

ATT KÄNNA TRÖST ÄR ATT VARA TRYGG

Sjuksköterskors förhållningssätt och agerande utifrån vad patienter med livshotande sjukdom upplever som tröstande.

FÖRFATTARE	Ulrika Källander Maria Magnusson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng Omvårdnad – eget arbete Vårterminen 2007
OMFATTNING	10 Poäng
HANDLEDARE	Inger Öjerskog
EXAMINATOR	Kerstin Nilsson

Titel (svensk):	Att känna tröst är att vara trygg. Sjuksköterskors förhållningssätt och agerande utifrån vad patienter med livshotande sjukdom upplever som tröstande.
Titel (engelsk):	To feel comforted is to feel assured. Nurses´ attitude and role play based on what patients with life threatening illnesses experience as being comforting.
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/Kurs/Kurskod/ Kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete/VOM200/SPN7
Arbetes omfattning:	10 poäng
Sidantal:	20 sidor
Författare:	Ulrika Källander Maria Magnusson
Handledare:	Inger Öjerskog
Examinator:	Kerstin Nilsson

SAMMANFATTNING

Kunskaper om vad som tröstar i kris och sorg är centrala då sjuksköterskan skall bemöta patienter som drabbats av en livshotande sjukdom. Eftersom bot inte alltid är möjligt borde förmedlingen av tröst få en mer framträdande roll inom vården. Begreppet tröst härstammar från förtröstan som i sin tur är synonymt med hopp, men förtröstan är också besläktat med trygghet. Syftet med denna litteraturstudie var att få mer kunskap om vad vi som sjuksköterskor kunde göra för att förmedla tröst vid svår sjukdom utifrån vad patienten själv upplevde som tröstande. Artiklar söktes ur Pubmed, Cinahl, Blackwell Synergy och manuellt varpå 10 relevanta studier valdes ut. Tillgången till vetenskapliga artiklar i ämnet var begränsat. Vid analysen av utvalda artiklar framkom att trygghet möjliggjorde tröst och var tröstande i sig. 5 huvudteman; respekt, samhörighet, kontroll, kontinuitet och närhet framträdde extra starkt som tröstande, eftersom de bidrog till en ökad känsla av trygghet. Resultatet jämfördes med Norbergs Tröst-modell och liknelser kunde dras. Uppsatsen belyser ytterligare fakta kring begreppet tröst. Tröst handlade lika mycket om att bekräfta och respektera patientens önskan som om att vara styrande över sitt liv. En förtroendefull vårdrelation kändes också tröstande.

FÖRORD

Vi vill tacka vår handledare Inger Öjerskog för konstruktiv kritik och stöttande handledning.

Vi vill även tacka vår examinator Kerstin Nilsson för sitt stora kunnande och professionella synpunkter.

Tack till Johan Magnusson för tålamod och stöd i datakunskap.

Slutligen tackar vi varandra för gott samarbete.

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Krisreaktioner	1
Sorg	2
Tröst	3
Trygghet	5
Hopp	5
SYFTE	6
METOD	6
RESULTAT	8
Respekt	9
Kontinuitet	10
Kontroll	11
Samhörighet	12
Närhet	14
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17
Slutord	20
REFERENSER	21
BILAGA	
1 ARTIKELÖVERSIKT	

INLEDNING

En sjuksköterska bör kunna hålla distans och tänka utifrån ett konstruktivt och professionellt förhållningssätt och sedan handla utifrån det. Samtidigt finns det en nödvändighet att använda känslor och intuition som ett diagnostiskt instrument i arbetet utan att bli för sårbar. För att kunna fungera professionellt har sjuksköterskan ett behov av att skydda den egna privata personen och på så sätt våga möta patienter i deras sorg och ge dem tröst. Sjuksköterskan bör ha förmågan att förhålla sig till den svårt sjuke på ett personligt sätt men utan att bli privat. Detta arbete ska ge ökade kunskaper om sorg och sorgereaktioner och bli en hjälp för sjuksköterskan i arbetet med att trösta och bemöta patienter på ett professionellt sätt.

BAKGRUND

För att kunna ha möjlighet till ett terapeutiskt och professionellt förhållningssätt vid tröst av en person som befinner sig i sorg och kris är självkännedom, empati och kunskap om de processer som pågår inom människan i dessa situationer centrala (1, 2). Med ett terapeutiskt förhållningssätt menas en förmåga att kunna ge råd och lindring (3).

Självkännedom betyder att vara medveten om sina egna känslor och svårigheter inför en patient och dennes situation. Självkännedomen stärks genom livserfarenhet och utbildning och utvecklas under hela livet och är grunden för att kunna känna empati (1).

Empati innebär en realistisk uppfattning om en annan människas erfarenheter och känslor. Empati är inte detsamma som att känna medömkan och sympati vilket snarare visar att man blandar in sina egna känslor i mötet och det hindrar sjuksköterskan från att se patientens situation skild från sin egen (1).

Nedan följer närmare redogörelse över vad som händer när en människa drabbas av en kris och sorg. Vi definierar också begrepp som tröst, trygghet och hopp vilka alla är centrala för att personen ska kunna fortsätta med sitt liv efter att ha drabbats av en förlust.

Krisreaktioner

Cullberg (1) definierar i sin bok *Kris och utveckling* att en person är i ett psykiskt kristillstånd då

”...man råkat in i en sådan livssituation att ens tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte är tillräckliga för att man skall förstå och psykiskt bemästra den aktuella situationen.” (1 s.13)

Krisen inleds av chockfasen som kan pågå i ett ögonblick eller i flera dygn. Personen kan inte ta in verkligheten. Efteråt kan det vara svårt att minnas något från denna fas

och ofta är personen inte mottaglig för information. Vid långvarig sjukdom som övergår till ett palliativt skede kan inte alltid en märkbar chockfas skönjas (1).

I reaktionsfasen förekommer ett flertal försvarsmekanismer vars uppgift är att skona medvetandet och jaget inför hotet och eventuellt förlusten. Patienten kan reagera med regression. Patienten kan också försvara sig med förnekelse genom att inte acceptera sin sjukdom och sina symtom trots att hon faktiskt har kunskap. Projektion är inte heller ovanligt och innebär att skulden läggs på omgivningen. Rationalisering är en annan försvarsmekanism där den drabbade försöker minska hotet genom att använda argument som egentligen inte har någon substans. En del känner ingenting utan är totalt isolerade från all form av känslor. Andra är medvetna om sina känslor men undertrycker dem för att kunna anpassa sig och ta sig samman. Den akuta delen av krisen medför bland annat en förhöjd ångestnivå, otillräcklig sömn, störd dygnsrytm och dålig aptit på grund av de höga halterna av stresshormoner. De förhöjda stresshormonerna leder till andra stresssymtom som irritation och trötthet. Andra vanliga psykosomatiska reaktioner är hjärtklappning, hjärtflimmer, huvudvärk, förstoppning, diarréer och menstruationsrubbningar. Vissa individer kan även utveckla magsår och förhöjt blodtryck (1).

Bearbetningsfasen handlar om att se framåt. För någon med en svår sjukdom nås en slags acceptans inför den nya situationen och det som gått förlorat. Personen börjar omvärdera sin sociala roll (1).

I nyorienteringsfasen fortsätter personen att leva sitt liv fast med ärr som han/hon har lärt sig leva med. Självförtroendet återkommer och svikna förhoppningar bearbetas (1).

Men psykiska trauman som vid en svår cancersjukdom kan innebära flera trauman eller kriser. Kriser kan upplevas vid diagnosen, behandlingen, biverkningar och eventuella handikapp (1).

Sorg

Sorgereaktionen är en väsentlig del av ovan nämnda reaktionsfas. Sorgen kan vara så påtaglig att den drabbade har kroppsliga symtom (1). Kris föregår inte alltid sorg även om det ofta är så (4).

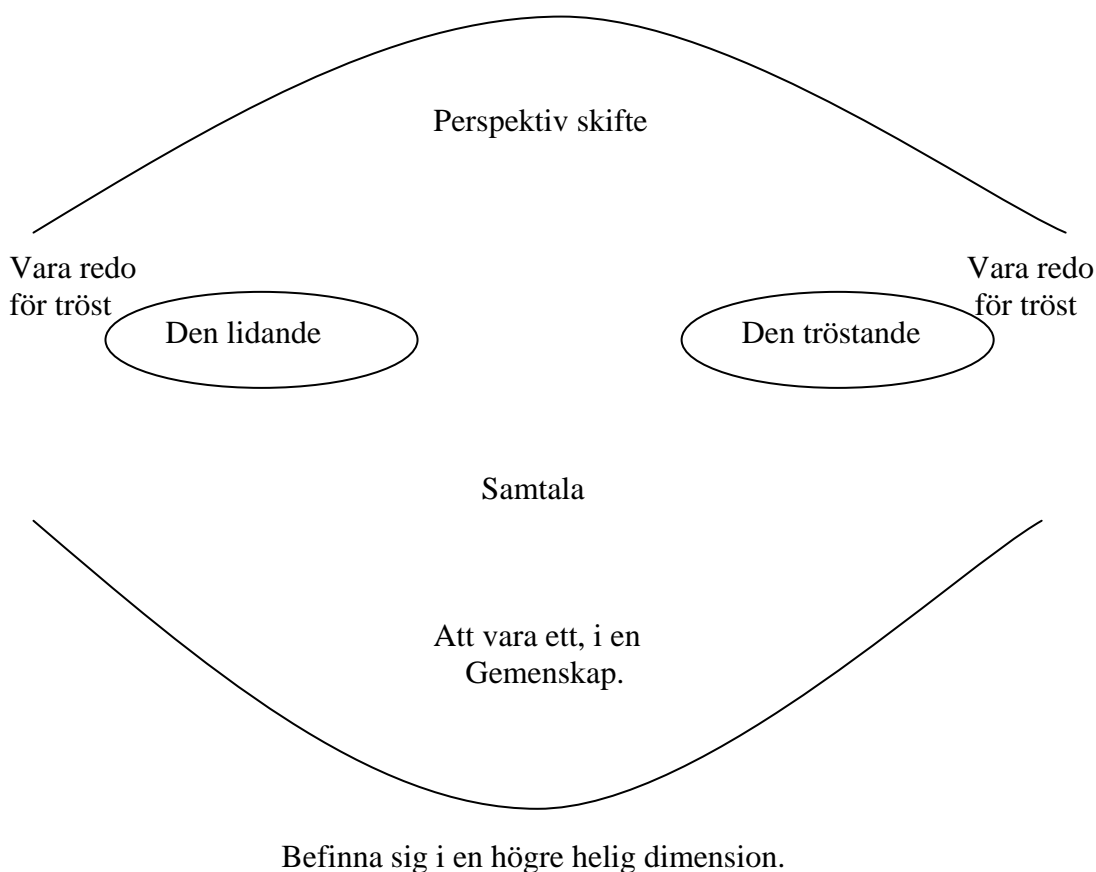
Sorgeprocessen enligt Fyhr (4) kan ta sin början i Cullbergs (1) reaktionsfas och fortgår även efter nyorienteringsfasen. Typiskt för sorgen är att den sörjande är medveten rent förståndsmässigt om det inträffade men är inte känslomässigt fri från det som gått förlorat (1, 4).

Fyhr (4) definierar sorg som ett psykiskt sår orsakat av förlusten. Sorgens uppgift är att bearbeta förlusten och läka såret. Denna läkningsprocess är det som kallas sorgearbete. Sorgeprocessens mål är inte att glömma utan att bli fri från den längtan som den sörjande rent känslomässigt har efter det förlorade. Sorgeprocessen som infaller efter förlusten är mycket individuell men följer också ett visst mönster och startar med en strävan att återfå det som har förlorats. Efter det kommer verkligheten ikapp och tränger undan drömmen och denna krossas och tillvaron löses upp. Så småningom börjar en ny bild av framtiden ta form och tillvaron byggs sakta upp igen (4).

Drömmen har en viktig funktion i att skydda psyket. Fyhr (4) menar att när någon befinner sig i sorg kan man pendla mellan en verklighet som känns hotande och tar mycket energi och en drömvärld som präglas utav hopp, lugn, ro och energi. Denna pendling är nödvändig för att kunna ge verkligheten möjlighet att sjunka in gradvis annars finns det risk att människan går under om insikten om hela vidden av förlusten sjunker in med en gång (4).

Tröst

Begreppet tröst kommer ursprungligen från hugnad, trygghet och förtröstan. Förtröstan kommer i sin tur av en tro på att allt kommer att ordna sig till det bästa. I tröst ingår också hoppfullhet och tillit (5). Eftersom det ibland inte finns möjlighet till bot så bör sjuksköterskan rikta in sig på att förmedla trygghet som tröst (4). Det finns en tydlig koppling mellan att trösta och att lindra och dessa har ofta samma betydelse och mål och är dessutom varandras synonymer. Det förklarar också varför kunskap om lindring också kan användas i sökandet efter kunskap om tröst (3, 6).



Figur 1. Norbergs tröstmodell (7, sid 550)

Vara redo för tröst

Vid tolkningen av Norbergs tröstmodell (7) framkommer att både den som är i behov av tröst och den som avser att trösta måste vara närvarande, öppen och tillgänglig. Detta

betyder att vara villig att tala om det som är svårt och att någon är villig att lyssna till den inre dialog som den lidande behöver få dela med någon annan. Den som tröstas behöver få känna att han/hon aldrig är ensam. Den som tröstar måste sätta den egna personen åt sidan och vara villig att ägna sig helt och fullt åt den person som vill lätta sitt hjärta. Tröstaren får aldrig lägga några värderingar i det som sägs. Tröst förutsätter utrymme och tid och det är tröstarens uppgift att skapa detta. Dels genom att ta över praktiska göromål och dels genom en villighet att dela det svåra med den som lider. Grunden för detta är en trygg och säker relation som är bestående trots de prövningar som den kommer att utsättas för när någon blottar sitt inre. Den som lider kan då visa sig redo för tröst genom att uttrycka känslor som smärta, ilska, sårbarhet och hat. För att den som tröstar skall orka vara närvarande måste sjuksköterskan acceptera den egna utsattheten och ofullkomligheten annars är risken att känna otillräcklighet stor (7).

Känna samvaro/gemenskap

Öppenhet, närvaro och tillgänglighet skapar tillit och förtroende. Vid en förtroendefull relation ges det tillåtelse att visa sitt innersta. Den som tröstar skall visa att han/hon godtar den lidandes känslouttryck. Tröst innebär att sorgen till en början ökar då personen blottar sin smärta och inser att förlusten aldrig kan göras ogjord. Det kommer att kännas sämre innan det blir bättre. En gemenskap ger möjligheten att vara närvarande i en annans människas verklighet och då kan de inblandade anta ett nytt perspektiv. Smärtan och sorgen delas och då känns den lättare att bära. Den som sörjer känner ofta ett utanförskap och kan förlora känslan av sammanhang och gemenskap. I gemenskapen finns det trots smärtan och lidandet en möjlighet att få ett annat perspektiv och att känna glädje, uppskatta det vackra och se ljuset trots allt mörker (7).

Norbergs teori (7) belyser vikten av gemenskap och detta stöds även i skönlitterära böcker skrivna av anhöriga och döende patienter. Där kan läsas om hur ensamt det är att vara döende då det inte finns någon att dela detta med, ingen annan kan förstå eftersom familj och vänner ska leva vidare och den drabbade ska dö (4, 8, 11).

Samtala

Samtalet i modellen tolkas inte som ett givande och ett tagande eller en diskussion utan snarare som ett slags samförstånd där tröstaren fungerar som ett bollplank, ibland ett tyst sådant. Den drabbade ges möjlighet att ge uttryck åt och få en distans till sina känslor och på så sätt hantera dem bättre (7).

Perspektivskifte

För att kunna möjliggöra ett perspektivskifte måste den lidande trots att denne blottat sina innersta känslor känna sig accepterad av den som tröstar. Då kan den lidande förhålla sig till sin sorg och finna en mening i lidandet. Den lidande hittar nya vägar att uppleva glädje och välbefinnande trots sitt lidande (7).

Trygghet

Trygghet ingår som en del i trösten och ger förutsättningar att bearbeta sorgen och gå vidare. Sorgen måste alltid bearbetas och när kroppen bedömer att det finns möjlighet och förutsättningar för det väller den fram. Det finns ingen möjlighet att komma undan. En färsk sorg är oftast enklare att bearbeta än en som har legat gömd länge (4). På samma sätt som barnet håller inne med gråten till dess att föräldrarnas trygga famn finns tillgänglig bör vården på liknande sätt erbjuda en trygg atmosfär som tillåter även den vuxne att gråta ut och på så sätt känna tröst (2). Således är trygghet en av de viktigaste förutsättningarna för ett sunt sorgearbete och ger också en möjlighet att förmedla tröst (4).

Vår inre trygghet grundläggs i barndomen och har en förankring i gemenskap, tillhörighet och tillåtelse. Viktigt för den inre tryggheten är också att det finns normer, ansvar och ideal. Den inre tryggheten kan växa genom erfarenheter som att tidigare tagit sig igenom en kris. Trygghet kan också grundas av positiva upplevelser tidigare i livet. Gott självförtroende, att veta att jag duger trots medvetna svagheter är också betydelsefullt för den inre tryggheten (9). Vid sorg raseras denna och måste då kompenseras av den yttre tryggheten som nu blir än mer viktig för den sörjande. Sker inte den kompensationen kan inte sorgearbetet påbörjas och tröst kan inte erfaras (4).

Den yttre tryggheten kan definieras som vårt hem, arbete, en god ekonomi, en välfungerande skola och sjukvård. Men också som varma nära relationer som präglas av öppenhet, förståelse, acceptans, pålitlighet och respekt (4, 9). I en sådan atmosfär runt den sörjande finns det möjlighet att bearbeta sorgen utan att energi måste läggas på annat (4).

En annan viktig aspekt av trygghet är att ha kunskap och kontroll. Att ha tillräcklig information men också att personen har kontroll på vilken information han vill ha respektive inte vill ha (9). I Hollmérus-Nilssons begreppsanalys (10) rörande trygghet och vård framkommer att en person känner sig trygg då hon är lugn, fredad, säker och självmedveten (10).

I hälso- och sjukvårdslagen framkommer det att en av vårdens viktigaste uppgifter är att se till att patienten känner sig trygg. Men hur detta skall gå till beskrivs inte. Denna otydlighet angående ett allmänt vedertaget begrepp som trygghet inom vården kan ses som en svaghet och leda till svårigheter att utvärdera densamma. Enligt Segersten (9) kan patienter uppleva otrygghet inom vården då de kan känna sig utelämnade, uppleva ovisshet inför framtiden och känna avsaknad av kontroll och delaktighet (9). Fyhr (4) hävdar att trygghet är en förutsättning för ett sunt sorgearbete och det kan därför vara svårt att uppleva tröst vid avsaknaden av trygghet (4).

Hopp

Det är viktigt att sjuksköterskan inger hopp då han/hon tröstar en sjuk patient, utan hopp finns det inget mentalt liv (8). Hoppet är det sista som lämnar en människa och kan vara ett tecken på att döden är nära (11).

Ordet hopp förklaras bäst med att det är en förväntan av något positivt, en förmåga att kunna se framåt (2). Enligt Frankl (12) är människans grundläggande drivkraft att finna

mening, att hitta något att leva för (12). Hopp bygger på tillit till omvärlden och det utvecklas då det lilla barnet får sina behov tillgodosedda. Grunden för att bevara och utveckla hopp är att vara trygg i förvisningen om att det finns hjälp att få då personen behöver det. Hopp är beroende av andra människor, det är framtidsorienterat, det handlar om val, önskningar, tillit och mod (13).

Något som förvånar i mötet med svårt sjuka människor är hur de orkar fortsätta trots att de vet att de ska dö, att de trots detta kan fungera och inte bryta samman. Denna process kallar Salander (2) för den kreativa illusionen. Människan hittar strategier för att hantera sin sjukdom, behålla hoppet, känna välbefinnande och ha livskvalitet (2). Det finns olika sätt för människan att skydda sig själv från verkligheten, ett av dem är att undvika det svåra. Hoppet kan behållas genom att inte vilja veta, hålla det svåra ifrån sig och inte konfronteras med det människan är osäker på att klara av. Människan kan desavuera vilket betyder att han/hon förändrar innebörden i det som blivit sagt till något som är mer fördelaktigt. Genom att skapa en illusion görs världen mer uthärdlig och verkligheten blir mindre hotfull, detta är nödvändigt för att kunna behålla hoppet om en framtid. Det handlar inte om att förneka utan mer som att se saken ur ett mer fördelaktigt perspektiv (2, 14). För att behålla hoppet jämför sig den sjuka människan med andra som är sjukare men även de han/hon träffat som blivit friska och försöker hitta omständigheter som är förmildrande. Människan uppmärksammar sådant som är positivt och bortser från det negativa, förminskar innebörden i det som är hotfullt och försöker finna något gott i det svåra. Det finns en yttre och en inre verklighet. Den yttre och objektiva verkligheten består av fakta och den inre som är subjektiv är ett skydd som ger hopp, tillsammans bildar dessa en illusion. Den sjuka människan tar in en del fakta men blandar upp den för att skydda sig själv från det som är alltför hotfullt vilket gör att det blir hanterbart. Kraft mobiliseras för att klara det svåra och inte gå under, människan försöker finna saker som kunde ha gjort det värre. Detta kallas livsdrift och gör att det trots allt går att finna hopp och lindring. Detta är något sjuksköterskan måste ha med sig i mötet då han/hon tröstar den sjuka människan. Att alltid hitta något positivt och säga några uppmuntrande ord, att tala om behandling och vad som kan göras för att hjälpa människan så att han/hon aldrig känner sig övergiven (2).

SYFTE

Syftet med denna studie var att undersöka vad patienter med livshotande sjukdom upplever som tröst, samt se vilket förhållningssätt sjuksköterskan bör ha och vad sjuksköterskan kan göra för att möjliggöra tröst och trösta.

METOD

Inledningsvis gjordes en artikelsökning enligt kriterierna som redovisas nedan i tabellen.

Tabell 1

Databas	Sökord	Limits	Ant. Träffar	Valda Artiklar	Sökdatum
Pubmed	Neoplasm[MeSH] + Comfort + "Nurse-Patient Realties" [MeSH]		19	3 st (16, 17, 23)	070205
Cinahl	Neoplasm + Comfort		16	0	070205
Cinahl	Neoplasm + Comfort + "Nurse-Patients Relations"		0	0	070205
Blackwell Synergy	Comfort + Cancer	Abstract	47	2 st (18, 19)	070207
Pubmed	Neoplasm[MeSH] + conversations	Fr.o.m. År 2000	49	1 st (24)	070207
Cinahl	Neoplasm + Support + Nurse		19	0	070207
Pubmed	Consolation + Nurse		10	0	070209
Pubmed	Nurse + comfort + support	Nursing journals + <10 år + Adults + Abstracts + Cancer	49	0	070209
GUNDA	Tröst	Avhandling	2	1 st (21)	070205

Manuell sökning resulterade i tre artiklar (20, 22, 25) varav nr 20 är en avhandling. För artikelredovisning se bilaga 1.

Artiklarna valdes efter de titlar som berörde syftet, sedan lästes sammanfattningen. Om även denna motsvarade syftet lästes artikeln i fulltext för att kontrollera ytterligare en gång att den svarade upp till förväntningarna. Vidare granskades att den valda artikeln uppfyllde kraven för att vara vetenskaplig. Då alla kraven var uppfyllda skrevs artikeln ut för analys.

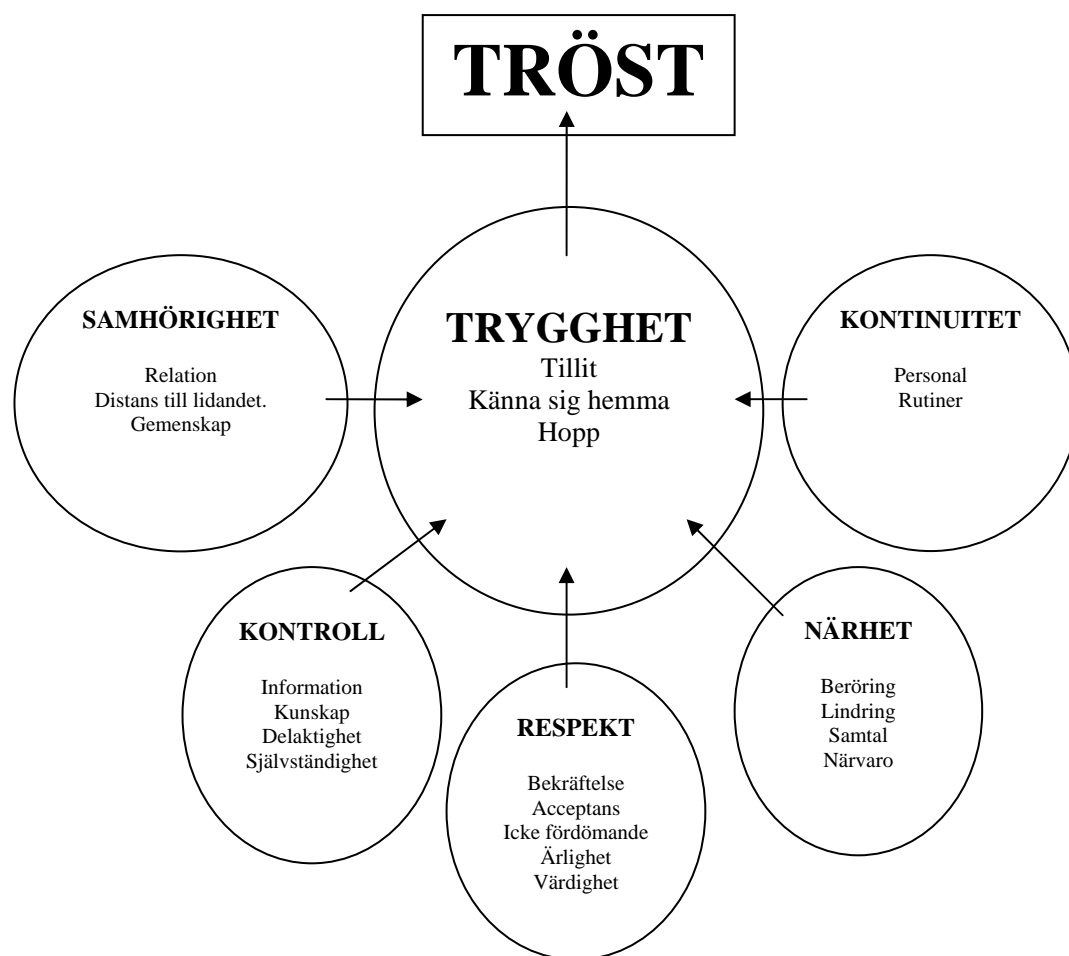
Inledningsvis användes ett induktivt angreppssätt (15) med en innehållsanalys som avsåg att svara på första delen av syftet utifrån patientens perspektiv. Först gjordes en naiv genomläsning för att se vad artiklarna angav som tröstande för patienter med livshotande sjukdom. Därefter lästes artiklarna ytterligare en gång för att finna återkommande teman som besvarade syftet. Alla artiklarna lästes av båda författarna individuellt och återkommande begrepp lyftes fram och jämfördes. För att strukturera upp vad som var viktigast för att patienten skulle känna tröst nedtecknades begreppen i en mindmap. Därefter grupperades begreppen och då framkom sex teman; trygghet, respekt, kontinuitet, kontroll, relation och närhet. Vid närmare analys drogs slutsatsen att respekt, kontinuitet, kontroll, samhörighet och närhet leder till att patienten känner trygghet vilket i sin tur resulterar i tröst. Därför ses trygghet som ett paraplybegrepp i uppsatsen. De olika aspekterna av tröst som framkommit i artiklarna lades in under det

tema där de passade och innehållsmässigt hörde samman, detta utgjorde underlaget för resultatet, se figur 2 i resultatdelen.

För att få svar på andra delen av syftet, vilket var att ta reda på vilket förhållningssätt sjuksköterskan bör ha och vad han/hon kan göra för att möjliggöra tröst och trösta, användes en hermeneutisk tolkande metod (15), med utgångspunkt i det resultat som framkom i första delen av syftet. Vissa delar av resultatet illustreras och tydliggörs med citat hämtade från utsagor som författaren till respektive artikel alt. avhandling valt ut för att belysa sitt eget resultat. På detta sätt framkom uppsatsens resultat.

RESULTAT

I artikelanalysen framkom att trygghet resulterade i tröst. Utifrån vad patienten upplevde som tröstande framträdde följande huvudteman; respekt, kontinuitet, kontroll, samhörighet och närhet. Under dessa knöt vi subteman vilka medverkar till att uppnå de olika huvudtemana, se figur 2.



Figur 2. Schematisk bild över valda huvudteman och subteman.

Nedan följer en presentation av valda huvudteman och utifrån det beskrivs sjuksköterskans förhållningssätt och agerande.

Respekt

Respekt handlade om att bli bekräftad och bemött med värdighet och ärlighet. Att patientens tankar, idéer och drömmar respekterades. När sjuksköterskan såg patienten för den han/hon var utan att de behövde göra sig till och ursäkta sig upplevdes som tryggt och var tröstande (16-20).

”de mötte mig som om jag var den enda, som behövde deras tröst och medmänsklighet. Det var så tröstande, det värmdde gott... Där var man inte bara patient, utan jag blev sedd som Berit.” (20 s.145)

När sjuksköterskan lyssnade på patienten var det enligt den sjuke viktigt med en accepterande atmosfär där ingen dömde den andre eller hade synpunkter på hur en person bör känna eller agera. Blev patienten bemött med respekt blev det lättare att uthärda och det kändes tröstande (19, 21). Bemöttes patienten med ärlighet som ingav hopp och tröst handlade sjuksköterskan utifrån den livsvärld som patienten befann sig i. Patienter ville bli bemött som en jämställd person och att sjuksköterskan skulle se till hela människan för att kunna trösta (20).

För patienten var det viktigt att sjuksköterskan alltid strävade efter ärlighet då patienten efterfrågade det, detta visade på respekt och var det som värdesattes högst av svårt sjuka patienter (18, 20).

”Jag frågade ju honom, och jag får svar på det som jag vill ha reda på. Annars säger han inte mycket. Han ger mig svar och ärligt, för jag har ju sagt att jag vill inte ha svar på allt.” (20 s.161)

Många patienter uttryckte en önskan om att deras värdighet som människa skulle respekteras och att integriteten skulle skyddas. Att inte skyla blottlagda kroppsdelar eller att handha kroppsvätskor i närvaro av anhöriga och nära vänner ansågs stötande och visade inte på respektfullt, tröstande bemötande (16, 17, 22).

Sjuksköterskans förhållningssätt och åtgärder förknippade med respekt

Sjuksköterskan hade som mål att hjälpa patienten att få uppleva slutet på sitt liv och sin död som något värdigt utan smärta och i kontroll över sina kroppsliga funktioner med bibehållen självaktning och respekt (16, 17). Detta kunde uppnås om sjuksköterskan skyddade patientens integritet och självbestämmande genom att agera som patientens förespråkare och genom att sjuksköterskan arbetade fram fungerande strategier, rutiner och hjälpmedel (16, 17, 20). Sjuksköterskan som tröstade var trygg i sig själv och vågade fråga om alla krav och förväntningar på hur något/någon skulle vara och kunde helt respektera och acceptera patientens känslor och föreställningar (21). Patientens självständighet försvarades genom att sjuksköterskan lät patienten göra det han/hon själv klarade av. Sjuksköterskan hjälpte patienten på det sätt som han/hon själv skulle ha gjort om det vore möjligt (20). Trösten var kravlös och sjuksköterskan hade

förmågan att kunna gå utanför sig själv och kunde se till patientens bästa (21). Det innebar att den som tröstade var modig och kunde lyssna till det svåra utan att frestas att ge råd. Då fungerade sjuksköterskan som ett ödmjukt bollplank med förförståelsen att vi aldrig har rätt att döma en annan människa eftersom det aldrig kan finnas en möjlighet att helt förstå den döende patients livsvärld. Det upplevdes tröstande om sjuksköterskan hade en holistisk människosyn och alltid visade respekt för patientens integritet och behandlade denne med värdighet. Sjuksköterskan bör uppträda finkänsligt, respektfullt, engagerat och förhålla sig till patienten som någon som är bräcklig och sårbar, inte tragisk och lidande. Sjuksköterskan bör vara ärlig men samtidigt hoppfull och ha en förmåga att blicka framåt utifrån patientens nya verklighet och kunna se möjligheter istället för hinder. När sjuksköterskan vårdade och tog ansvar för den tillit och förtroende som patienten gav visade sjuksköterskan en insikt om och respekt för att det var patienten som skulle ha makten över sitt liv och inte vården (20).

Kontinuitet

Kontinuitet förklarades som att alltid möta en viss person/vårdare som kände till patientens historia och som gjorde det möjligt att följa upp tidigare påbörjade samtal. Det kändes viktigt för patienten att samma rutiner följdes och förstods mot bakgrund av vad som hade hänt under tidigare möten. Då patienten visste vem som kom och vad som skulle hända upplevdes trygghet och detta möjliggjorde tröst. Därför var det också viktigt att det även fanns fasta rutiner på avdelningen såväl som kontinuitet i personal (16, 20, 22, 23).

Att det fanns personal som patienten hade träffat tidigare och som visste vad patienten ville utan att behöva be om det resulterade i att denne vågade öppna sig för personalen vilket ledde till ökad tillfredsställelse och tröst (23). En patient (20) uttryckte det som att kontinuiteten var viktigare än sjuksköterskans personlighet. Patienten menade att de som väljer att bli sjuksköterskor ofta är en viss typ av människor som har god förmåga att ge vård och upplevs oftast som trevliga. Det viktiga var därför inte vem patienten mötte utan att det alltid var samma person. Detta gav förutsättningar för att patienten skulle känna sig bekräftad och tröstad. Att träffa någon ofta gav enligt patienten ökade möjligheter att tala och reflektera om livet. Det kändes meningsfullt för patienten och få dela minnen med personal som visste något om dennes liv och bakgrund. Det upplevdes som skönt och tröstande att inte behöva berätta om sin sjukdom och lidande om och om igen för många och möjliggjorde en trygg förankring i tillvaron och tillit till vårdpersonalen (20, 21). Detta var samstämmigt med en sjuksköterskas uppfattning om att döende patienter upplevde mycket separationsångest och saknade därför ork att skapa nya relationer då de ständigt förflyttades mellan olika vårdinrättningar. Patienten kämpade för att hålla fast vid den personal de redan hade en relation till (16).

”De råkar jobba jour och jobbar lördagar och söndagar och säkerligen inget som helst fel på dem då. Men då tappar man bort det där, för man har någon tråd man har börjat att prata om, som man vill fortsätta prata om.” (20 s.165)

Sjuksköterskans förhållningssätt och åtgärder förknippade med kontinuitet

Sjuksköterskan bör vara medveten om att kontinuitet och rutiner är viktigt för att kunna känna trygghet. Kontinuitet är också en förutsättning för att kunna skapa en relation mellan sjuksköterskan och patienten och då kan tröst erfaras. Sjuksköterskan skall ha som målsättning att ansvara för samma patienter och organisera omvårdnaden runt patienten så att kontinuiteten säkerställs. Sjuksköterskan bör sträva efter att tillsammans med patienten arbeta fram rutiner som fungerar för patienten och för verksamheten och att dessa förmedlas till övrig personal så att dessa efterlevs (16, 20, 22, 23).

Kontroll

Det är en allmän uppfattning inom den västerländska kulturen att självständighet och kontroll över det egna livet är en förutsättning för att kunna känna välbefinnande, trygghet och tröst (16). Det var viktigt för patienten att få lov att hålla fast vid det som var välkänt och vara med och påverka framtiden. Att behålla kontrollen över sitt eget liv genom att vara med när livsavgörande beslut togs upplevdes som tröstande. Det kändes också tröstande att få möjlighet att fortsätta arbeta och bevara sitt sociala liv (17).

Patienterna hade även en förhoppning att genom information och kunskap om olika behandlingsalternativ få kontroll över smärta och andra sjukdomsrelaterade symtom (17, 21). Kunskap upplevdes som tröstande eftersom det gjorde patienten mindre orolig. Genom att få information om sjukdomen, fysiologi, behandling och rutiner på avdelningen, fick patienten mer realistiska förväntningar på vården och sjukdomen (19, 21). Patienter med livshotande cancersjukdom visade ofta en önskan att få kunskap om hur döden inträffar, hur den uppfattas och upplevs. Då kände patienten sig mer lugn och tröstad inför den egna döden (17).

”Jag är inte rädd för döden, jag är rädd för döendet” (17 s.957)

Patienten ville vara välunderrättad för att kunna vara mer delaktig i de beslut som rörde sjukdomen och vården. Delaktighet uppmuntrades genom att sjuksköterskan gav patienten valmöjligheter då det var möjligt. Det kändes trösterikt för patienten att bli respekterad för sina val och åsikter (19). Genom att vara med när beslut togs gavs patienten möjlighet att ifrågasätta. Utelämnades patienten från att vara delaktig i beslut som skulle tas kunde det leda till otrygghet (22). När kurativ vård inte längre var möjlig var det ändå viktigt för många att få fortsätta behandlingen för att bibehålla kontroll och hopp (17).

”kanske det inte är att man vill ha tröst på det sättet utan man kanske vill ha saklig information och så här ligger det till och det här kan vi göra det här kan vi inte göra och så där” (21 s.67)

Det var trösterikt för patienten att få känna sig styrande över hur återstoden av livet skulle spenderas vilket kunde resultera i en vilja att hjälpa andra, spendera mer tid med familjen, få lov att fylla en viktig funktion och känna sig betydelsefull. Patienter ville också vara delaktiga i att skapa förutsättningar för familj och anhöriga att hantera sitt liv på ett tillfredsställande sätt efter deras bortgång (17).

Upplevelsen av konstruktiv optimism och hopp bidrog till att en känsla av att kontroll och tröst kunde uppnås. Detta upplevde patienterna då val var möjliga och hopp fanns. Konstruktiv optimism infann sig också då patienten jämförde sig med andra som hade det värre och var mindre lyckligt lottade. En distansering kunde också uppnå en känsla av att ha bättre förutsättningar genom att patienten fokuserade på individuella skillnader. Få sina känslor och reaktioner bekräftade som något normalt och förväntat bidrog också till en känsla av kontroll (24).

Sjuksköterskans förhållningssätt och åtgärder förknippade med kontroll

Sjuksköterskan bör vara medveten om att en del patienter behöver få kämpa och fortsätta behandling även om oddsen är negativa för att kunna behålla en känsla av tröst, hopp och kontroll (17). Sjuksköterskan bör också vara medveten om att det som patienten behöver höra inte alltid är förknippat med hela sanningen utan hoppet måste få finnas kvar för att orka leva. Att patienten fick ha fortsatt hopp handlade om att ha kontroll och uppleva tröst (19). Det finns en mängd tröstande strategier hur sjuksköterskan kan förmedla konstruktiv optimism och hopp. Genom att sjuksköterskan lyfte upp och framhöll positiva uttalanden och omformulerade dem gav sjuksköterskan patienten möjlighet att koncentrera sig på det positiva. Med hjälp av optimistisk kunskap kunde sjuksköterskan presentera en föreslagen behandling genom att använda fraser som ”om det fungerar” så finns det ”en god chans”. Sjuksköterskan kunde också vända den kliniska osäkerheten till något positivt för patienten genom att trycka på att alla är olika och har olika förutsättningar och hur behandlingen lyckas är väldigt individuellt. Biverkningar beskrevs vidare alltid med en positiv förklaring om hur dessa kunde behandlas. Jämförelse med andra som hade det värre och var mindre lyckligt lottade kunde också bidra till att känna sig mer optimistisk och tröstad. Samtidigt kunde distanseringen också uppnå en känsla av att ha bättre förutsättningar genom att sjuksköterskan framhöll individuella skillnader. Genom att sjuksköterskan avdramatiserade de upplevelser och känslor som patienten hade som naturliga och normala gjordes de mer hanterbara. Begriplig information om sjukdomen och behandling som gavs kunde också ses som ett sätt att avdramatisera och det gjorde situationen mer optimistisk, förstålig och trösterik (24). Det var viktigt att sjuksköterskan stödde och respekterade patientens beslut. Det gavs då möjlighet att känna kontroll och tröst (19). Det var viktigt att sjuksköterskan var medveten om att livshotande sjukdom och död är för de flesta en ny erfarenhet. Sjuksköterskan kunde då erbjuda litteratur och stödsamtal för att döden inte skulle upplevas så främmande och skrämmande (17).

Samhörighet

Samhörighet med andra, både vänner och personal och att inte känna sig ensam kändes tröstande. Att vara del av en gemenskap trots att patienten hade en svår sjukdom och på det sättet inte längre befann sig på samma plats i livet som omgivningen, upplevdes som tröst. Sjuksköterskan skulle vara närvarande, deltagande och visa vänlighet samt vara intresserad av att bygga upp en förtroendefull relation med den som vårdades. En bra relation var en förutsättning för att sjuksköterskan skulle kunna dela lidandet med patienten på dennes villkor (21, 23).

”ja det är ju en tröst om man är bara som här man sitter två mitt emot varandra” (21 s.78)

En förtroendefull relation mellan vårdare och patient var förutsättningen för en god vård, utan någon förtroendefull relation kunde inte patienten öppna sig för sjuksköterskan. Relationen grundade sig i ett förtroende som byggdes upp då patienten fick sina behov tillgodosedda. En förtroendefull vårdrelation kunde lättare etableras om sjuksköterskan kände och involverade sig i patienten och förstod dennes behov (23).

”Hon förstod vad andra inte förstod. Det gör ju mycket, det är ju som de brukar säga halva hälsan när folk förstår och är vänliga. Ja, det tycker jag är tröst.” (21 s.79)

Patienten upplevde en samhörighet om sjuksköterskan var pålitlig, lyssnade, brydde sig och agerade som dennes advokat, då kunde en god relation byggas upp som gjorde att patienten kände tröst (23). Tillit och förtroende för personalen var en viktig aspekt för att kunna uppleva god vård och tröst. Relationen byggdes upp av det sätt som patienten bemöttes. Kände patienten ingen tillit till sjuksköterskan kunde inte trygghet erfaras och det var svårt att känna lindring och tröst (22).

Genom en informell och vänskaplig dialog kunde också barriärer brytas ner mellan sjuksköterska och patient och en bra relation kunde byggas upp och patienten vågade anförtro sig till sjuksköterskan. Patienten hade ofta en önskan att fortsätta leva ett så normalt och fungerande liv som möjligt och att bibehålla sitt sociala umgänge. Utan ett jämbördigt förhållande upplevde patienten det svårt att bygga upp en förtroendefull relation till sjuksköterskan (19).

Patienten kände sig hemma genom att få vara del av en familj, att få umgås med vänner i sin hemmiljö men även att ha en förtroendefull vårdrelation bidrog till en känsla av samhörighet och ökade möjligheten att känna sig tröstad. Samtidigt upplevde många döende patienter i dessa sammanhang sig som oändligt ensamma fast de befann sig mitt bland vänner. De behövde få känna en samhörighet i samvaron för att kunna känna tröst. Kunde patienten acceptera och stå ut med sin sjuka kropp underlättades samhörighetskänslan och upplevelsen av tröst betydligt. Samhörighet underlättades genom att patienten fick minnas, berätta och återberätta. Det var tröstande om patienten fick lov att erfara sitt liv tillsammans med någon annan, istället för att bara fokusera på nuet och sin sjukdom (20).

”...att vara en samtalspartner, en medmänniska att vara någon som bryr sig att det är, ja det kanske ligger tröst i det” (21 s.50)

Men det upplevdes också som viktigt för patienten att få ta del av vanlig social gemenskap t.ex. genom att sjuksköterskan använde sig av humor tillsammans med patienten och samtalade om vardagliga saker. Detta gav patienten en viss självdistans och samhörighet och kunde för en stund glömma eller bara få skratta åt eländet och känna glädje och tröst. Detta gjorde att patienten bättre uthärdade lidandet (20, 21, 23).

”...vi talade om allt annat. Så glömde man bort sin sorg och tyckte att det tröstade den halvtimmen...” (21 s.86)

Patienten kunde känna sig avslappnad i en gemenskap bland nära och kära. Detta kunde resultera i en förlösande gråt som minskade spänningarna och patienten kände sig då mindre nedstämd och lättare till sinnet vilket tröstade (20).

Den tröstande och vårdande relationen var byggd på tillit där försök till förståelse var en av de viktigaste egenskaperna. Utan gemenskap kunde tröst inte ges, gemenskap var alltså en förutsättning för att tröst skulle bli möjlig, både för att kunna ge och för att kunna ta emot. Om förståelse fanns för patientens situation vågade denna överlämna sig till sjuksköterskan och känna tillit (21).

Sjuksköterskans förhållningssätt och agerande förknippade med samhörighet

Vid tröst var det viktigt att det fanns en relation mellan sjuksköterska och patient. Patienten behövde få känna att sjuksköterskan engagerade sig och var närvarande tillsammans med patienten. Det var svårt att trösta eller ta emot tröst från någon som var främmande och trösten blev då lätt ytlig. För att kunna bygga upp en relation och vara helt och fullt närvarande var det viktigt med tid. Tid för sjuksköterskan att sitta ner och släppa allt annat som pockade på uppmärksamhet och helt och fullt gå upp i tröstandet. Genom att sjuksköterskan fokuserade på patienten, fanns där och delade lidandet kände sig patienten mindre ensam. Tröst gavs genom att patienten kände att sjuksköterskan var där, verkligen brydde sig och var engagerad. Då sjuksköterskan och patienten kände varandra var det också lättare för sjuksköterskan att visa sig sårbar och detta kunde bidra till att patienten lättare öppnade upp sig och blev mer mottaglig för tröst (21). Att den som tröstade gjorde lite mer än det som uttrycktes och förväntades uppskattades av patienten. Att sjuksköterskan uppträdde som en vän och förtrogne och förde patientens talan även när det ”bläste motvind” var också tröstande. Gjorde sjuksköterskan detta kände patienten tillit och relationen blev som en slags vänskap som gjorde att patienten kände sig lugn och trygg vilket möjliggjorde tröst (23).

Då sjuksköterskans mål var tröst genom att öka samhörighetskänslan var det viktigt att snabbt uppmärksamma patientens behov och verkligen bry sig om patienten (23). Symtomlindring underlättade samhörighetskänslan och bör därför prioriteras (20).

Sjuksköterskan bör förstå och värdesätta det allmänna sociala samspelet som föregår alla former av relationer och detta kräver tid och närvaro. Sjuksköterskan bör också eftersträva att få ett jämlikt förhållande genom att se patienten som en person (19).

Närhet

Sjuksköterskan hjälpte patienten att göra det outhärdliga uthärdligt genom att förmedla närhet, omsorgsfull omvårdnad och symtomlindring som beröring, samtal, försoning med lidandet och distans till lidandet gav också tröst (16, 17, 19, 20, 21, 25). Att patienten kunde lita på att någon annan var kompetent, hade kontroll, var vaksam och ständigt uppmärksam på såväl medvetna som omedvetna behov kunde upplevas som tröstande då patienten inte själv längre hade ork eller förmåga och behövde avlastning. Att någon var närvarande och som patienten kunde dela lidandet med och förstod patienten på dennes villkor gav tröst (18, 21, 25).

Försiktig och omtänksam beröring då de som vårdade tog i och t.ex. förflyttade patienten på ett omsorgsfullt sätt upplevde patienten som tröstande. Bara att få bli omstoppad och få en varm filt om sig och att någon höll en i handen förmedlade tröst (25). Att patienten fick känna sig omhuldad, omfamnad och trygg kunde tolkas som att bli skyddad från omvärlden och ansågs vara förknippat med tröst (21, 25). Det upplevdes som lugnande och tryggt när någon var där för patienten och erbjöd en hand att hålla i (21).

”Tröst, ja det är om man fått tröst av någon, det kan vara lite om någon klappar en på ryggen och så.” (21 s.79)

”...det kan ju bara vara att hålla i handen, det är ja tröst i sig” (21 s.47)

I en av artiklarna gjordes studien med hjälp av videoinspelning då syntes betydelsen av att använda närhet som tröst i omvårdnaden. Då sjuksköterskan hjälpte patienten med fysisk omvårdnad i tröstande syfte visades tydligt att sjuksköterskan brydde sig om hur patienten mårde och var mån om att denne hade det bra. Sjuksköterskan var närvarande i arbetet, lugn och gav stödjande kommentarer. Detta ledde till att patienten blev mer avslappnad och distraherad från vissa obekväma situationer och hade lättare för att delge sjuksköterskan bekymmer och känslor. Sjuksköterskan använde sig också av närhet och beröring för att skapa kontakt med patienten och öppna upp för en dialog. Genom att vara lugn, tala med låg, mjuk röst, sitta bredvid, ha ögonkontakt och beröra patienten visade sjuksköterskan en önskan att vara nära och dela patientens upplevelser. Sjuksköterskan fokuserade på patienten och visade att han/hon fanns där för patienten (19).

Närheten inbjöd till att patienten kunde ge utlopp för sina känslor t.ex. genom gråt som kändes befriande och tröstande. Gråten fungerade som en ventil och förhindrade patientens lidande från att bli övermäktigt. Det var viktigt att sjuksköterskan lät patienten gråta ut, satt kvar och inte lämnade patienten ensam med sin gråt (21).

”...och så kramade vi henne och höll om och då började hon stortjuta, kändes skönt det var kanske lite bättre för henne och en tröst för henne.” (21 s.53)

Sjuksköterskans förhållningssätt och agerande förknippade med närhet

För att kunna trösta genom att vara nära var det viktigt att sjuksköterskan var trygg i sig själv och inte hade några förväntningar på hur personen borde vara utan lät patienten vara sig själv. Det var också viktigt att sjuksköterskan var modig. I de studerade studierna beskrevs att vara modig som att sjuksköterskan måste våga övervinna rädslan för det som är okänt. Då sjuksköterskan vågade ta steget ut och med hjälp av sin närhet trösta någon fanns det inte några svar på förhand hur det skulle gå till, varje situation var unik. Sjuksköterskan kunde förmedla närhet genom att beröra, hålla om, samtala, lyssna eller bara vara nära patienten. Sjuksköterskan kunde bara gå in med sig själv, vara ärlig och följa patientens lidande och låta trösten kravlöst utgå från det. Trösten var spontan och osjälvisk och innebar att sjuksköterskan hade en förståelse för patienten och tröstade utifrån det. Trösten utgick från hjärtat och var omedelbar och spontan och det var patientens lidande som styrde hur trösten skulle vara. Det gick således inte att i förväg bestämma hur någon skulle tröstas. Tröst bestod oftast i att ”inte göra någonting”

utan bara vara nära patienten. För att kunna vara närvarande då tröst gavs var det en förutsättning att sjuksköterskan hade tid att sitta ner med patienten och finnas där, vara lyhörd och lyssna. Det fanns heller inga genvägar utan trösten fick få lov att ta tid och sjuksköterskan övergav aldrig patienten i sin sorg.

Vid tröst var närhet viktigt, sjuksköterskan hade ofta ögonkontakt för att kunna leva sig in i den andre och kunna känna in hur patienten mådde. Sjuksköterskan tvingade sig aldrig på någon som inte ville bli tröstad, den som tröstades måste vara mottaglig för tröst (21).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Tillgången till artiklar som berörde vårt ämne var begränsad. En svårighet var att finna rätt sökord då det engelska ordet för tröst har en vidare mening än det svenska. Engelska översättningen är *comfort* och *consolation* vilka på engelska inte enbart har betydelsen tröst. *Comfort* betyder också bekvämlighet, komfort, behaglighet, trevnad, välstånd, välbefinnande, lättnad, ro, betryggande, hemtrevnad och hjälp (26). Detta resulterade i många irrelevanta träffar som valdes bort. Det visade sig att många av de artiklar som berör tröst handlar om palliativ vård vilket ofta var synonymt med cancersjukdom. För att vidga vår sökning inkluderades därför sökordet *cancer* och dess MeSH term *Neoplasm*. Detta betyder att valda artiklar främst speglar vården av patienter med livshotande cancersjukdom. Avhandling 21 är däremot gjord av äldres upplevelse av tröst men speglar väl vårt syfte då den talar om vad som upplevs som tröstande i mötet med sjuksköterskan i slutet av livet. Artikel 25 speglar patienters upplevelse av tröst på akuten men eftersom patienten ofta kände en upplevelse om att livet var hotat var den intressant. Då inte tillräckligt med artiklar hittades i de stora databaserna gjordes även manuella sökningar utifrån artiklarnas och äldre uppsatsers referenslistor.

Resultatet grundar sig i huvudsak på de studerade artiklarnas resultatdel. De gånger diskussionsdelen har använts är då det har tydliggjort resultatet och kopplingen då varit tydlig.

Det studerade materialet är i huvudsak från Västvärlden; Sverige 3st (18, 20, 22), Finland 1st (21), USA 2st (16, 17), Canada 2st (19, 25), England 1st (24) en artikel var från Kina (23). Samtliga togs med eftersom alla belyste syftet väl.

Ingen av de valda artiklarna är en litteraturstudie vilket kan ses som en försäkran om att resultatet grundar sig på aktuell, empirisk forskning. Sex av de valda studierna är kvalitativa intervjustudier (16, 17, 21, 22, 23, 24) där öppna, ej vinklade frågor ställts med inriktning mot patienters upplevelse av tröst. Svagheten i intervjustudier är att det är en konstlad situation och att den intervjuade inte alltid svarar utifrån hjärtat utan utifrån omgivningens förväntningar. Intervjuerna har sedan analyserats och teman har framträtt. En av studierna är kvantitativ (18) där forskaren undersökt vilka omvårdnadshandlingar som patienter värderar respektive vad sjuksköterskor tror att patienter värderar högst. Artikeln togs med eftersom vissa av dessa

omvårdnadshandlingar karakteriserades som tröstande. I en avhandling används narrativ metod (20) och två artiklar använde sig av observationsstudier (19, 25).

Artikel 24 är inte etiskt granskad och i artikel 19 finns en etisk diskussion men det framgår ej om den är granskad av en etisk kommitté. Artiklarna inkluderades ändå eftersom de i övrigt uppfyllde alla krav på vetenskaplighet och kvalitén och trovärdigheten i metoderna upplevdes som hög. Övriga artiklar är etiskt granskade (16-18, 20-23, 25).

Endast artikel 16 har ett sjuksköterskeperspektiv. Den inkluderades eftersom den är en tvillingstudie till artikel nummer 17 och kunde visa på en samstämmighet med sjuksköterskornas uppfattning samtidigt som svagheter betonades. Övriga artiklar (18-25) har ett patientperspektiv vilket är i led med denna uppsats syfte.

Samtliga artiklar (16-25) är publicerade mellan 1997 och 2000 förutom artikel 19 som är från 1995. Artikeln valdes då den svarade på syftet. Studien utgjordes av 570 timmars videoinspelat material. Forskaren analyserade sedan filmerna för att studera interaktionen mellan sjuksköterska och patient. Syftet var att se hur sjuksköterskan agerade beroende på om patienten var i behov av tröst eller ej samt hur patienten reagerade på sjuksköterskans tröstande bemötande.

Eftersom syftet utgår från patientens upplevelse av tröst valdes en induktiv metod i uppsatsens första syfte. För att sedan ta reda på vad sjuksköterskan bör göra för att tillmötesgå och bemöta patienterna på rätt sätt användes en hermeneutisk, tolkande metod med utgångspunkt i det som framkommit från patientperspektivet.

Om denna litteraturstudie skulle göras om vore det önskvärt att artikelunderlaget varit större. För att detta skulle vara möjligt ställer det högre krav på kunskap i artikelsökning samt att mer tid ägnas åt detta. Vi skulle också ha använt fler sökord, men har svårt att idag se vilka de skulle vara.

Resultatdiskussion

”Sällan bota, ofta lindra, alltid trösta” (27 s.172) skrev Hippokrates flera hundra år före Kristus. Redan då fanns det kunskap om tröstens väsen. Nu tror vi att vi förstår vad han menade.

Sjuksköterskan kommer ständigt i sitt dagliga arbete att komma i kontakt med människor som befinner sig i sorg och kris och förväntas då kunna möta dessa patienters reaktioner. Vi kände ett stort behov av att få mer kunskap om hur vi ska hantera dessa möten och ha modet att gå in och sätta oss hos en patient som fått ett svårt besked. Utan denna kunskap är vi rädda för att vi istället skulle undvika dessa möten, inte för avsaknad av empati utan av rädsla att känna för mycket och blanda in våra personliga och privata uppfattningar. Vi vill bli sjuksköterskor som förhoppningsvis skall kunna göra det svåra lite mer hanterligt. Då vi kom ut i vården och mötte dessa patienter blev vi rädda för att inte kunna behärska oss, säga fel saker som förvärrar. Kanske valde vi att inte tala om det svåra. Denna känsla delas av andra inom vården som vittnar om en rädsla att visa för mycket medkänsla, att inte våga fråga hur det är för att inte riva upp några sår. Detta kan resultera i att sjukvårdspersonalen verkar kall och

oempatisk, vilket kanske istället visar på det motsatta (1). Från början hade vi en bild av att trösten skedde vid sängkanten, kanske hållande i någons hand i det direkta mötet. Detta bekräftar studien och vi valde att lägga detta under huvudtemat närhet. Men ytterligare fyra för oss okända teman visade sig också ha stor betydelse för patientens upplevelse av tröst. Dessa huvudteman är samhörighet, kontroll, kontinuitet och respekt och förmedlades inte enbart i det direkta mötet mellan sjuksköterska och patient. Vi hade inte tidigare reflekterat över att alla fem huvudteman var så betydelsefulla för upplevelsen av trygghet och att tryggheten i sig var ett villkor för att kunna känna tröst. Genom att på olika sätt verka för att tryggheten runt om patienten blir så stor som möjligt ges både förutsättningar för tröst och tröst i sig. Eftersom den inre tryggheten raderas vid sorg är det nödvändigt att kompensera denna för att kunna uppleva tröst och känna sig tröstad (4).

I bakgrunden beskrivs olika processer för att kunna bemöta och trösta människor i sorg och då uppmärksammades att det fanns olika sätt att se på begreppet förnekelse. Intressant är att jämföra Salanders (2) och Cullbergs (1) syn på försvarsmekanismen förnekelse. Cullberg (1) förklarar förnekelse som att inte acceptera verkligheten. Salander (2) utvecklar förnekelsebegreppet till att innefatta undvika, förnekelse och desavouera där desavouera står för en medveten process där människan har kunskap om sin situation men väljer att se verkligheten ur ett mer fördelaktigt perspektiv. Undvika ses som ett sätt att inte ta in kunskap för att inte behöva förhålla sig till det som är svårt (1, 2).

Det är viktigt att ha insikt om huvudtemanas påverkan på varandra. Respekt kan ses som ett villkor för att kunna skapa en förtroendefull vårdrelation. Närhet har betydelse för känslan av samhörighet och gemenskap. Kontinuiteten underlättar för patienten att uppnå en känsla av kontroll samtidigt som den också kan ses som en förutsättning för att kunna uppnå en förtroendefull vårdrelation. Huvudtemana är således förutsättningar för varandra samtidigt som de också själva påverkar känslan av trygghet som då kan resultera i tröst.

I Norbergs teori (7) beskrivs att den som tröstar och den som vill bli tröstad måste vara redo för tröst. Grunden för att vara redo beskriver Norberg (7) som en trygg och säker relation som klarar av påfrestningar och är präglad av tillit och trygghet. Hur denna relation uppnås går hon inte närmare in på vilket vi upplever som en svaghet. Utifrån studerad litteratur har vi kommit fram till att först då patienten känner trygghet kan han/hon vara redo för tröst. Detta överensstämmer med Norbergs modell (7), men i uppsatsen åskådliggörs och förklaras hur denna trygghet kan uppnås. Norberg (7) belyser även betydelsen av samvaro, att det först är i en förtroendefull relation som den lidande kan visa alla sina känslor. Även detta är samstämmigt med uppsatsens resultat. Det finns likheter mellan två av uppsatsens huvudteman; närhet och relation och Norbergs samtalsdel (7). I uppsatsen beskrivs begreppen mer omfattande. Den delen av Norbergs teori (7) upplever vi som lite tunn. Rubriken samtalet tycker vi inte är en bra formulering med hänsyn till vad Norberg (7) lägger i det begreppet. Att känna sig accepterad är en förutsättning för att kunna känna tröst och är något som både Norberg (7) och uppsatsens resultat betonar. Vidare belyser Norbergs teori (7) om att när trösten infinner sig kan den tröstade se världen med nya ögon, i ett nytt perspektiv (7). Med hänsyn till uppsatsens begränsade syfte så belyses inte vad upplevd tröst kan resultera i. Detta är sammanstämmigt med hur flera patienter i uppsatsens studerade artiklar beskrev hur de uppskattade saker och värdesatte relationer på ett sätt som innan

sjukdomen inte varit möjligt (17). Det vore värdefullt att få mer kunskap om vad dessa nya perspektiv kan vara för någon som är livshotande sjuk.

En betydande svaghet i Norbergs teori (7) är enligt vår uppfattning att metoden utgår från vårdpersonalens uttalanden och saknar patientens eget perspektiv (7).

Vårt syfte med uppsatsen var att undersöka vad patienter med livshotande sjukdom upplever som tröstande samt att se vilket förhållningssätt sjuksköterskan bör ha och vad som kan göras för att möjliggöra tröst och trösta. Vi upplever att vårt syfte i huvudsak är uppfyllt och vi känner oss nu bättre rustade inför mötet med svårt sjuka patienter. Dock önskar vi mer kunskap i kommunikation. Vi vet att det är värdefullt att ibland vara tyst, bara lyssna och vara närvarande men att det också ibland krävs av oss att vi kan ge ett svar och vara ett bollplank. När vi ska använda vad och hur vi ska kommunicera är något vi skulle vilja ha ytterligare kunskap om. Vi är medvetna om att detta är något som inte enbart kan läras in teoretiskt utan att denna kunskap också kräver erfarenhet.

Uppsatsen är kliniskt relevant. Genom den kunskap uppsatsen ger kan vårdpersonal få en mer realistisk syn på tröst och vad han/hon kan göra. Att trösta kanske inte känns fullt lika svårt och skrämmande. Även om det är svårt att finna de rätta orden kan vetskapen om att du lyckats etablera en förtroendefull relation med patienten, respekterat honom/henne, gett information, låtit patienten varit delaktig också är tröst eftersom patienten då upplever trygghet. I utbildningen kan det vara värdefullt att reflektera över vad tröst är och hur trösten kan möjliggöras. Denna uppsats kan då verka som en vägledning genom att den ger en bredare syn på tröst.

En svaghet för resultatets trovärdighet är att det inte fanns så många artiklar att tillgå. De som berörde ämnet togs med och ingen urskiljning kunde därför göras. Sammantaget tycker vi ändå att resultatet kan bedömas som trovärdigt eftersom alla studiers resultat har dragit likvärdiga slutsatser.

Vår förförståelse har påverkat valet av begrepp och teman vilket betyder att om en annan person gör en liknande studie kan de komma fram till andra teman och detta kan leda till ett annorlunda resultat. Vi har varit medvetna om denna påverkan och har försökt att vara så objektiva som möjligt men det går inte helt att bortse från den egna förförståelsens och dess påverkan på resultatet. Ett kvitto på objektiviteten är att vi har kommit fram till samma begrepp efter att ha läst artiklarna individuellt.

Vi ser ett behov av fortsatt forskning om tröst och speciellt om hur kommunikationen med patienter som har en livshotande sjukdom kan underlättas.

Sammanfattningsvis kan sägas att tröst grundades i förtroendefull vårdrelation som förutsatte kontinuitet. Tröst är att vara ett stöd, se det friska, det som fungerade och fanns kvar hos patienten. Att ge tröst var att vara närvarande, bry sig om, vara engagerad. Tröst kunde också vara att göra mer än vad som var nödvändigt, det lilla extra. Trösten värnade om personen och lät denne vara sig själv. Det var tröstande att värna om den personliga integriteten och låta patienten vara delaktig och styrande över sitt liv även vid sjukdom. Tröst kunde också ses som en fristad där patienten lida på sitt eget sätt, att känna sig som del av en gemenskap, inte ensam och att patienten fick uppleva en annans människas närhet och stöd upplevdes som tryggt. Sammantaget bidrog framkomna teman till en ökad känsla av trygghet och patienten kunde då bearbeta sin sorg och känna tröst (16-25).

Slutord

Under arbetets gång har en bild framträtt mer och mer tydligt om vad tröst innebär och är. Sorgen eller förlusten kan ses som ett stort berg som skall bestigas. Vägen till tröst upplevs som lång och svår vid foten av berget. Det är svårt att se hur långt det är till toppen. Den sörjande kan därför vara i behov av en guide för att kunna bestiga berget. Guiden har kunskap om vilka utmaningar som kan ligga framför och vet också hur dessa kan hanteras. Dock ser inget berg likadant ut. Bergen kan ofta ha likheter men bergsbestigarna är alla unika individer med olika förutsättningar. Olika vägar till toppen kan därför vara nödvändiga. Att vara guide innebär inte att försöka bära den sörjande till toppen då kommer guiden och den tröstsökande duka under. Den sörjande måste gå själv. Ibland kan han/hon behöva hålla i en hand som stöd när det känns som mest jobbigt. Den sörjande måste ges möjlighet att välja den väg som han/hon tycker verkar bäst. Ibland behöver den sörjande få utbildning och kunskap av guiden för att kunna göra ett bra val. Vägen upp till toppen påverkas av att sikten ibland är obefintlig. Plötsliga väderomslag kan göra att vissa dagar kan vi tillsammans nå en lång bit för att det är vackert och klart väder. Vissa perioder tvingas vi slå läger i veckor på någon avsats och bara vänta, hålla i varandra och hoppas att stormen drar förbi. Detta är normalt och det behöver guiden förmedla till bergbestigaren. Den sörjande klarar detta om han/hon inte lämnas ensam med sina tvivel. Han/hon behöver peppas och få lov att vila till dess att han/hon orkar gå några steg till. En del når aldrig toppen. För en del tar det väldigt lång tid. Men när de till slut når fram kommer de att vara visare och klokare än alla oss som aldrig bestigit något berg. På toppen upplever de tröst och de kan se världen från ett helt annat perspektiv. Berget kommer alltid stå kvar men nu vet den som upplevt tröst att det kan bestigas.

REFERENSER

1. Cullberg J. Kris och utveckling. Lund: Bröderna Ekstrands Tryckeri AB; 1982.
2. Salander P. Den kreativa illusionen. Om cancersjukdom och anhöriga – om utsatthet och bemötande. Lund: Studentlitteratur; 2003
3. Nationalencyclopedin. Malmö: Nationalencyclopedin AB; 2003.
4. Fyhr G. Hur man möter människor i sorg. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur; 1999.
5. Mattsson-Lidsle B, Lindström U Å. Tröst – en begreppsanalys. Vård i Norden 2001;21(3):47-50.
6. Nordstedts Svenska Synonymordbok. Uppsala: Nordstedts Akademiska Förlag; 1999.
7. Norberg A, Bergsten M, Lundman B. A model of consolation. Nursing Ethics 2001;8(6):544-53.
8. Holmdahl B. Boken om Henrik. Falköping: Liber utbildning AB; 1995.
9. Segesten K. Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet. Göteborg: K&K Segesten Förlag AB; 1994.
10. Hollméus-Nilsson I. Trygghet och vård. En begreppsanalytisk, teoretisk och empirisk undersökning. Helsingfors: Svenska sjukvårdsinstitutet; 1977.
11. Kubler-Ross E. Döden är livsviktig. Om livet, döden och livet efter döden. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur; 1991.
12. Frankl V. Livet måste ha mening: erfarenheter från koncentrationslägren; logoterapiens grundbegrepp. Stockholm: Natur och Kultur; 2006.
13. Travelbee J. Interpersonal Aspects of Nursing. Philadelphia: Davis; 1971.
14. Salander P. När livet bryts; berättelser och reflektioner från möten i cancersjukvården. Stockholm: Liber; 1999.
15. Patel R, Davidsson B. Forkningsmetodikens grunder. Att genomföra och rapportera en undersökning, 3 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2003.
16. Volker D L, Kahn D, Penticuff J H. Patients Control and End-of-Life Care. Part I: The Advanced Practice Nurse Perspective. Oncology Nursing Forum 2004;31(5):945-53.
17. Volker D L, Kahn D, Penticuff J H. Patients Control and End-of-Life Care. Part II: The Patient Perspective. Oncology Nursing Forum 2004;31(5):954-60.

18. Larsson G, Widmark Peterson V, Lampic C, von Essen L, Sjødén P-O. Cancer patient and staff ratings of the importance of caring behaviors and their relations to patient anxiety and depression. *Journal of Advanced Nursing* 1998;27:855-64.
19. Bottorff J L, Gogag M, Engelberg-Lotzkar M. Comforting: exploring the work of cancer nurses. *Journal of Advanced Nursing* 1995;22:1077-84.
20. Öhlén J. Lindrat lidande: att vara i en fristad – berättelser från palliativ vård. Nora: Bokförlaget Nya Doxa; 2001.
21. Roxberg Å. Vårdande och icke vårdande tröst. Åbo: Åbo Akademis förlag; 2005.
22. Werkander Härstade C, Andershed B. Good palliative Care: How and Where?: The Patients Options. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2004;6(1):27-35.
23. Mok E, Chiu P C. Nurse-patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing* 2004;48(5):475-83.
24. Jarrett N J, Payne S A. Creating and maintaining 'optimism' in cancer care communication. *International Journal of Nursing Studies* 2000;37:81-90.
25. Hawley P M. Nurse Comforting Strategies: Perceptions of Emergency Department Patients. *Clinical Nursing Research* 2000;9(4):441-59.
26. Norstedts stora engelsk-svenska ordbok. Uppsala: Nordstedts Akademiska Förlag; 1993.
27. Stolts C M. Medicinen och det mänskliga. Vårdkonst och vardagsetik, humanism och humanoria. Stockholm: Natur och Kultur; 2003.

ARTIKELÖVERSIKT

BILAGA 1

Ref nr: 16
Titel: Patients Control and End-of-Life Care. Part I: The Advanced Practice Nurse Perspective.
Författare: Volker D L, Kahn D, Penticuff J H.
Tidskrift: Oncology Nursing Forum
Syfte: Cancer patientens behov av kontroll vid vård i livets slut utifrån intensivvårdssjuksköterskans perspektiv.
Metod: Kvalitativ intervjustudie med ett strategiskt urval med 9 onkologi sjuksköterskor.
Antal ref: 42
Publ år: 2004
Land: USA

Ref nr: 17
Titel: Patients Control and End-of-Life Care. Part II: The Patient Perspective.
Författare: Volker D L, Kahn D, Penticuff J H
Tidskrift: Oncology Nursing Forum
Syfte: Cancer patientens behov av kontroll vid vård i livets slut utifrån patientens egna perspektiv
Metod: Kvalitativ intervjustudie med ett strategiskt urval med 7 patienter med avancerad cancer.
Antal ref: 20
Publ år: 2004
Land: USA

Ref nr: 18
Titel: Cancer patient and staff ratings of the importance of caring behaviors and their relations to patient anxiety and depression.
Författare: Larsson G, Widmark Peterson V, Lampic C, von Essen L, Sjäodén P-O
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing
Syfte: Ta reda på vilka omvårdnadshandlingar som patienter med olika cancerdiagnoser respektive deras sjuksköterskor värderar högst och om det finns ett samband med grad av ångest och depression.
Metod: Kvantitativ intervjustudie där The Care Assessment Scale och The Hospital Anxiety Depression Scale användes. Ett strategiskt urval av 53 patienter och 53 sjuksköterskor gjordes.
Antal ref: 23
Publ år: 1998
Land: Sverige

Ref nr: 19
Titel: Comforting: exploring the work of cancer nurses.
Författare: Bottorff J L, Gogag M, Engelberg-Lotzkar M
Syfte: Identifiera och beskriva vilka tröstande strategier sjuksköterskor använder sig av i cancer sjukvården.

Metod: Etologisk observationsstudie. Åtta patienter och 32 sjuksköterskor videofilmades och sedan analyserades filmerna för att kunna identifiera olika metoder sjuksköterskan använde sig av för att trösta patienterna.

Antal ref: 44

Publ år: 1995

Land: Canada

Ref nr: 20

Titel: Lindrat lidande: att vara i en fristad – berättelser från palliativ vård.

Författare: Öhlén J

Tidskrift: Avhandling

Syfte: Öka förståelsen av lindrat lidande vid livshotande sjukdom.

Metod: Narrativ metod har används där personer mer livshotande sjukdom har berättat om vad de upplevt som lindrande.

Antal ref: 265

Publ år: 2001

Land: Sverige

Ref nr: 21

Titel: Vårdande och icke vårdande tröst.

Författare: Roxberg Å.

Tidskrift: Avhandling

Syfte: Att ur ett vårdvetenskapligt perspektiv belysa innebörden av tröst och hur det förhåller sig till lidande och vård.

Metod: Empiriska intervju studier som behandlar vårdares upplevelse av tröst och att trösta samt vårdtagarnas upplevelse av tröst.

Antal ref: 190

Publ år: 2005

Land: Finland

Ref nr: 22

Titel: Good palliative Care: How and Where?: The Patients Options

Författare: Werkander Härstade C, Andershed B.

Tidskrift: Journal of Hospice and Palliative Nursing

Syfte: Beskriva hur patienter med cancer tycker att en god palliativ vård ska vara samt var den ska utövas.

Metod: Kvalitativ intervjustudie där nio patienter deltog som hade cancer diagnos med palliativ vård. Data analyserades med hjälp av Grounded Theory, Glaser och Strauss.

Antal ref: 26

Publ år: 2004

Land: Sverige

Ref nr: 23
Titel: Nurse-patient relationships in palliative care.
Författare: Mok E, Chiu P C.
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing
Syfte: Utforska sjuksköterska- patientrelationen i palliativ vård.
Metod: Kvalitativ intervjustudie med tio sjuksköterskor som arbetar på hospice samt tio patienter med cancer diagnos i palliativt stadie.
Antal ref: 25
Publ år: 2004
Land: Kina

Ref nr: 24
Titel: Creating and maintaining 'optimism' in cancer care communication.
Författare: Jarrett N J, Payne S A
Tidskrift: International Journal of Nursing Studies
Syfte: Undersöka hur sjuksköterskan och cancerpatienten kommunicerar med hjälp av konstruktiv optimism.
Metod: Kvalitativa intervjuer med 22 sjuksköterskor och 26 patienter, strategiskt utvalda. Kvalitativ analys av 412 tim bandade interaktioner mellan sjuksköterska och patient.
Antal ref: 26
Publ år: 2000
Land: England

Ref nr: 25
Titel: Nurse Comforting Strategies: Perceptions of Emergency Department Patients.
Författare: Hawley P M.
Tidskrift: Clinical Nursing Research
Syfte: Beskriva sjuksköterskan tröststrategier på en akutmottagning samt resultatet av dessa utifrån den behandlade patientens perspektiv.
Metod: Kvalitativ explorativ studie med 14 stycken strategiskt utvalda patienter.
Antal ref: 23
Publ år: 2000
Land: Canada
