

D-uppsats i Omvårdnad

”Se mig – Trösta mig”

Tröst i samband med obotlig cancersjukdom - en kvalitativ studie

FÖRFATTARE	Ulrica Langegård
FRISTÅENDE KURS	Omvårdnad – Självständigt arbete II, VEA010 VT 2007
OMFATTNING	10 p
HANDLEDARE	Karin Ahlberg
EXAMINATOR	Joakim Öhlén

Titel:	”Se mig – Trösta mig”. Tröst i samband med obotlig cancersjukdom – en kvalitativ studie.
Engelsk titel:	“See me – comfort me”. Comfort in conjunction with cancer - A qualitative study.
Program/kurs:	Omvårdnad – självständigt arbete II
Kursbeteckning:	VEA010
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	16 sidor
Författare	Ulrica Langegård
Handledare:	Karin Ahlberg
Examinator:	Joakim Öhlén

SAMMANFATTNING

Syfte : Att få ökad kunskap om vad personer med obotlig cancersjukdom funnit tröstande under sjukdomstiden.

Design: Deskriptiv, tvärsnittssanalys.

Plats för undersökning : Hospice i västra Sverige.

Deltagare: 10 gäster boende på hospice varav 8 var kvinnor. Åldern var mellan 30 och 90 år.

Metod: Data insamlades genom semistrukturerade intervjuer och analyserades genom konstant komparativ analysmetod.

Nyckelord: Tröst, cancersjukdom.

Resultat: Ur insamlad data utkristalliserades fyra kategorier: *förbindelse*, *egenkontroll*, *bekräftan* samt *acceptans*. Studiens kärnvariabel utvecklades och gestaltas av ”**att bli sedd**”.

Att bli sedd, och därmed tröstad, bygger på erfarenhet av en känsla av förbindelse, egen kontroll, bekräftan och acceptans. Att bli tröstad är en del av processen mot ökat välbefinnande. När patienten upplevde sig sedd och förstådd av en annan människa i sitt lidande fylldes hon av lättnad.

Diskussion: Resultatet visar på att det finns en mening för sjuksköterskan att lyfta frågan om tröst hos patienten, vad tröst är just för honom eller henne. Fysisk beröring har inte sådan stor betydelse utan snarare mental närvaro. Lyssnandet var av störst betydelse för att bli sedd och det är vad sjuksköterskan förmedlar som är bärande i relationen mellan sjuksköterskan och patienten. Sjuksköterskan bör visa att tid och intresse finns. Den sjuksköterska som blir berörd av sina patienter och vågar stanna kvar vid svåra situationer utvecklar ett förhållningssätt som präglas av närvaro, förståelse och engagemang. Det krävs kreativitet, kunskap men framförallt mod av vårdaren för att se patientens behov av tröst. Kreativitet och kunskap för att finna var patienten befinner sig och mod för att våga befinna sig där patienten är. Resultatet visar på att vårdaren, utan att ha en långvarig etablerad relation, kan inge tröst till patienten.

Jag vill tacka min handledare Karin Ahlberg för hennes tillgänglighet, uppriktighet och uppmuntran. Med Karins goda råd och hennes karakteristiska egenskaper har jag färdigtställt denna studie.

Introduktion

I takt med framgångar i den medicinska behandlingen och på grund av en allt högre levnadsålder lever fler personer med en eller flera kroniska sjukdomar som inte längre kan botas. I Sverige avlider ca 20 000 personer per år i olika cancersjukdomar och de flesta behöver någon gång under sjukdomstiden kvalificerad palliativ vård (Socialstyrelsen, 2005; SOU, 2001:6). Palliativ vård är vård som ges till patienter med symtom från obotlig sjukdom eller till patienter med en progressiv sjukdom med kort förväntad överlevnad (SBU, 1999; SOU, 2001:6). Palliativ vård är en aktiv helhetsvård som bygger på en klar vårdfilosofi och vars syfte är att skapa förutsättningar för livskvalitet när bot inte längre är möjlig (Beck-Friis & Strang, 2005). Den palliativa fasen i livets slutskede är i allmänhet kort och som längst några månader (SOU, 2001: 6). Det psykologiska välbefinnandet i samband med vård i livets slutskede är betydelsefullt och känslan av meningsfullhet central liksom känslan av andligt välbefinnande (Benzein, Norberg & Saveman, 2001; Cohen & Leis, 2002; Sahlberg & Blom, 2001.) Den som lider är i behov av tröst. Lidandet anses främmande och är ett hot mot den personliga identiteten, integriteten och samhörigheten. Lidandet fjärrar sålunda lidande personer från sig själva, från andra människor, från omvärlden och från andlig mening (Casell, 1998; Younger, 1995). Tidigare studier (Bäck-Pettersson, 2006) visar att sjuksköterskor brister i kunskap om tröst. Aktuell studie syftar till att få ökad kunskap om vad personer med obotlig cancersjukdom funnit tröstande. Resultatet kan leda till en medvetenhet om tröstens betydelse och användas som redskap för att minska patienters lidande och därmed öka deras välbefinnande.

Bakgrund

Personer som lider till följd av en livshotande sjukdom är i behov av åtgärder för att lindra lidandet. Att drabbas av en obotlig sjukdom är för de flesta människor chockerande. Tröst är en nödvändighet när en människa lider. Att trösta är naturligt och har alltid funnits med i vårdande sammanhang. En av sjuksköterskans uppgift är att lindra lidande för att öka välbefinnandet. I relationen mellan patient och vårdare används tröst som intervention sparsamt men genom andra omvårdningsinterventioner kan man förmoda att trösten infinner sig dagligen.

Lidande

Lidandet anses vara det huvudsakliga motivet för vård, och lindrade av lidandet är vårdarens mest väsentliga uppgift. Mänskligt lidande förstås här utifrån Erikssons teoribildning som en enskild total upplevelse av att möta det onda och utgör vårdens primära uppgift att lindra (Eriksson, 1994). Öhlén (2001) beskriver lindrat lidande som att vara i en fristad. Det handlar om tid och rum att vara sig själv, ensam eller med andra. I fristaden kan personen uthärda sin kropp och känna sig värdig. Denna upplevelse är lika mycket kroppslig, själslig som andlig. Öhlén menar att det för patienten är lika betydelsefullt att bli vårdad kroppsligt, själsligt som andligt. Det är inte fristående delar, utan en enhet (2001). Dubbelt lidande (Råholm & Lindholm, 1999) uppstår när man behöver skydda andra från sitt eget lidande och inte få möjlighet att dela lidandet med någon. Arman och Rehnsfeldt (2006) menar att bevittna den andres lidande kan i etisk mening betyda att stöd ges till den lidande. Det kan upplevas av den lidande som ett vittnesbörd om bland annat ljus i livsförståelsemörkret och att människan i mötet med sjukdom, lidande och död ställer existentiella frågor. Sivonen (2000) beskriver hur ohälsa och lidande kan komma till uttryck som andliga problem, behov och begär. Det förekommer hos patienter i alla åldrar och i alla kulturer. Begäret efter det andliga blir påtagligt då människan lider, och många gånger är det svårt för patienten att uttrycka och klä det i ord eftersom det upplevs som mycket intimt.

Välbefinnande

Flera studier (Meyer & Mark, 1995; Sheard & Maguire, 1999; Spiegel, Blom, Kraemer, Gottheil, 1989) har visat att psykosociala interventioner påverkar välbefinnandet i positiv riktning hos cancerpatienter. I vårdande sammanhang innebär välbefinnande att det råder överensstämmelse mellan individens möjligheter och hans faktiska tillvaro och upplevda mening, och bygger på omsorg och känslan av att vara omhändertagen. Välbefinnande skapas då patienten känner att sjuksköterskan har kompetens att se patientens egna resurser, har förmågan till klinisk bedömning, är närvarande i mötet samt bemöter patienten med respekt (Meyer & Mark, 1995; Sheard & Maguire, 1999; Spiegel et al, 1989). Det vårdande mötet med sjuksköterskan ger en känsla av solidaritet, ökad känsla av välbefinnande samt en helande effekt (Halldorsdottir, 1997). Med denna bakgrund kan man anta att tröst leder till ökat välbefinnande.

Tröst

Teoretiska studier

Tröst är fortfarande ett vagt begrepp inom sjuksköterskans profession. Tröst är möjligtvis ett så vardagligt begrepp och en självklar handling att det knappt nämns varken i omvårdnadslitteratur eller som intervention i vårdande sammanhang. Enligt en begreppsanalys efterlyser författaren en klarare definition och betydelse som är nödvändig när vi undersöker betydelsen av tröst hos våra patienter (Siefert, 2002). Lidande och tröstens nära relation till varandra lyfts fram i vårdteorin av Morse, Bottorff & Hutchinsson (1995) som även betonar tröstens lugnande, lindrande och kraftgivande karaktär och att det mänskliga lidandet (Råholm & Lindholm, 1999) kan i dessa sammanhang vara utvecklande och att det i den mänskliga relationen kan föra människor närmare varandra. Begreppsbestämningen öppnar vägen till förståelsen för fenomenet tröst. Mattson-Lidsle & Lindström (2001) menar att tröst är rogivande, ger en känsla av lugn, glädje och lättnad. Tröst innehåller även förtröstan, hoppfullhet och tillit och kan ge patienten kraft. Tröst är hjälp och välgärning. Tröst skapar en mening och ökar känslan av välbefinnande.

Empiriska studier

I Alfredsson, Wirén & Lutzéns studie om tröst (1995) framkom att genom skydd, lättnad och ro väcks en känsla av hopp. Hoppet riktas då mot det som är meningsbärande för den enskilda människan och tröst (Herman, 2006) skapas i närvaron av någon som berör och delar lidandet i en god livsmiljö. Arman, Rehnsfeldt, Lindholm & Hamrin (2002) menar att erfarenheten av att vara lidande kastar en skugga över människans inre sfär. För att besegra lidandet fanns behov av att dela lidandet med någon, vilket var tröstande, samt att försöka finna en mening i lidandet. Flera studier visar på att patienten upplevde sig tröstad när hon eller han blev sedd och när det gavs möjlighet för patienten att upprätthålla sin egenkontroll (Råholm & Lindholm, 1999., Arman et al., 2002., Alfredsson, Wirén & Lutzéns, 1995). Williams & Irurita (2005) beskrev betydelsen av egenkontroll. Patienterna uttalade behovet av egenkontroll som ett centralt inslag för att känna sig tröstade. Vidare beskrevs erfarenheten att ta emot emotionell tröst, som en nödvändighet för ökat välbefinnande. I en senare studie (2006) beskrev samma författare att tröst är en förbindelse mellan kropp och själ och att patienterna satte värde på det holistiska bemötandet som även gav emotionellt stöd. Tidigare sågs tröstandet som en lindring av fysiska besvär, idag är det mer en pågående process där stöd från närstående och vårdare kan lindra lidande utifrån ett helhetsperspektiv och såväl öka välbefinnande (Williams & Irurita, 2005).

Det är svårt att trösta. Försöker vi med ord blir det ofta krystat och kanske utan innehåll, vidare kan ibland innehållet bli fel, särskilt när vi möter individer i situationer där vi inte ser någon möjlighet till positiv förändring. Det ger sig själv att det inte går att trösta då, i alla fall inte i den bemärkelsen att vi kan lova en bättre framtid. Ändå är det ofta just så som tröstens ord formuleras, t.ex. sjuksköterskans löften om att det kommer att ordna sig och bli bättre. Hos människor som drabbats av obotlig sjukdom är vi inte där för att trösta på det sättet. Vi är där för att se och lyssna (Strang & Beck-Friis, 2005).

Norberg (2001) menar att den som förmedlar tröst skall ge tid till den lidande och förmedla att hon inte är ensam, ”jag finns här för dig”. Det skall heller inte finnas någon prestige i detta möte. En person som skall förmedla tröst blir färdig för detta genom att ha en vilja att se och lyssna på en lidande människa och skall på inga villkor ha några förutfattade meningar, varken positiva eller negativa. Det krävs en trygghet i denna relation. Även vid vacklande tillfällen ska man stå bredvid den lidande. Att vara mottaglig och närvarande kräver förtroende. Skapas detta förtroende vågar den lidande titta på orsaken till lidandet. Den tröstande går bredvid och visar att sårbarhet, sorg, och exponering av smärta är accepterat. Båda parterna accepterar att det onda är oåterkalleligt, att det finns där och det finns heller inget att göra (Norberg, 2001). Att använda denna modell innebär att sjuksköterskan måste ställa sig öppen mot den lidande och det krävs mod av sjuksköterskan och den lidande. Att finna det som är tröstande hos den enskilda är en gåta då människan är unik. Det är dessa verktyg som skall skapas i relationen mellan sjuksköterskan och patienten.

Syfte

Syftet med denna undersökning var att få ökad kunskap om vad personer med obotlig cancersjukdom funnit tröstande under sjukdomstiden. Denna kunskap kan komma att ge vårdpersonal verktyg för att tillgodose patienters olika behov av tröst och på så vis lindra lidande och öka välbefinnandet.

Metod

Studien är godkänd av etiknämnden vid Göteborgs Universitet (2006). Studien var av kvalitativ karaktär och data insamlades genom intervjuer. Personer med cancersjukdom som vårdades på hospice inkluderades i studien. Deltagarna identifierades och tillfrågades om intresse för deltagande i studien dels av personalen på hospice dels av forskaren. Informerat skriftligt samtycke inhämtades från de tillfrågade av forskaren.

Under intervjun ställdes frågor inom följande områden:

- * Vad har du funnit tröstande för att lindra psykiskt lidande?
- * När du känt dig tröstad, har det även ökat ditt välbefinnande?
- * Vad har du funnit tröstande på sjukhuset respektive hemmiljö?
- * Har du aktivt sökt tröst på sjukhuset.

Frågeguiden modifierades under studiens gång. Inledningsvis önskades en beskrivning vad respondenten funnit tröstande i hemmet respektive vad som varit tröstande på sjukhuset. Efter fyra intervjuer fann forskaren ingen skillnad, frågeguiden modifierades till att fokusera på tröst i vårdmiljön.

Respondenter

Inklusionskriterier för studien var: personer som drabbats av cancersjukdom, boende på hospice samt att skriftligt samtycke gavs att delta i studien. Exklusionskriterier för studien var: oförmåga att förstå och tala svenska samt demenssjukdom eller motsvarande. Tretton gäster blev erbjudna att delta i studien. Tre av de tillfrågade kunde på grund av sin sjukdom inte

delta när det blev aktuellt med intervjun. Det var 8 kvinnor och 2 män som deltog i studien, se Tabell 1. Åldern var mellan 30- 90 år.

Datainsamling

Intervjuerna bandades och skrevs ut ordagrant. Materialet avidentifierades. En kodlista upprättades och förvarades separat. Allt material förvarades inlåst och med tillgång endast för forskaren. Demografiska data (kön, ålder, civilstånd, barn, diagnos, tid sedan diagnos) inhämtades från patienten. Datainsamling och analys skedde parallellt.

Analys

Materialet analyserades med konstant komparativ analysmetod (Glaser & Strauss 1967; Glaser, 1978) där forskaren ställde sig frågan: vad är deltagarens huvudangelägenhet inom det studerade området och vad kan forskaren finna för likheter och olikheter alternativt återkommande mönster i det insamlade materialet? Initialt kodades data från intervjuerna rad för rad. De sammanfattande begreppen jämfördes sedan med varandra, och efter hand minimerades antalet begrepp, men även nya genererades. Syftet var att finna återkommande latent mönster i data och att tillämpa kvalitativ tolkning. Nästa steg var att namnge, i begreppsform, de viktigaste datamönster som upprepades. En kärnvariabel kom att uppenbaras bestående av ett begrepp som förklarade det mesta av det som uppkom inom det studerade området. Därefter avgränsades datamängden och senare datainsamling till områden som hade störst betydelse för den funna kärnvariabeln och dess egenskaper, sk selektivt teoretiskt dataurval. Vid 10 intervjuer kändes dock materialet mättat vilket innebar att de flesta nya viktiga händelser kunde förklaras genom kärnvariabeln. Ingen kan längre berätta något om det studerade området som överraskar forskaren (Starrin, 1997; Hartman, 2001).

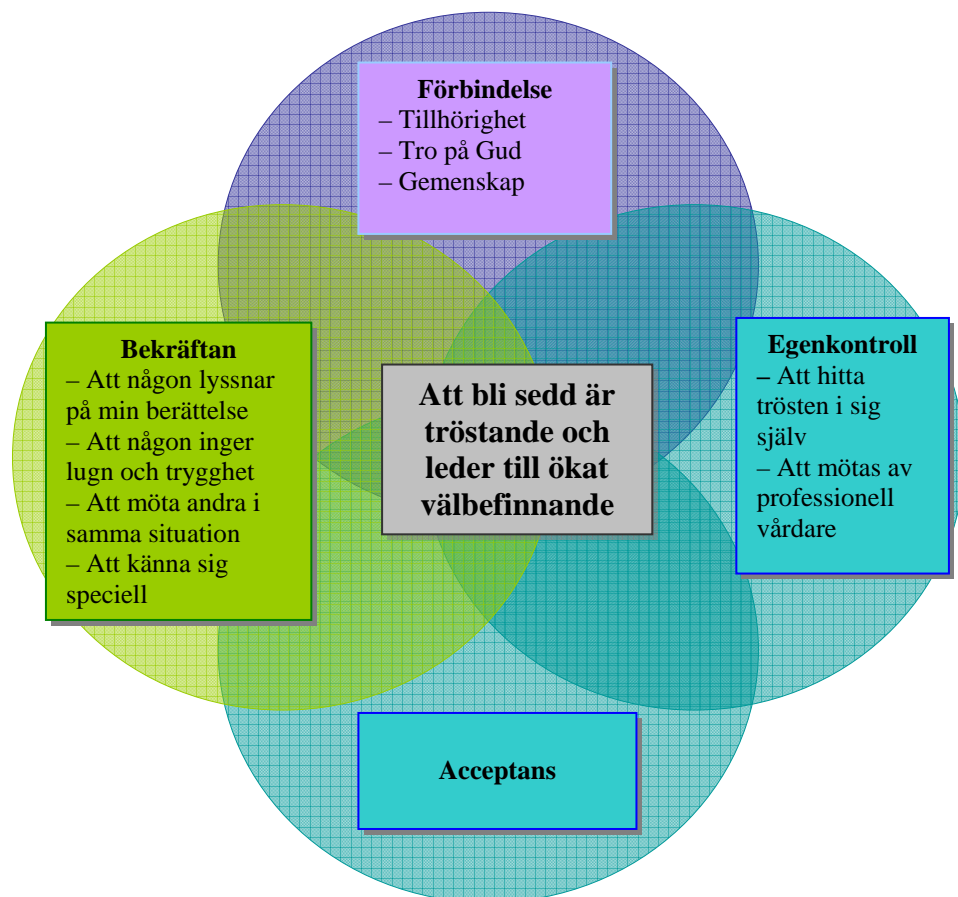
Tabell 1. Respondenter i studien

Kön	Ålder (år)	Civilstånd	Antal barn	Diagnos	Tid sedan diagnos
Kvinna	78	Änka sedan 26 år	0	Bröstcancer	4,5 år
Kvinna	72	Änka sedan 5 år	2	Bröstcancer	10 år
Kvinna	90	Ogift	0	Tarmcancer	5 år
Kvinna	37	Ogift Ensamstående	4	Ovarial och bröstcancer	1,5 år
Kvinna	30	Ogift Ensamstående	1	Neuroendokrin cancer	2 år
Man	88	Gift	4	Prostatacancer	4 år
Kvinna	85	Ogift	0	Levercancer	6 mån
Man	86	Gift	3	Ventrikelcancer	2 mån
Kvinna	66	Gift	2	Ovarialcancer	3 år
Kvinna	70	Änka sedan 4 år	3	Sarkom	9 år

Resultat

Ur insamlad data utkristalliserades fyra kategorier: *förbindelse*, *egenkontroll*, *bekräftan* samt *acceptans*. Fördelningen av kategorier visas i Figur 1 och meningsbärare som grundlagt kategorierna visas i Tabell 2. Studiens kärnvariabel utvecklades och gestaltas av ”**att bli sedd**” se Figur 1. Det förtydligas med att får man den tröst man har behov av, vilket innebär erfarenheten av *förbindelse*, *egenkontroll*, *bekräftan* och *acceptans*, är det grunden i processen mot ökat välbefinnande. När patienten upplever sig sedd och förstådd av en annan människa i sitt lidande fylls hon av lättnad. En av de tillfrågade menade att kan man inte acceptera sin situation kan det vara svårt att bli tröstad i denna mening.

Figur 1. Kategorier



Förbindelse

Erfarenheten av att vara i **förbindelse** till någon indelades i tre subkategorier: *tillhörighet*, *tro på Gud* och *gemenskap*. Någon upplevde *tillhörighet* till andra människor som minst betydelsefullt men kunde å andra sidan känna behov av *tillhörighet* till Gud, men de flesta ansåg att *tillhörigheten* till närstående, vänner och vårdare var av stor vikt. Deltagarna beskrev att *tillhörigheten* kunde vara till andra men det kunde även vara tryggheten i sig själv. *Tro på gud* var en gemensam nämnare för de flesta av deltagarna. Gud var en stöttepelare. Endast en av de tillfrågade var inte troende. Den sista subkategorin i denna kategori var *gemenskap*. Flera av de tillfrågade ansåg att *gemenskapen* med medpatienter, särskilt med samma diagnos eller boende på hospice, kunde vara tröstande. Det blev en mer kravlös relation då den andre också var sjuk. Några beskrev att *gemenskapen* med sin familj var av stor betydelse men att även den *gemenskap* kunde vara krävande då de ofta hamnade i situationer att man själv var tvungen att trösta andra. Detta kunde upplevas besvärande då man fick bära den andres ångest och oro utöver sin egen. En av respondenterna berättade att den situationen undvek hon då det blev olidligt att även härbärgera andras ångest.

Egenkontroll

Erfarenheten av behovet att ha **egenkontroll** indelades i två subkategorier: *att hitta trösten i sig själv* och *mötas av professionell vårdare*. Behovet av *egenkontroll* var gemensamt för alla tillfrågade men gav olika uttryck. Några av de tillfrågade beskrev känslan av *egenkontroll* som att styrkan de har inom sig själva ger dem sanningen. Sanningen kan i denna mening beskrivas som trygghet. De beskrev att det kan vara svårt att dela med sig av sina tankar och att tryggheten fanns inom dem själva. Denna subkategorin gestaltades även av den respondent som uttryckte behov av att få vara ensam med sina tankar och sin kropp. En respondent menar att genom att få vara ifred skapades trösten hos honom. Den andra subkategorin i denna kategori var: *att mötas av en professionell vårdare* frambringades av dem som lade tonvikt på betydelsen av *att mötas av en professionell vårdare*. Det motiverades med att *den professionella vårdaren* var uppmärksam på individen och gav stöd för patienten till ökad **egenkontroll**. Enligt berättelserna förmedlade *den professionella vårdaren* genuin omsorg, och att ta emot omsorg i den bemärkelsen gav kraft och förutsättningar att utnyttja sina egna resurser till ökat välbefinnande. I detta fall var lyssnandet och visat intresse verktygen.

Bekräftan

Erfarenheten att uppleva **bekräftan** indelades i fyra subkategorier: *att någon lyssnar på min berättelse*, *när någon inger lugn och trygghet*, *att möta andra i samma situation* och *att känna sig speciell*. Betydelsen av att vårdaren bekräftade patientens verklighet genom *att någon lyssnar på min berättelse* var av stor betydelse. Kom vårdaren dessutom ihåg vad som sagts kände man sig förtröstansfull och tillit skapades. Genom att få lov att berätta skapades förståelse över situationen vilket ledde till möjligheten att bli tröstad. En respondent beskrev att om hon inte förstod innebörden av sin sjukdom kunde hon omöjligt bli tröstad. Några av de tillfrågade ansåg att tröst är *att någon inger lugn och trygghet*, vilket gavs genom att bli **bekräftad**. Det kunde vara i situationer att vårdaren kvarhåller vad hon eller han lovat. Några av de tillfrågade upplevde *att möta andra i samma situation* som tröstande och att vistelsen på hospice var unik. Flera av respondenterna ansåg att där uppstod en speciell gemenskap gäster emellan. Alla vet varför man är där. Det innebar ett mer avspänt förhållande. Man kunde finna tröst hos varandra genom att prata om den som har avlidit. Det blev en stund av gemenskap samtidigt som att man visste att vem som helst kunde drabbas när som helst. Det var en del av frukten, att prata en stund, även om det som var ledsamt. Den sista subkategorin i denna kategori var att få lov *att känna sig speciell*. Några av de tillfrågade kunde känna att det var

betydelsefullt och det gav tillfredsställelse över att bli ihågkommen. En respondent berättade att hon fått kort från vårdavdelningen vilket gav en känsla av tröst. En annan beskrev att bli sedd i korridoren med ett leende är tröstande.

Acceptans

Erfarenheten att nå **acceptans** uttrycktes av flera respondenter. För att kunna acceptera sin situation krävdes att utrymme gavs för att berätta sin historia om och om igen. En av respondenterna beskrev att första steget till tröst är **acceptans**, vidare beskrevs att det blev ett sätt att förstå och i och med det en möjlighet att bli tröstad, och om det brister i insikt av sjukdomens konsekvenser kunde man omöjligt bli tröstad. En av respondenterna berättade att han inte hade accepterat sin situation och det kan förklaras med att det var kort tid sedan diagnostillfället.

Tabell 2. Meningsbärare som grundlagt kategorierna

Kategori	Meningsbärare
Förbindelse	
- Tillhörighet	<p>Jag har lätt för att tala om mina känslor men kanske inte till utomstående. För min del krävs det nog att jag känner personen väl.</p> <p>Det är inte nödvändigt att känna den lyssnande väl, bara hon/han ger signaler att tid finns.</p> <p>Jag kan bli tröstad av en främling även om jag tror att det är en annan typ av tröst när du blir tröstad av någon som du känner. Tilliten finns där inom mig. Orden det kommer att ordna sig kan visst ha en stor betydelse för trösten, inte att jag kommer att överleva men att det kommer att ordna sig för min son. Där är de orden av stor betydelse.</p>
- Tro på gud	<p>Jag har nog nästan försökt att hitta trösten inne i mig själv på något konstigt oförklarligt sätt. Att finna styrkan. Jag ber till våran herre, Ge mig styrka, ge mig den kraft jag behöver. Där har jag en stöttepelare.</p> <p>Jag är kristen och jag är övertygad om att jag inte får det värst. Jag kommer ju till något bättre. Det blir dom som är kvar som står där med sorgen.</p> <p>Tron på Gud är en fast förankring för mig. Den gör att jag inte är rädd för att dö. Men jag är rädd för det som kommer innan...</p>
- Gemenskap	<p>Uppmärksamheten ifrån släktingar och vänner är tröstande. Och nu när jag är så sjuk så förstår de att jag inte orkar med dem. Det är betydelsefullt.</p> <p>Genuin och äkta kärlek ifrån medmänniskor är tröstande.</p>

Egen kontroll	
<p>- Hitta trösten i mig själv</p> <p>Att mötas av professionell vårdare</p>	<p>Jag tycker det kan vara skönt att få vara ensam också, att få vara ensam med mina tankar och min kropp.</p> <p>Kanske att jag försöker hitta lugnet i mig själv genom att inte tänka för mycket...det gör för ont.</p> <p>Att få vara ifred är det som tröstar mig mest. Att få somna in och dö. Ingen vinner på att jag får fortsätta leva i denna situation. Jag vill inte längre var till besvär.</p> <p>Jag har inget behov av tröst från andra människor. Trösten har jag inne i mig själv.</p> <p>En av mina vårdare har en väldigt professionell nivå...jag får ju väldigt mycket tröst av henne...jag tänker på hur hon gör i sitt tröstande...när jag går ifrån henne känner jag mig styrkt...oftast. Hon lyssnar och hon försöker att få mig att sätta ord på mina känslor.</p> <p>På hospice är det något helt annat. De har en helt annan känsla än på sjukhuset. Här (läs hospice) vet de vad det handlar om. De tar sig mer an och de gör det till tusen. Så noga och så vänliga är dom. Det är ju deras område.</p> <p>Jag vet inte om personalen tröstar mig men de är väldigt vänliga och kunniga och då känner jag mig lugn. Det kanske är tröst.</p>
Bekräftan	
<p>– Att någon lyssnar på min berättelse</p>	<p>Att tala om det som känns sämst, det som känns mest. Att få lov att sätta ord på min berättelse och mina tankar och den samhörighet som det leder till med den som lyssnar.</p> <p>Tröst är att någon lyssnar och att någon får mig att sätta ord på min situation. Även om jag inte hittar orden och förståelsen just då, så kommer det tillbaks till mig senare. Det leder till psykisk lättnad och ökat välbefinnande.</p> <p>Någon som finns i närheten som lyssnar och som förstår och som även kommer ihåg vad som sagts. Man mår alltid bättre när man får ur sig saker. Kanske inte så mycket att någon klappar en på armen.</p>

<p>- Att någon inger lugn och trygghet</p> <p>- Att möta andra i samma situation</p> <p>- Att känna sig speciell</p>	<p>Tröst för mig är när jag kan lita på människor när någon säger ”Hej med dig NN”, jag kommer snart tillbaka...och GÖR det också. Gör hon inte det kan jag ju inte lita på henne. Men gör hon det ger det mig en lisa för själen.</p> <p>Den som tröstar mig försöker inge mig lugn. Försöker att få den personen man tröstar att liksom känna sig bättre till mods, att känna, att förmedla att det kommer att lösa sig på ett eller annat sätt.</p> <p>Det kan vara tröstande att träffa andra i samma situation. Jag hade den möjligheten. Det var min doktor som förmedlade den kontakten. Tyvärr så dog hon innan vi fått nått utbyte av varandra.</p> <p>Här (läs hospice) är det på ett annat sätt. Alla vet varför vi är här. Alla vi 10 som finns här har kort tid kvar att leva. Så är det inte på sjukhuset. Det blir en mer avslappnad relation och en speciell gemenskap.</p> <p>Jag har känt mig speciell på något vis. Jag har fått två kort skickat till mig och de har varit och hälsat på mig här ifrån sjukhuset. Det har varit tröstande.</p> <p>Att inte behöva känna sig ensam här. Det finns alltid tid över för en klapp på axeln eller ett vänligt ord. Det kan räcka med ett leende ifrån den man möter i korridoren.</p>
<p>Acceptans</p>	<p>Det första steget till tröst är acceptans.</p> <p>Genom att berätta är det ett sätt att få in sanningen i mitt huvud. Genom att sätta ord på min situation. Det blir ett sätt att förstå och i och med det har jag en möjlighet att bli tröstad. Om jag inte förstår innebörden av min sjukdom kan jag omöjligt bli tröstad. Det är som sorgearbetet, att man måste gå igenom de här stegen annars kanske man blir otröstbar. Det handlar inte om att ge upp, utan det handlar om att inse att så här är det. Det är kört, det är obotligt.</p> <p>Jag har kommit till ett visst stadium där allt nästan är för mig likgiltigt. Jag vet inte vad jag skall säga om acceptans men om det inte är skönt eller bra att leva så kan det kvitta. Så är det.</p>

Diskussion

Syftet med denna undersökning var att få ökad kunskap om vad personer med obotlig cancersjukdom funnit tröstande under sjukdomstiden. Många av de tillfrågade upplevde att det var av stor betydelse att de blir tillfrågade, och att man uppmärksammade tröstens betydelse. Vissa av de tillfrågade upplevde intervjun komplicerad, att det var svårt att sätta ord på vad trösten har haft för betydelse för ökat välbefinnande medan vissa var helt klara

med att det var lyssnandet som var av störst betydelse för att bli sedd. Ingen av respondenterna hade varit med om att någon vårdare hade lyft frågan om tröst men många har förstås blivit tröstade utan att vårdaren hade bekräftat det med ord.

Delin Eriksson (2006) menar att i vårdande sammanhang, bygger förbindelsen på samhörighet och personlig kontakt med sjuksköterskan. Williams & Irurita (2005) framställde tröst som en länk mellan kropp och själ och de patienterna satte värde på det holistiska bemötandet som även gav emotionellt stöd. Det bekräftas av en studie om tröst (Öhlen & Holm, 2006) som visade på att bli tröstad är att vara i förbindelse med sin kropp, sig själv och andra. Denna studie visar även på betydelsen att återgå till det liv som innan sjukdomen varit normalt. Man kan även finna dessa begrepp, förbindelse och bekräftelse inom den existentiella forskningen, där man påvisar vikten av att sjuksköterskan bör uppmärksamma patientens behov gällande förbindelsen till någon (Hermann, 2006). Studier har visat att sjuksköterskor finner det angeläget att stödja patienter inom dessa områden men anser att det finns svårigheter på grund av tidsbrist och brist på kunskap (Strang, Strang & Ternstedt, 2000; Kuuppelomäki, 2003).

Genom att den lidande har någon bredvid sig och tillsammans betraktar det onda kan den lidande bli ”fri” från överväldigande mörka tankar och göra ett försök till att känna hur man förhåller sig till detta. Det kan hjälpa att finna en mening i sitt lidande. Detta kräver att man har upplevt goda händelser i sitt liv som godhet, skönhet, ljus och glädje i livet. Har man inte upplevt det goda kan meningen i lidandet bli svårt att finna. Sjuksköterskan kan genom att ge tid för att lyssna på patientens berättelse minska psykiskt lidande. Behovet av bekräftelse skapas och den inre acceptansens process har börjat (Norberg, 2001). Eriksson och Lindström (2003) påvisar att en förståelse för patientens aktuella situation är nödvändig för att vårdaren konkret skall kunna utföra olika slag av vårdhandlingar och vårdaktiviteter och att vårdaren bör känna sig kallad för att akten skall vara fruktbar. Roxberg (2006) menar att det är svårt att trösta den som upplevs främmande dvs någon som man inte har en djupare relation till (sett ur vårdarens perspektiv). Sundin (2001) menar att det krävs gemenskap eller ”communion”. När man upplever communion vågar man dela lidandet utan att försöka förändra den andre. Sett ur detta perspektiv skulle man kunna tro att det krävs en djup relation och gemenskap (communion) som bygger på förtroende för att kunna ta emot och förmedla tröst. Resultatet i aktuell studie visar på att lyssnandet är av störst betydelse för att bli sedd och det är vad sjuksköterskan förmedlar som är bärande i relationen. Den sjuksköterska som blir berörd av sina patienter och vågar stanna kvar vid svåra situationer utvecklar ett professionellt förhållningssätt som präglas av närvaro, förståelse och engagemang. Det förhållningssättet möter behovet hos våra patienter. Om sjuksköterskan förmedlar att tid finnes och visar intresse för att lyssna inger det en förtrogenhet vilket leder till att patienten kan bli tröstad. Flera av de tillfrågade anser att de kan bli tröstade av en främling. Men att det kräver tillfälle att berätta sin historia om och om igen och att genom det kunna ta till sig sanningen och acceptera sin situation. Detta visar vikten av sjuksköterskans uppgift, att vara en god lyssnare och att förmedla att tid finnes för denna mening. Roxberg (2006) menar att möta den andre som främmande tycks handla om att tröstaren är trygg i sig själv och vågar gå utanför sig själv och inbjuda den andre till en relation där denne får vara sig själv. Följden blir att den lidande får lida på sitt eget sätt och inga krav ställs på henne eller honom. I aktuell studie kan det förklaras med att vi upplever trösten olika. Att någon är närvarande kan upplevas tröstande för någon, att någon sitter ner och lyssnar på berättelsen är tröstande för den andre. Stora som små handlingar från vårdaren visar på omsorg och engagemang vilket patienten upplevde som tröstande. Tron på Gud var en gemensam nämnare och det framkom att närheten till Gud gav kraft. Tröst är således ett komplext fenomen.

Omvårdnad som skapar möjlighet att bli tröstad på individens egna villkor bidrar till ökat välbefinnande och lindrat lidande. Dessa möjligheter ges då vårdaren har kunskap om tröstens betydelser. Detta bekräftas av Öhlén (2003) som menar på att för att kunna lära sig vårda så att lindrat lidande blir möjligt behöver vårdaren lära sig att lyssna till lidandes berättelser. För att nå detta krävs förmåga att vara närvarande i nuet och att kunna vara med en medmänniska i stunden (2003). Aktuell studie visar på att definitionen av tröst som beskrivits tidigare, att tröst är rogivande, ger en känsla av lugn, glädje och lättnad (Mattson & Lindström, 2001), kan utvecklas med möjligheten att bli sedd. Att bli sedd innebär en mängd definitioner som är angeläget för sjuksköterskan att ha kunskap om. Att känna till att tröst i samband med cancersjukdom är *förbindelse, bekräftan, egenkontroll och acceptans* är faktiska verktyg för sjuksköterskan. Genom att bli sedd, vilket i denna mening innebär helheten i resultatets definition, blir individen respekterad för den person man är. Den känslan som uppstår i det personliga mötet kan alltså upplevas som tröstande. Att vårdaren ser patienten och är lyhörd för dennes särskilda behov och lyssnar till patientens berättelse kan öppna vägen till fortsatta reflektioner över sin situation. Att vara lyhörd i denna bemärkelse innebär att även respektera behovet av att vara ifred för att kunna hitta trösten i sig själv. Detta visar på att vårdaren bryr sig om och ställer sig öppen mot den lidande och finner det, som är det tröstande verktyget för den enskilda.

Frånvaro av tröst

Det är svårt att skriva en artikel om tröst utan att nämna frånvaron av tröst. Flera av de tillfrågade beskrev situationer som de upplevt mycket ledsamma så även om det inte ingår i studiens frågeställning anser jag det nödvändigt att nämna. Några beskrev att de hade svårt att bemöta personal som var glättiga. Andra beskrev att personalen inte såg att patienten befann sig i ett chocktillstånd. En deltagare skyddade personalens brist på professionalitet genom att känna ett ansvar och använde sig av återspeglning till sin situation. ”Att det inte kan vara lätt att möta en patient i min situation. Det kan resultera i att jag står där med både personalens och min egen rädsla och ångest. Då avstår man hellre från trösten”.

Sammanfattning

Denna undersökning har givit en ökad förståelse och kunskap om tröst i samband med cancersjukdom och gör vårdaren uppmärksam på patientens unika behov. Resultatet visar på tröstens betydelse i sin mångfald. Det finns en mening för sjuksköterskan att lyfta frågan hos patienten, vad tröst är just för honom eller henne, där fysisk beröring inte har sådan stor betydelse utan snarare mental närvaro. I den vårdande relationen har omsorg och engagemang från vårdpersonal stor mening för känslan av att vara speciell och bli sedd som person. Att bli sedd och därmed tröstad leder till lättnad för patienten. Resultatet visar även på att en etablerad relation inte är nödvändig för att tröst skall uppnås, utan det är vad sjuksköterskan förmedlar som är bärande i relationen. Det krävs likaså lyhördhet för att besvara behovet för dem som önskar bli lämnade i fred med sina tankar och sin kropp.

Implikationer för omvårdnad

I vår profession som sjuksköterskor använder vi oss själva som redskap. Denna studie stärker ytterligare sjuksköterskans verktyg för att tillgodose patientens behov av tröst. Det krävs kreativitet, kunskap men framförallt mod av vårdaren för att förstå patientens behov av tröst. Kreativitet och kunskap för att finna var patienten befinner sig och mod för att våga befinna sig där patienten är trots att mötet kan kännas svårt. Resultatet talar för att vårdaren med förståelse och kunskap om tröstens innebörd skulle kunna använda mer professionella och medvetna omvårdnadshandlingar som kan relateras till *förbindelse, bekräftan, egenkontroll och acceptans*. Kunskapen om att en etablerad kontakt inte är nödvändig för att kunna trösta

är av stor betydelse för vårdaren då det ibland är korta möten i relationen mellan patienten och sjuksköterskan. Sjuksköterskan kan genom okomplicerade omvårdnadsinterventioner trösta patienten då trösten förmedlas genom kroppsspråk där orden är av mindre betydelse. Vårdaren behöver inte göra det svårare än vad det är. Ofta är sjuksköterskan resultatriktad och vill till varje pris lindra patientens lidande och kanske att sjuksköterskan allt för ofta utgår ifrån egna behov. Vårdaren kan ha svårt att se patienten lida och genom en god omvårdnadshandling lindras även sjuksköterskans egen rädsla. Vårdaren är rädd för att inte räcka till och litar då inte på den egna förmågan. Genom att visa intresse, att lyssna på patientens berättelse, att visa att tid finns och att våga fråga vad tröst är så har vårdaren kommit en bra bit på vägen mot tröstens betydelse.

Referenser

- Alfredsson, E., Wirén, B., & Lutzén, A. (1995). Tröst, en våg av välönskan och välbefinnande. *Vård i Norden*, 15, 34-39.
- Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., & Hamrin, E. (2002). The Face of Suffering Among Women With Breast Cancer-Being in a Field of Forces. *25*, 96-103.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2006). How can we research human suffering. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20, 241-250.
- Beck-Friis, B. & Strang, P. (2005). *Palliativ medicin*. Liber: Stockholm.
- Benzein, E., Norberg, A. & Saveman, B.I. (2001). The meaning of lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care. *Palliative Medicine*, 15, 117-126.
- Bäck-Pettersson, S. (2006). *Caring in research and practice - some nursing aspects*. Sahlgrenska Akademien. Doktorsavhandling. Göteborgs Universitet, Göteborg.
- Casell, E.J. (1991). Recognizing suffering. *Hastings Center Report*, 21, 24-31.
- Cohen, S.R. & Leis, A. (2002). What determines the quality of life of terminally ill cancer patients from their own perspective? *Journal of Palliative Care*, 18, 48-58.
- Delin Eriksson, A. (2006). *Den vårdande relationens betydelse i onkologisk omvårdnad*. I manuskript.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan (The suffering humanbeing)*. Liber: Stockholm.
- Eriksson, K., & Lindström, U. (2003). *Gryning II, Klinisk vårdvetenskap*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi: Vasa.
- Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity. Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B.G. & Strauss, A. (1967). *Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*, Aldin.
- Hartman, J. (2001). *Grundad teori*. Studentlitteratur: Lund.
- Halldórsdóttir, S. (1997). Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. *Cancer Nursing*, 20, 120-128.
- Hermann, C. (2006). Development and Testing of the Spiritual Needs Inventory for Patients Near the End of Life. *Oncology Nursing Forum*, 33(4), 737-744.
- Kuuppelomäki, M. (2003). Emotional support for dying patients-the nurses' perspective. *European Journal of Oncology Nursing*, 7(2), 120-129.
- Mattson Lidsle, B., & Lindström, U. (2001). Tröst – en begreppsanalys. *Vård i Norden*, 3, 47-50.

- Meyer, T.J., & Mark, M.M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14, 101-108.
- Morse, J.M., Botorff, J.L. & Hutchinson, S. (1995). The paradox of comfort. *Nursing Research*, 44, 14-19.
- Norberg, A., Bergsten, M., & Lundman, B. (2001). A model of consolation. *Nursing Ethics*, 8, 544-553.
- Roxberg, Å. (2005). *Vårdande och icke vårdande tröst*. Åbo Akademi, Åbo.
- Råholm, M.B., & Lindholm, L. (1999). Being in the world of the suffering patient: a challenge to nursing ethics. *Nursing Ethics*, 6, 528-539.
- Sahlberg Blom, E., Ternstedt, B.M., & Johansson, J.E. (2001). Is good "quality of life" possible at the end of life? An explorative study of the experiences of a group of cancer patients in two different care cultures. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 550-562.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. www.sbu.se (1999) 2006-05-11.
- Sheard, T., & Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer*, 80, 1770-1780.
- Siefert, M.L. (2002). Concept analysis of comfort. *Nursing Forum*, 37, 16-23.
- Sivonen, K. (2000). *Vården och det andliga*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo.
- Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2, 888-891.
- Socialstyrelsen. www.sos.se (2005). 2006-05-11.
- Starrin, B. (1997). *Along the path of discovery*. Studentlitteratur, Lund.
- Statens offentliga utredningar. www.sou.gov.se (2001:1). 2005-05-11.
- Strang, S., Strang, P., & Ternstedt, B.M. (2001). Existential support in brain tumour patients and their spouses. *Supportive Care of Cancer*, 9, 625-633.
- Williams, A., & Irurita, V. (2005). Enhancing the therapeutic potential of hospital environments by increasing the personal control and emotional comfort of hospitalized patients. *Applied Nursing Research*, 18, 22-28.
- Williams, A., & Irurita, V. (2006). Emotional comfort: the patients perspective of a therapeutic context. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 405-415.
- Younger, J.B., (1995). The alienation of the sufferer. *ANS: Advances in Nursing Science*, 17, 53-72.

Öhlén, J. (2001). *Lindrat lidande. Att vara i en fristad – berättelser från palliative vård*. Nya Doxa: Falun.

Öhlén, J., & Holm, A.K. (2006). Transforming desolation into consolation: Being a mother with life-threatening breastcancer. *Health Care for Woman International*, 27, 18-44.