som relevante nok, og derfor ble det ikke lest noen abstrakter til andre artikler.

Med noen tilpasninger ble de samme søkeordene som tidligere benyttet på PubMed, forsøkt på Cinahl. Her ble «communication» brukt i stedet for «psychosocial» og «quality of life». Dette resulterte i 59 artikler, der abstraktet ble lest på 6 av dem, før én av dem ble lest i sin helhet og vurdert som relevant for oppgaven.

I databasen Medline, ble det i første omgang benyttet følgende søkeord: «adolescent», «cancer», «neoplasms», «oncology» og «social function». Disse ble kombinert med de boolske operatorene AND/OR. Dette ga 3 treff, og ut fra disse ble kun én overskrift vurdert relevant og lest i sin helhet. Ved en senere anledning i samme database ble nye søkeord benyttet: «adolescent», «neoplasms», «body image», «psychosocial intervention», «psychosocial» og «psychosocial functioning». Ut fra ulike kombinasjoner med AND/OR ble det valgt to artikler. Søkeordene ga 20 treff, der alle overskriftene ble lest, og 7 abstrakter lest. Viser til Tabell 2.2 Søketabell for utfyllende søkehistorikk.

2.4.Søketabell

Tabell 2.2 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
PubMed	02.05.22	S1.	adolescent		2288042	
		S2.	neoplasms		3754313	
		S3.	nurse*		446432	
		S4.	psychosocial		125300	
		S5.	«quality of life»		394354	
		S7.	S1. AND S2. AND S3. AND S4. AND S5.	År 2012-2022	25	2 **(A, B)**
Cinahl	05.05.22	S1.	MH"Adolescence+"		579988	
		S2.	MH"Neoplasms+"		626607	
		S3.	MH"Communication+"		311792	
		S4.	nurse*		578262	
		S5.	S1. AND S2. AND S3. AND S4.	År 2012-2022	59	1 **(C)**
Medline	05.05.22	S1.	exp Adolescent/		2175326	
		S2.	cancer.mp. or exp Neoplasms/		4217023	
		S3.	oncology.mp.		143180	
		S4.	social function.mp.		217	
		S5.	S1. AND S2. AND S.3 AND S4.	År 2012-2022	3	1 **(D)**
PubMed	08.05.22	S1.	adolescent		2289071	

		S2.	neoplasms		3758771	
		S3.	psychosocial		125467	
		S4.	distress		168349	
		S5.	coping		181239	
		S6.	support		11001465	
		S7.	mental health		454887	
		S8.	S1. AND S2. AND S3. AND S4. AND S5. AND S6. AND S7.	År 2012-2022	14	1 **(E)**
Medine	09.05.22	S1.	exp Adolescent/		2175824	
		S2.	exp Neoplasms/		3684652	
		S3.	exp Body Image/		19090	
		S4.	exp Psychosocial Intervention/ or psychosocial.mp. or exp Psychosocial Functioning/		114350	
		S5.	S1. AND S2. AND S3. AND S4.	År 2012-2022	20	2 **(F, G)**

Inkluderte artikler:

A. Pini et al. (2012). The Impact of a Cancer Diagnosis on the Education Engagement of Teenagers – Patient and Staff Perspective. *European Journal of Oncology Nursing, 17*(3), 317-323. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.08.005

B. Olsson et al. (2015). Experiences of Teenagers and Young Adults Treated for Cancer in Sweden. *European Journal of Oncology Nursing, 19*(5), 575-581. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.03.003

C. Essig et al. (2016). Improving Communication in Adolescent Cancer Care: A Multiperspective Study. *Pediatric Blood & Cancer, 63*(8), 1423-1430. https://doi.org/10.1002/pbc.26012

D. Anthony et al. (2018). The Social Impact of Early Psychological Maturity in Adolescents with Cancer. *Psycho-Oncology, 28(*3), 586-592. https://doi.org/10.1002/pon.4982

E. Zebrack et al. (2014). Psychological Distress and Unsatisfied Need for Psychosocial Support in Adolescent and Young Adult Cancer Patients During the First Year Following Diagnosis. *Psycho-Oncology, 23*(11), 1267-1275. https://doi.org/10.1002/pon.3533

F. Brierley et al. (2019). Impact of Physical Appearance Changes Reported by Adolescent and Young Adult Cancer Survivors: A Qualitative Analysis. *European Journal of Cancer Care, 28*(4), e-13052. https://doi.org/10.1111/ecc.13052

G. Williamson et al. (2017). Perspectives of Health Professionals on the Psychosocial Impact of an Altered Appearance Among Adolescents Treated for Cancer and How to Improve Appearance-Related Care. *Journal of Psychosocial Oncology, 35(*1), 47-60. https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1247407

2.5. Vurdering av artikler

For kvalitetssikring og vurdering av de vitenskapelige artiklene, ble Helsebibliotekets (2016b) sjekklister for kvalitative og kvantitative studier brukt. NTNU Universitetsbibliotekets (u.å.a) søkedatabase ble brukt for å kontrollere at de valgte artiklene var publisert i fagfellevurderte tidsskrifter. I utgangspunktet baserer de ulike forskningsartiklene seg på kvalitativ metode, da kvalitativ forskning er hensiktfull i forbindelse med å fange opp meninger og opplevelser (Dalland, 2017, s. 52). Metoden vil derfor kunne utforske ungdommenes egne erfaringer knyttet til det å være innlagt for behandling av kreft på sykehus, samt helsepersonellets egne erfaringer og synspunkter. Det ble funnet én forskningsartikkel med kvantitativ metode. Kvantitativ metode støtter seg på data som er målbart (Dalland, 2017, s. 52). Flere av artiklene kombinerte også kvalitativ og kvantitativ metode, også kalt *«mixed method»*. Dette kan gi en mer komplett forståelse av tematikken (Andersen, 2017).

2.6. Analyse

Analyseringen av forskningsartiklene baserer seg på Evans (2002) analysemodell og hans fire faser for analyse og framstilling av data. Første fase er *«innsamling av data»* (Evans, 2002). Framgangsmåten for utvelgelse av studier er tidligere beskrevet i Kapittel 2.3. Søkestrategi. Studiene ble nummerert fra 1-7 i rekkefølgen de ble funnet. Datamaterialet ble lest gjennom gjentatte ganger, samtidig som de ble vurdert kritisk opp mot

problemstillingen. Andre fase er *«identifisering av hovedfunn»* (Evans, 2002). Etter en omfattende gjennomgang av studiene, ble det som var mest relevant for min problemstilling trukket ut. Hovedfunnene ble satt opp på en oversiktlig måte, med tilhørende undertemaer som også ble hentet ut fra hver enkelt studie. Tredje fase er *«sammenligne og inndele funnene i temaer»* eventuelt undertemaer (Evans, 2002). Etter å ha anskaffet en oversikt over sentrale temaer, så jeg på likheter og ulikheter på tvers av studiene, og utarbeidet passende overskrifter på hovedfunnene. I fjerde og siste fase som er *«beskrivelse av fenomenet»* (Evans, 2002), ble hovedfunnene og undertemaene satt opp i en oversiktlig tabell som vist under. Beskrivelse av funnene vil bli utdypet i Kapittel 3. Resultater.

Tabell 2.3 Hovedfunn og undertemaer

Bivirkninger av kreftbehandling	**Behov for støtte og omsorg**	**Sosial kontakt**
Endret kroppsbilde Endret selvbilde	Informasjon Kommunikasjon Mellommenneskelige relasjoner	Integrering i skole

3. Resultater

Totalt syv artikler ble inkludert i denne litteraturstudien. Disse er nærmere presentert i Tabell 3.1 Artikkelmatrise.

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 3.1 Artikkelmatrise

Referanse	**Hensikt**	**Metode**	**Resultat**	**Kommentar og relevans for problem-stilling**
A) Pini, S., Gardner, P. & Hugh-Jones, S. (2012). The Impact of a Cancer Diagnosis on the Education Engagement of Teenagers – Patient and Staff Perspective. *European Journal of Oncology Nursing, 17*(3), 317-323. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.08.005	Hensikten med studien er å undersøke pasientenes og helseperson-ellets erfaringer, samt fremtredende hindringer som gjør integrering i skole vanskelig for ungdom med kreft.	Studien har et kvalitativt design, men baserer seg på kvantitativ data. 88 kreftsyke ungdommer og 40 helsepersonell innen kreftomsorg fullførte ulike spørreunder-søkelser med åpne spørsmål om deres erfaringer på området.	Både ungdommene og helseperson-ellet så stor betydning av kontakt med jevnaldrende. Det ble også påpekt hvordan et endret kroppsbilde kunne påvirke ungdommens sosiale kontakt på skolen.	Denne artikkelen er relevant for oppgaven da den belyser hvilke faktorer som spiller inn når det kommer til sosialt engasjement, og peker til viktige psykososiale behov for pasient-gruppen.
B) Olsson, M., Jarfelt, M., Pergert, P. & Enskär, K. (2015).	Hensikten med studien er å identifisere hva som er viktig for ungdom og	Studien har et kvalitativt design hvor 44 ungdommer og unge voksne	Resultatene ble satt sammen til fire kategorier:	Studien er relevant for oppgaven da den tar opp det ungdommen

Experiences of Teenagers and Young Adults Treated for Cancer in Sweden. *European Journal of Oncology Nursing, 19*(5), 575-581. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.03.003	unge voksne som er innlagt på sykehus for kreftbehan-dling.	ble intervjuet i grupper. Gruppene baserte seg på om deltagerne ble behandlet på barneavdeling (14-18 år) eller voksenavdeling (18-29).	(1) Samhandling med profesjonelle. (2) Kunnskap og deltagelse. (3) Alderstilpasset miljø. (4) Støtte.	selv mener er av betydning for deres opplevelse av å være innlagt på sykehus for behandling.

C) Essig, S., Steiner, C., Kuehni, C. E., Weber, H. & Kiss, A. (2016). Improving Communication in Adolescent Cancer Care: A Multipers-pective Study. *Pediatric Blood & Cancer, 63*(8), 1423-1430. https://doi.org/10.1002/pbc.26012	Hensikten med studien er å bidra til forbedring innen kommunik-asjon med ungdom med kreft på sykehus.	Studien har et kvalitativt design hvor de intervjuet ungdommer med kreft, foreldre, pediatriske onkologer og kreftsyke-pleiere sammen i grupper. Der diskuterte de erfaringer innen å kommunisere med hverandre.	Det ble identifisert 3 ulike temaer: (1) Rammer for kommunik-asjon med ungdom. (2) Faktorer som gjorde det vanskelig for profesjonelle, pasienter og foreldre å kommunisere med hverandre. (3) Effektiv kommunik-asjon mellom de profesjonelle.	Dette er relevant for oppgaven da den belyser hvordan kommunik-asjon med ungdom kan gjøres best mulig, sett fra ulike perspektiver.
D) Anthony, S., Robertson, T., Selkirk, E., Dix, D., Klaassen, R. J., Sung, L. & Klassen, A. F. (2018). The Social Impact of Early Psychological Maturity in Adolescents with Cancer. *Psycho-Oncology, 28(*3), 586-592. https://doi.org/10.1002/pon.4982	Hensikten med studien er å utforske hvordan det å bli rammet av kreft i ung alder påvirker sosiale egenskaper og livskvalitet, og hvordan ungdommen tilskriver mening til deres sykdom.	Studien har et kvalitativt design, der de intervjuet 37 pasienter fra ulike sykehus i Canada.	Studien framhevet at pasientene opplevde en økt modenhet i løpet av behandlings-tiden. Dette hadde både positive og negative følger.	Denne er relevant for oppgaven min da den belyser ungdommenes egne erfaringer med å gå igjennom en tøff behandling mot kreft, og hvordan det påvirker deres sosiale liv.

E) Zebrack, B. J., Corbett, V., Embry, L., Aguilar, C., Meeske, K. A., Hayes-Lattin, B., Block, R., Zeman, D. T. & Cole, S. (2014). Psychological Distress and Unsatisfied Need for Psychosocial Support in Adolescent and Young Adult Cancer Patients During the First Year Following Diagnosis. *Psycho-Oncology, 23*(11), 1267-1275. https://doi.org/10.1002/pon.3533	Hensikten med studien er å identifisere psykisk stress gjennom det første året etter diagnose hos kreftsyke ungdommer.	Studien har et kvantitativt design der de kartla psykisk stress og psykososial-støtte innen 4, 6 og 12 måneder etter satt diagnose.	Studien påpekte å bli rammet av kreft i ung alder økte risikoen for psykisk stress i løpet av det første året etter diagnose. Den belyste også hvordan den psykososiale støtten i løpet av 12-måneders-perioden ikke var tilfredsstill-ende.	Denne studien er relevant for oppgaven da den belyser en side av omsorgen for kreftsyk ungdom som ikke blir ivaretatt godt nok, basert på ungdommenes egne erfaringer.

F) Brierley, M-E., Sansom-Daly, U. M., Baenziger, J., McGill, B. & Wakefield, C. E. (2019). Impact of Physical Appearance Changes Reported by Adolescent and Young Adult Cancer Survivors: A Qualitative Analysis. *European Journal of Cancer Care, 28*(4), e-13052 https://doi.org/10.1111/ecc.13052	Hensikten med studien er å undersøke ungdommens oppfatning av endret utseende for å kunne forstå innvirkningene det har på kroppsbilde, psykisk stress, livsstil og atferd til helse.	Studien har et kvalitativt design, der de har brukt semi-strukturerte intervju som metode. Til studien inviterte de 148 pasienter fra 10 ulike behandlings-steder i Australia til å delta.	De fleste rapporterte at kreftbehand-lingen hadde endret på utseende deres. Det endrede uteseende påvirket hvordan ungdommen opplevde sosial kontakt og psykisk stress.	Studien er relevant for oppgaven da den ser på behovene til ungdommer med endret utseende som et viktig psykososialt behov, og viser til forbedrings-potensialet på området.
G) Williamson, H. & Rumsey, N. (2017). Perspectives of Health Professionals on the Psychosocial Impact of an Altered Appearance Among Adolescents Treated for Cancer and How to Improve Appearance-Related Care. *Journal of Psychosocial*	Hensikten med studien er å undersøke helseperson-ellets syn på ungdommenes endrede utseende, og de psykososiale aspektene ved et endret kroppsbilde. Studien identifiserer også måter å bedre tilbudet på til ungdommene.	Studien har et kvalitativt design, men baserer seg på kvantitativ data. Forfatterne samlet inn data fra 62 helsearbeidere fra ulike kreftavdelinger i Storbritannia. Intervjuene baserte deg på både åpne og lukkede spørsmål.	Resultatene fra studien belyste hvordan psykososiale konsekvenser av endret utseende støtter opp mot deres tro på at tilpasning etter utseende-endringer har flere faktorer og er dynamisk. Mestrings-strategier kan endre seg gjennom kreftforløpet og det er viktig at	Studien er relevant for oppgaven fordi den tar opp helseperson-ellets perspektiv på endret kroppsbilde og selvbilde hos ungdom med kreft, og hva de bør gjøre for å gi best mulig omsorg til denne gruppen.

*Oncology, 35(*1), 47-60. https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1247407			helseperson-ellet er bevisst i hvordan de skal gi omsorg.	

3.2. Bivirkninger av kreftbehandling

Tre av studiene rapporterte om ungdommenes opplevelse av et endret utseende som følger av en tøff behandling mot kreft. Mange opplevde at det gikk utover både kroppsbilde og selvbilde. Selv om de fysiske forandringene ofte var forventet, var derimot de psykiske reaksjonene på forandringene vanskelig å forestille seg før de var i situasjonen. Utseende hadde en høy prioritering hos ungdommene, da de var i en periode i livet der det hadde stor betydning for det sosiale, samt følelse og utvikling av egen identitet. Å ikke føle seg som seg selv ble en usikkerhet i møte med mennesker (Brierley, Sansom-Daly, Baenziger, McGill & Wakefield, 2019; Pini, Gardner & Hugh-Jones, 2012; Williamson & Rumsey, 2017).

I studien av Pini et al. (2012) betraktet flere av helsepersonellet kroppsbildet og selvbilde som viktige faktorer for pasientenes sosiale kontakt med familie, venner og skole. Derfor ønsket de et større søkelys på ungdommenes forhold til seg selv og egen kropp, da de også så at dette var høyt prioritert av ungdommene selv. I studien av Williamson og Rumsey (2017) kom det fram at ungdommen selv følte det var et vanskelig tema å ta opp, og de opplevde at deres behov i forhold kroppsbilde, ikke var tilstrekkelig ivaretatt.

Resultater fra studien til Williamson og Rumsey (2017) viste til hvordan pasientene opplevde bivirkningene av behandlingen som gikk på utseende. Her kom det fram hvordan begge kjønn ble påvirket av forandringene, men at guttene var dårligere på å utrykke følelsene sine i forhold til temaet. I studien av Brierley et al. (2019) kom det fram hvordan pasientene opplevde en spesiell sårbarhet ved tap av hår. Hårtapet ble et tap av identitet, og de følte seg ikke lenger som seg selv. Dette gjorde sosiale interaksjoner vanskeligere, og de var engstelige for hva andre ville tenke om dem. De rapporterte om å føle seg annerledes og at de avvikte fra skjønnhetsidealer. Personen de sammenlignet seg med var derimot ofte seg selv og hvordan de så ut før behandling. De fleste hadde et ønske om å se ut som sitt gamle jeg.

3.3. Behov for støtte og omsorg

Studiene til Olsson, Jarfelt, Pergert og Enskär (2015), Essig, Steiner, Kuehni, Weber og Kiss (2016) og Williamson og Rumsey (2017) understreker betydningen av relasjonen mellom pasient og sykepleier for å støtte ungdommen under innleggelsen for behandling på sykehus. I studien av Olsson et al. (2015) ble de personlige møtene med helsepersonellet satt pris på av pasientene. Det ble særlig lagt vekt på forhold basert på å lytte, skape tillit og være fortrolig, samt at helsepersonellet tok seg tid til å bli kjent med dem. Det ble belyst hvordan pasientene ønsket å bli betraktet som en unik person for å føle seg ivaretatt og trygg. Dette ble også støttet opp under av sykepleierne i studien av Williamson og Rumsey (2017). Strategiene deres innebar å utvikle nære og tillitsfulle relasjoner til pasientene, og en personsentrert tilnærming ble ansett som viktig. I studien av Essig et al. (2016) ble sykepleiernes egne strategier for mestring belyst. Dette inkluderte å ha mot til å stå i vanskelige situasjoner og få støtte av kollegaer. Også pasientens egne forventninger til sykepleierne kom fram. En sykepleier som spredde godt humør, fungerte som støtte for pasientene, samt sørget for å dekke pasientenes behov, var høyt verdsatt (Olsson et al. 2015).

Resultater fra Essig et al. (2016) belyste hvordan sykepleierne mente kommunikasjon med ungdommen ble mer hensiktsmessig. Dette var ved å vise respekt for autonomien til pasientene, da de knyttet bånd og da de utnyttet stille stunder for å bli kjent med dem. Det var mer utfordrende for sykepleierne å etablere en god relasjon til pasientene gjennom kommunikasjon dersom pasientene hadde en unnvikende mestringsstrategi. Gjennomgående i de tre studiene av Pini et al. (2016), Olsson et al. (2015) og Essig et al. (2016) var viktigheten av at helsepersonellet tok i bruk et språk som var lett forståelig for pasientene, og tilpasset deres forutsetninger. Et vanskelig medisinsk språk kunne virke overveldende og uforståelig. De ville derimot ikke bli behandlet som barn. De opplevde at helsepersonellet slet med å kommunisere på deres nivå, og at de ikke alltid ble tatt på alvor.

I studien av Olsson et al. (2015) ble pasientenes behov for å føle seg involvert i egen behandling belyst. De ønsket å bli inkludert i diskusjoner om seg selv og deres situasjon. Noe som gjentok seg i de tre studiene til Olsson et al. (2015), Essig et al. (2016) og Zebrack, Corbett, Embry, Aguilar, Meeske, Hayes-Lattin, Block, Zeman & Cole (2014) var pasientenes behov for informasjon om seksualitet og fertilitet. Det var også en konsensus blant pasientene at dette var helsepersonellets oppgave å legge fram. Samlet sett ønsket pasientene mer informasjon og involvering for å føle på en viss kontroll over eget liv. Men det var ulikheter i graden av dette de ønsket. I studien av Pini et al. (2012) varierte det fra at de ønsket fullstendig kontroll, til å overgi det meste av ansvaret til helsepersonellet. Resultatene i studien av Zebrack et al. (2014) belyste hvordan pasientene hadde behov for mer informasjon på ulike plan i forhold til psykososiale behov. De etterlyste blant annet informasjon om kreft, skolegang, fertilitet, trening og ernæring.

3.4. Sosial kontakt

Studiene til Pini et al. (2012), Olsson et al. (2015) og Anthony, Robertson, Selkirk, Dix, Klaassen, Sung og Klassen (2018) viste til funn i ungdommenes sosiale behov i forhold til skole og venner. I studien til Olsson et al. (2015) uttrykte deltagerne vanskeligheter med å opprettholde relasjoner til personer utenfor nærmeste familie da de var innlagt for behandling. De ytret et behov fra helsepersonellet til å støtte dem i situasjonen, i tillegg til å være en ressurs i formidling av informasjon videre til venner og skole. Dette var nødvendig å avtale på forhånd, da pasientene kunne føle på ubehag dersom helsepersonellet formidlet noe de ikke ønsket andre skulle vite.

Begge studiene av Pini et al. (2012) og Anthony et al. (2018) identifiserte faktorer som gjorde integreringen i skole vanskelig. I studien av Pini et al. (2012) ble det funnet en korrelasjon mellom opprettholdelsen av god kontakt med jevnaldrende og hvor godt deltagerne mente integrasjonen til skolen var. Helsepersonellet så på opprettholdelsen av relasjoner til jevnaldrende som den viktigste faktoren til å lykkes med å vende tilbake til skolen. Studien til Anthony et al. (2018) belyste hvordan fysiske forandringer, bivirkninger og forlenget fravær fra skolen gikk utover den sosiale kontakten med jevnaldrende. Til tider kunne ungdommene føle seg isolert og ensom. Deltagerne forklarte hvordan erfaringen med å gjennomgå behandlingen av en kreftdiagnose, satte i gang en modningsprosess i dem selv. De opplevde at venner og jevnaldrende ikke forsto dem, og at de ikke kunne relatere til deres erfaringer.

4. Diskusjon

Dette kapittelet er en diskusjon basert på tidligere presentert teori og resultater fra forskning sammen med egne erfaringer, for å kunne besvare problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleieren støtte ungdom med kreft under behandling på sykehus?»

Relevans for sykepleie vil bli belyst underveis. Kapittelet inneholder også en refleksjon over metode, og til sist vil kapittelet avsluttes med en konklusjon.

4.1. Fokus på relasjonsbygging og individuell sykepleie

Når ungdommer kommer til sykehus for planlagt behandling mot sin kreftsykdom, har de gjerne mange følelser, tanker og reaksjoner som kan komme til uttrykk både før, under og etter behandling (Kreftforeningen, 2022). En viktig del med å ha omsorg for denne pasientgruppen, sett i lys av forskningen på området, er å hjelpe dem til å fortsette sine normale liv og utvikling i behandlingsperioden. Til dette kan sykepleieren være en betydningsfull støttespiller. De personlige møtene mellom sykepleier og pasient ble høyt verdsatt i studien til Olsson et al. (2015). Møtene innebar at pasientene følte seg sett og hørt som individer, samt at partene ikke følte de var under tidspress. Dette var avgjørende for opplevelsen av støtte og omsorg under opphold på sykehus. Sett i lys av studien til Williamson og Rumsey (2017), som beskrev sykepleierens strategi for utvikling av nære og tillitsfulle relasjoner til pasienten, kan interaksjonen mellom sykepleier og pasient være en gylden mulighet til å hjelpe pasienten å finne mening og håp i tilværelsen (Kristoffersen, 2016a, s. 33). Joyce Travelbee (1999, s. 171) påpeker at det å etablere et likeverdig menneske-til-menneske-forhold er essensielt for å kunne oppfylle sykepleiens mål og hensikt som nettopp er, ifølge Travelbee, å hjelpe den syke til å finne en mening i den situasjonen den er i (Kristoffersen, 2016a, s. 29). Travelbee presiserer også at det er viktig at sykepleieren kjenner til pasientens opplevelse av situasjonen, og utforsker hva pasienten selv tillegger den (Kristoffersen, 2016a, s. 30). Det er med fordel at sykepleieren har en forståelse av hvem den unge pasienten er, da et hvert møte med sykdom og krise er individuelt og varierer fra person til person (Stubberud, 2019, s. 18).

Selv om flere av studiene understreker betydningen av relasjonen mellom sykepleier og pasient, ble det i studien av Essig et al. (2016) avdekket en utilfredsstillende evne til kommunikasjon mellom ungdommene og helsepersonellet, sett fra ungdommenes perspektiv. Sykepleierne på den andre siden uttalte i samme studie at de utøvde god kommunikasjon i yrket sitt. De så nytten av å respektere ungdommenes autonomi, samt etablering av kontakt med bruk av nonverbal kommunikasjon. Dette kan peke på at det eksisterer en miskommunikasjon mellom partene. For ungdommene var det viktig at det ble brukt et språk og en kommunikasjon tilpasset dem og deres forutsetninger. Til tider kunne de føle seg behandlet som barn, noe som kunne føre til opplevelsen av å ikke bli tatt på alvor. Evnen til å kommunisere med ungdom krever ærlighet, oppriktighet, trygghet og en evne til å lytte (Bringager et al., 2014, s. 187). Ifølge Travelbee er

kommunikasjon et verdifullt verktøy i interaksjonsprosessen (Kristoffersen, 2016a, s. 32). Det er ved en kontinuerlig kommunikasjon, ved bruk av både verbale og nonverbale uttrykksformer, at sykepleieren blir kjent med pasienten som en unik person og slik etablerer et likeverdig menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen, 2016a, s. 34). Sykepleierne beskrev derimot noen vanskeligheter med å overholde god kommunikasjon overfor pasienter med en unnvikende mestringsstrategi (Essig et al., 2016). Å bli avvist som sykepleier kan ses i sammenheng med den krisen pasienten er i (Kristoffersen, 2016a, s. 28), og slik erkjenne at det er vanskelig å gi hjelp til personer med unngående og uhensiktsmessige mestringsstrategier (Eide & Eide, 2017, s. 55). I studien av Essig et al. (2016) var det av betydning at sykepleieren viste interesse, utforsket hvem ungdommen var og hva den unge interesserte seg for. De skapte en atmosfære for kommunikasjon som kunne føles trygg (Bringager et al., 2014, s. 187).

God kvalitet på sykepleie forutsetter god fagkunnskap og at en mestrer aktuelle ferdigheter i sin utøvelse av sykepleie (Kirkevold, 2016, s. 273). Ungdommene beskrev i studien av Olsson et al. (2015) en opplevelse av utrygghet i møte med, det de tolket som usikkerhet, hos helsepersonell. I henhold til de yrkesetiske retningslinjene har pasienten rett til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (NSF, 2019). Det er nødvendig at sykepleieren har et avklart forhold til hvordan de yrkesetiske retningslinjene er integrert i egen praksis (Kristoffersen & Nordtvedt, 2016, s. 94). Likevel kan det oppstå situasjoner der sykepleieren føler seg rådvill i utførelsen av god sykepleie, og i studien til Essig et al. (2016) hadde sykepleierne egne mestringsstrategier for hvordan de skulle håndtere slike situasjoner. Det gikk ut på å ha mot til å stå i vanskelige situasjoner, samt se verdien av støtte fra kollegaer. Å ha omsorg for ungdom med kreft kan være tungt i seg selv, og man ser da viktigheten av et godt arbeidsmiljø der det gis rom for å snakke ut om egne følelser og opplevelser (Thorsen, 2014, s. 120). Sykepleierens arbeidssituasjon fører med seg stadig nye valgsituasjoner. Disse er ofte av en slik karakter der sykepleieren må ta stilling til vanskelige etiske dilemmaer, og ulike hensyn og vurderinger må tas i betraktning. De profesjonelle og etiske verdiene; velgjørenhet, ikke-skade, respekt for autonomi og rettferdighet står som grunnpilarer innen sykepleiefaget (Kristoffersen, 2016b, s. 178). Disse legger grunnlag for handling, men de kan på en annen side også komme i konflikt med hverandre. Det er sammen med en stor grad av individuell tilpasning, sykepleierens væremåte og personlige egenskaper, samt faglig og moralsk skjønn, som utgjør riktig og klok handling i den konkrete situasjonen (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 94).

Under mitt opphold i praksis på en barnekreftavdeling fikk jeg selv erfart betydningen av å bygge relasjoner med ungdom som var innlagt på avdelingen for jevnlig cytostatikakur. Da jeg var blitt trygg på meg selv og mine ferdigheter, kunne jeg benytte tiden under rutinemessig måling av vitale parametere til å bli bedre kjent med pasientene. Dette bidro til at jeg fikk en større forståelse for pasientenes verden, og det hjalp stort til neste gang pasienten var innlagt på sykehus for neste kur. Gjennom samtaler med pasienten hvor jeg som sykepleiestudent også gav av meg selv, fikk vi en forståelse for hverandre og fant et felles språk som bidro til god kommunikasjon. Dette kan ses i lys av Travelbees begrep å bruke seg selv terapeutisk, som beskriver evnen til å bruke sin egen personlighet i samhandling med pasienten (Kristoffersen, 2016a, s. 35). I etterkant satt jeg igjen med en opplevelse av at vi hadde skapt en gjensidig tillit til hverandre og at vi sammen hadde etablert et likeverdig menneske-til-menneske-forhold.

4.2.Å møte ungdommenes unike behov på sykehus

At en kreftdiagnose i ungdomsårene kan utfordre utviklingen av et positivt kroppsbilde og selvbilde, er gjentagende i flere av studiene. Som belyst i studien av Zebrack et al. (2014) innebærer en kreftdiagnose både fysiske og emosjonelle utfordringer for den unge. Vanlige plager med en kreftbehandling kan være smerter, kvalme og oppkast, problemer med ernæring, sårhet i hud og slimhinner og fatigue (Enskär & Essen, 2007). De mest fremtredende bivirkningene som går på utseende er hårtap, vekttap eller vektoppgang og synlige arr (Brierley et al., 2017). Ungdommene er mer fremtidsorienterte enn små barn og kan derfor være mer opptatt av at kreftsykdommen kan få konsekvenser på lengre sikt (Bringager et al., 2014, s. 185). Da er det sykepleierens oppgave å møte ungdommenes bekymringer og ta dem på alvor. I Brierley et al. (2017) sin studie opplevde ungdommene endringer på utseende som følge av behandlingen. De følte at det endrede utseende var motstridende til det skjønnhetsidealet som ungdommer flest strebet etter. Også helsepersonell så ungdommenes utfordringer med utseende. I studien til Williamson og Rumsey (2017) beskrev helsepersonell hvordan de mente at stress relatert til utseende var en gjennomgående utfordring hos ungdom under alle faser av behandlingen. Sett i lys av Erik H. Erikson sin utviklingsteori og utviklingen av egen identitet i ungdomsårene, opplevde ungdommene i studien av Brierley et al. (2017) en identitetsforvirring i sammenheng med opplevd sykdom. For enkelte ungdommer var det spesielt sårbart i perioder med hårtap, da det brakte med seg en følelse av tapt identitet.

Cullberg (1981, s. 54) sier i sin tolkning av Erikson sin utviklingspsykologi at menneskets tidligste jeg-opplevelse er koblet sammen med kroppen og kroppens behov; derfor kan det tenkes at enhver endring i kroppsutviklingen har følger for jeg-opplevelsen. En truet identitet kan komme til uttrykk gjennom holdninger, gjennom opplevelsen av tilhørighet og sosial kontakt, samt idealer (Solvoll, 2016, s. 120). Et mål for sykepleien innebærer å påvirke og tilrettelegge for at ungdommen mestrer det å være annerledes, og styrke deres identitet slik at de klarer å bære utfordringene behandlingen medbringer (Bringager et al., 2014, s. 188). I studien av Williamson og Rumsey (2017) ble det imidlertid funnet ulikheter mellom kjønnene, som handlet om hvordan de håndterte forandringene. De avdekket at guttene hadde større vansker med formidlingen av det som plaget dem i forhold til kropp og utseende, og de virket mer innesluttet enn jentene. Likevel så de at begge kjønn hadde like store utfordringer med oppfatning av eget kroppsbilde og selvbilde. Dette kan gjøre at det ikke blir oppfattet av sykepleierne, selv om behovet er like stort. Mine egne erfaringer fra praksis kan bygge opp under dette funnet. Samtale om jentenes behov for parykk ble tidlig tatt initiativ til av sykepleierne. Frisøren kom raskt til avdelingen, der hun hadde med seg parykker i ulike farger og lengder. Det samme engasjementet fra sykepleierne så jeg ikke med guttene som opplevde hårtap, og ingen, hverken pasientene eller sykepleierne, tok opp temaet. Generelt ble behov relatert til utseende oftest snakket om med jentene. Erikson (2000, s. 256) hevder ungdommenes identitet kommer til uttrykk i måten de kler seg på, samt atferden deres, og at dette gjelder alle kjønn. Det handler om å føle en tilhørighet til samfunnet og jevnaldrende. Ungdommene i studien til Williamson og Rumsey (2017) uttrykte engstelse for å bli forhåndsdømt og ertet av andre. Det reduserte selvbilde, sammen med en opplevelse av å ikke få sosial støtte, kunne lede til isolasjon og depresjon. Deltagerne indikerte også at omsorgen fra sykepleierne og annet

helsepersonell ikke var tilstrekkelig i møte med pasientenes behov i forhold til kroppsbilde, selvbilde og sosial kontakt.

Sykepleieren har en helsefremmende funksjon, som går ut på å styrke faktorer og forhold som fremmer helse og velvære (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). I studien av Pini et al. (2012) mente helsepersonellet i studien at problemer med kroppsbildet og selvbildet var temaer som burde bli tatt mer på alvor, da de erfarte at dette var høyt prioritert av ungdommene selv. I en annen studie av Williamson og Rumsey (2017) kom det fram hvordan ungdommene selv følte at det var vanskelig å ta opp temaer som omhandlet kropp og selvbilde. Å føle at man har kontroll over og er involvert i eget liv kan være hensiktsmessig for pasientene når de skal håndtere store endringer. Dette er belyst i studien av Olsson et al. (2015), som tok opp ungdommenes ønske om å bli inkludert i behandlingen. De ytret ønske om mer kontroll over eget liv, som ungdommene følte de hadde mistet i løpet av kreftbehandlingen. Teorien om salutogenese og en opplevelse av sammenheng (OAS) kan hjelpe pasienten å oppleve helse, og innebærer å ha en forståelse av situasjonen personen skal håndtere (Stubberud, 2019, s. 38). Sykepleieren kan, på bakgrunn av sin helsefremmende funksjon, tilrettelegge for gode mestringsopplevelser ved å øke kvaliteten på sosial støtte, gi omsorg og legge til rette for sosial integrasjon (Langeland, 2009).

I studien av Zebrack et al. (2014) kom det konkrete ønsker på hva ungdommen ønsket mer informasjon om, blant annet fertilitet og seksualitet, trening og ernæring. Pasientens opplevelse av å få nok informasjon kan bidra til at han føler mer kontroll over situasjonen. I henhold til de yrkesetiske retningslinjene som tidligere presentert, er det en sykepleiers plikt å sørge for at pasienten får tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF, 2019). Om dette ikke oppfylles, kan tilliten svekkes hos ungdommen. I henhold til lovverk har pasienten rett på informasjon sammen med foresatte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-4). Selv om informasjon er gitt, er det ofte ikke en garanti for at innholdet er forstått (Kristoffersen, 2016c, s. 370). Ut ifra dette kan det være hensiktsmessig å ha de foresatte sammen med ungdommen når viktig informasjon skal gis. Likevel har pasienter mellom 12 og 16 år ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-4, rett på at informasjon ikke gis til foresatte hvis pasienten av ulike grunner ikke ønsker det. Dette kan ses i lys av ungdommenes behov for informasjon om fertilitet og seksualitet under behandling, som ytret i studien av Zebrack et al. (2014). Ungdommene mente at dette var viktige temaer å snakke om, men hadde problemer med å ta opp temaene selv, og det ble sjeldent tatt initiativ til av helsepersonellet. Behovet for seksualitet er et grunnleggende behov hos alle mennesker, likevel kan sykepleiere ha problemer med å snakke om det på grunn av det fremdeles er et tabubelagt, følsomt emne (Gamnes, 2016, s. 373). Dette var noe jeg også erfarte i min praksisperiode som sykepleierstudent. Loven sikrer at enkelte temaer kun blir diskutert mellom sykepleieren og ungdommene. Dette fordi enkelte temaer kan anses som for privat å dele med foreldre, og temaene kan bli lettere å snakke om uten foreldre til stede (Bringager et al., 2014, s. 187). Det blir vår oppgave som sykepleiere med den erfaringen og kunnskapen vi besitter, å hjelpe dem med å sette ord på sider ved deres egen seksualitet og helse som de har problemer med å sette ord på selv (Bringager et al., 2014, s. 186).

4.3. Betydning av sosial kontakt

Alle mennesker har et behov for sosial kontakt med andre (Helgesen, 2016, s. 142). For ungdom er kontakten med det nettverket de har rundt seg, som familie, venner og skole viktig for å føle et fellesskap med andre (Bringager et al., 2014, s. 188). Herunder, blir særlig skolegang vurdert som en viktig faktor til ungdommenes trivsel, da å opprettholde kontakt med skolen kan tilby et trygt miljø som kan gi pusterom fra rollen som syk (Pini et al., 2012). I en situasjon der man opplever sykdom, har man behov for å mestre tilværelsen. I denne sammenheng kan det å oppleve gode relasjoner, et meningsfylt sosialt engasjement og få følelsesmessig støtte, være motivasjon til å kunne mestre sykdom og behandling (Stubberud, 2019, s. 18). Det ble i studien til Pini et al. (2012) rapportert at opprettholdelse av kontakt med jevnaldrende førte til en lettere overgang til skole. Mye kan være grunn til at pasientene opplever å ikke ha kontakt med venner og skole. Perioder med nedsatt immunforsvar kan gjøre at det blir livstruende å omgås for mange mennesker. Ved å gjennomføre sykehusbesøk kan sykepleieren legge til rette for at de nærmeste får besøke den syke under trygge rammer, og dette kan være et viktig tiltak i behovet for sosial kontakt (Bringager et al., 2014, s. 189).

På den andre siden var det ikke alle som hadde en like god opplevelse av å vende tilbake til skolen. Mange av ungdommene i studien til Anthony et al. (2018) opplevde en følelse av utenforskap. De opplevde at ingen av kameratene kunne relatere til deres erfaring. Dette kunne føre til følelsen av isolasjon og ensomhet, men også meningsløshet i det ungdommene stilte spørsmål til hvorfor akkurat de skulle bli rammet av kreft. En av ungdommene i studien ytret hvordan hun raskt ble voksen fordi hun hadde lite kontakt med jevnaldrende under lange perioder med behandling på sykehus, og hele tiden var omringet av voksne personer (Anthony et al., 2018). Støtte fra sykepleier kan derfor bli mer betydelig. For ungdommene i Olsson et al. (2015) sin studie var nettopp behovet for støtte fra helsepersonell viktig. De så stor nytte i at sykepleierne tok seg av formidlingen av informasjon til venner og familie, samt opprettholdte kontakt med skolen. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §6-4 har barn i skolepliktig alder rett til undervisning under opphold i helseinstitusjon. Dette er det viktig at sykepleieren følger opp, da han også kan være en viktig ressurs i å koordinere samarbeidsmøter med skolen og skolehelsetjenesten.

Helsepersonell i studien av Pini et al. (2012) så på opprettholdelsen av god kontakt med jevnaldrende som essensielt for å lykkes med integreringen i skole etter behandling på sykehus. Sett i lys av Erikson sin utviklingsteori, er en sosial tilhørighet noe av det viktigste i ungdomstiden, da de stadig søker anerkjennelse og bekreftelse fra jevnaldrende (Erikson, 2000, s. 258). Ungdommene på sin side opplevde en modningsprosess i takt med de erfaringene de skaffet seg gjennom behandlingen mot kreft. Noen fortalte at de kom sterkere ut av det, og hadde fått et nytt perspektiv på livet (Anthony et al., 2018).

4.4. Metoderefleksjon

Grunnet problemstillingens avgrensning var det utfordrende å finne nyere forskning som stemte med inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Kravet om et avgrenset publiseringsårstall ble likevel holdt, da det ble testet ut mange ulike kombinasjoner av søkeord som gjorde det mulig å finne nok forskning, som etter krav for oppgaven var mellom syv og ti forskningsartikler, fra år 2012-2022. En satt avgrensning i forhold til alder viste seg å være mer utfordrende å overholde. Fire av artiklene involverer både ungdommer mellom 12 og 18 år, samt unge voksne opp til 29 år. Dette kan være en svakhet da resultatene kan variere i grad om hvor gyldig de er i forhold til min aldersavgrensning. På bakgrunn av egne erfaringer som sykepleierstudent i praksis på en avdeling med akkurat denne pasientgruppen, ble artiklene likevel funnet relevante for problemstillingen. I tillegg ble det funnet forskning som belyste perspektiver hos deltagere fra ulike yrker innen helse, og ikke kun sykepleieperspektivet. Grunnet sykepleierens allsidighet og funksjon på mange ulike plan, ble artiklene likevel funnet relevante.

Siden jeg var interessert i å utforske blant annet tanker, erfaringer, holdninger og meninger, ble det i utgangspunktet lagt vekt på kvalitative studier. Likevel ble det valgt én kvantitativ studie og tre mixed method-studier. Mixed method-studier vil på den ene siden kunne vise til aktuell statistikk som er av betydning for ungdom innlagt for behandling på sykehus, samt faktorer helsepersonell hevder er av betydning, imidlertid laget ut fra kategoriserte verdier. På en annen siden viser de en dypere forståelse for pasientenes og helsepersonellet sine egne opplevelser og erfaringer. Dette kan være en styrke ved oppgaven, da det gir en mer allsidig forståelse av tematikken (Andersen, 2017).

For at omstendighetene og forholdene rundt ungdom med kreft skulle være så likt norsk helsevesen som mulig, ble det forsøkt å velge studier fra Europa. Studiene fra Europa inkluderte én artikkel fra Sverige, én fra Sveits og to fra Storbritannia. Så å si alle barn og unge med kreft i Norge behandles etter kliniske behandlingsstudier gjennom nordiske eller internasjonale protokoller (Oncolex, 2020). Funnene var derfor vurdert overførbare basert på det sterke samarbeidet mellom landene overfor denne pasientgruppen. Foruten disse var de tre andre studiene fra Australia, Canada og USA. Disse studiene ble også sett på som interessante for problemstillingen, da de belyser relevante behov hos ungdom med kreft, som på mange måter anses som universelle, og kan dermed relateres til omsorg for ungdom med kreft i Norge. I tillegg, ble egen erfaring fra praksis ansett som en styrke til å kunne belyse temaer i diskusjonen.

4.5. Konklusjon

Etter en nyoppstått kreftdiagnose hos ungdom, venter en lang periode med behandling på sykehus. Sykepleiere ved kreft- og barneavdelinger får en særlig oppgave til tett oppfølging av denne pasientgruppen. I litteraturstudien er det forsøkt utdypet hvordan en sykepleier kan støtte ungdom med kreft under behandling på sykehus. Resultatet fra forskning viser til at det er flere sider ved ivaretagelsen, og at det er fysiske og psykiske påkjenninger ved å gå gjennom behandling mot kreft. I tillegg kommer påvirkningene på den sosiale kontakten. Sykepleieren blir en signifikant nøkkelperson i store deler av behandlingsforløpet til ungdommen, og kan opptre som en støttespiller. Grunnet ungdommenes sårbarhet og fase i livet, blir dermed relasjonen mellom sykepleier og pasient ansett som spesielt viktig. For at de ulike sidene ved ivaretagelsen skal imøtekommes, er det viktig at den enkelte ungdommen blir sett som en individuell person, med unike behov. Dette krever at sykepleieren har et personorientert fokus.

Etter det som har blitt avdekket i forskningsartiklene, kan sykepleiere innen omsorg for kreftsyk ungdom oppleve vansker med egne følelser og kommunikasjonsferdigheter. Dette viser betydningen av å være bevisst sine egne følelser og ferdigheter overfor pasientgruppen. Det er i tillegg avgjørende at det gis rom for å reflektere rundt hendelser og egne tanker, samt få støtte fra kollegaer, for at sykepleiere skal klare å stå i utfordrende situasjoner.

Ungdommene er i en fase hvor identitetsutvikling er et omgående tema. Ungdommene trenger støtte og omsorg for å navigere seg gjennom tiden som kreftsyk, samtidig som de skal finne seg til rette i verden i en tid der hyppige forandringer skjer. Sykepleieren kan hjelpe til med praktiske oppgaver, som å dekke grunnleggende behov og sørge for informasjonsflyt til skole og skolehelsetjenesten, men også være en som lytter og ser pasienten når han er innlagt på sykehus. Den helsefremmende funksjonen til sykepleieren kommer tydelig fram i forskningen på området, samt å gi støtte og omsorg til ivaretagelsen av et normalt liv og utvikling i ungdomsårene.

Referanser

Andersen, J. (2017). «Mixed methods»-design i helseforskning. *Sykepleien forskning, 105*(64738), e-64738. https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64738

Anthony, S. J., Robertson, T., Selkirk, E., Dix, D., Klaassen, R. J., Sung, L. & Klassen, A. F. (2018). The Social Impact of Early Psychological Maturity in Adolescents with Cancer. *Psycho-Oncology, 28(*3), 586-592. https://doi.org/10.1002/pon.4982

Brierley, M-E., Sansom-Daly, U. M., Baenziger, J., McGill, B. Wakefield, C. E. (2019). Impact of Physical Appearance Changes Reported by Adolescent and Young Adult Cancer Survivors: A Qualitative Analysis. *European Journal of Cancer Care, 28*(4), e-13052. https://doi.org/10.1111/ecc.13052

Bringager, H., Hellebostad, M., Sæter, R. & Mørk, A. C. (2014). *Barn med kreft: En medisinsk og sykepleiefaglig utfordring* (2.utg.). Gyldendal akademisk.

Cullberg, J. (1981). *Mennesker i krise og utvikling: en psykoanalytisk og sosialpsykiatrisk studie* (2.utg.). Aschehoug.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Gyldendal akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Gyldendal akademisk.

Enskär, K. & Essen, L. (2007). Prevalence of Aspects of Distress, Coping, Support and Care Among Adolescents and Young Adults Undergoing and Being off Cancer Treatment. *European journal of Oncology Nursing, 11*(5), 400-408. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2007.01.003

Erikson, E. H. (2000). *Barndommen og samfunnet* (2.utg.). Gyldendal akademisk.

Essig, S., Steiner, C., Kuehni, C. E., Weber, H. & Kiss, A. (2016). Improving Communication in Adolescent Cancer Care: A Multiperspective Study. *Pediatric Blood & Cancer, 63*(8), 1423-1430. https://doi.org/10.1002/pbc.26012

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing, 20*(2), p.22-6. https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf

Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 2: Grunnleggende behov (*3.utg., s. 374-407). Gyldendal Norsk Forlag.

Grøholt, B., Garløv, I., Widle, B. & Sommerschild, H. (2015). *Lærebok i barnepsykiatri* (5.utg.). Universitetsforlaget.

Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring (*3.utg., s. 141-168). Gyldendal Norsk Forlag.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *#Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016-2021* (I-1173 N). Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/838b18a31b0e4b31bbfa61336560f269/ungdomshelsestrategi_2016.pdf

Helsebiblioteket. (2016a, 14. januar). *Psykososial støtte for ungdom og unge voksne med kreft.* https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/Psykososial-støtte-for-ungdom-og-unge-voksne-med-kreft#references

Helsebiblioteket. (2016b, 3. juni). *Sjekklister.* https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Helsebiblioteket. (u.å.). *Litteratursøk.* Hentet 10. mai 2022 fra https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64

Kirkevold, M. (2016). Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1: Sykepleie – fag og funksjoner* (3.utg., s. 267-310). Gyldendal Norsk Forlag.

Kreftforeningen (2022, 27. januar). *Psykiske reaksjoner ved kreftsykdom.* https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/psykiske-reaksjoner/

Kreftregisteret. (2021). *Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft, Årsrapport 2020* (ISBN 978-82-473-0092-3). Institutt for populasjonsbasert kreftforskning. https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2021-10/Årsrapport%20Nasjonalt%20kvalitetsregister%20for%20barnekreft%202020.pdf

Kristoffersen, N, J. & Nortvedt P. (2016). Pasient og sykepleier: verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1: Sykepleie - fag og funksjoner* (3.utg., s. 89-138). Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J. (2016a). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring (*3.utg., s. 15-80). Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleie: kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1: Sykepleie - fag og funksjoner* (3. utg., s. 139-192). Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J. (2016c). Å styrke pasientens ressurser: sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring (*3.utg., s. 349-406). Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie - fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1: Sykepleie – fag og funksjoner* (3.utg., s. 15-28). Gyldendal Norsk Forlag.

Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien forskning,* 4(4), 288-296. https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0143

Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie 2* (5.utg., s. 397-430). Gyldendal akademisk.

NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.* Hentet 21. mai 2022 fra https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer

NTNU Universitetsbiblioteket (u.å.a). *Oria.* Hentet 2. mai 2022 fra https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/search?vid=NTNU_UB

NTNU Universitetsbiblioteket. (u.å.b). *Fagside for medisin og helse: Databaser/artikler.* Hentet 2. mai 2022 fra https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/finn-litteratur/databaser-artikler/

Olsson, M., Jarfelt, M., Pergert, P. & Enskär, K. (2015). Experiences of Teenagers and Young Adults Treated for Cancer in Sweden. *European Journal of Oncology Nursing, 19*(5), 575-581. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.03.003

Oncolex (2020, 27. Mars). *Behandling av kreft hos barn.* http://oncolex.no/Barn/Prosedyrekatalog/BEHANDLING?lg=procedureGroup

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (*LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/

Pini, S., Gardner, P. & Hugh-Jones, S. (2012). The impact of a Cancer Diagnosis on the Education Engagement of Teenagers – Patient and Staff Perspective. *European Journal of Oncology Nursing, 17*(3), 317-323. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.08.005

Solvoll, B.-A. (2016). Identitet og egenverd. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2.utg., s. 105- 140). Gyldendal Norsk akademisk.

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

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving.* Universitetsforlaget.

Thorsen, R. (2014). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2.utg., s. 105-126). Gyldendal Norsk Forlag.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie.* Universitetsforlaget.

Williamson, H. & Rumsey, N. (2017). Perspectives of Health Professionals on the Psychosocial Impact of an Altered Appearance Among Adolescents Treated for Cancer and How to Improve Appearance-Related Care. *Journal of Psychosocial Oncology, 35(*1), 47-60. https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1247407

Wyller, V. B. B. (2019). *Syk: mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin.* (4.utg.). Cappelen Damm akademisk.

Zebrack, B. J., Corbett, V., Embry, L., Aguilar, C., Meeske, K. A., Hayes-Lattin, B., Block, R., Zeman, D. T. & Cole, S. (2014). Psychological Distress and Unsatisfied Need for Psychosocial Support in Adolescent and Young Adult Cancer Patients During the First Year Following Diagnosis. *Psycho-Oncology, 23*(11), 1267-1275. https://doi.org/10.1002/pon.3533

NTNU

Kunnskap for en bedre verden