

# Cancerpatienters upplevelser av tröst i form av kommunikation

Johanna Johansson  
Karl Kvennberg

Luleå tekniska universitet

C- uppsats  
Omvårdnad

Institutionen för Hälsovetenskap  
Avdelningen för Omvårdnad



Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap  
Avdelningen för omvårdnad

## Cancerpatienters upplevelser av tröst i form av kommunikation

En litteraturstudie

## Cancer patients' experiences of consolation in terms of communication

A literature study

Johanna Johansson

Karl Kvennberg

Kurs: Examensarbete 15hp

Vårterminen 2009

Sjuksköterskeprogrammet 180hp

Handledare: Britt-Marie Wälivaara

# Cancerpatienters upplevelser av tröst i form av kommunikation

– En litteraturstudie

Johanna Johansson

Karl Kvennberg

Institutionen för hälsovetenskap

Luleå tekniska universitet

## Abstrakt

Att leva med cancer innebär ett stort lidande och en människa som lider är en människa i behov av tröst. Att få uppleva tröst är centralt för att en människa ska kunna uppnå och bibehålla hälsa. Det är därför av vikt att vårdgivare känner till begreppet och kan skänka tröst till människor i fysisk eller psykisk vånda. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva cancerpatienters upplevelse av tröst i form av kommunikation. 20 artiklar användes och granskades med manifest innehållsanalys, vilket resulterade i fem kategorier: Att bli lyssnad på och att andra hör det outtalade; Att beröring och samtal ger välbehag, uppmuntran och hopp; Att bli behandlad som en hel person genom att få tid och känna tillit; Att få leva som tidigare och själv ha valfrihet; Att ha närstående som lyssnar när det verkligen behövs. Resultatet visade att tröst i form av kommunikation uppstod när personer med cancer fick beröring och tid för samtal. I resultatet framkom också betydelsen av att bli behandlad ur ett helhetsperspektiv. Tröst genererades i möjligheten att få tala om vardagliga saker som inte var relaterade till sjukdomen. Betydelsen av närstående framkom tydligt.

Nyckelord: litteraturstudie, kvalitativ innehållsanalys, upplevelse, tröst, kommunikation, cancer

Att få uppleva tröst och att få det individuella behovet tillgodosett, är centralt för att en människa ska kunna uppnå och bibehålla hälsa (Morse, Bottorff & Hutchinson, 1994).

En nyfödd bebis kan uppleva tröst när modern vaggar det, en sjuk äldre man kan uppleva detsamma när någon varsamt stryker hans hand och viskar lugnande ord i hans öra (Malinowski & Leeseberg-Stamler, 2002). En inneboende strävan att ge tröst till de behövande lyfter fram de finaste av människans karaktärsdrag, sådant som gör oss till just människor. Sedan urminnes tider har vi använt kärlek, lojalitet, empati och sympati för att lugna och lindra medmänniskor i fysisk eller psykisk vånda (Morse, 1983). Från vårt första till sista andetag är vi alla beroende av tröst, ett faktum som gör tröst till ett grundläggande mänskligt behov och därmed av betydelse för sjuksköterskan.

Att få diagnosen cancer medför stora konsekvenser för individen och dennes omgivning. Det är en allvarlig, svårbehandlad och mångfasetterad sjukdom med en förmåga att slå till nästan var som helst i kroppen, när som helst i livet. Detta tvingar obevekligen den sjuke att omvärdera sitt liv och anpassa sig till en ny verklighet (Flanagan & Holmes, 2000). Sjukdomen innebär ett stort lidande inte minst med tanke på att utgången ofta är oviss, och cancer är som sjukdom betraktad utan tvivel förknippad med en stark upplevelse av oro och rädsla (Lin & Bauer-Wu, 2003). Siefert (2002) beskriver att en människa som lider är en människa i behov av tröst. Författaren poängterar vidare att ett stort antal människor med cancer är i behov av omfattande omvårdnadsinsatser. Larson (1987) beskriver att personer med cancer till följd av detta, oundvikligen möter ett sjukdomsrelaterat lidande.

Sjuksköterskans förmåga att ge tröst till behövande är viktigt och det är av central betydelse att sjuksköterskor är medvetna om begreppet och dess innebörd ur ett patientperspektiv (Morse, 1983). Att kunna möta och tillfredsställa behovet av tröst hos människor med cancer är fundamentalt i sjuksköterskans omvårdnadsarbete (Siefert, 2002). Det ställer särskilda krav på sjuksköterskan som person. För att kunna ge tröst, måste denne först och främst vara trygg i sig själv för att fullt ut kunna förmedla trygghet och våga lyssna till en människa i behov av tröst (Norberg, Bergsten & Lundman, 2001). Förmågan att nå fram till de behövande för att sedan identifiera och tillfredsställa det individuella behovet av tröst är viktigt för upplevelsen av välbehag hos människor med

cancer. Människor som upplever välbehag och tröst tenderar att lättare använda copingstrategier. Det leder i sin tur till att de återhämtar sig snabbare från sjukdom eller i de fall livet inte står att rädda, ändå upplever ett större välbehag i livets slutskede (Malinowski & Leeseberg-Stamler, 2002).

Det finns ingen klar allmängiltig definition av begreppet tröst. De författare som givit sig i kast med att bringa klarhet i ämnet, och som därmed skapat nya innebörder och definitioner, har tvärtom ökat den påtagliga oredan. Trots det flitiga nyttjandet av begreppet i omvårdnadssammanhang och i dagligt liv råder det oklarhet rörande begreppets egentliga innebörd (Tutton & Seers, 2003). Klart är emellertid att ordet tröst härstammar från latinets *confortare*, ett ord som betyder att stärka och som i sin tur har sin grund i ordet *fortis* som betyder stark. Florence Nightingale, som var en av de första att i omvårdnadssammanhang använda begreppet, skriver om tröst i samband med hennes insatser under Krim-kriget och menar att en ny sorts sjuksköterskor medförde välbehag för de sjuka (Siefert, 2002). Tröst ses också som någonting ömsesidigt då det förutsätter ett förtroende mellan den som ger tröst och den som tar emot detsamma. De båda parterna måste vara ”öppna, närvarande och tillgängliga” för varandra (Norberg et al., 2001, s. 548).

Kolcaba och Kolcaba (1991) presenterar olika betydelser av tröst baserat på de sammanhang i vilka de används i dagligt tal. Tröst kan ses som en handling som lindrar obehag, avlägsnar obehag eller som en lättnad och befrielse från obehag. När tröst ses som en lättnad eller befrielse från obehag kan denna vara av övergående eller bristfällig karaktär. Det kan röra sig om en befrielse av ett specifikt obehag bland många andra, något som ofta är fallet hos svårt sjuka cancerpatienter. De två återstående betydelserna klassificeras av författarna som föråldrade, det rör sig om tröst såsom någonting stärkande och uppmuntrande samt tröst i form av exempelvis förstärkt inflytande. Morse (1983), en annan teoretiker på området, menar att sjuksköterskan huvudsakligen tröstar patienten genom att lyssna på, röra vid och tala till patienten. Med beröring avser författaren inte någon ingående massage, utan snarare att lätt röra vid och stryka patienten varvid denne erhåller en betydande, icke-verbal tröst. Morse (1983) specificerar också hur tröstandet som sådant sker på olika sätt beroende på relationen mellan den som tröstar och den som erhåller tröst. En kram, som väl lämpar sig i intima relationer är inte alls rätt

sätt att bemöta en främmande människa vid det första kontakttillfället. Det sätt på vilket vi tröstar en annan människa ses alltså som beroende av vilken relation vi har till vederbörande. Morse (1992) menar också att tröst även kan vara av temporär eller långvarig karaktär.

Siefert (2002) poängterar att i princip varje studie på området har ett eller flera attribut att bidra med till en samlande definition av vad tröst egentligen kan tänkas innebära. Med ursprung i tidigare redovisade arbeten som definierar tröst har ett 60-tal attribut arbetats fram. Vart och ett av dessa anses utgöra en beståndsdel i begreppet för att sedan slå samman dem i sju olika kategorier: *Communication, Family and relationships, Functionality, Self-characteristics, Psychosocial and physical symptom relief-states and interventions, Spiritual activities and state, Safety and security.*

Den inledande kategorin, som berör kommunikationen mellan vårdtagare och vårdgivare, belyser vikten av att vårdpersonalen ser en människa med cancer ur ett helhetsperspektiv. Av de efterföljande kategorierna framstår betydelsen av att ha en familj, och att ha dem i sin närhet som en viktig beståndsdel i begreppet (Siefert, 2002). Författaren menar vidare att den individuella funktionsförmågan, exempelvis förmågan att kunna delta i det dagliga livet och utföra sina vardagliga sysslor skänker tröst till en människa med cancer. I en annan kategori betonas betydelsen av personens karaktär i det att ett starkt självförtroende och en inre upplevelse av styrka ger tröst och välbehag. En förmåga att i viss mån kunna kontrollera kroppen, såsom att vid behov kunna lindra smärta konstateras vidare som en viktig beståndsdel. De två avslutande kategorierna betonar att själslig vederkvickelse i form av en stark religiös övertygelse kan lindra lidande och skänka tröst och trygghet. Just trygghet ses som någonting möjligt att uppnå i kontakten med vårdgivare, i en trygg omvårdnadsmiljö och i relationen med närstående (Siefert, 2002).

Med tanke på att tröst som ett begrepp betraktat är mycket omfattande och saknar en allmängiltigt accepterad definition kommer detta arbete att fokusera på Sieferts definition. Till grund för uppsatsen vilar den första av de nämnda kategorierna, sålunda tröst i form av kommunikation. Siefert (2002) ser kommunikation som vårdgivarens förmåga att tala till, lyssna på och röra vid en människa med cancer. Dessa tre beståndsdelar av begreppet kommunikation har sin grund i attribut som ursprungligen

härifrån från Morse (1983, 1992, 2000), Larson (1987) och Bottorff, Gogag och Engelberg-Lotzkar (1995). Med detta som bakgrund är syftet med denna litteraturstudie att beskriva cancerpatienters upplevelser av tröst i form av kommunikation.

## **Metod**

### **Litteratursökning och kvalitetsgranskning av artiklar**

De internationella bibliografiska referensdatabaser som vi har använt oss av är PubMed och Cinahl. Till inklusionskriterierna för litteratursökningen hör vuxna personer över 18 år med cancerdiagnos samt vetenskapliga kvalitativa artiklar som är författade på engelska.

Sökordens specificitet har kontrollerats gentemot de respektive databasernas MeSH- och thesaurusystem, detta för att få en så optimal sökning som möjligt. Våra sökord är: *comfort, consolation, solace, communication, conversation, touch, therapeutic touch, hope, experience, life experience, quality of life, coping, nurse-patient relations, patient suffering, neoplasms, cancer, cancer patients, qualitative research, qualitative studies*. Vi har inledningsvis börjat med att använda varje sökord individuellt för att sedan, i syfte att få en hanterlig mängd träffar kombinerat sökorden med varandra. I tabell 2 redovisas de sökningar som genererat artiklar för analys.

Till grund för kvalitetsgranskningen av artiklarna vilar ett protokoll för granskning av studier med kvalitativ metod (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006, s. 156-157).

Klassificeringen av artiklarnas kvalitet har sin grund i ett poängsystem. Varje berörd studie har erhållit ett poäng för varje frågeställning som resulterat i ett positivt svar samtidigt som nollpoäng har givits i samband med frågeställningar som erhållit ett negativt svar. Varje enskild artikels poängsumma har sedan räknats om procentuellt och satts i relation till det maximalt möjliga poängantal som varje artikel kunnat uppnå (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006, s. 96). Artiklarna har betygsatts med fokus på bland annat problemformulering, syfte, urval, kontext, etiskt resonemang, avgränsning och resultatbeskrivning varefter varje enskild artikel klassificerats som varandes av hög, medel eller låg kvalitet i enlighet med tabell 1.

Tabell 1. Procentindelning vid kvalitetsbedömning

Procentindelning	Kvalitetsbedömning
80-100%	Hög
70-79%	Medel
60-69%	Låg

Endast studier som i kvalitetsavseende bedömts vara av en nivå motsvarande hög eller medel har inkluderats i analysen (n=20).

Tabell 2. Översikt av systematisk litteratursökning

Söknr.	*)	Söktermer	Träffar	Valda artiklar
<b>Cinahl 090126</b>				
1	FT	consolation AND cancer	3	1
2	FT	communication* AND conversation* AND cancer AND qualitative studies*	6	1
3	FT	communication* AND cancer AND quality of life* AND qualitative studies*	60	1
4	FT	conversation* AND cancer	94	1
5	TH	conversation* AND cancer patients*	42	1
6	TH	conversation* AND hope* AND neoplasms* AND qualitative studies*	72	1
7	FT	touch* AND cancer AND experience	24	1
8	FT	therapeutic touch* AND cancer AND qualitative studies* FT hope* AND experience AND cancer AND qualitative studies*	3	1
10	TH	hope* AND cancer patients* AND qualitative studies*	54	1
11	TH	life experiences* AND cancer patients* AND qualitative studies*	68	1
12	TH	life experience* AND cancer patients*	161	1
<b>Antal valda artiklar:</b>				<b>12</b>

Söknr.	*)	Söktermer	Träffar	Valda artiklar
<b>Pubmed 090127</b>				
1	FT	comfort AND neoplasms* AND cancer patients AND qualitative research*	22	3
2	FT	communication* AND patient suffering AND cancer AND qualitative research*	41	2
3	FT	touch* AND neoplasms* AND qualitative research	10	1
4	FT	nurse-patient relations* AND cancer patients AND qualitative research*	82	2
<b>Antal valda artiklar:</b>				<b>8</b>

\*) TH- Thesaurus heading terms i Cinahl, FT- Fritextsökning i Cinahl

\*) FT- Fritextsökning i PubMed



## Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats enligt Graneheim och Lundman (2004) har använts för att analysera artiklarna, en metod som lämpar sig väl i syfte att lyfta fram människors upplevelser ur ett inifrånperspektiv. Kvalitativ innehållsanalys innebär att särskilda textenheter som svarar mot ett uppställt syfte markeras och tas ut (Graneheim & Lundman, 2004). I detta fall innebär det cancerpatienters upplevelser av att någon talar till, lyssnar på och rör vid dem extraherats ur artiklarnas resultat för att kunna klarlägga upplevelsen av tröst i form av kommunikation. Manifest ansats medför i sin tur en strävan efter ett textnära förhållningssätt, fritt från egna tolkningar. Sammanlagt 232 textenheter har extraherats, översatts och kondenserats, det sistnämnda innebär att innehållet rent utrymmesmässigt kortats ned utan att dess kärna gått förlorad (Graneheim & Lundman, 2004). Textenheterna har sedan kategoriserats i flera steg. De olika kategorierna med textenheter som innehållsmässigt stått varandra nära, har slagits samman för att slutligen bilda fem olika slutkategorier som inte längre går att föra samman med varandra.

*Tabell 3. Översikt av artiklar som ingår i dataanalysen (n=20)*

<b>Författare/ År</b>	<b>Typ av studie</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Datainsamling och analysmetod</b>	<b>Huvudfynd</b>	<b>Kvalitet</b>
Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Hamrin & Eriksson (2004) Sverige	Kvalitativ	16	Kvalitativa intervjuer/ Hermeneutisk metod.	Vårdlidande uppstår om deltagarna inte blir betraktade som en hel människa och om inte vårdgivarna har tid att lyssna på dem.	Hög
Barron, Bulette Coakley, Fitzgerald & Mahoney	Kvalitativ	36	Kvalitativa intervjuer/ Kvalitativ innehålls- analys.	Terapeutisk beröring fungerar som ett redskap som ger tröst, omsorg och närvaro.	Medel

Tabell 3 (forts). Översikt av artiklar som ingår i dataanalysen (n=20)

Författare/ År	Typ av studie	Deltagare	Datainsamling och analysmetod	Huvudfynd	Kvalitet
(2008) USA					
Benzein, Norberg & Saveman (2001) Sverige	Kvalitativ	11	Narrativa intervjuer/ Fenomenologisk/ hermeneutisk metod.	Deltagarna upplever ett stort stöd när det har familj, vänner och andra patienter att tala med om sina känslor.	Hög
Berterö & Ek (1993) Sverige	Kvalitativ	8	Semistrukturerade intervjuer/ Grounded theory.	Deltagarna upplever trygghet när de får möjlighet att tala med vårdgivarna och att dessa visar sin närvaro och intresse för deltagarna.	Hög
Ekwall, Ternstedt & Sorbe (2003) Sverige	Kvalitativ	14	Semistrukturerade intervjuer/ Kvalitativ innehålls- analys.	Kommunikation ger självförtroende och skapar delaktighet. Att få tid för samtal upplevs som viktigt.	Medel
Harris & Templeton (2001) Canada	Kvalitativ	15	Fokusgruppintervjuer/ Kvalitativ dataanalys.	Deltagarna upplever att det är viktigt att läkare aktivt lyssnar och uppvisar en medvetenhet om kvinnornas sjukdom. Läkare som visar intresse och använder beröring i sin kommunikation meddeltagarna uppfattas som ett stort stöd.	Medel
Kelly, Sullivan, Fawcett & Samarel (2004) USA	Kvalitativ	18	Semistrukturerade intervjuer/ Kvalitativ innehålls- analys.	Deltagarna upplever en känsla av stillhet, avslappning, trygghet och välbehag i samband med beröring.	Hög
Kvåle (2007) Norge	Kvalitativ	20	Semistrukturerade intervjuer/ Fenomenologisk metod.	Deltagarna vill tala om sitt vardagliga liv, sina hobbies och sina familjer. De vill ofta inte tala om sina funderingar inför framtiden, de vill gärna erbjudas samtal med sjuksköterskor men de vill själva avgöra när.	Hög
Landmark & Wahl (2002) Norge	Kvalitativ	20	Semistrukturerade intervjuer/ Grounded theory.	En känsla av obehag upplevdes över hur de skulle kommunicera med sina närstående.	Hög
Liu,  Mok & Wong (2005) Kina	Kvalitativ	20	Semistrukturerade intervjuer/ Kvalitativ innehålls- analys.	Olika sorters främjande ord används för att inspirera och ge hopp. Dessa ord är av tröstande och uppmuntrande natur. Icke främjande ord visar sig vara sådana som försvagar patientens hopp och självaktning.	Hög

Tabell 3 (forts). Översikt av artiklar som ingår i dataanalysen (n=20)

Författare/ År	Typ av studie	Deltagare	Datansamling och analysmetod	Huvudfynd	Kvalitet
Macartney, Stone, Harrison, Graham & Grasse (1997) Canada	Kvalitativ	32	Semistrukturerade intervjuer/ Kvalitativ innehålls- analys.	Deltagarna uttrycker en önskan att vårdgivarna ska tillgodose både deras psykiska och fysiska behov. När de inte får tala med vårdgivarna känner de sig opersonliga och behandlade som objekt.	Medel
Mattioli, Repinski & Chappy (2008) USA	Kvalitativ	14	Semistrukturerade intervjuer/ Editing style.	Att få tala ger ett stort socialt stöd.	Medel
Melin- Johansson, Axelsson & Danielson (2006) Sverige	Kvalitativ	5	Fokusgruppintervjuer/ Kvalitativ innehålls- analys.	Det är viktigt att ha en möjlighet att få tala med sina närstående och med vårdgivarna.	Hög
Mok (2001) Kina	Kvalitativ	12	Semistrukturerade  Intervjuer/ Fenomenologisk dataanalys.	Deltagarna får styrka när vård-  givarna tar sig tid att tala och svara på frågor, lyssnar och ger information.	Medel
Mok & Chi Chiu (2004) Kina	Kvalitativ	20	Ostrukturerade intervjuer/ Hermeneutisk dataanalys.	Att kunna dela sina känslor med vårdgivarna är skönt och bygger upp en tillit mellan patienten och vårdgivaren.	Hög
Morales (1994) Puerto Rico	Kvalitativ	8	Semistrukturerade intervjuer/ Kvalitativ innehålls- analys.	Beröring ger deltagarna en känsla av förtroende, ett ökat hopp om tillfrisknande och en förbättrad förmåga till coping.	Hög
Nåden & Saeteren (2006) Norge	Kvalitativ	15	Semistrukturerade  intervjuer/ Hermeneutisk metod.	Deltagarna upplever trygghet  när de blir sedda, hörda och och tagna på allvar.	Medel
Richer & Ezer (2002)	Kvalitativ	10	Semistrukturerade intervjuer/ Analyserade enligt grounded theory.	Att få tala med vårdgivarna är en stark önskan, även då de tycks ha tidsbrist. Det är svårt att tala närstående om svåra känslor.	Hög
Sjölander & Berterö (2008) Sverige	Kvalitativ	10	Semistrukturerade intervjuer/ Konstant komparativ analys.	Konversation är viktigt för att känna stöd, både från vårdgivare och närstående.	Hög
Thome, Hislop, Armstrong &	Kvalitativ	82	Semistrukturerade intervjuer och fokusgruppsintervjuer/	Deltagarna ser kommunikation i cancervården som något av stor betydelse; det handlar om	Medel

Oglov  
(2007)  
Canada

Kvalitativ metod.

psykologisk tröst och att få ett  
förstärkt självförtroende, något som  
ses som en viktig förutsättning för  
att kunna överleva sjukdomen.

---

## Resultat

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva cancerpatienters upplevelser av tröst i form av kommunikation. Analysen resulterade i fem olika kategorier vilka redovisas i tabell 4. Kategorierna kommer att beskrivas i form av löpande text som belyses med olika citat.

*Tabell 4. Översikt av kategorier (n=5)*

---

## Kategorier

Att bli lyssnad på och att andra hör det outtalade

Att beröring och samtal ger välbehag, uppmuntran och hopp

Att bli behandlad som en hel person genom att få tid och känna tillit

Att få leva som tidigare och själv ha valfrihet

Att ha närstående som lyssnar när det verkligen behövs

---

### Att bli lyssnad på och att andra hör det outtalade

I en studie (Berterö & Ek, 1993) beskrev deltagare tröst i form av kommunikation som någonting mer än att bara tala. Det handlade bland annat om att få moraliskt stöd och närhet i form av beröring som gav en känsla av att lättare kunna hantera variationer i sjukdomstillståndet (Harris & Templeton 2001; Morales, 1994). Deltagare poängterade att upplevelsen av tröst i form av kommunikation förutsatte att samtal hade sin utgångspunkt i deras egna tankar, känslor och frågor vilket även gav dem en känsla av medbestämmande. Det var viktigt att inte sjuksköterskan eller någon annan vårdgivare styrde samtalet, utan istället tillät deltagarna att leda samtal med sina frågor och bekymmer (Berterö & Ek, 1993; Kvåle, 2007, Thorne, Hislop, Armstrong & Oglov, 2008).

*It shouldn't be influenced by what the nursing staff believe that the Individual wants to know. Even here, respect for the individual plays a major role. (Berterö & Ek, 1993, s. 1351)*

Det fanns också önskemål hos deltagarna att vårdgivarna var uppmärksamma och hade förmåga att också höra det outtalade (Harris & Templeton, 2001). En sådan kommunikation reducerade det oundvikliga lidandet och genererade upplevelse av tröst. Personer med cancer uttryckte hur viktig kommunikation var för sjukdomsprocessen. Att bli bemött på ett kommunikativt bra sätt genom en känsla av att bli lyssnad på ansågs kunna utgöra skillnaden mellan liv och död. Det resulterade i ökat självförtroende och ansågs vara av stor betydelse för upplevelsen av att kunna tillfriskna och överleva sjukdomen (Thorne et al., 2008).

*...helpful health care communication served to reduce the inevitable psychological distress associated with cancer and promote feelings of comfort.* (Thorne et al., 2008, s. 37)

Upplevelser av brister i kommunikationen, antingen i form av otillräckliga möjligheter för eller också i form av negativa erfarenheter av dialog, tycktes påverka tankar och självuppfattning (Macartney et al., 1997). Detta kunde leda till okontrollerbar ångest och avsaknad av tröst, något som i sin tur ansågs utgöra grund för oro och försämrade möjligheter till tillfrisknande. Deltagarna uttryckte farhågor att dåliga erfarenheter av samtalet med vårdgivarna påverkade deras immunförsvar i negativ bemärkelse (Thorne et al., 2008).

*When you have a bad experience, it brings down your body's immunity...  
You know the mind regulates the body. If you have a bad experience, it affects your mind and then automatically affects your body.*  
(Thorne et al., 2008, s. 36)

### **Att beröring och samtal ger välbehag, uppmuntran och hopp**

Deltagare i studier (Barron, Bulette Coakley & Mahoney, 2008; Thorne, 2008) uttryckte välbehag i samband med kommunikation. Tröst i form av välbehag infann sig när deltagarna fick beröring och blev tilltalade. Detta gav en välkommen möjlighet att få

skingra tankarna om än bara för en kort stund, samt känna stillhet och trygghet (Barron et al., 2008; Kelly, Sullivan, Fawcett & Samarel, 2004). Dessa känslor gav sammantaget en upplevelse av lindrat obehag och oro. Det genererade välbehag och energi vilket gav en tröst som stärkte deltagarnas möjligheter till coping (Barron et al., 2008; Morales, 1994).

*...for some reason or other, there was something very calming about it [beröring], very unusually protective about it, like building a shield against the outer world kind of thing.*

(Kelly et al., 2004, s. 629)

Att få uppmuntrande ord gav socialt stöd till deltagarna (Sjölander & Berterö, 2008). De uppskattade läkare som gav uttryck för uppmuntrande ord, något som uppfattades som tröstande och stärkande. Deltagarna uttryckte förväntan att vårdgivarna skulle uppmuntra dem med tröstande ord i syfte att stärka deras självförtroende (Liu, Mok & Wong, 2005). Kommunikation som resulterade i hopp upplevdes som tröstande. Deltagarna fann tröst i form av beröring och dialog vilket gav dem hopp i svåra stunder att kunna överleva sjukdomen (Morales, 1994; Thorne et al., 2008). Det fanns önskemål om att lyssna till berättelser om personer som blivit botade eftersom dessa kunde utgöra förebilder och därmed ger dem hopp (Liu et al., 2005; Thorne et al., 2008).

*I'd like them to encourage me. They often say: "Never mind, you must be able to recover. Many patients have suffered from more severe diseases than you, and they were able to recover. So can you." Even if I think such words are not realistic, I like to hear them.*

(Liu et al., 2005 s. 350)

### **Att bli behandlad som en hel person genom att få tid och känna tillit**

Deltagare i studier (Ekwall, Ternstedt & Sorbe, 2003; Harris & Templeton, 2001; Macartney et al., 1997) uttryckte ett stort behov av att bli sedda som en hel person. Att få tid för samtal med vårdgivarna bedömdes som viktigt för att kunna uppleva tröst. Rädslan för det okända reducerades och möjligheterna till coping ökade när deltagarna fick tid för samtal och sina frågor besvarade (Harris & Templeton, 2001; Mattioli, Repinski, Chappy,

2008; Thorne et al., 2008). Deltagarna poängterade att aktivt lyssnande från vårdgivarnas sida var något som verkligen hjälpte dem. De gav uttryck för tacksamhet över vårdgivare som tog sig tid för samtal fast de egentligen upplevdes som upptagna (Sjölander & Berterö, 2008).

*They [deltagarna] felt that adequate time for talking with healthcare staff was an important aspect of healthcare quality.*

(Ekwall et al., 2003, s. 315)

Att bli tagen på allvar, bli uppmärksammad och lyssnad på framhölls som tröstande i kommunikationen med vårdgivarna (Berterö & Ek, 1992; Nåden & Saeteren, 2006). Deltagarna belyste att det var tröstande att våga berätta om sina känslor och ibland kändes det lättare att tala med vårdgivare än närstående (Landmark & Wahl, 2002) om detta, något som i sin tur krävde en känsla av tillit i relationen till den som lyssnade. Tilliten utvecklades genom upplevelse av respekt, ärlighet och ett genuint intresse i kommunikationen från vårdgivarens sida (Mok, 2001; Mok & Chi Chiu, 2004). Känslan av tillit gjorde att deltagarna kunde diskutera mer intima frågor med vårdgivarna och det gav också en känsla av att det som sades stannade mellan individerna (Berterö & Ek, 1992; Kvåle, 2007; Nåden & Saeteren, 2006; Sjölander & Berterö, 2008). Det uttrycktes också önskemål att vårdgivare skulle klara av att hantera svåra frågor om deltagarnas rädsla för döden (Kvåle, 2007). Det var även uppskattat om de hade mod att sätta sig ner och skänka tröst, detta genom att möta deras funderingar (Macartney et al., 1997). I samtal och genom beröring erhöles känslan av att bli bekräftad och vara betydelsefull. Att bli behandlad som en intelligent, tänkande och betydelsefull person vid samtal resulterade vidare i känslan av att vara väl omhändertagen. Det gav tröst och skänkte en känsla av trygghet (Berterö & Ek, 1992; Harris & Templeton, 2001; Morales, 1994).

*They (the nurses) had an awareness of, and the ability to deal with all the non-medical stuff. They responded to a tear...*

(Macartney et al., 1997, s. 142)

Att inte få tid för samtal och att inte få beröring gav en känsla av att bli behandlad som ett objekt och inte som en hel person. Det skapade lidande, en känsla av vånda och frustration (Arman et al., 2004; Macartney et al., 1997; Thorne et al., 2008) och resulterade i en upplevelse av ensamhet och brist på medbestämmande (Thorne et al., 2008).

*If you are not seen as anything but a physical thing, not seen in your suffering, that really makes the suffering more intense, for there you are. I thought sometimes I could cut a piece of myself off and send that, I don't have to go along myself, for they are not interested in me, are they?*  
(Arman et al., 2004, s. 252)

### **Att få leva som tidigare och själv ha valfrihet**

Deltagare i studier (Ekwall et al., 2003; Kvåle, 2007; Liu et al., 2005; Richer & Ezer, 2002) fann tröst i att få tala om vardagliga saker. Att tala om sina intressen gav en känsla av att få leva som tidigare och de poängterade betydelsen av att bli behandlade som vanligt och inte få medömkan (Richer & Ezer, 2002). De ville inte tala om sjukdomen hela tiden eftersom det framkallade en rädsla inför framtiden. Rädslan uttryckte sig bland annat i form av tankar om ett förkortat liv och kunde reducera hoppet om tillfrisknande (Kvåle, 2007; Liu et al., 2005). Möjligheten att få tala och tänka på någonting annat skänkte en känsla av att det fanns någonting annat i livet än sjukdomen. Det kunde upplevas tröstande att inte tänka på och tala om det, vilket ledde till en tröstande upplevelse av att kunna distrahera sig själva från lidandet (Ekwall et al., 2003; Kvåle, 2007; Liu et al., 2005). Deltagarna uttryckte tacksamhet gentemot vårdgivare som diskuterade varierande samtalsämnen med dem, främst sådant som berörde vardagligt liv (Ekwall et al., 2003).

*I want to live as normally as possible. I want to talk about what I am doing at home. They [vårdgivare] know much about me. I want to talk about ordinary things.*  
(Kvåle, 2007, s. 324)



Det fanns också uttrycklig önskan hos deltagarna att själva få välja när samtalen med vårdgivarna skulle äga rum. Deltagare upplevde en känsla av obehag av att höra pessimistiska åsikter om sitt sjukdomstillstånd (Ekwall et al., 2003; Liu et al., 2005). En del valde därför att inte lyssna till den typen av åsikter och att ha den valfriheten upplevdes som viktigt. Deltagarna betonade vidare att de inte alltid ville besvara vårdgivarnas frågor. De ville istället diskutera dem vid ett senare mer passande tillfälle. Valfrihet om samtals innehåll, med vem och vid vilken tidpunkt det skulle äga rum bedömdes som viktigt (Kvåle, 2007; Liu et al., 2005).

*I don't like to listen to words such as "the disease cannot be cured completely" or "even though it can be cured, it will metastasize to other parts of your body in the future".*

(Liu et al., 2005, s. 351)

### **Att ha närstående som lyssnar när det verkligen behövs**

Närstående tillmättes en stor betydelse av deltagare i studier (Mattioli et al., 2008; Sjölander & Berterö, 2008) som menade att det handlade om en värdefull dialog och om ett stöd som inte var begränsat i tid. Att få möjligheten att tala med närstående på en daglig basis uppfattades som tröstande då det gav känsla av bekräftelse (Mattioli et al., 2008; Sjölander & Berterö, 2008). Närstående som tog sig tid att sitta ner och tala med deltagarna om deras hälsotillstånd skänkte energi och livskvalitet (Melin-Johansson, Axelsson & Danielson, 2006). Det var viktigt för deltagarna att ha närstående som lyssnade när de inte mår bra, det var tröstande av att ha andra än sjuksköterskor att tala med (Berterö & Ek, 1993; Kvåle, 2007). De fann en tröst i att kunna tala om både sjukdomen och saker att glädjas över, speciellt med närstående som själva varit sjuka och som därför ansågs ha en stor förståelse (Mattioli et al., 2008). En särskild öppenhet fanns i dialogen med närstående (Kvåle, 2007; Sjölander & Berterö, 2008) eftersom deltagarna kunde tala mer öppet om sina bekymmer med dessa. Närstående upplevdes som trygga varvid deltagarna blev mer lugna och kunde därmed vara mer öppna om sitt sjukdomstillstånd (Melin-Johansson et al., 2006).

*I talk to my family my wife and those who are interested in talking to me. Those close to me are open about the disease.*

(Kvåle, 2007, s. 324)

Betydelsen av att ha en familj som lyssnade och som hjälpte till när de verkligen behövde det upplevdes tröstande. Att ha en make eller maka att tala med i hemmet var viktigt liksom att kunna tala med bröder och systrar om något allvarligt kom fram (Benzein, Norberg & Saveman, 2001; Melin-Johansson et al., 2006; Sjölander & Berterö, 2008).

*It was essential to have spouses to talk to about the illness and to have daily contact with their children and siblings for emotional support*

(Melin-Johansson et al., 2006, s. 396)

## **Diskussion**

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva cancerpatienters upplevelse av tröst i form av kommunikation enligt Siefert's (2002) definition. Artiklarna analyserades med kvalitativ innehållsanalys vilket resulterade i fem kategorier: Att bli lyssnad på och att andra hör det outtalade; Att beröring och samtal ger välbehag, uppmuntran och hopp; Att bli behandlad som en hel person genom att få tid och känna tillit; Att få leva som tidigare och själv ha valfrihet; Att ha närstående som lyssnar när det verkligen behövs.

I kategorin ”att bli lyssnad på och att andra hör det outtalade” framkom att tröst i form av kommunikation handlade om någonting mer än att bara tala. Deltagarna uttryckte vikten av samtal och att dessa borde utgå från deras egna tankar och funderingar. Det fanns önskemål att vårdgivare inte skulle styra samtalen utan istället ta stor hänsyn till deltagarna. Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen 2005) betonar att sjuksköterskan ska ha förmåga att kommunicera med patienter på ett respektfullt och lyhört sätt. Vårt resultat visar även att känslan av delaktighet förstärktes när personer med cancer fick uttrycka sina åsikter angående sin omvårdnad, det gav dem en känsla av att de blivit lyssnad på och gav dem en möjlighet att vara med och bestämma. Just medbestämmandet är en viktig aspekt inom all hälso- och sjukvård och något personer med sjukdom ska ha rätt att förvänta sig, inte minst med

tanke på att Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) tydligt deklarerar att all hälso- och sjukvård ska bygga på respekt för patientens självbestämmande.

I en studie av Kvåle och Bondevik, (2008) framkommer viktiga aspekter vad gäller patientcentrerad vård vid cancersjukdom och hur tröstande det är när vårdgivare tar sig tid och lyssnar på dem ordenligt. När detta sker framkommer deras behov på ett tydligt sätt vilket gör det lättare för dem att vara med och bestämma över sin omvårdnad.

Kacperek (1997) beskriver att personer med sjukdom vill ha en dialog i vilken de respekterades och får tala till punkt. Det uppstår obalans i maktrelationen när vårdgivare tar beslut över huvudet på personer med sjukdom, istället för att hjälpa dem att göra sina egna val. Det finns en känsla hos personer med sjukdom att vårdgivare vet bäst och att de själva saknar kunskap (Henderson, 2003). I en studie av Rundqvist och Lindström (2005) betonas också att vårdgivare måste överge inställningen att endast de vet vad som är bäst för en person med sjukdom. De borde istället utveckla ömsesidig respekt, stärka personens autonomi och medbestämmande. Genom förflyttning av makt uppstår en jämlikhet som gör det möjligt för en person med sjukdom att i större utsträckning ta kontroll över och bemästra sin situation. Det underlättar coping och skänker därmed tröst.

Deber, Kraetschmer, Urowitz och Sharpe (2007) poängterar att personer med sjukdom heller inte vill att medbestämmandet ska anta en helt autonom framtoning i vilken alla beslut vilar på personen själv. Autonomi präglad av samförstånd och gemenskap med vårdgivare eftersträvas. Personer med sjukdom uppskattar när vårdgivare använder sin makt ur positiv synvinkel. Denna makt har som syfte att ge medbestämmande vilket leder till en känsla av frihet och tröst. Oudshoorn, Ward-Griffin och McWilliam (2006) menar att vårdgivare anses medmänskliga, tröstgivande och kan utföra bättre omvårdnad när de lyssnar uppmärksamt och innerligt till det uttryckta och önskade. Det är betydelsefullt om vårdgivare ser personer med sjukdom som experter på sina egna liv och genom denna insikt och kunskap utföra omvårdnad i samråd med dessa. Vårdgivare kan använda sin makt på ett positivt sätt genom att tillgodose dessa behov i samråd med patienten och göra så att denne i sin tur upplever makt och kontroll över sina egna liv.

I vårt resultat framkom att det upplevdes tröstande om vårdgivarna var uppmärksamma och hade förmåga att även höra det outtalade. Betydelsen av icke-verbal kommunikation

framkommer i en studie av Kacperek (1997) som menar att vårdgivarna förväntas vara uppmärksamma på både det uttalade och det icke uttalade, i synnerhet beträffande personer med svårigheter att uttrycka sig verbalt. Det krävs mod från vårdgivarens sida att våga möta det outtalade behovet. Genom visad närhet och närvaro från vårdgivarens sida kan en person med sjukdom lättare förmedla sina känslor och tankar på ett icke-verbalt plan. Davies (1994) betonar att kroppsspråket och ögonkontakten är en viktig del i den outtalade kommunikationen som tillsammans med det uttalade ger en större styrka i kommunikationen.

I kategorin ”*att beröring och samtal ger välbehag, uppmuntran och hopp*” framkom att deltagarna fann tröst i form av välbehag genom beröring. Estabrooks och Morse (1992) menar att beröring skänker tröst och är ett värdefullt icke-verbalt instrument för vårdgivare. Beröring gav bland annat en känsla av att få skingra tankarna, om än bara för en kort stund. I en studie av Samarel (1991) framkommer att beröring ger positiva fysiska och psykiska effekter. Fysiskt leder beröring bland annat till en tröstande upplevelse av minskad smärta och avslappning. Den psykiska effekten resulterar i en rogivande upplevelse, en känsla av att vara omtyckt och ger möjligheten att få släppa tankarna om sjukdomen en stund. Ett liknande resultat framkommer i Bredin (1999) som menar att beröring hos kvinnor som har bröstcancer leder till avslappning och en känsla av att träda in i en annan värld. Det ger också en tröstande känsla av att vara värdefull, bli bekräftad och underlättar coping. Författaren noterar också en förbättrad sömn och att personer i samband med beröring upplever välbehag som gör det lättare att ge uttryck för emotionella känslor.

Chang (2000) menar också att beröring har en fysisk och psykisk dimension. Beröring ger tröst då det är rogivande för tanke och själ och uppfattas som en länk mellan personer med sjukdom och vårdgivare. Genom beröring erhåller personer en upplevelse av förståelse från vårdgivare för sin sjukdom och det tröstar och lindrar den känslomässiga smärta som sjukdomen medför.

Beröring behöver inte nödvändigtvis upplevas positivt. Hollinger och Buschmann (1993) menar att beröring kan leda till förlust av oberoende och leda till en känsla av hjälplöshet. Författarna menar att en negativ upplevelse av beröring ofta har sitt ursprung i en rädsla

för att bli beroende. Simpson och Carter (2008) beskriver att personer med sjukdom kan se mottagandet av beröring som en bekräftelse på att ta emot hjälp och genom att ta emot hjälp så riskerar de att utveckla en känsla av beroende. Det kan även upplevas på olika sätt beroende på mottagarens kulturella och religiösa bakgrund. Edvardsson, Sandman och Rasmussen (2003) menar i sin tur att beröring förutsätter ömsesidig respekt för integriteten. Personer med sjukdom upplever att vårdgivare bör närma sig deras privata sfär med försiktighet och respekt för att kunna ge beröring (Edvarsson et al., 2003). McCann och McKenna (1993) poängterar att inte alla är i behov av eller vill ha beröring från vårdgivare. Det är viktigt att vårdgivare utvecklar en god relation till mottagaren innan välgörande beröring kan äga rum (Estabrooks & Morse, 1992).

I kategorin *”att bli behandlad som en hel person genom att få tid och känna tillit”* framkom att deltagarna kände tröst när de fick uttrycka sina känslor. Det fordrade i sin tur tillit i relationen med vårdgivaren. Sellman (2007) ser tillit som en fundamental beståndsdel i relationen mellan människor. Eriksson och Nilsson (2008) beskriver att personer med sjukdom är sårbara och förväntar sig att vårdgivaren ska vara förtroendeingivande genom att ge uttryck för ödmjukhet och känslighet i relationen. En dialog präglad av ömsesidig respekt och förtroende är viktigt för skapandet av en tillitsfull relation. Lögstrup (1994, s. 48, 50-51) beskriver en naturlig tillit som innebär att vi tror gott om andra människor såvida vi inte på förhand vet något som väcker misstro. Människor utlämnar i relationen till varandra sina liv och placerar det i den andres hand. Det är i vår hållning till varandra som vi bidrar till att forma och gestalta den andres värld genom att göra den trygg eller hotande, ljus eller mörk. Till följd av detta finns ett uttalat krav som innebär att vi har skyldighet att ta hand om det liv som utlämnas till oss.

Tillit är en förutsättning för att personer med sjukdom ska kunna ge uttryck för sina känslor och tankar. Genom att möta dem på deras nivå så uppstår en känsla av förtroende, att bli sedd och lyssnad på. Det innebär att vårdgivaren bör sträva efter att uppvisa förtroende som automatisk skapar känsla av tillit i relationen. Vårdgivare som utstrålar förtroende ses som mer tillitsfulla än andra, det skapar trygghet hos personer med sjukdom. Vårdgivare som ger ett tillitsfullt intryck redan i det första mötet uppskattas och kan lättare skapa en god relation (Eriksson & Nilsson, 2008). Sellman (2006) betonar att

vårdgivare måste vara medvetna om detta. Personer med sjukdom ska känna sig betydelsefulla och välkomna i relationen med vårdgivarna och uppleva att de får tid med dem. En god relation förutsätter att vårdgivaren tar sig tid att sätta sig ner och visar ett genuint intresse vilket leder till en upplevelse av tillit och att bli behandlad som en hel person (Irurita, 1999).

I vårt resultat framkom att bli behandlad som en intelligent, tänkande och betydelsefull person skänkte tröst och motverkade objektifiering. Antonovsky (2005, s.31, 39) beskriver vikten av att se på människan ur ett salutogenetiskt perspektiv. Det innebär en helhetssyn av människan, hennes sjukdom och den kontext som omger henne. Det är viktigt att vårdgivare betraktar personer med sjukdom som unika individer och tar stor hänsyn till helhetsbilden. Eriksson och Svedlund (2007) menar att om personer med sjukdom inte blir bekräftade och behandlade som en helhet riskerar de att uppleva frustration, utmattning och hjälplöshet. Toombs (1993, s. 51, 78) poängterar att det är viktigt att notera att en person som drabbas av sjukdom per automatik objektifierar sig själv. Distanstagandet gentemot den egna kroppen sker genom att kroppen plötsligt upplevs som trasig och utanför ens egen kontroll. En person med sjukdom ser sig själv genom andras ögon och om även dessa andra, exempelvis vårdgivare, objektifierar dennes kropp blir objektifieringen än tydligare. Det är därför av stor betydelse att vårdgivare tar hänsyn till personers kroppsuppfattning så att dessa inte förorsakas onödigt lidande genom ytterligare objektifiering.

I kategorin ” *att få leva som tidigare och själv ha valfrihet* ” framkom att människor med cancer ville leva på samma sätt som tidigare. Att få tänka på och tala om någonting annat än sjukdomen uppfattades som tröstande och gav möjlighet att distrahera sig själv från det oundvikliga lidandet. Kyngäs et al., (2001) beskriver hur viktig acceptans av cancersjukdom är för att kunna återgå till ett så vanligt liv som möjligt, trots de påfrestningar sjukdomen innebär. Det är viktigt att konstruera sitt liv och inkludera sjukdomen som en naturlig del av livet. För att kunna leva ett så vanligt liv som möjligt använder personer med sjukdom olika copingstrategier. Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor och Falke (1992) menar att sådana copingstrategier kan vara att tänka positivt på sjukdomsprocessen, vilket leder till en känsla att växa som person genom att fokusera på det som är viktigt i livet. Personer med sjukdom använder sig många gånger av negativa

copingstrategier. Det kan innebära distansering gentemot andra människor och genom att försöka glömma allt vad sjukdomen innebär. Morgan (2001) menar att också vårdgivare använder sig av copingstrategier som är avsedda att fungera beskyddande för personer med sjukdom. Det innebär ett försök att minimera och kontrollera stressorer som kan framkalla oro och rädsla hos dem. Ett sätt för vårdgivare att minimera stressorer och generera tröst hos personer med sjukdom kan exempelvis vara genom att bara vara tillgänglig.

I kategorin *"att ha närstående som lyssnar när det verkligen behövs"* framkom vikten av närståendes betydelse, med dessa kunde deltagarna föra en värdefull och öppen dialog som inte ansågs vara begränsad i tid. En studie av Fridfinnsdottir (1997) beskriver att personer med sjukdom vill ha närstående som lyssnar till deras bekymmer och rädslor. De uttrycker en önskan att få tala med människor som de känner sig trygga med, och uppskattar deras närvaro i svåra stunder. I en annan studie (Landmark, Strandmark & Wahl, 2002) framkommer att stöd från närstående ger en person med sjukdom uppmuntran att fortsätta kampen mot sjukdomen. Författarna förklarar vidare att det även kan vara svårt att uttrycka sina känslor och behov för närstående, eftersom personer med sjukdom är rädda för att de ska bli en börda för sin omgivning. Det framkommer också att personer med sjukdom upplever att närstående lider till följd av deras sjukdom men försöker att upprätthålla ett sken av att allt är bra.

I vårt resultat framkommer att personer med sjukdom upplever tröst i att ha närstående i sin närhet. Berterö (2000) menar att det är viktigt att närstående får en aktiv och uppmärksam roll i omvårdnadsarbetet. Vårdgivare måste vara lyhörda för närståendes behov och i princip lägga samma vikt vid anhörigvården som patientvården. Närstående är en stor resurs för personer med sjukdom men de kan också vara i behov av stöd och hjälp då de oundvikligen utsätts för ett lidande då någon i familjen insjuknar. Eriksson och Lauri (2000) beskriver betydelsen av att vårdgivare lägger stor vikt vid att stödja och hjälpa närstående till personer med sjukdom. De upplever att det är viktigt att vårdgivare tar sig tid att tala med dem om deras tankar och känslor så att de i sin tur kan förmedla ett betydande stöd till personen med sjukdom. Närstående behöver inte nödvändigtvis vara i behov av stöd från vårdgivare, men författarna poängterar vidare att det alltid bör erbjudas möjlighet till samtal med vårdgivare om närstående önskar det.

Det bör avslutningsvis betonas att personer med sjukdom ibland inte har några närstående. Vårdgivare bör utveckla en förmåga att uppmärksamma ensamhet hos personer med sjukdom då ensamheten i sig kan innebära en sorg och avsaknad av tröst (Lauder, 2004). Valente och Aoyama (1992) beskriver att det är viktigt för vårdgivare att respektera de personer med sjukdom som vill bli lämnade ifred. Samtidigt är det viktigt att notera huruvida personen självmant valt att vara ensam eller mot sin vilja blivit lämnad ensam. I det senare fallet krävs lyhördhet hos vårdgivaren då ensamhet kan upplevas smärtsamt. Författarna poängterar avslutningsvis betydelsen av att vårdgivaren kan möta ensamhet och genom dialog erbjuda empati, medmänsklig samvaro, tid och uppmärksamhet.

### **Metoddiskussion**

Holloway och Wheeler (2002, s. 8) betonar att kvalitativ forskning inte kan sägas vara någon exakt vetenskap då människor inte alltid agerar vare sig logiskt eller förutsägbart. Den sociala verklighet i vilken vi verkar är inte systematisk eller konstant. Det är därför viktigt att kvalitativ forskning är väl strukturerad och systematisk i syfte att lyfta fram en trovärdig bild av verkligheten.

Till grund för vår uppsats vilar kvalitativ manifest innehållsanalys baserad på Graneheim och Lundman (2004). Kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats lämpar sig väl för analys av kvalitativa studier. Det är en vedertagen metod för att lyfta fram upplevda erfarenheter ur ett inifrånperspektiv. Det finns fyra viktiga komponenter att ta hänsyn till i värderingen av en kvalitativ studie; pålitlighet, trovärdighet, överförbarhet och bekräftelsebarhet (Holloway & Wheeler, 2002, s. 254-255).

Enligt Holloway och Wheeler (2002, s. 254-255) innebär *pålitlighet* bland annat att det ska vara möjligt för en forskare att under liknande omständigheter och med liknande data nå ett nära nog identiskt resultat. En hög grad av pålitlighet förutsätter stor noggrannhet i dataanalysen. Downe-Wamboldt (1992) beskriver att faktorer som kan relateras till den mänskliga faktorn, exempelvis stress kan reducera en studies pålitlighet genom förlorad noggrannhet. Vi har av denna anledning valt att bearbeta textenheterna, kondenseringarna och kategoriseringarna på ett tidskrävande och noggrant sätt gentemot syftet. Detta för att försäkra oss om att inte förlora några nyanser i de upplevelser som framkom.



Pålitligheten i vår studie styrks bland annat genom redovisningen av analysartiklar i tabell 3. Studierna är i sin tur utvalda efter en ingående kvalitetsbedömning enligt Willman och Stoltz (2006, s. 97) i vilken endast studier av hög eller medel i kvalitetshänseende inkluderats.

*Trovärdigheten* i vår studie styrks genom en bred kulturell och internationell aspekt vad gäller de artiklar som analyserats. Det resulterar i *överförbarhet* som kan tänkas stämma överens med olika kontextuella miljöer (Graneheim & Lundman, 2004; Holloway & Wheeler, 2002, s. 255; Polit & Beck, 2004, s. 435). Graneheim och Lundman (2004) poängterar vidare att trovärdigheten styrks genom den kollegiala diskussionen mellan forskare. I vårt fall så har vi varit två som bearbetat och analyserat analysmaterialet. En annan styrka är att vår studie granskats i samband med seminarier och opponentskap varvid utomstående kunnat lyfta fram förslag till tänkbara förbättringar och förtydliganden. Ett faktum som också kan anses vara viktig för vår studies trovärdighet är att den bygger på en specifik teori av Siefert (2002). Det innebär att det inte finns något utrymme för egna, subjektiva tolkningar av analysmaterialet. Studiens trovärdighet bygger även på det faktum att vi stödjer vårt resultat med nyanserade citat som beskriver upplevda erfarenheter.

Faktorer som kan tänkas begränsa studiens trovärdighet är den möjliga förlusten av nyanser i samband med översättning och kondensering av de extraherade textenheterna. Detta kan ha skett genom en nyansförlust i samband med översättningen, då engelska inte är vårt modersmål, eller i samband med kondenseringen till följd av bristande erfarenhet. Holloway och Wheeler (2002, s. 255) beskriver *bekräftelsebarhet* som en möjlighet att kunna spåra data till dess källa. Det är viktigt att kunna följa en röd tråd genom arbetet. Vi stärker bekräftelsebarheten genom att vi använt oss av en manifest ansats, som inte lämnar utrymme för egna tolkningar.

## **Slutsatser**

Tröst i form av kommunikation är ett centralt begrepp för att personer med sjukdom ska kunna uppleva hälsa. Att leva med cancer innebär ett oundvikligt lidande och det är därför av stor betydelse att få uppleva tröst i kommunikationen med vårdgivare. Vår litteraturstudie visar att tröst i form av kommunikation är ett mångfasetterat begrepp. I

vårt resultat framkommer ett flertal konkreta interventionsförslag som sjuksköterskan kan nyttja i syfte att skänka tröst till personer med cancer: Sjuksköterskan bör vara tillgänglig för samtal, vara lyhörd och aktivt lyssna. Vårt resultat visar att det finns en tydlig förväntan att sjuksköterskan ska besitta dessa egenskaper och att tröst inte infinner sig i annat fall. I detta vilar också en förhoppning om att få tröst genom att vårdgivarna hör det uttalade. Beröring framstår också som en väsentlig del i kommunikationen och genererar i kombination med verbal kommunikation, tröst genom en upplevelse av välbehag, uppmuntran och hopp. Det stärker sammantaget förmågan till coping.

Personer med cancer uttrycker också önskemål att själv få styra kommunikationen och att bli behandlade ur ett helhetsperspektiv. Det ställer särskilda krav på sjuksköterskan då det förutsätter en tillitsfull relation för att tröst ska kunna förmedlas. Vårt resultat visar att det krävs respekt, ärlighet och ett genuint intresse i kommunikationen från sjuksköterskans sida för att en känsla av tillit ska kunna uppstå. Personer med cancer poängterar också betydelsen av att få leva som tidigare och finner tröst i att få tala om vardagliga saker som inte har med sjukdomen att göra. Vårdgivare som inte konstant talar om sjukdomsprocessen med tillhörande behandlingar och dylikt utan som också talar om vardagliga saker uppskattas, något sjuksköterskan sålunda bör ha i åtanke. Det finns också en uttrycklig önskan om valfrihet då det ger tröst genom en känsla av kontroll. Personer med cancer vill själva avgöra när de vill tala om sin situation och upplever avslutningsvis tröst i att få tala med och umgås med närstående; det finns en särskild öppenhet i dialogen med närstående då den inte anses vara begränsad i tid.

Vår litteraturstudie visar att tröst i form av kommunikation är viktigt för att uppnå hälsa och välbefinnande i cancersjukdom. Det finns gott om studier som definierar begreppet tröst, däremot saknar vi kvalitativa studier om hur personer med sjukdom upplever tröst ur specifika definitioner. Vi efterlyser därmed mer forskning inom området.

## Referenser

Artiklar markerade med \* ingår i analysen.

- \* Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., Hamrin, E., Eriksson, K. (2004). Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 248–256.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- \* Barron A.M., Coakley-Bulette, A., & Mahoney, E. (2008). Promoting the integration of therapeutic touch in nursing practice on an inpatient oncology and bone marrow transplant unit. *International Journal of Human Caring*, 12, (2), 81-89.
- \* Benzein, E., Norberg, A., & Saveman, B.I. (2001). The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care. *Palliative Medicine*, 15, 117-126.
- Berterö, C., & Ek, A.C. (1993). Quality of life of adults with acute leukaemia. *Journal of Advanced Nursing*, 18, (9), 1346-1353.
- Berterö, C. (2000). Types and sources of social support for people afflicted with cancer. *Nursing and Health Sciences*, 2, 93-101.
- Bottorff, J.L., Gogag, M., & Engelberg-Lotzkar, M. (1995). Comforting: exploring the work of cancer nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1077-1084.
- Bredin, M. (1999). Mastectomy, body image and therapeutic massage: a qualitative study of women's experience. *Journal of Advanced Nursing*, 29, (5), 1113-1120.
- Chang, S.O. (2000). The conceptual structure of physical touch in caring. *Journal of Advanced Nursing*, 33, (6), 820-827.
- Davies, P. (1994). Non-verbal communication with patients. *British Journal of Nursing*, 3, (5), 220-223.
- Deber, R.B., Kraetschmer, N., Urowitz, S., & Sharpe, N. (2007). Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision-making in several patient populations. *Health Expectations*, 10, 248-258.
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: methods, applications, and issues. *Health Care for Women International*, 13, 313-321.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L., Taylor, S., & Falke, R. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11, (2), 79-87.
- Edvardsson, J.D., Sandman, P.O., & Rasmussen, B. (2003). Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 601-609.
- \* Ekwall, E., Ternstedt, B.M., & Sorbe, B. (2003). Important aspects of health care for women with gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30, (2), 313-319.
- Eriksson, E., & Lauri, S. (2000). Informational and emotional support for cancer patients' relatives. *European Journal of Cancer Care*, 9, 8-15.

- Eriksson, U., & Svedlund, M. (2005). Struggling for confirmation – patients' experiences of dissatisfaction with hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, *16*, 438-446.
- Estabrooks, C.A., & Morse, J.M. (1992). Toward a theory of touch: the touching process and acquiring a touching style. *Journal of Advanced Nursing*, *17*, 448-456.
- Flanagan, J., & Holmes, S. (2000). Social perceptions of cancer and their impacts: implications for nursing practice arising from the literature. *Journal of Advanced Nursing*, *32*, (3), 740-749.
- Fridfinnsdottir, E.B. (1997). Icelandic women's identifications of stressors and social support during the diagnostic phase of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, *25*, 526-531.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*, 105-112.
- \* Harris, S.R., & Templeton, E. (2001). Who's listening? Experiences of women with breast cancer in communicating with physicians. *The Breast Journal*, *7*, (6), 444-449.
- Henderson, S. (2003). Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. *Journal of Clinical Nursing*, *12*, 501-508.
- Hollinger, L.M., & Buschmann, M.B. (1993). Factors influencing the perception of touch by elderly nursing home residents and their health caregivers. *International Journal of Nursing Studies*, *30*, (5), 445-461.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2002). *Qualitative research in nursing*. Oxford: Blackwell.
- Hälso- och sjukvårdslag*. (SFS 1982:763). [Elektronisk]. Stockholm: Socialdepartementet. Tillgänglig: <[www.notisum.se](http://www.notisum.se)>. Sökväg: SFS 1982:763. [2009-03-02].
- Irurita, V. (1999). Factors affecting the quality of nursing care: the patient's perspective. *International Journal of Nursing Practice*, *5*, 86-94.
- Kacperek, L. (1997). Non-verbal communication: the importance of listening. *British Journal of Nursing*, *6*, 275-279.
- \* Kelly, A.E., Sullivan, P., Fawcett, J., & Samarel, N. (2004). Therapeutic touch, quiet time, and dialogue: perceptions of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, *31*, (3), 625-631.
- Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, *16*, 1301-1310.
- \* Kvåle, K. (2007). Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. *European Journal of Oncology Nursing*, *11*, (4), 320-327.
- Kvåle, K., & Bondevik, M. (2008). What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Science*, *2*, (4), 582-589.

Kyngäs, H., Mikkonen, R., Nousiainen, E-M., Ryttilahti, M., Seppänen, P, Vaattovaara R., & Jämsä, T. (2000). Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *European Journal Cancer Care, 10*, 6-11.

\* Landmark, B.T., & Wahl, A. (2002). Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Advanced Nursing, 40*, (1), 112-121.

Landmark, B.T., Strandmark, M., & Wahl, A. (2002). Breast cancer and experiences of social support. *Scandinavian Journal of Caring Science, 16*, 216-223.

Larson, P.J. (1987). Comparison of cancer patients and professional nurses perceptions of important nurse caring behaviors. *Heart & Lung, 16*, (4), 187-193.

Lauder, W., Sharkey, S., & Mummery, K. (2004). A community survey of loneliness. *Journal of Advanced Nursing, 46*, (1), 88-94.

Lin, H.R., & Bauer-Wu, S.M. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing, 44*, (1), 69-80.

\* Liu, J., Mok, E., & Wong, T. (2005). Perceptions of chinese cancer patients of the favourable and unfavourable words conveyed by their social support providers. *Cancer Nursing, 28*, (5) 348-354.

Lögstrup, K.E. (1994). *Det etiska kravet*. Göteborg: Daidalos.

\* Macartney, G.M., Stone, G., Graham, I.D., & Grasse, C.E. (1997). Getting to know oncology inpatients and their families: a continuous quality improvement approach. *Canadian Oncology Nursing Journal, 7*, (3), 140-143.

Malinowski, A., & Leeseberg-Stamler, L. (2002). Comfort: exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing, 39*, (6), 599-606.

\*Mattioli, J.L., Repinski, R., & Chappy, S.L. (2008). The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum, 35*, (5), 822-829.

McCann, K., & McKenna, H. (1993). An examination of touch between nurses and elderly patients in a continuing care setting in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing, 18*, 838-846.

\* Melin-Johansson, C., Axelsson, B., & Danielsson, E. (2006). Living with incurable cancer at the end of life: patients' perceptions on quality of life. *Cancer Nursing, 29*, (5) 391-399.

\* Mok, E. (2001). Empowerment of cancer patients: from a Chinese perspective. *Nursing Ethics, 8*, (1), 69-76.

\* Mok, E., & Chi-Chiu, P. (2004). Nurse-patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing, 48*, (5), 475-483.

\* Morales, E. (1994). Meaning of touch to hospitalized Puerto Ricans with cancer. *Cancer Nursing, 17*, (6), 464-469.

Morgan, A. (2001). Protective coping: a grounded theory of educative interactions in palliative care nursing. *International Journal of Palliative Nursing, 7*, (2), 91-99.

- Morse, J.M. (1983). An ethnoscientific analysis of comfort: a preliminary investigation. *Nursing papers*, 15, (1), 6-20.
- Morse, J.M. (1992). Comfort: the refocusing of nursing care. *Clinical Nursing Research*, 1, (1), 91-106.
- Morse, J.M. (2000). On comfort and comforting. *American Journal of Nursing*, 100, (9), 34-38.
- Morse, J.M., Bottorff, J.L., & Hutchinson, S. (1994). The phenomenology of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 189-195.
- Norberg, A., Bergsten, M., & Lundman, B. (2001). A model of consolation. *Nursing Ethics*, 8, (6), 544-553.
- \* Nåden, D., & Saeteren, B. (2006). Cancer patients' perception of being or not being confirmed. *Nursing Ethics*, 2006, 13, (3), 222-235.
- Oudshoorn, A., Ward-Griffin, C., & McWilliam, C. (2006). Client-nurse relationships in home-based palliative care: a critical analysis of power relations. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1435-1443.
- Polit, D., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research - principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- \* Richer, M., & Ezer, H. (2002). Living in it, living with it, and moving on: dimensions of meaning during chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 29, (1), 113-119.
- Rundqvist, E., & Lindström, U-Å. (2005). Empowerment and authorization- who provides and who receives? A qualitative meta-study of empowerment in nursing research: a caring science perspective. *International Journal of Human Caring*, 9, (4), 24-32.
- Samarel, N. (1992). The experience of receiving therapeutic touch. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 651-657.
- Sellman, D. (2007). Trusting patients, trusting nurses. *Nursing Philosophy*, 8, (1), 28-36.
- Siefert, M.L. (2002). Concept analysis of comfort. *Nursing Forum*, 37, (4), 16-23.
- Simpson, J.L., & Carter, K. (2008). Muslim women's experiences with health care providers in a rural area of the United States. *Journal of Transcultural Nursing*, 19, (1), 16-23.
- \* Sjölander, C., & Berterö, C. (2008). The significance of social support and social networks among newly diagnosed lung cancer patients in Sweden. *Nursing & Health Sciences*, 10, (3), 182-187.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. [Elektronisk]. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: <[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)>. Sökväg: Kompetensbeskrivning. [2009-03-01].
- \* Thorne, S.E., Hislop, G.T., Armstrong, E.A., & Oglov, V. (2008). Cancer care communication: the power to harm and the power to heal? *Patient Education and Counselling*, 71, 34-40.

Toombs, S.K. (1993). *The meaning of illness*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Tutton, E., & Seers, K. (2003). An exploration of the concept of comfort. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 689-696.

Valente, S., & Aoyama, D. (1992). Helping your patient to overcome loneliness. *Nursing*, 22, (10), 70-73.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.