



ATT LEVA MED KOMFORT TILL LIVETS SLUT: PATIENTERS UPPLEVELSE AV MJUKMASSAGE

En litteraturstudie

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning palliativ vård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2018-12-10
Kurs: Ht16

Författare:

Oksana Engvall

Sara Larsson

Handledare:

Katarina Holmberg

Examinator:

Cecilia Håkanson

SAMMANFATTNING

Beröring är ett grundläggande behov hos människan som kan ha beskyddande, vårdande, sociala och tröstande funktioner. I olika kulturer utgör beröring uttryck för trygghet, vänskap eller att man älskar sin närstående och bryr sig om deras hälsa. Vid uppkomst av svår sjukdom ändras närståendes förutsättningar att vara nära varandra, och den sjukas tillgång till beröring och kroppskontakt blir annorlunda fast behovet kvarstår eller till och med blir starkare. Palliativ vård bedrivs på sjukhus, andra vårdenheter eller i patientens eget hem och har som syfte att lindra lidande i livets slutskede samt främja patientens livskvalitet. Symtomlindring är en stor del av det palliativa vårdandet, farmakologiskt men även i kombination med icke farmakologiska behandlingar. I sjuksköterskans professionella ansvar ingår det att vara ett stöd för patienten och hennes eller hans närstående och att organisera omvårdnaden på ett effektivt sätt. Kari Martinsen belyser i sin omvårdnadsteori omsorgen som grundläggande förutsättning för människans liv och hon förespråkar goda omtänksamma åtgärder som kan utföras genom användning av enkla redskap. Ett av dessa redskap kan vara beröring genom användning av mjukmassage som komplementär behandling. Syftet med denna studie var att beskriva mjukmassagens betydelse för patienter med palliativa vårdbehov.

Undersökningen utformades som en litteraturstudie. Sökningar genomfördes i databaserna Cinahl, PubMed och Google Scholar, och bland träffarna identifierades 17 vetenskapliga artiklar som särskilt relevanta i förhållande till studiens syfte. På dessa artiklar tillämpades en kvalitativ innehållsanalys med hjälp av en rad kategorier och underkategorier som etablerats utifrån tidigare forskning.

I resultatet framkom tre kategorier: Upplevelse av övergripande välbefinnande, Upplevelse av uppmärksamhet och Negativa upplevelser. Därtill framkom sex underkategorier. Resultatet visar att samtliga patienter upplevde välbefinnande och komfort i olika dimensioner. Den väsentliga betydelsen av att få mjukmassage är en upplevelse av meningsfull lättnad från lidande. Massagen bidrar till utveckling av ett positivt förhållande till personalen som genererar en känsla av värdighet samt en balans mellan autonomi och beroende, tillit och närhet. Terapeuten upplevdes också som ett stöd i patientens andliga behov och existentiella frågor, ett stöd som i vissa fall hade större betydelse än mjukmassagen i sig.

Slutsatsen är att mjukmassage är ett värdefullt verktyg som har positiva effekter för patienter med palliativa vårdbehov och kan vara en komplementär behandlingsmetod till farmakologisk behandling. Användning av mjukmassage är ett viktigt omvårdnadsområde som behöver lyftas och belysas framöver. Mer forskning behövs för att integrera mjukmassage som en naturlig del av den palliativa vården.

Nyckelord: Mjukmassage, palliativ vård, komplementär behandling, omvårdnad

ABSTRACT

Touching is a basic human need who can have protective, caring, social and comforting features. In different cultures, touch is expressed in terms of confidence, friendship or that you love your relatives and care about their health. In the beginning of a serious illness, the conditions of close relationships change closely, and the access of the sick to the touch and body contact becomes different, but the need remains or even becomes stronger. Palliative care is carried out in hospitals, in other care units or also in the patient's own homes. It aims to alleviate suffering in the individual's final stages of life and to improve the patient's life quality. Symptom relief is a major part of palliative care, pharmacologically but also in combination with non-pharmacological treatments. To support patients and their close relatives and to organize nursing effectively is a part of the nurse's professional responsibility. In her nursing theory, Kari Martinsen emphasizes that care as a basic prerequisite for human life and she recommends good care taking measures that can be performed using simple tools. One of these tools may be the use of soft massage as a complementary treatment.

The purpose of the study is to describe the importance of soft massage for patients with palliative care needs.

The survey was designed as a literature study. Searches were conducted in the databases Cinahl, PubMed and Google scholar, and among the findings, 17 scientific articles were identified as particularly relevant to the purpose of the study. On these articles, a qualitative content analysis was applied using a series of categories and subcategories established on the basis of previous research.

The results showed three main categories: Experience of well-being, experience of attention and negative experiences. In addition, six subcategories appeared. The result shows that all patients experienced well-being and comfort in different dimensions. The essential importance of soft tissue massage is an experience of meaningful relief from suffering. The massage contributes to the development of a positive relationship with the staff that generates a sense of dignity and a balance between autonomy and dependence, trust and closeness. The therapists were also experienced as a support in the patient's spiritual need and existential issues, a support that in some cases was more important than the soft massage itself.

The conclusion is that soft massage is a valuable tool that has positive effects for patients with palliative care needs and may be a complementary treatment method for pharmacological treatment. Use of soft massage is an important nursing area that needs to be highlighted and illuminated in the future. More research is needed to integrate soft massage as a natural part of palliative care

Key words: Soft massage, palliative care, complementary treatment, nursing

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Beröring som mänskligt behov.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Palliativ vård.....	2
Värdegrund och mål	3
Massage som komplementär behandling	4
Mjukmassage inom palliativ vård	6
Specialistsjuksköterskans speciella kompetensområde och roll i palliativ vård	7
Omsorg som mänsklig respons.....	8
Problemformulering.....	9
SYFTE	9
METOD	9
Design	9
Urval	9
Datainsamling	10
Dataanalys.....	12
Forskningsetiska övervägande	12
RESULTAT	13
Upplevelse av välbefinnande	13
Upplevelse av uppmärksamhet	16
Negativa upplevelser	19
DISKUSSION	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	21
Slutsats.....	24
Klinisk tillämpbarhet.....	24
REFERENSER	25

Bilaga 1 - Bedömningsmall

Bilaga 2 - Artikelmatris

BAKGRUND

Beröring som mänskligt behov

Ett av människans mest grundläggande behov i livet är beröring. Både att beröra och bli berörd tillfredsställer ett existentiellt behov från det vi föds till slutet av livet och bidrar även till en upplevelse av bättre hälsa (Henricsson & Billhult, 2010). Huden är kroppens största känselorgan och har flera viktiga funktioner och betydelser för människan. Hudens receptorer registrerar kyla, värme, tryck, smärta och beröring. Stimuli som registreras har en förbindelse med sensoriska nerver som leder impulserna vidare till centrala nervsystemet. Där, i hypotalamus, bildas ett hormon, Oxytocinet, som utsöndras via neurohypofysen och framkallar effekter som lugn och välbefinnande (Uvnäs-Moberg, 2000). Huden har likaså psykologiska betydelser (Anzieu, 1995), i och med att den utgör både en gräns och ett skydd mellan individen och omgivningen. Det lilla barnets upplevelse av mammans hud bildar startpunkt för barnets utveckling till en självständig individ (Sanner, 2011). Barnet kommunicerar och tar emot information om omvärlden genom sin hud. Människans upplevelse av beröring är individuell och komplex; den formas utifrån känselsinnets funktion, livserfarenheter, attityder samt många andra faktorer (Routasalo & Isola, 1996).

I alla kulturer används beröring som ett naturligt element för att förmedla känslor av lugn och trygghet, behandla ohälsa och främja välbefinnande. Beröringen är ett kraftfullt och livsviktigt instrument i det mänskliga samspelet, det är inte enbart fysisk kontakt utan också känslor som uppstår både hos den som berör och den som blir berörd (Wigforss-Percy, 2006). När sjukdom uppstår ökar behovet av kramar och närkontakt i en del familjer medan anknytningen tvärtom minskar i andra familjer (Wigforss-Percy, 2006). För patienten kan den medicinska behandlingen leda till viktförlust, håravfall samt upplevelsen att kroppen blir förändrad, och omedvetet kan man signalera gränser som gör att den spontana vardagsberöringen minskar, då familj och vänner blir osäkra om de kan kramas som förut eller om patienten upplever det som besvärande (Strang, 2006). En svår sjukdom kan medföra att den svårt sjuka personen känner sig djupt ensam även i närvaro av personer som hon eller han litar på, och den upplevelsen utgör grunden i existentiell ensamhet och isolering. Den ordlösa närvaron kan uttryckas i form av kroppslig beröring vilket bekräftar gemenskap (Sand & Strang, 2014). Hos individen kan brist på beröring utlösa frustration och stressreaktioner (Wigforss-Percy, 2006). Inom sjukvården och omvårdnadsarbetet har beröringen flera dimensioner och betydelser. Routasalo och Isola (1996) beskriver beröring som nödvändig i samband med ett brett spektrum av olika aktiviteter som att göra uttalanden eller förfrågningar, att uppmuntra, förklara, trösta, reta, berätta, krama eller tacka (Routasalo & Isola, 1996). Enligt Bottorff (1993) kan beröring vara uppgiftsorienterad, icke-uppgiftsorienterad, social eller beskyddande utifrån utförandets syfte (Ching, 1993; Bottorff, 1993).

Forskning visar att patienternas upplevelser kunde influeras av flera faktorer som påverkade beröringens kvalitet, exempelvis patientens ålder, kön, hälsotillstånd samt utförarens yrke (Hollinger & Buschmann, 1993). Beröring kan väcka positiva och mindre positiva känslor hos patienter som har smärta och oro. Kroppsspänning i samband med omvårdnadsaktiviteter kan ge en känsla av obehag, ångest och/eller ökad smärta och kan även skapa en rädsla för att bli skadad på något sätt (Borch & Hillervik, 2005). När vårdpersonalen talar med sina händer kan djupa känslomässiga trygghetsminnen väckas till liv. Det kan skapa känslor av närhet och

trygghet som språket inte kan förmedla (Tamm, 1991). Stressad personal kan framkalla en känsla av olust, känslomässig distans och beroendeställning för patienter (Borch & Hillervik, 2005). Patientens behov är varierande och vissa patienter kan uppleva känsla av att inte bli sedd som individ, medan andra är nöjda med uppgiftsorienterad beröring (Borch & Hillervik, 2005). Undersökning av patientens upplevelse av vårdens kvalitet på flera onkologiska mottagningar och vårdavdelningar visade att patienter önskade mer personcentrerat kommunikationssätt från sjuksköterskor. Det framkom önskemål att icke-verbal kommunikation som till exempel enkel beröring skulle kunna förmedla känsla av empati, tillit och förståelse (McCabe, 2004). Ett liknande resultat visades i Remmers, Holtgräwe och Pinkert (2010) studie, där patienter under pågående cancerbehandlingar uttryckte behov av små gester från sjuksköterskor som skulle kunna stödja dem med sin känslomässiga närhet. Det förväntades ofta inte många ord men att hålla en hand förmedlade en känsla av trygghet samt tillfredsställde sökande efter en icke-verbal relation med sjuksköterskan (Remmers et al., 2010).

Palliativ vård

I Sverige avlider drygt 90 000 personer varje år; Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste diagnosen följt av tumörsjukdomar- och övriga sjukdomar (Socialstyrelsen, 2013). Vård som ges i livets slutskede kallas för palliativ vård. Ordet ”palliativ” är lånat från latin, där dess konkreta betydelse är ’mantel’. I svenska vårdsammanhang har det kommit att användas i betydelsen ”lindrane” i motsats till kurativ, botande vård (Sandman & Woods, 2003). I dagsläget används termen som ett paraplybegrepp för olika vårdformer som exempelvis hospicevård, helhetsvård och kontinuerlig vård (Payne, 2004). Enligt WHO:s (World Health Organization [WHO], 2002) definition är palliativ vård ett förhållningssätt som strävar efter att förbättra livskvalitén för patienten och de närstående genom att förutse och tillfredsställa olika vårdbehov och önskemål. En god vård i livets slutskede skall behandla fysiska, psykosociala och andliga problem samt utföra existentiellt stöd när en person drabbas av livshotande sjukdom och omfatta alla oavsett ålder, diagnos, etnicitet och bakgrund (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016).

Fyra hörnstenar

Det förespråkas att vården av patienter med palliativt vårdbehov ska baseras på de fyra hörnstenarna symtomlindring, multiprofessionellt samarbete, kommunikation och relation samt stöd till närstående (Socialstyrelsen, 2013). Patientens förväntningar, prioriteringar och betydelse av psykosocialt stöd är viktiga. En av de viktigaste faktorerna för att patienten ska uppleva välbefinnande är **symtomlindring**. Ofta förekommande svåra symtom inom palliativ vård är smärta, oro, depression, ångest, svettning, delirium, andnöd, förvirringstillstånd och illamående (Socialstyrelsen, 2013).

För att effektivt kunna hantera symtomen organiseras den palliativa vården i form av ett **multiprofessionellt team**, som innehåller flera yrkesgrupper med specifika kompetenser som läkare, sjuksköterska, kurator, fysioterapeut, arbetsterapeut och socialarbetare (Regionala Cancercentrum i Samverkan [RCS], 2016). Alla yrkeskategorier samarbetar för patientens och närståendes bästa möjliga välbefinnande och upplevelse av livskvalitet i situationen (Socialstyrelsen, 2013).

En annan aspekt är **kommunikationen** och **relationen mellan patienten och de närstående samt personalen** (Socialstyrelsen, 2013). Brulde (2003) belyser relationella strategier för vårdpersonal som kan användas för att lindra lidande i livets slutskede. En av dem är det goda förhållningssättet som innehåller öppenhet, närhet och engagemang (Brulde, 2003). Forskning visar att vårdrelationen spelar en central roll och har kraften att göra gott men också kan skapa lidande om inte relation mellan exempelvis patient och sjuksköterska fungerar (Dahlberg & Segesten, 2010). Enligt de intervjuade sjuksköterskorna i Dahlberg och Segestens (2010) studie kan en fördjupning av det från början ytliga sjuksköterska-patient-förhållandet leda till större öppenhet och förtroende där sjuksköterskan blir familjens goda vän, patientens förespråkare och tidigare kan agera på patientens behov och lidande på ett trovärdigt och effektivt sätt (Dahlberg & Segesten, 2010). Förhållandet mellan patienten och sjuksköterskan upprättas genom att patienten litar till sjuksköterskans tillgänglighet, psykologiska närhet, vilja att hjälpa, medicinska kunskap och professionella ansvar (Dahlberg & Segesten, 2010). En positiv kommunikation med sjuksköterskor främjar patientens deltagande i sin egen vård samt närståendes intresse att få ytterligare information och vägledning (Stoltz, 2006). Studien visar att relationer kan förbättra inte bara patienternas fysiska och känslomässiga tillstånd utan också underlätta deras anpassning till sin sjukdom, och bidrar till en god dödsupplevelse (Mok et al., 2004). En av de faktorer som kan hämma en god kontakt mellan vårdare och patient är patientens ovilja att prata om sin sjukdom och sina upplevelser eller söka emotionellt stöd från sina närstående eller vårdpersonalen (Tay, Hegney & Ang, 2011).

Tidig och sen palliativ fas

Svårt sjuka patienter som är i behov av lindrande behandling, under en mycket lång period parallellt med kurativ behandling kan omfattas av palliativ vård. Den vården inkluderar personer med olika diagnoser som cancer, hjärt- och lungsvikt, demenssjukdom eller ålders svagheter (Socialstyrelsen, 2013). Palliativa insatser ska initieras i ett tidigt stadium, och kan pågå samtidigt som annan behandling, exempelvis cytostatika eller strålbehandling (WHO, 2002). Patienter med till exempel bröstcancer eller prostatacancer kan befinna sig i tidig palliativ fas i många år. Den tiden när kurativ behandling inte längre ger effekt och tidsperspektivet för patientens överlevnad handlar om veckor till någon månad övergår det till den sena palliativa fasen (Fridegren, 2012). Enligt Socialstyrelsens definition kan livets slutskede variera mellan veckor och dagar (Socialstyrelsen, 2013). Vården strävar inte längre att förlänga livet utan att patientens sista tid ges mesta möjligaste upplevelse av livskvalitet och välbefinnande (Fridegren, 2012).

Värdegrund och mål

Den palliativa vården tar stor hänsyn till hela patientens livssituation och baserar sin värdegrund på fyra ledord: närhet, helhet, kunskap och empati. **Närhet:** När människan närmar sig döden kan tankar uppstå att bli skild från nära och kära, från livet och tankarna blir oftast en källa till dödsångest eller separationsångest. Läkemedel som bensodiazepiner kan behövas för att kapa topparna när ångesten är akut och förlamande men de kan aldrig ersätta människor, närvaro eller samtal (Strang, 2016). Närhet och närvaro är viktigt för att människan i grunden är en social varelse i sin natur och oftast i livets krissituationer har behov av andra människors stöd (Socialstyrelsen, 2013).

Mellan vårdare och patienter finns alltid en asymmetri som påverkar vård situation (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016). Brulde (2003) belyser relationella strategier för vårdpersonal som kan användas för att lindra lidande i livets slutskede. En av dem är det goda förhållningssättet som innehåller öppenhet, närhet och engagemang (Brulde, 2003). När

vårdare ser patienten utifrån jag-du-relation, eller lära känna personen bakom patienten, som en individ och inte som en sjukdom uppstår närhet och då får man bli delaktig i patientens värld på ett speciellt sätt (Buber, 1994). Det djupare möte där närhet kan uppstå och patienten intuitivt känner att denne får gehör för sina uttalade önsknings och behov ger ytterligare möjlighet till ökad upplevelse av livskvalitet (Engström, 2016).

Empati är det ord som ofta används som ett nyckelord i det goda mötet och definieras som vårdarens förmåga att känna in patientens situation, fånga in och förstå dennes känslor och kunna visa omtanke på ett professionellt förhållningssätt (Socialstyrelsen, 2013). Patienten lever i sin kropp och med sin sjukdom, och med hjälpen som tas emot från vårdaren, uppstår ett möte där människor försöker finna gemensam förståelse för vidare handlande. Upplevelse av empati kan leda till att patienten blir emotionellt delaktig i sin vård (Engström, 2016).

Helhet. Palliativ vård baseras på en helhetssyn på patienten och deras närstående, det betyder att det tas hänsyn till både fysiska, psykiska, sociala, andliga och existentiella patientens behov (SOU, 2001:6), viktigt att omsorgen inte utförs med enskilda, sporadiska vårdinsatser utan utgår ifrån hela den döendes situation (Fridegren, 2012). Den sjuke bör mötas som en odelbar individ med många betydelsefulla aktiviteter som att kommunicera genom sin närvaro, kroppskontakt, småprat, lyssna, att stödja relationerna under de sista dagar och att vårda kroppen. Vården utförs med kännedom om att behandlande av kroppen speglas i själen och tvärtom, det ska värnas om människovärde trots minskande funktionsförmågor (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016).

Kunskap. Svårt sjuka personer som befinner sig i livets slutskede har behov av stöd och symtomlindring i varierad grad, även om personer förklarar som ”färdigbehandlade” kan det finnas än fler möjligheter att kunna förbättra patientens livskvalitet genom optimal vård. För vårdpersonalen innebär det att behärska goda kunskaper inom området relaterat till omvårdnad i livets slut, därför är det av stor vikt att personalen erbjuds fortbildning i palliativ vård för att kunskap är grundläggande för att personer i livets slutskede får god vård och adekvat symtomlindring (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016).

Massage som komplementär behandling

Massage som komplementär behandling ingår vanligtvis inte i grundläggande sjukvård. I Sverige finns i dag en reglering enligt lag om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården (LYHS 1998:531) där det återges vilka åtgärder som endast är förbehållna behörig sjukvårdspersonal. Mjukmassage utövas främst av sjukgymnaster inom landstingen, men även av sjuksköterskor, undersköterskor och kuratorer vilka hade i huvudsak genomgått kortare kurser eller vidareutbildning inom respektive behandling (SOU 2004:123; DiNucci, 2005). Det avses att patienten får hjälp av kompetent och kunnig personal som vårdar i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, samt med omtanke och respekt (SFS 1998:531). Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdens utformning och genomförande så långt det är möjligt skapas i samråd med patienten. När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska den som har ansvaret för vården medverka till att patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar (Riksdagen, 2010). Mjukmassage ska tas emot av patienten och utföras frivilligt av utövaren (SOU 2010:65) samt behandlingen ska även bedömas som riskfri för patientens hälsotillstånd (SOU, 2004:12).

Massage används i allt större utsträckning i samhället och människors intresse för att förbättra sitt personliga välbefinnande och hälsotillstånd ökar (Horneber, Bueschel & Dennert, 2012). Enligt Schönström (2006) fick hälso- och sjukvårdspersonalen upp ögonen för användning av massage som komplementära behandlingar i slutet av 1990-talet. Intresset ökade snabbt och en anledning som gavs var ökad livskvalitet och minskade biverkningar från läkemedel, samt att den kunde användas både som förebyggande och behandlande. Inom hälso- och sjukvården föreslår forskning användning med syfte att minska sjukdomssymptom (Boehm, Bussing & Ostermann, 2012).

En av mest omtyckta komplementära behandlingar som används i vårdande av patienter med livshotande sjukdomar är mjukmassage. Det är ett samlingsbegrepp för flera massagemetoder bland annat aromassage, taktilmassage och terapeutisk beröring (Sieger Cronfalk, 2016; Bernstein & Grasso, 2001). Behandlingar kan användas under nästan hela sjukdomsförloppet (Harris, Finlay, Cook, Thomas & Hood, 2003).

Aromamassage

Vid aromaterapimassage används eteriska oljor som är utvunna från olika växtdelar och blandas med massageolja för att förstärka den lugnande och avslappnande effekten (Henricsson & Billhult, 2010). De oljorna har olika egenskaper och effekter beroende på den kemiska sammansättningen som, liksom dess doft är unik för varje eterisk olja. Eteriska oljor kan vara dofter av citron, lavendel, ylang ylang ii och sandelträ. Vid användning av dessa oljor är det viktigt att doften känns rätt för patienten (Henricsson & Billhult, 2010). Kombination av de eteriska oljorna med att huden berörs genom strykningar utgör aromamassage. Det är en manuell terapi som fokuserar på administrering av oljorna och massagen är bara redskapet. Det är den vanligaste behandlingsformen inom aromaterapi i Sverige idag (Wigforss-Percy, 2006). Det är en mjuk och unik kropps- och sinnesbehandling som har blivit populär på 1980-talet och är mest etablerat i västra länder som Kanada, Frankrike, Tyskland, Schweiz och Storbritannien (Boehm et al., 2012).

Eteriska oljor generellt har visat minimala biverkningar men innefattar potentiella risker som exempelvis att man använder stora mängder (avsiktligt missbruk), lokal hudirritation speciellt vid långvarig hudkontakt, allergisk kontaktdermatit och vissa oljor kunde ge fototoxicitet från reaktion mot solljus (Boehm et al., 2012).

Taktil massage eller taktil stimulering

Ordet taktil betyder beröring och ”taktila sinnet” omfattar hela känselsinnet eller hudsinnen. Det är beröring som utförs genom omslutande vidrörandet av huden enligt kroppens anatomi (Ardeby, 2003). Taktil massage eller taktil stimulering är massage som med systematiskt mjuka rörelser och varsam hand masserar hand, fot eller rygg i tjugo minuter för att lugna och skapa avslappning (Edvardson, Sandman & Rasmusson, 2003; Strang, 2006). Metoden kallas Taktipo och är en omsorgsfull, medveten beröring (Wigforss-Percy, 2006). Edvardson et al. (2003) beskriver den behandling som en form av mjukmassage vilket utförs genom strukturerad beröring av huden med tryck och strykningar av olika kvalitéer. Det finns en bestämt strykningssystem vilken gör att metoden ska vara igenkännbar. Händerna kan

också hållas stilla för den som finner trygghet och säkerhet i en sådan behandling (Wigforss-Percy, 2006).

Metoden används för friskvård och rehabilitering och upplevs underlätta för den som masseras att få bättre kroppsuppfattning och kroppskontakt (Schönström, 2006). Flera randomiserade studier visade att patienter med till exempel reumatiska diagnoser, Parkinsons sjukdom upplever bland annat minskning av smärta och förbättrat välbefinnande (Bergsten, Petersson & Arvidson, 2005; Törnåge, Skogar & Borg, 2013).

Terapeutisk beröring

Terapeutisk beröring är en holistisk process som syftar att förändra energibalansen i kroppen genom att röra vid individer med olika tekniker (Nurse Healers-Professional Associates International, 2000b). Det är en gammal beröringsform, genom att lägga sina händer och beröra kan upplevelse av hälsa öka för den sjuke personen. Beröringen bör ske i ungefär 10-15 minuter. Det ser enkelt och primitivt ut men beröringen är väldigt komplext och kanske just därför ett effektivt terapeutiskt verktyg (Krieger, 1975).

Till skillnad från andra beröringsbaserade massagebehandlingar behöver utövaren inte fysiskt beröra patienten utan kan hålla händerna ovanför. Terapeutisk berörings teknik omfattar flera steg och sessionen avslutas när utövaren intuitivt känner av att patienten har fått tillräckligt uppmärksamhet (Nurse Healers-Professional Associates International, 2000b). Utövaren använder en form av fokuserad uppmärksamhet och sina händer som centrum för att skapa och samordna balans samt ömsesidig energi hos individen och miljön (Zolfaghari, Eybpoosh & Hazrati, 2012; Movafaghi, 2003).

Terapeutisk beröring är en billig behandling utan registrerade biverkningar och ingen speciell miljö eller tidpunkt krävs för utförandet (DiNucci 2005; Cassileth, 2004). Det som behövs för behandlingen är två händer och formell träning (Kuhn, 1999). Efter utbildningen kan alla som har förmåga och vilja att hjälpa andra även familjemedlemmar till patienter utöva behandlingen (Lewis, Dirksen, Heitkemper & Bucher 2013). Det internationell forskning visar att användning av terapeutisk beröring är effektiv från nyfödda till äldre personer, och fungerar verkligt under flera svåra sjukdomstillstånd (Blankfield, Sulzmann, Fradley, Artim Tapolyai & Zyzanski, 2001).

Mjukmassage inom palliativ vård

Tillämpningen av mjukmassage ökar inom palliativ vård (Henricson & Billhult, 2010). I Europa det råder stora skillnader mellan olika länder hur accepterad den är och vilken prioritet den har (Molassiotis, Fernandez-Ortega, Pud, Ozden, Scott, Panteli, Margulies, & Browall, 2005; Horneber, Bueschel & Dennert, 2012). Användningen av mjukmassage syftas att hjälpa patienten bekämpa sjukdomen, förbättra fysiskt och emotionellt välbefinnande (Swisher, Cohn & Goff, 2002). De vanligaste områdena att massera är händer, armar, axlar, rygg, fötter och även hår och kinder (Routasalo & Isola, 1996) .

Kvantitativ forskning tyder på mjukmassagens goda effekter på depression, ångest, förbättrad sömn, smärtlindring och minskat illamående (DiNucci, 2005; Vanaki, Matourypour, Gholami, Zare Mehrzad & Dehghan, 2015; Fellowes, Barnes & Wilkinson, 2004). Efter erhållande av mjukmassage upplevs förbättrad livskvalitet upp till två veckor. Det finns även studier som säger att massagen påverkar kroppens förmåga att snabbare läka operationssår (Denison, 2004; Boehm et al., 2012; Lai et al., 2011).

Forskning som Corbin (2005) utfört fokuserar även på effekter och säkerhet i samband med massage till patienter med cancerdiagnos och konstaterar att det inga finns bevis att massagebehandling kan sprida cancer, trots detta rekommenderas att undvika direkt tryck över en tumör. Författaren påvisar att det är viktigt att massage inte får användas som ersättning för medicinsk behandling (Corbin, 2005). Det styrks av andra vetenskapliga studier som pekar på att evidens för symtomlindring i samband med massagen är otillräcklig (Corbin, 2005). I Sverige finns inte nog med relevant evidens som bevisar behandlingseffektivitet i relation mot placeboeffekt (Erlandson, 2010).

De flesta patienter som nyttjat mjukmassage innan de fått sin livshotande diagnos var positiva att fortsätta med behandlingar och användningen ökade något under hela sjukdomsförloppet. En del patienter föredrog att inte använda komplementära behandlingar och motiverade det att de är nöjda med den konventionella behandlingen de får. Det finns få som inte tror på alternativa behandlingar som saknar vetenskapligt underlag (Molassiotis et al., 2005). Patienternas källa till information om behandlingar erhöles främst från vänner, familj och media, sällan från läkare och sjuksköterskor (Molassiotis et al., 2005; Henricsson & Billhult, 2010).

Det finns ett behov av att hälso- och sjukvårdspersonalen på ett ansvarsfullt sätt bör informera sina patienter om användningen av mjukmassage och dess tillgänglighet (Posadzki, Watson, Alotaibi & Ernst, 2013). Forskning av Cowen, Miccio och Parikh, (2017) visade att tillgängligheten av massagebehandlingar för patienter med livshotande sjukdomar var bristfällig. Det noterades att en del av vårdpersonalen var omedveten om det fulla utbudet av stödjande vårdtjänster som var tillgängliga. Personalens bristande kunskaper om evidens som styrker massagens effektivitet för cancerrelaterade symptom visades i en enkätundersökning. Det förekom exempelvis svar i enkäten att massagen inte erbjöds till patienten eftersom de ansågs medicinskt svaga (Cowen, Miccio & Parikh, 2017). Det hände att patienterna inte fått erbjudande till behandling på grund av flera orsaker som till exempel tidsbrist eller brist på utbildade vårdpersonal (Posadzki, Watson, Alotaibi & Ernst, 2013). Emellertid visade forskningen att vårdpersonalen överlag var positivt inställd till denna typ av behandlingar, men det fanns behov av utbildning och ökad kunskap om betydelsen av mjukmassage ur patientens perspektiv (Osaka, Kurihara, Tanaka, Nishizaki, Aoki & Isamu, (2009). Likväl visades att flertalet sjuksköterskor medgav att det var populärt bland patienterna att få t.ex aromamassage och det uppskattades även att få vara med och blanda den aromatiska olja (Nakano, Sato, Katayama & Miyashita, 2012). Sjuksköterskorna menade också att grunden i omvårdnaden är den kroppsliga kontakten och det kan vara ett komplement i den palliativa vården (Cronfalk, Freidrichsen, Millberg, 2008).

Specialistsjuksköterskans specifika kompetensområde och roll i palliativ vård

Specialistsjuksköterskan inom palliativ vård har förutom allmän omvårdnads kunskap även

specifik kunskap att självständigt bedöma, planera, åtgärda och utvärdera palliativ omvårdnad (Johnston, 2005). Bedöma psykiska, kulturella och andliga/existentiella omvårdnadsbehov och kunna initiera professionellt stöd vid förändrad livssituation (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016). Sjuksköterskans ansvar är vårdandet av den svårt sjuke och dennes närstående (Johnston, 2005). Omvårdnaden är i centrum i vården och kunskap om palliativ vård är viktig för att uppnå bästa möjliga vård och livskvalitet för patienten fram till döden (SSF, 2017). Regelbunden kontakt och vara kroppsligt närvarande i patienten och de närståendes situation med engagemang, stöd, tid och lyhördhet för deras individuella behov upplevdes som viktig i vårdrelationen (Karlsson & Sandén, 2007). Det är av stor betydelse för den praktiska omvårdnaden att bli insatt i och få förståelse för patientens beslut, strategi och beteende för att i dialog informera, lyssna och vara ett stöd genom de olika övergångarna när målen med vården ändras (Johnston, 2005; Karlsson & Sandén, 2007).

Inom de flesta hälso- och sjukvårdsenheter ges vård i livets slutskede (Socialstyrelsen, 2016). Sjuksköterskornas emotionella känsla och förhållningssätt för att det skall bli en god situation kan användas för att vägleda andra i omvårdnaden av en döende människa, oavsett i vilken vårdmiljö patienten befinner sig (Karlsson & Sandén, 2007). Det innebär att vårdpersonalen behöver ha goda kunskaper inom omvårdnad relaterade till livets slutskede, som smärtlindring och kommunikation så att personer i livets slutskede ges möjlighet till bästa stöd och symtomlindring utifrån behov (Socialstyrelsen, 2016). Enligt Sekse, Hunsbår och Ellingsen (2017) har specialistsjuksköterskan en viktig roll att handleda och utbilda personal och Socialstyrelsen (2013) rekommendationer avser att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda handledning och fortbildning i palliativ vård till personal inom vård och omsorg, i syfte att främja livskvalitet, och lindra symtom hos patienter i livets slutskede (Socialstyrelsen, 2013; Sektionen för palliativ omvårdnad (SFPO), 2008). Nationella vårdprogrammet (2016) betonar, för att den döende patientens behov och problem ska tillgodoses på bästa sätt behövs att personal med olika kompetenser samarbetar. Carlström, Kvarnström och Sandberg (2013) menar att teamarbete är nödvändigt inom Hälso- och sjukvård för ett gemensamt kompetensutnyttjande speciellt inom avancerad vård och kan även vara avgörande för patientens hälsa. De olika yrkeskategorierna bör vara klar över sin kärnkompetens, ha en tydlighet i arbetsrollen, ha kunskap om övriga teammedlemmars kompetens och diskutera på ett öppet sätt för att kunna ge stöd utifrån individens behov.

SFPO(2008) belyser i sin kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialisering inom palliativ omvårdnad den fördjupade kunskap om palliativa vårdens olika faser och medicinska kunskaper om etiologi till specifika symtom, biverkningar och tillstånd. En viktig del är även att medverka i och implementera forskning i klinisk verksamhet. Att leda, planera, samordna och utveckla palliativ vård, samt att initiera och genomföra svåra samtal med patienter och deras närstående i palliativ vård och ge stöd och vägledning till efterlevande (SFPO, 2008).

Omsorg som en mänsklig respons

En av omvårdnadens teoretiker som hade inflytande i Norge och i hela Skandinavien på nittioalet är Kari Martinsen. Hon belyser sjuksköterskeyrket och omvårdnadens kunskapsgrunder utifrån teorin om att människor är beroende av varandra och omsorg är grundläggande förutsättning för människors liv. Den sjuke är beroende av andra människor på grund av sin sjukdom och "kräver" en "mänsklig respons" (Kirkevold, 2000). Den responsen kan ges i form av omsorg. Det betyder att det uppstår en relation mellan sjuksköterskan och

patienten, där sjuksköterskan med öppenhet och alla sinnen lägger fokus på att förverkliga omsorgen genom sina handlingar som gagnar patienten. I Kari Martinsen teori betonas att sjuksköterskans omvårdnad riktas till att patienten ska behålla sitt oberoende, undvika försämring, samt skapa känsla av välbefinnande (Kirkevold, 2000). Denna teori är speciellt aktuell inom palliativ vård för att den är i enighet med palliativa vårdens värdegrund med syfte med vården att inte bekämpa sjukdomen utan hjälpa personen att uppnå bästa möjliga livskvalitet, främja subjektiv upplevelse av välbefinnandet, bevara patientens autonomi samt visa empati (Socialstyrelsen, 2016).

Problemformulering

Det huvudsakliga målet med palliativ vård är att förbättra den döende människans livskvalitet. Mjukmassage som komplementära behandlingar såsom, aromaterapi, taktill massage och terapeutisk beröring blir allt vanligare i vårdande av patienter i livets slut skede. Forskningen visar att vårdpersonalen är positivt inställd till denna typ av behandlingar samt att det finns behov av ökad kunskap om betydelsen av mjukmassage ur patientens perspektiv. Den kunskapen kan vara till nytta i den palliativa sjuksköterskans arbete för att bättre förstå patientens individuella behov, utveckla nya omvårdnadsstrategier och därmed effektivisera vårdinsatserna för att ge patienten en så lindrig och smärtfri död som möjligt.

SYFTE

Syftet med denna studie var att beskriva mjukmassagens betydelse för patienter med palliativa vårdbehov.

Centrala begrepp: palliative care, complementary treatment, massage and nursing.

METOD

Design

Till denna studie valdes att göra en litteraturoversikt som utgår ifrån publicerade artiklar inom aktuellt område med syfte att sammanställa data från dessa (Forsberg & Wengström, 2013). Inom kvalitativ forskning betonas förståelse för en människas upplevelser som fenomen i ett sammanhang. Fenomen kan innefatta både upplevelser, känslor och erfarenheter (Friberg, 2006).

Urval

Urvalet består av vetenskapliga artiklar som besvarar syfte och problemformulering. Efter att undersökningsområdet blivit väldefinierat utformades inklusionskriterier och exklusionskriterier. Tydliga kriterier var viktiga för att hitta relevanta artiklar. Vid en litteraturoversikt tas de artiklar med som matchar inklusionskriterierna vid datainsamlingen (Polit & Beck, 2017). Enligt Sophiahemmet (2016) är rekommendationen att använda minst femton stycken originalartiklar.

Inklusionskriterier

Endast originalartiklar som publicerats i vetenskapliga peer-review tidskrifter där studierna genomgått vetenskaplig granskning (Forsberg & Wengström, 2013) har valts ut för studien. Tidsramen var från början begränsad till de senaste tio åren men fick utökas till att omfatta

åren 2001-2018 för att hitta tillräckligt med relevanta empiriska studier av god kvalitet. Artiklar publicerade på engelska och svenska samt geografiskt från hela världen. Artiklarnas inklusionskriterier är population av vuxna personer, både män och kvinnor med palliativa vårdbehov. Studier med hög eller medelhög kvalitet utifrån kvalitetsbedömning av Willman, Bahtsevani och Stoltz, (2011) bilaga 1 inkluderas i resultatet. I artiklarna ska även framgå tydligt att forskarna har fått etisk godkännande eller utfört etiska överväganden (Forsberg & Wengström, 2013).

Exklusionskriterier

Artiklar publicerade före år 2001 och är på andra språk än svenska och engelska, har tillgänglig abstrakt men som inte kan nås i full text. Forskning med population är minderåriga, det betyder personer som är yngre än 18 år exkluderas också.

Datainsamling

Syftet med datainsamlingen är att söka och få fram relevant information om det ämne som ska studeras utifrån den problemformulering och syfte som tidigt formulerades i processen och avgjorde vilka texter som skulle väljas (Friberg, 2006). Till artikelsökning användes främst databaserna Cinahl och PubMed som är erkända och publicerade forskningsartiklar inom omvårdnadsområdet (Forsberg & Wengström, 2013). En del artiklar hittades i Google scholar som har flesta vetenskapliga artiklar i USA och Europa, samt tillgång till granskade publikationer som även de har ett vetenskapligt värde. Databasen är fritt tillgänglig och innehåller en del fulltextdokument (Forsberg & Wengström, 2013). Datainsamlingen inleddes med att utifrån syftets formulering identifierade användbara sökord som; “ Palliative Care”, “Massage”, Therapeutic massage, complementary treatment, nursing, communication. I databasen PubMed med hjälp av olika MESH-termer och cinahl headings hittades lämpliga ämnesord samt intresseområde Palliativ vård (Forsberg & Wengström, 2013). Sökorden kombinerades på olika sätt för att få mesta möjliga träffar. För att få en första överblick i forskningsområde samt kunskap om studiernas täckning söktes materialet från 1990-2018. Efter att det utföll ett antal träffar på 496 referenser, begränsades sökningsresultat konsekvent utifrån urval av sökord/begrepp, lades till eller reducerades sökord. På grund av otillräckligt antal kvalitativ forskning som svarade mot syftet användes även manuell sökning av vetenskapliga artiklar och dess referenslistor som också genererade ett brett antal sökträffar. Efter att sökning i olika databaser började generera samma artiklar betraktades att mättnad uppnåtts (Forsberg & Wengström, 2013). Artiklarnas titlar och abstrakt primär granskades utifrån syftet och de som inte motsvarade syftet sällades bort.

Tabell litteratursök databaser

Databas	Sökord	Antal Träffar	Lästa Abstrakt	Valda Artiklar
Cinahl 180824	Palliative Care AND Massage OR Therapeutic massage AND complementary treatment AND nursing AND communication	170	20	6
PubMed 180824	Palliative Care AND Massage OR Therapeutic massage AND complementary treatment AND nursing AND communication	20	5	1
Cinahl 180824	palliative care AND aroma OR tactile AND massage	57	25	3
CINAHL 180925	palliative care OR end of life care or terminal care or dying AND complementary therapies in clinical practice AND Professional-Patient Relations AND TX expressed emotion OR Emotional Intelligence AND CAM practitioners AND (empirical research or study or method)	496	15	0
Pubmed 171212	Massage OR touch Hospice AND Palliative Care AND Anxiety	40	13	3
PubMed 180924	Palliative care AND massage AND nursing	39	20	0
Pubmed 180901	Massage AND Palliative Care AND Attitude of Health Personnel Complementary Therapies	11	3	0
PubMed 180827	Referenslistor av valda artiklar	27	10	2
Google scholar 180910	Rekommenderad artikel. Sökt på titel, författare.	3	3	2

Dataanalys

Insamlad data analyserades genom kvalitativ innehållsanalys som är en process att extrahera, organisera och syntetisera material från dokument, berättande data från en kvalitativ studie, enligt nyckel begrepp och teman (Polit & Beck, 2017). De sjutton artiklar, som uppfyllde urvalskriterierna lästes i fulltext samt sammanställdes i relevans till studiens syfte och frågeställning. Artiklarna lästes igenom flera gånger, till en början individuellt för att få en överblick över innehållet och väsentlig fakta markerades för att underlätta analysarbetet av de valda artiklarna och dokumenterades sedan gemensamt av båda författarna för att kunna bedöma helhet, kvalitet och relevans. Trovärdigheten kan karakteriseras av tillförlitlighet, överförbarhet eller giltighet (Kristensson, 2014). Därefter sammanställdes artiklarna utifrån det som var relevant för litteraturstudie för att förstå texterna djupare.

Utifrån Polit & Beck (2017) bearbetades texten genom att identifiera kärnkonsistenser och meningar, ord och fraser plockades ut som meningsenheter och kodades med syfte att bibehålla innebörden trots att texten kortades ner. Koderna märks med olika specifika färger som gör det möjligt för data att vara på nya och olika sätt (Höglund Nielsen & Granskär, 2017). De grupperades efter hur de relaterade till varandra genom sitt innehåll och sammanhang, de bildade tre kategorier och åtta underteman som presenteras i resultatet.

För att värdera artiklarnas vetenskapliga kvalitet och bedöma artiklarnas validitet och reliabilitet genomgick insamlade data kvalitetsgranskning med hjälp av Sophiahemmet Högskolas rekommenderade granskningsmall. Granskningsmall, se bilaga 2. Enligt Kristensson (2014) gav användningen av en speciell granskningsmall möjlighet till en bra systematisk granskning för att kunna bedöma artiklarnas kvalitet och därefter dra slutsatser som utformade litteraturöversiktens resultat. De artiklar som slutligen användes i resultatet var fjorton kvalitativa, en kvantitativ och två som använt sig av både kvalitativ och kvantitativ metod. De länder som representerades i resultatet var Sverige, Canada, Danmark, Irland, Kina, Nya Zeeland, Storbritannien och USA vilket är en styrka i studien att se massage som internationellt gångbart. Målet för kvalitetsgranskning var att ta fram artiklar som passar syftet och kvalitén värderades som hög (1) eller medel (11). När granskningen av samtliga artiklar var klar, samt bedömdes att inkluderas i litteraturöversikten presenteras dessa i tabellform, i en matris (se bilaga 1) (Friberg, 2006).

Forskningsetiska övervägande

Polit och Beck (2017) beskriver forskningsetik vid litteraturöversikt är att tänka på kvalitet och trovärdigheten i studien och att samla in rätt sorts data för att nå trovärdiga svar på det som studeras utan att påverka förståelsen och tolkningen. I en litteraturöversikt är det tidigare studier och dokumentation som grundar forskarens undersökningsfält (Forsberg & Wengström, 2013), således är det forskarens erfarenheter eller kunskap i forskningsområdet som redovisas. I en litteraturöversikt ska alla relevanta artiklar som svarar på syftet inkluderas oavsett om de stödjer eller strider mot författarnas åsikt (Forsberg & Wengström, 2013). Artiklarna behöver därför översättas och läsas flera gånger för att inte riskera feltolkas utifrån forskarens förståelse. Det behövs noggrannhet i översättnings och tolkningsprocessen vid kategorisering av materialet. Artiklar som utelämnas är de som ur ett etiskt resonemang

inkräktar på deltagarnas integritet (Polit & Beck, 2017). Samtliga artiklar som ingår i litteraturstudien redovisas (Forsberg & Wengström, 2013).

RESULTAT

Upplevelse av välbefinnande

Tankar

Patienterna med begränsad livslängd befann sig ofta i en verklighet av trötthet, svaghet och tunga tankar som handlade om den obotliga sjukdomen. Den nalkande döden och sorgen att lämna de närstående skapade ett existentiellt lidande (Billhult & Dahlberg, 2001; Smith, Yamashita, Bryant, Hemphill & Kutner, 2009). En del hade svårt att prata om döden, funderingarna framkallade en psykisk smärta som ibland kunde bli övermäktig. Forskningen pekade på att flertalet patienter som hade erfarenhet av grubblande tankar upplevde att de minskade under mjukmassagen och de kunde känna sig skonade från dessa i flera dagar. Det uttalades att behandlingen genererat ett ögonblick av lättnad och en möjlighet att få koppla av (Billhult & Dahlberg, 2001; Beck, Runeson & Blomqvist, 2009). Mjukmassage beskrivs som den stund när patienterna kunde glömma sjukdomen, inte tänka på familj, vänner, och världen utanför. Tankar koncentrerades sina på sig själv vilket kändes egoistiskt men det hjälpte dem att bygga upp en inre styrka (Dunwoody, Smyth & Davidson, 2002). Befrielsen från tunga tankar jämfördes med lugnande medel, eller smärtstillande medicin. Patienterna förklarade fenomenet som att mänsklig beröring förde bort dessa tunga tankar (Billhult & Dahlberg, 2001; Cronfalk et al., 2009; Beck et al., 2009). I en annan studie upplevdes avkoppling som att inte tänka på något speciellt, det tillståndet jämfördes med att sova, eller att befinna sig i en skön atmosfär (Cronfalk, Strang, Ternstedt & Friedrichsen, 2009).

En flertal patienter associerade avkoppling med att fly iväg (Beck et al., 2009). Minnen från tidigare situationer av massagebehandlingar förknippades med en flykt till ett annat rum och en fridfull plats. Det jämfördes med att befinna sig i en bubbla, att komma undan men fortfarande vara i sig själv, vilket gav en rofylld känsla (Beck et al., 2009). En konsekvens av att ta emot mjukmassage var upplevelsen av tidlöshet, vilket beskrevs som en meditativ upplevelse där metaforer som "flytande på moln" användes. En kort stund av tidsflykt under massagen, var svårt för patienten att bedöma objektivt då tiden förlorade sin betydelse (Beck et al., 2009; Cronfalk et al., 2009; Nelson, 2006)

Miljö

Upplevelser av mjukmassage påverkades av vissa förutsättningar, som till exempel miljön som bestod av ljud och ljus, klädsel, kroppsposition, dofter och rumsatmosfären (Cronfalk et al., 2009; Dunwoody et al., 2002; Smith et al., 2009). Behandlingar som utfördes i patientens egna hem när de befann sig i sin sista sjukdomsfas upplevdes som värdefulla. Patienterna uppskattade verkligen möjlighet till massage i sin trygga hemmiljö. Erhållande av mjukmassage på sjukhusen också upplevdes som relaxande och även säker, så till exempel angav patienter som gått igenom kirurgiska ingrepp att de kände sig komfortabla och tillfreds under behandlingen. Det nämndes att det var tryggt att vara på sjukhuset och de kände sig skyddade när de visste att det fanns tillgång till deras medicinska journaler samt personalresurser om det skulle behövas (Dunwoody et al., 2002).

Patientens hälsotillstånd var grunden till val av kroppsposition, således de flesta i hemmet eller på hospice hade liggande ställning medan onkologiska mottagningar och vårdavdelningar oftast föredrog att sitta vid behandling (Smith et al., 2009). En relativt liten del av patienterna valde att ta emot behandlingen avklädda i hemmiljön medan de flesta i hemmet och på sjukhuset önskade behålla kläder eller tagit av kläder på kroppsdelarna som masserades (Cronfalk et al., 2009).

Ljudmässigt upplevdes hemmiljön som tyst, de störande faktorer som kunde förekomma var närvaro av andra människor och husdjur (Smith et al., 2009). Miljön med dofter och mjukbelysning som skapades vid utförande av arommassage tycktes vara behaglig och rogivande (Dunwoody et al., 2002).

Delaktighet och autonomi

Personer som blir drabbade av svåra sjukdomar går igenom jobbiga farmakologiska behandlingar och ses inte alltid som delaktig i vårdprocessen när det diskuteras olika behandlingsval. Vid försämring av hälsotillstånd och som följd vid inskrivning på sjukhus växer beroendeställning till vårdpersonal och anhöriga. Patientens upplevelse att känna sig som en börda för samhället rubbade känslan av autonomi samt självkänslan (Billhult & Dahlberg, 2001). Att vara delaktig i val av behandlingsalternativ, bli masserad med hänsyn till diagnos och individuella hälsotillstånd, att få välja miljö för behandlingen, bli tillfrågad om passande blandningar av eteriska oljor framhävde känslan av delaktighet och självbestämmande (Dunwoody et al., 2002). Det utvecklade patientens vilja att hjälpa till och vara aktiv i sin hälsoprocess samt stärkte känslan av värdighet (Billhult & Dahlberg, 2001; Ho et al., 2017). En av patienter berättade att efter mjukmassage behandling kände hon lust att jobba med sin kropp, hon började stryka ena benen mot det andra för att få igång blodomloppet, hon ville inte bara passivt ta emot mediciner (Ho et al., 2017).

Lättnad från lidande

Mjukmassage

Välbefinnande återkopplas ofta till fysiska kroppsliga känslor och lindring från sjukdomsupplevelser (Ho et al., 2017; Dunwoody et al., 2002) vilken beskrevs med känslan av frihet, förklarades som befriande från sjukdomssymtom eller avsaknad av fysiska besvär (Ho et al., 2017).

Upplevelse av komfort relaterades till erfarenhet av lättnad i kroppen. Muskler som var spända och stela blev mjukare och det uppfattades som en kroppslig avkoppling (Cronfalk et al., 2009; Ho et al., 2017). Kolcaba, Schirm och Steiner (2006) forskning syftade på att undersöka mjukmassage som komforthöjande upplevelse hos patienter som vårdades på en palliativ enhet. Undersökningsgruppen fick behandling under de första två veckorna fyra gånger, och medgav signifikant komforthöjande effekt medan kontrollgruppen inte fick mjukmassagebehandling, utan bara åtnjutit hospice service. Utslaget från undersökningen visade sig vara likvärdig efter fyra veckor, då var helhetsupplevelsen av tillfredsställelse lika hos båda grupperna, massagebehandling var inte styrande för belåtenhet. Det var servicen, uppmärksamheten och närheten som gav utslaget (Kolcaba et al., 2006). Andra studiers

resultat påvisade en upplevelse av övergripande komfort och omedelbar effekt som gett respons i det dagliga livet (Ho et al., 2017; Billhult & Dahlberg, 2001). Det uttrycktes att bara få massage var en känsla av välbehag. En person hade svårt att förklara på vilket sätt det kändes bra och jämförde det med att borsta tänderna och må bra, så kändes det efter massagen också (Nelson, 2006). Det uttalades vilja att ta emot behandling gladeligen, det tolkades som uttryck för bekvämlighet (Billhult & Dahlberg, 2001). Begreppet lyx nämndes och då menades att mjukmassagen erbjöd sköna upplevelser som benämndes att bli bortskämd, samtidigt som det mänskliga behovet uppfylldes (Ho et al., 2017). Behandlingen visade omfattande respons av patienternas positiva upplevelser. Återkommande begrepp var njutning och beskrivs i flera studiers resultat samt i olika sammanhang. (Ho et al., 2017; Billhult & Dahlberg, 2001; Smith et al., 2009).

Internationella kvantitativa forskningsresultat tyder att mjukmassagen kunde påverka fysisk avslappning och reducera stressnivåer, således medförde effekter som lättare andning följaktligen minskning av ångest symptom som bidrog till upplevelse av minskad smärta (Cronfalk et al., 2009; Smith et al., 2009; Mitchinson, Fletcher, Kim, Montagnini & Hinshaw, 2013; Pedersen & Björkhem-Bergman, 2017).

Fördelaktiga effekter av behandlingen registrerades i flera kvalitativa studier vilka observerade att de deltagare som led av smärtor, illamående och spänningar i kroppen uttryckte att deras fysiska problem delvis hade försvunnit i samband av mjukmassage (Beck et al., 2009; Smith et al., 2009; Pedersen & Björkhem-Bergman, 2017). Flertal patienter betonade att de inte förväntade sig markanta effekter och var förvånade att smärta minskades under behandlingen (Billhult & Dahlberg, 2001). I Cronfalk et al. (2009) studie berättade en patient med svår återkommande smärta och med markerad dödsångest överväldigat att symptomen minskade varje gång denne tillhandahöll behandling. Mjukmassage som komplementär behandling till exempel handmassage och taktil massage var uppskattat av patienter med argument att den hade färre restriktioner och att det var en yttre terapi utan att påverka deras läkemedelsbehandling (Ho et al., 2017). Nelson (2006) studies resultat bekräftade mjukmassagens effektivitet i samband med smärtstillande läkemedel, men rekommenderade inte mjukmassage som ett "botemedel" för alla krämpor.

Smärtreducering inducerade fallande sömn och bättre sömnmönster, vilket styrkas i flera studier (Cronfalk et al., 2009; Mitchinson, et al., 2013; Smith et al., 2009; Nelson, 2006; Pedersen & Björkhem-Bergman, 2017). En del patienter somnade under behandlingen, andra efter behandlingen och några uttryckte att natt sovmönster hållit sig i flera veckor (Mitchinson et al., 2013; Ho et al., 2017).

Ett delvis motsatt resultat indikeras i forskningen av Cedar, White och Atwal (2018). Det visade sig att inte alla erhåller samma positiva effekter, så fann drygt hälften av deltagarna avkoppling och mindre än en fjärdedel uppgav känslan av symtomlindring. Biverkningar och obehag var sällsynta och enligt patienterna fanns inga känningar av fysiska problem under massagen därför upplevdes behandlingen som ett sätt att återfå kontrollen över sin egen kropp (Beck et al., 2009; Cronfalk et al., 2009; Smith et al., 2009; Nelson, 2006).

Aromamassage

Patienterna uppfattade aromamassage som mjukare och mer effektiv i jämförelse med vanlig mjukmassage. Under arommassage utfördes kroppsliga stimulanser, samtidigt som patienten andades in dofter av olika aromaoljor, det ledde till nervstimulering som spred sig i olika

delar av kroppen och upplevdes som höjning av energinivåer och mental styrka. Den energin var efterfrågad av patienterna då det gav förmåga att arbeta vidare med egna viktiga livsfrågor (Nelson, 2006; Ho et al., 2017; Smith et al., 2009). Patienter upplyste direkta effekter som till exempel glädje, till skillnad från mjukmassage vilket var värdefullt (Ho et al., 2017; Smith et al., 2009).

Ho et al. (2017) undersökte patienternas upplevelse av mjukmassage i kombination med exotiska oljor. Behandlingen förnams som välgörande som de inte ville skulle ta slut, eller att patienten uttryckte att den ville dö under pågående behandling (Ho et al., 2017). Forskning visade att behandling kunde påverka patientens kropps självmedvetenhet. Indikationer kom från kvinnors berättelser som genomgått bröstcancerkirurgi. De insåg att de försökte ignorera förlusten av sina kroppsdelar och under pågående terapi började känna den förändrade kroppen, det ledde till känslan av kroppens självmedvetenhet. En av patienterna uttryckte att hon fått förståelse att kroppen behöver beröring och kommunikation, att hon kan acceptera förlusten av kroppsdelarna på en positiv sätt (Ho et al., 2017).

Terapeutisk beröring

Utförande av forskning Ulrich, Evron och Ostenfeld-Rosenthal (2011) startades med att sjuksköterskan som var massage utbildad terapeut förklarade till patienterna att terapeutisk massage kan ha en effekt på de fysiska, emotionella och framförallt energinivåerna i kroppen. Med hjälp av terapeutisk massage var målet att stimulera och återbalansera en persons helande energi. Efter erhållande av behandling intervjuades patienterna. I resultatet beskrevs att patienten på något sätt kände att det fanns en uppkoppling till någon form av skydd och närvaro av högre krafter. Högre krafter associerades med en kotte av ljus som omgav dem och hjälpte. Det uttalades om terapeutisk beröring som en terapi vilken erbjuder en form av andlig tröst. Terapeutisk beröring upplevs som andligt helande, hjälpsam till visualisering och meditation för att främja symtomlindring. Behandling betydde för patienterna en större mening av kontroll och koppling mellan kroppen och andlighet (Ulrich et al., 2011).

I Senderovich et al. (2016) var forskningens syfte att belysa hur patienter upplevde hjälp av terapeutisk beröring. Mer än hälften av patienter gav positiv respons, drygt en fjärdedel gav ingen respons samt att ingen visade negativa upplevelser. Patienternas reaktioner observerades av vårdpersonalen och det noterades tecken på lugn vilken tolkades genom vilande ögonlock, djupare andning och minskade kropps rörelse. Patienter själva beskrev effekten av energiförändring som jämfördes med en mjuk vind över kroppsdelar. Känslan av energi uppfyllde kroppen och det var lätt att somna (Senderovich et al., 2016).

Upplevelse av uppmärksamhet

Massörens roll

Mjukmassagebehandling består av flera komponenter, så terapeutens roll kan upplevas som en naturlig och viktig eller mindre viktig del av terapi. I Cedar et al.(2018) forskning handlade undersökningsfrågor om vilken aspekt patienterna upplevde som viktigt i samband med mjukmassage behandling. Bara fjorton procent svarade att förtroende till terapeuten var viktigt och två procent tyckte att terapeutens förståelse och hjälpsamhet var betydelsefull (Cedar et al., 2018).

Andra studier som baserades på intervju med patienterna eller diskussioner i fokusgrupper visade att relation med massören och massörens roll var lika viktig som mjukmassage behandlingen. Positiva behandlingseffekter som upplevdes i samband med terapi bidrog till utveckling av ett gynnsamt förhållande mellan massören och patienten (Billhult & Dahlberg, 2001; Cronfalk et al., 2009). Upplevelsen av terapeutens personliga egenskaper som acceptans, respekt och medkänsla byggde upp relation. Att känna sympati och personkemi med massören kunde resultera till verklig avslappning (Cronfalk et al., 2009).

Forskning visade att frisättning av spänning upplevdes just av samtal med massören (Billhult & Dahlberg, 2001). Dialogen under mjukmassage upplevdes som en självklar del av behandlingen och tillgång till "terapeutisk konversation". Det menades att massören hade terapeutisk inställning och det var givande att få samtala, vilket var i sig en terapi (Dunwoody et al., 2002). Att erkänna behov av att prata med någon som en samtalsterapeut eller präst kunde kännas vemodigt, svaghet eller avslöjande medan att få öppna sig till en terapeut var naturligt (Billhult & Dahlberg, 2001).

Massörens fördelaktiga roll ansågs vara att den var en empatisk individ och inte familjemedlem. Det ledde till att patienterna hade lättare acceptera faktum att de ibland var oförmögna klara av sin livssituation själva (Dunwoody et al., 2002). Samtal handlade inte bara om sjukdomen utan reflekterades över dagliga problem, känslomässiga händelser som till exempel uttryckte oro, rädsla och att vara en börda för sina familjer (Nyatanga, Cook & Goddard, 2018; Nelson, 2006). En patient berättade att innan mjukmassage behandlingen startade var hon så stresspåverkad och ville inte prata om sina problem med massören. Men massören bjöd in henne till samtal och hon själv var förvånad hur bra det kändes efteråt. Terapeuten jämfördes med "en säkerhetsventil som låter släppa ut ånga" (Nelson, 2006).

Forskning visade att patienter relaterade terapeuten till sina andliga upplevelser, terapeuten uppfattades som en förmedlare och koppling till andlighet samt utövare av andlig vård. Vissa patienter förknippade massörens förmågor med den som kunde erbjuda andlig tröst, så till exempel säger en kvinna att hon kände transfektion med kärlek runt omkring henne. Massören var den som gynnade kontakten mellan terapi, patienten och andlig medvetenhet och jämfördes med en shaman som verkade som präst och helare samtidigt (Ulrich et al., 2011; Walker & Waterworth, 2017).

Etik och moral

Värdighet

Inom hälso-och sjukvården sätts allt högre tidspress på personalen således blir det svårare att hitta en stund att sätta sig ner för att ge den uppmärksamhet som behövs. Utveckling av ett positivt förhållande med terapeuten relaterades till terapeutens intresse, engagemang och vilja att lära känna patienten. Patienterna upplevde behandlingen som mycket individuell (Billhult & Dahlberg, 2001; Nelson, 2006; Beck et al., 2009; Nyatanga et al., 2018). Det uttrycktes att terapeuten såg dem som individer och inte bara som en sjukdomsdiagnos eller någon annan patient. Det utfördes handlingar som bekräftade känsla att terapeuten brydde sig, att någon ville ta hand om en, ville väl samt att få någons fulla uppmärksamhet skapade känslor av att vara speciell och värda all uppmärksamhet (Cronfalk et al., 2009; Dunwoody et al., 2002).

Närhet

Flera studier belyser betydelsen av terapeutens fysiska närhet och mentala närvaro. Den icke verbala interaktionen relaterades till omvårdnadshänder som kommunicerade och masserade patientens kropp. I Walker och Waterworth (2017) studie förtäljer sjuksköterskor hur patienterna beskrev upplevelsen av deras meningsfulla beröring vid vårdandet. Upplevelsen var som en humanistisk konversation som förmedlade kärlek, empati, förståelse och trygghet. Själv syftade sjuksköterskor på att sprida känslan av snällhet och omsorg med kärlek, vänskap (Walker & Waterworth, 2017).

Flertal patienter uppskattade terapeutens handberöring för att den inte var vård och uppgiftsorienterad, det var inte brådskande att slutföra interaktionen utan terapin fick främjas i en känsla av närvaro vilket skapade förtroende för vårdrelationen (Nyatanga et al., 2018; Nelson, 2006). En patient kommenterade att det var höjdpunkten när han fått både massörens sällskap och mjukmassage. Det lindrade hans känslor av ensamhet, väldigt mycket (Cronfalk et al., 2009).

Lindring av ensamhet belystes också i Billhult och Dahlberg (2001) studie, när en av patienterna beskrev sin upplevelse av massörens närhet som att ha en bekant och inte bara okända människor runt om sig. Närhet betydde att vara nära eller ansluten till sin terapeut. Massörens omsorgshandlingar kändes nästan som kärlek i luften, så uttrycktes upplevelsen av en ömsesidig kontakt med massören (Nyatanga et al., 2018; Nelson, 2006). Det uttrycktes känslor med metaforer att man skulle gifta sig med terapeuten eller att det fanns önskan att ha massören för sig själv. Det tolkas som viljan att visa hur mycket de uppskattade terapeutens närhet. De liknelser tyddes som upplevd mänsklig närhet och karakteriserade massörens omsorgskultur (Nelson, 2006; Nyatanga et al., 2018; Cronfalk et al., 2009).

Mänsklig beröring var en viktig faktor som kunde påverka patientens upplevelse av symptomlindring i samband med behandling, det noterades i Mitchinson et al., (2013) forskning. Patienter som var utsatta för social ensamhet angav minskning av smärta i högre grad än övriga deltagare. En motsats resultat registrerades i en annan studie där fick patienterna diskutera i en fokusgrupp varför de tror att mjukmassage behandlingen hade positiva effekter. Berodde det på själva massagebehandlingen, terapeutiska oljor, placebo-effekt eller terapeutens roll. Deltagarna var överens om att det var behandlingen som var huvudorsak till positiva upplevelser och inte terapeutens roll (Dunwoody et al., 2002).

Tillit

Patienterna medgav att mjukmassage behandlingen var en viktig del i deras vård och kunde både njuta av och uppleva i högre grad effekter av terapi om det fanns en god kontakt med terapeuten (Nelson, 2006). Att få träffa samma terapeut bildade kontinuitet vilket var en grundläggande faktor i utveckling av vårdrelationen (Nelson 2006; Cronfalk et al., 2009). Tillit uppstod när de slapp upprepa sin historia varje gång de kom till terapeuten, istället fördjupades relationens innehåll. Det kändes tryggt och tydligt att massören förstod när de i förtroende berättade känsliga problem för denne (Nyatanga et al., 2018; Nelson, 2006). Kontakten med terapeuten beskrevs som ett förtroende, och de upplevde sig accepterade och välkomnade trots sitt utseende eller typ av sjukdomsdiagnos (Nyatanga et al., 2018; Cronfalk et al., 2009). En annan aspekt som stöder patientens upplevelse av tillit och förtroende var vetskapen att terapeuten var utbildad och kunnig samt anställd inom hälso- och

sjukvårdsenheter (Dunwoody et al.,2002). Det var vägande att terapeuten hade kunskap om sjukdomsdiagnoser och kunde förutse risker med behandlingar. En känsla av trygghet påtalades med uttryck om patienten kunde slappna av och vila i harmoni med sig själv samt kunde lämna över allt ansvar (Beck et al., 2009).

Negativa upplevelser

Drygt hälften av patienter har gett respons om att behandlingen förbättrat deras livskvalitet (Demer & Sauer, 2002). Patienterna ansåg att behandlingen borde vara tillgänglig för alla, då vetenskapen fanns att de fick massage men inte alla patienter och det väckte skuldkänslor (Billhult & Dahlberg, 2001; Dunwoody et al.,2002). Skuldkänslor uppstod även mot anhöriga då inte de fick massage, och avlastning som informella vårdare (Nyatanga et al., 2018).

Några patienter fick vänta upp till sex veckor mellan behandlingar och de kändes alldeles för lång tid (Nyatanga et al., 2018). Det ansågs också att behandlingarna varade för kort tid för att hinna bygga upp en relation med terapeuten (Dunwoody et al., 2002). Ett fåtal tyckte att mjukmassage behandlingar borde starta tidigare i sjukdomsprocessen (Demer & Sauer, 2002).

Känslan av utsatthet framfördes av patienterna som fått mjukmassage hemma i sängen. De kunde inte dölja eller hålla tillbaka sina tillkortakommanden, såsom sår, svettande fötter, vårtor och det upplevdes som skamligt (Cronfalk et al., 2009). Behandlingsrum som låg nära vårdavdelningar med omgivande ljud från tv och radio eller människor som störde och distraherande upplevdes negativt (Beck et al., 2009; Smith et al., 2009). Känslan av sorg framträdde när terapeuten kom på hembesök, det påminde om sjukdomens fortskridande, egen svaghet och den annalkande döden (Beck et al., 2009).

Biverkningar noterades i Pedersen och Björkhem-Bergman (2017) studie där patienter som deltagit i forskning inte redovisat några negativa effekter men terapeuter noterade två fall med illamående och smärta. Studiernas deltagare var kvalificerade terapeuter, sjuksköterskor och andra volontärer av vårdpersonal. Patienterna uttryckte att det behövdes mer utbildning till personalen och erbjudande till familjemedlemmarna (Demer & Sauer, 2002). Det noterades att det fanns för lite information om tillgänglighet och möjligheter till mjukmassage på vårdenheter. En viss negativ attityd till komplementära behandlingar upplevdes och patienterna uttryckte osäkerhet om de vågar diskutera ämnet med läkaren. Attityden bland människorna var att aromaterapier passade bara till kvinnor, det kändes i vissa fall skamligt för en man att ta emot sådan behandling. En annan kvinna ville inte berätta på jobbet om terapiesessionerna för att hon tyckte det var generande och betraktas som bortskämt (Dunwoody et al.,2002).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa patienternas upplevelse av mjukmassage utifrån patientens perspektiv . Metoden som valdes var litteraturöversikt för att få en uppfattning om kunskapsläget inom detta område (Forsberg et.al, 2013) och under avsnittet datainsamling redovisades hur artiklarna valdes ut. En av litteraturöversiktens styrka är att resultatet sammanställs utifrån forskning som belyser människans upplevelser och fångar helheten i det undersökta ämnesområdet (Polit & Beck, 2017).

Utifrån inklusions- och exklusionskriterierna valdes artiklar ut som publicerats mellan 2001-2018. Tidsramen kom att bli mer omfattande än de tio år som var tänkt från början för att kunna samla in tillräckligt med artiklar av god kvalitet (Polit & Beck, 2017) vilket kan vara en svaghet för studien men då liknande resultat hittades i de olika studierna och effekterna av mjukmassage inte ses som tidsberoende tros resultatet inte påverkas nämnvärt.

Styrkan för litteraturöversiktens trovärdighet och tydlighet ökade då artiklarna var peer-reviewed och granskade av andra forskare och grundar sig på tidigare forskning vilket säkerställde kvalitén. Artiklarna var skrivna på engelska vilket vid översättning till svenska kan finnas en risk påverka resultaten (Forsberg & Wengström, 2013) så lexikon används och resultatet diskuterades gemensamt för att minska risk för misstolkning. De sjutton artiklarna som inkluderades ansågs motsvara problemformulering och syfte. Genom att läsa artiklarna individuellt och sedan gemensamt jämföra innehållet kan dess påverkan på resultatet begränsas och en djupare förståelse för innehållet bildas under forskningsprocessens gång (Lundgren & Hällgren Graneheim, 2017) vilket kan vara en styrka i arbetet då författarna får möjlighet att reflektera över sina egna föreställningar.

Utifrån granskningsmallen granskades och bedömdes artiklarna noggrant både individuellt och gemensamt vilket ökar trovärdigheten (Polit & Beck, 2017). De utvalda artiklarna har kvalitetsgranskats med kvalitetsgranskningsmallen som hög och medelhög och redovisas i bilaga 2. I analysen grundades resultatet endast på resultatdelen av de vetenskapliga artiklarna och inga egna åsikter från författarna fanns med. Artiklarna var skrivna i olika delar av världen Sverige, Canada, Danmark, Irland, Kina, Nya Zeeland, Storbritannien och USA vilket är en styrka i studien att se massage som internationellt gångbart och ger ett perspektiv på hur vården kan se ut i olika länder.

Författarna sökte likheter och skillnader vid dataanalysen i studiernas resultat vilket upplevdes som svårt, de flesta beskrivande studier redovisade positiva upplevelser och resultatet skulle kunna upplevas som att författarna analyserade data med förförståelse. Därför var det extra viktigt att vara objektiva i sin dataanalys när meningsbärande enheter kondenserades och fick koder. Det uppstod svårigheter med kodning och sedan kategorisering om till exempel en meningsbärande enhet skulle passa i både kategorier men enligt Höglund Nielsen och Granskär (2017) får det absolut inte förekomma. Författarna tyckte att kodning var svårt för att artiklarna handlade om upplevelser som var sammanflätade. Det valdes i resultatet beskriva vissa patienters uttalande vilken gav läsaren möjlighet att själv bestämma om resultatet är tillförlitlig och generaliserbart (Graneheim & Lundman, 2004). En svaghet i studien kan vara att få negativa effekter av massage påvisades vilket å andra sidan kan stärka teorin att massage har positiva effekter då flertalet studier stödjer varandra vilket ökar trovärdigheten. Positivt är att resultaten visade flera positiva effekter för patienter med palliativa vårdbehov.

Resultatdiskussion

Resultatet av föreliggande studie visade att patienter i livets slut skede upplever mjukmassage som en avkopplande terapi, som även kunde påverka symptomlindring i viss grad. Samspelet mellan terapeuten och patienten är viktig och betydelsefull i formande av vårdrelationen.

Dimensioner av välbefinnande.

En livshotande sjukdom kan sätta patienten i situationer som resulterar i uppkomst av existentiella och andliga funderingar samt fysiska påfrestningar. Föreliggande studiens resultat visade att mjukmassage kan påverka patientens subjektiva upplevelse av välbefinnande och den känslan har flera dimensioner vilket kan upplevas som ett ögonblick av värdefull lättnad och en befriande känsla (Billhult & Dahlberg, 2001; Beck et al., 2009). Behandlingen genererat en behaglig känsla kring tankarna om döden samt kan hjälpa till att bygga upp en inre styrka (Dunwoody et al., 2002). Känslan av att fly iväg, att befinna sig utanför sin egen kropp, tappa tidsuppfattning vittnar om patientens förmåga till en mental avkoppling (Cronfalk et al., 2009). Tidigare forskning klargör att beröring är ett viktigt grundläggande behov för människans välbefinnande (Henricson & Billhult, 2010) det också stöds av Nicholls, Chang, Johanson och Edenborough (2013) studie som förklarar behovet av beröring hos människor oavsett sjukdom tills döden inträder (Nicholl et al. 2013). Kari Martinsen lägger fokus på sjuksköterskans omvårdnad i sin teori som ska främja känslan av välbefinnande hos patienten (Kirkevold, 2000). Forskning bekräftar att patientens upplevelse av välbefinnande är en viktig del av omsorgen som kan förbättra den döende personens upplevelse av sin situation och hälsotillstånd. Välbefinnande i samband med mjukmassagen beskrivs med känslor som njutning, tillfredsställelse och komfort.

Komfort och tillfredsställelse kunde upplevas direkt och varade upp till några veckor i vissa fall (Kolcaba et al., 2006; Pedersen och Björkhem-Bergman 2017). Det som var gemensamt i samtlig forskning var svårigheten att exakt fastställa hur lång eller kort tid upplevelsen varade. Däremot enligt Kutner et al. (2008), påvisades att det inte behövdes ytterligare mjukmassagebehandlingar för att uppnå flera positiva effekter. Således föreslår författarna att patienter med en begränsad livslängd får möjlighet att känna njutning av behandlingen även om den ges bara ett fåtal gånger. Författarna håller med forskningen som råder till att använda mjukmassage i vårdande av patienter i palliativt skede.

I föreliggande studien nämnde ingen av resultaten något om livskvalité ökning i samband med mjukmassage. Patienternas berättelser koncentrerades på fysiska och psykologiska upplevda känslor, samtidigt visade den omfattande kvantitativa forskningen som undersökte välbefinnande och livskvalitet, att dessa förbättrades (Toth, Marcantonio, Davis, Waltin, Kahn & Phillips 2012; Boehm et al., 2012; Bergsten et.,al 2005). Det fanns dessutom studier som indikerade att en del patienter inte tyckte att deras livskvalitet förändrades (Gregory et., al 2017). Sammantaget har patienterna i samtliga studier funnit avkoppling och komfort (Toth et al., 2005; Kolcaba et al., 2006), vilket författarna menar är betydelsefullt i vårdande av patienter inför livets slutskede, att få känna komfort.

Symtomlindring och biverkningar

Patienternas upplevelse av minskad smärta eller annan symtomlindring i samband med mjukmassage är inte helt utrett, och kan diskuteras vidare. Alla upplevde inte symtomlindring. I vissa studier beskrev patienterna sina upplevelser där smärta eller andra symptomlindrande effekter definierades som obetydliga, eller att det inte uppmärksammades (Billhult & Dahlberg, 2001; Cedar, et al., 2018). Liknande resultat observerades av Corbin (2005) forskning. Medan flera andra studiers resultat konstaterade god lindring där patienterna lämnar motivering till på vilket sätt smärta minskat. Fenomenet beskrivs som att under behandlingen distanseras lidandet och förde bort smärtan (Beck et al., 2009; Berger et al., 2013). Flertal studier indikerade omfattande symptom lindring (Dunwoody et al., 2002; Cronfalk et al., 2009; Smith et al., 2009) och ovanstående resultat stöds av Fellowes et., al (2004) omfattande forskning. Enligt författarnas erfarenhet kan mjukmassage minska smärta men då i samband med ordinerad läkemedelsbehandling.

Forskningen hade svårt att fastställa vad upplevelser berodde på i samtliga studier. Är det effekt från terapierna, placebo-effekt, terapeutens närvaro, eller forskarnas uppmärksamhet (Mitchinson et al., 2013; Ho et al., 2017). Resultaten var svårt att definiera. Författarna tror på en kombination av samtliga faktorer, därefter uppstår reflektion hur viktigt det är med kvalificerad mjukmassage behandling, det är kanske lika effektivt med en omtänksam, avstressad beröring som präglas av en kärleksfull attityd. Kari Martinsen beskriver omsorg som består av enkla praktiska handlingar, att det inte behövs avancerad utrustning, utan enkla omvårdnadshandlingar kan förändra patientens upplevelse av situation (Kirkevold, 2000). Forskningen stödjer teori att omsorg i form av mänsklig beröring, mjukmassage och uppmärksamhet kan vara betydelsefulla för patienten. Det bekräftade även Kolbaca et al.(2006) att massagen som utövas av vårdpersonalen bland annat kan påverka en subjektiv upplevelse av symtomlindring samt generera en upplevelse av helhets och bekräftande vård.

Palliativa vården kan ha många komplexa faktorer och alla symtom kan inte behandlas farmakologiskt därför kan mjukmassage vara ett komplement till farmakologisk behandling som värt att prova, tycker författarna. I föreliggande studien registrerades ingen forskning där patienterna uttalande obehag eller biverkningar, bara Pedersen och Björkhem-Bergman (2017) noterade besvärliga symptom under mjukmassagebehandling, då enligt terapeuternas observationer. I praktiken är det sällan att patienten behöver säga ifrån en behandling utan den som berör patienten läser av osynliga tecken genom patientens mimik, rörelser, andningsmönster som därefter avkodas och följer patientens vilja.

Relation och kommunikationens betydelse

Studiernas resultat visade att de flesta patienternas upplevelse av mjukmassage bestod av en upplevelse av terapi och interaktion med terapeuten. Patienterna medgav att terapeutens roll var lika viktigt som mjukmassagen, för vissa patienter var kontakten med terapeuten viktigare än själva behandlingen (Cronfalk et al., 2009). Terapeutens professionella och personliga egenskaper som acceptans, respekt, medkänsla och personkemi var central i relationens skapande. Det faktum att massören inte var en person som tillhörde familjen gjorde att patienterna kunde öppna sig utan att belasta familjen med sina bekymmer. Det bekräftas av en annan forskning där tolkas resultat att sjuksköterskan som masserade blev familjens goda vän

och patientens förespråkare (Mok et al., 2004). Att få prata med terapeuten var terapeutiskt, mer naturligt och likvärdigt som att gå till samtalsterapeut eller präst.

Socialstyrelsen lägger stor vikt på kommunikation och relationens betydelse inom palliativa vården (Socialstyrelsen, 2013). Betydelsen bekräftas i den föreliggande studien att god verbal lika väl som icke verbal kommunikation under mjukmassagen genererade goda behandlingseffekter samt utveckling av en harmonisk vårdrelation. Kari Martinsen inriktar i sin omvårdnadsteori på omvårdnaden som knuten till mänskliga relationer vilka utgör grunden till omsorg. Hon säger att när en person blir sjuk uppstår ett behov av mänsklig respons i form av omsorg samt den andra personen som utövar omsorgen vårdar med kärlek eller enligt moraliska grunder (Kirkevold, 2000). Teorin bekräftas av forskning som pekar på att mjukmassage kan tillfredsställa patientens omsorgsbehov, det är behov av att känna sig värdig samt behov av närhet och tillit.

Genom terapeutens utförande av mjukmassage upplevde patienterna mänsklig respons, att de behandlades som att de hade personligt identitet och kände sig speciella. Det skapade förutsättningar för inre balans och harmoni (Nyatanga et al., 2018). Kari Martinsen betonar att omsorgen ska utföras så att patienten får behålla sitt oberoende. Resultatet av föreliggande studie visar att mjukmassage kan stödja patienten i bevarande av autonomi och självbestämmande genom att välja mellan olika behandlingsalternativ och diskutera sina val (Dunwoody et al., 2002; Billhult & Dahlberg, 2001). Omvårdnadsteori formulering (Kirkevold, 2000) om att omsorg utförs med kärlek styrks när patienterna beskriver massörens beröring med varma, vårdsamma händer. Det uppges att kärlek fanns i luften och i de aktsamma rörelserna. Effekter av mjukmassage var inte enbart positiv av mekaniska terapeutiska rörelser utan patienterna berömde även kärleksfull omsorg (Nelson 2006). Det stöds i Ardeby (2005) studie som påvisar att massage är en medveten handling som måste ske med lyhördhet, omsorg och respekt för individens vilja och behov för att nå avkoppling och komfort (Ardeby, 2005) och enligt svensk lag en förutsättning att den utförs frivilligt av massören vilket författarna menar är en grundförutsättning.

I författarnas resultat betonas vikten av att massage behandlingarna sker i en lugn miljö utan störande ljud i bakgrunden vilket styrks i SOU (2001:6) att omgivningens miljö är viktig för upplevelse av god omvårdnad. Terapeutens fysiska och mentala närvaro samt upplevelse av beröring och beröringsmönster skapade relationsförtroende hos patienten, vilken dämpade känslor av ensamhet och lidande (Nyatanga et al., 2018). Patienterna kunde genom att förnimma terapeutens närvaro, öppenhet och välkomnande sätt känna tillit och avslöja sina behov av andlig vård och samtalsbehov. Studien av Buber (1994) bejakar det resultat och tolkar som att när den ytliga relationen försvinner vågar patient öppna sig mera om sina individuella behov. Det är då sjuksköterskan kan identifiera och tillmötesgå patienternas behov och förväntningar samt kan ge en kvalitativ palliativ vård (Buber et al., 1994). Det stöds av Nationella vårdprogrammet (2016) som säger att lindra lidande och att existentiellt stödja personen i livets slutskede ingår i palliativa vårdens värdegrund. Att vara närvarande och förmedla närhet kan sjuksköterskan lyssna till patientens önskemål och erbjuda vad patienten behöver (Nationella vårdprogrammet, 2016).

Flera patienter tyckte att terapi som mjukmassage passar bra för vårdande i livets slutskede, samt att behandling bör inledas tidigare i sjukdomsprocessen. Det noterades att det fanns viss negativ attityd mot komplementära terapier inom vården (Demmer & Sauer, 2002). Patienterna tyckte att flera bör få möjlighet till behandling, upplevde trygghetskänsla för att de visste att massörerna var utbildade och de gav förslag att fler inom vården får utbilda sig

(Dunwoody et al., 2002). Forskning bejakar att närvaro av vidareutbildad personal på vårdenheter som massage utbildad medfört positiva effekter på arbetsklimatet och vårdkulturen, samt tillfört nya kunskaper som hjälper personalen hantera svåra situationer, och utvecklar ett professionellt förhållningssätt (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Alexandersson et al., 2003). Författarna menar även att det bör finnas möjlighet för patienter att inte bara få mjukmassage på sjukhus utan kontinuitet var vården än bedrivs vilket styrks i studien av Brulde (2003) som belyser vikten att vårdens organisation har ett fungerande samarbete mellan kommunerna, primärvården och sjukhusen med patienten i fokus (Brulde, 2003). Författarna inser att i grundutbildning för sjuksköterskor bör innehålla en mjukmassage kurs eller lätt övning för att förbättra en personcentrerad vård inom vårdorganisationer samt för ett skickligt arbetsklimat. Författarna tycker att det är ingen krav att grundutbildade sjuksköterskor ska utföra massage men det är önskvärt att de vet att det kan vara ett kommunikationsinstrument, en ingång i vårdrelation samt ett sätt att visa att man bryr sig. En god palliativ vård bör tillgodose alla behov och vara jämlik i hela landet (Socialstyrelsen, 2013) vilket menas är en förutsättning för en god palliativ vård. Wigforss, (2006) belyser vikten av kontinuerlig utbildning, personalresurser och tid för utförandet av mjukmassage.

Slutsats

Studien visade att utförande av mjukmassage kunde tillfredsställa flera dimensioner av välbefinnande hos patienter med palliativa vårdbehov. Mjukmassagens betydelse för patienten var en minskad känsla av ensamhet, fysiskt och socialt och var ett sätt att finna inre ro. Det främjade en känsla av värdighet, autonomi och gemenskap. Relationen mellan patienten och massören skapade en större tillit, vilket utvecklades till existentiell bekräftelse och andligt stöd. Stödet relaterades till mental avkoppling, tunga tankar om döden minskade och en närvaro av andlighet kunde uppstå. Upplevelse av en fysisk dimension var relaterad till symtomlindring som minskad smärta, ångest, förbättrad sömn och komfort. En kontinuitet av massagen främjade vårdrelationen och vården upplevdes som holistisk.

Klinisk tillämpbarhet

Genom studien har författarna uppmärksammat patientens upplevelser av den mänskliga beröringen som erhöles vid mjukmassagen. Behandlingseffekter erhöles redan vid korta interventioner, med hänsyn till att det är ofta en stressig arbetsmiljö inom vården kan studiens resultat motivera sjuksköterskorna att hitta en stund för beröring i samband med andra omvårdnads aktiviteter. Till exempel i väntan på att läkemedel ska verka. Det möjliggör att spara tid och minska läkemedelsanvändning, samt förbättra vårdrelationen vilket leder till att patienten lättare kan hantera sin sjukdom. Genom utförande av mjukmassage kan man lättare samtala om patientens behov som till exempel existentiell bekräftelse i form av samtal med kurator eller präst. Det kan hjälpa specialistsjuksköterskorna att samordna helhetsvården kring patienten. Genom att lyfta upp mjukmassagens betydelse kan intresse väckas och inspirera att utbilda flera, vilket kan skapa kapacitet att möta den ökade efterfrågan på dessa tjänster.

Förslag på fortsatt forskning kan vara att identifiera i vilken utsträckning interaktion mellan terapeuten och patienten påverkar upplevelsen av mjukmassagen, utvärdera om det är terapin som utgör effekter eller den mänskliga närvaron.

REFERENSER

* Resultatartiklar

Alexandersson, M., Dehlén, C., Johansson, I., Petersson, I., & Langius, A. (2003). Taktill massage som komplement i omvårdnadsarbetet i palliativ vård. *Vård i Norden*, 23, 27-30.

Ardeby, S. (2003). *När orden inte räcker*. Stockholm: Ambosantus.

Ardeby, S. (2005). *Arbeta med beröring för friskvård och omvårdnad*. Stockholm: Ambosantus AB.

Anzieu, D. (1995). *Hudjaget. Om hudens psykiska betydelse*. Stockholm: Natur och Kultur.

*Beck, I., Runeson, I., & Blomqvist, K. (2009). To find inner peace: soft massage as an established and integrated part of palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 15 (11), 541-545.

*Berger, L., Tavares, M., & Berger, B. (2013). A canadian Experience of Integrating Complementary Therapy in a Hospital Palliative Care Unit. *Journal of Palliative Medicine*. Oct; 16 (10): 1294-1298.

Bergsten, U., Petersson, IF., & Arvidson, B. (2005). Perception of tactile massage as a complement to other form of pain relief in rheumatic disease. *Musculoskeletal Care* ; 3: 157-67.

Bernstein BJ., & Grasso,T. (2001). Prevalence of complementary and alternative medicine use in cancer patients. *Oncology*. 15(10): 1267-1272.

*Billhult, A., & Dahlberg, K. (2001). A Meaningful relief from suffering: Experiences of massage in palliative care. *Cancer Nursing* 24(3):180-184.

Blankenfield, R. P., Sulzmann, C., Fradley, L. G., Artim Tapolyai, A., & Zyzanski, S. J. (2001). Therapeutic touch in the treatment of carpal tunnel syndrome. *Journal of the American Board of Family Practice*. 14. 335–342.

Blomberg,K.,& Sahlberg-Blom, E. (2007). Closeness and distance: A way of handling difficult situations in daily care. *Journal of Clinical Nursing* 16(2):244-54. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01503.x>

Boehm, K., Bussing, A., & Ostermann, T. (2012). Aromatherapy as an adjuvant treatment in cancer care: A descriptive systematic review. *African Journal of Traditional, Complementary, and Alternative Medicines*, 9, 503–518.

Borch, E., & Hillervik, C. (2005). Upplevelser av kroppslig beröring i omvårdnadsarbetet - patienter berättar. *Vård i Norden*, 25 (78), 4-9.

Bottorff, J.L. (2003). The use and meaning of touch in caring for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 20(10):1531-1538.

Brulde, B. (2003). Lindrat lidande som den palliativa vårdens huvudmål. I L. Sandman & S. Woods (Red.), *God Palliativ vård - etiska och filosofiska aspekter*. Lund: Studentlitteratur.

Buber, M. (1994). *Jag och du*. Ludvika: Dualis.

Campbell, J. (2005). *A concept of analysis of therapeutic touch*. I J. Cutcliffe & H. Mc. Kenna (Red.). *The essential Concepts of Nursing (287-299)*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.

Carlström, E., Kvarnström, S., & Sandberg, H. (2013). Teamarbete i vården. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, J. Öhlen, (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå- kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.

Cassileth B.R., & Deng, G. (2004). Complementary and alternative therapies for cancer. *Oncologi*. 9. 80-89.

*Cedar, S.H., White, M., and Atwal, A. (2018). The efficacy of complementary therapy for patients receiving palliative cancer care. *International Journal of Palliative Nursing*, 24(3), 146-151. Doi: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2018.24.3.146>

Ching, M. (1993). The use of touch in nursing practice. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 10(4): 4-9.

Corbin, L. (2005). Safety and Efficacy of Massage Therapy for Patients with Cancer. *Cancer Control*. 12(3):158-64.

Cowen, V., Miccio, R., & Parikh, B. (2017). Massage Therapy in Outpatient Cancer Care: A Metropolitan Area Analysis. *Journal of Evidence-Based*. 22(4), 851-855. Doi: <https://doi.org/10.1177/2156587217727938>

Cronfalk, B., Freidrichsen, M., Millberg, A., & Strang, P. (2008) A one-day education in soft tissue massage: experiences and opinions as evaluated by nursing staff in palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 6 (2), 141-148

*Cronfalk, B., Strang, P., Ternestedt, B-M., & Friedrichsen, M. (2009). The existential experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care- an intervention. *Support Care Cancer*, 17(9): 1203-1211. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0575-2>

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

*Demmer, C., & Sauer, J. (2002). Assessing complementary services in a hospice program. *The American Journal of Hospice and Palliative Care*. 19(5),306-14.
DOI: <https://doi.org/10.1177/104990910201900506>

Denison, B. (2004). Touch the pain away. New research on therapeutic touch and persons with fibromyalgia. *Holistic Nursing Practice*, 18 (3), 142–151.

DiNucci, E.M. (2005). Energy healing: a complementary treatment for orthopaedic and other conditions. *Orthopedic Nursing*. 24.259-269.

*Dunwoody, L., Smyth, A., Davidson, R. (2002). Cancer patients' experiences and evaluations of aromatherapy massage in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*.8(10):497-504. Doi: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2002.8.10.10696>

Eckerdal, G. (2012). Sluten palliativ vård och hospice. I P, Strang., & B, Beck-Friis. *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber AB.

Engström, I. (2016). Etik erfarenhet och evidens. I B. Andershed, B-M. Ternestedt & C. Håkanson (Red.), *Palliativ vård: begrepp & perspektiv i teori och praktik* (ss. 152–160). Lund: Studentlitteratur.

Edvardson, JD., Sandman, P-O. & Rasmussen, BH. (2003). Meaning of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional. *Journal of Clinical Nursing*. 12(4), 601-609. Doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00754.x>

Erlandson, Å. (2010). Sjuksköterskor som erbjuder alternativmedicin tar en stor risk. Hämtad 181001 från: <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2010/10/sjukskoterskorsom-erbjuder-alternativmedicin-tar-en-stor-risk>

Fellowes, D., Barnes, K., & Wilkinson SS. (2004). Aromaterapi och massage för symptomlindring hos patienter med cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. (4): CD002287. doi: 10.1002 / 14651858.CD002287.pub3

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning (3. uppl.)*. Stockholm: Natur och kultur.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Fridegren, I. (2012). *Palliativ medicin: "Ingers lilla röda"*. Täby : Skire Project.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2): 105-12.

Harris, P., Finlay, I. G., Cook, A., Thomas, K. J., & Hood, K. (2003). Complementary and alternative medicine use by patients with cancer in Wales: A cross sectional survey. *Complementary Therapies in Medicine*, 11, 249–253.

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s.471-479). Lund: Studentlitteratur.

Henricsson, M., & Billhult, A. (2010). *Taktil beröring och lätt massage från livets början till livets slut*. Lund: Studentlitteratur.

*Ho, S., Kwong, A., Wan, K., Ho, R., & Chow, M. (2017). Experiences of aromatherapy massage among adult female cancer patients: a qualitative study. *Journal Clinical Nursing*, 26, 4519-4526. Doi: <https://doi.org/10.1177/1049909113476568>

Hollinger LM., & Buschmann, MBT. (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.

Horneber, M., Bueschel, G., Dennert, G., Less, D., Ritter, E., & Zwahlen, M. (2012). How many cancer patients use complementary and alternative medicine: a systematic review and metaanalysis. *Integrative Cancer Therapies*.11(3):187-203.
Doi: <https://doi.org/10.1177/1534735411423920>

Hälso-och sjukvårdslagen. (2017:30). Hämtad 18-08-30 från:
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. (red.) (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Jakobsson, E., Andersson, M., & Öhlen, J. (2016). Livets slutskede. Friberg, F., & Öhlen, J. (Red). *I Omvårdnadens grunder perspektiv och förhållningssätt*. Estonia: Mediapool Print Syd AB.

Johnston, BM. (2005). Introduction to palliative care: Overview of nursing developments. in J. Lugton, & R. Mc Intyre (Eds.), *Palliative care: The Nursing role* (2nd eds., pp. 1-32). Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering. Kari Martinsens omsorgsteori*. Lund: Studentlitteratur.

*Kolcaba, K., Schirm, V., Steiner, R. (2006). Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. *Geriatric Nursing*. 27(2):85-91. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2006.02.006>

Kozłowska, L., & Doboszynska, A. (2012). Nurses' nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase. *International journal of Palliative Nursing*, 18: 1.

Kutner, J., Smith, M., Corbin, L., Hemphill, L., Benton, K., Mellis, K., Beaty, B., Felton, S., Yamashita, T., Bryant, L., & Fairclough, D. (2008). Massage Therapy Versus Simple Touch to Improve Pain and Mood in Patients with Advanced Cancer. *Annals of internal medicine*, 149, (6), 369-379

Krieger, D. (1975). Therapeutic touch: The Imprimatur of nursing. *American journal of nursing*. 75 (5): 784-7.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso- och sjukvård*. Lund: Natur Kultur Akademisk.

Kuhn, M. (1999). *Complementary Therapies for Health Care Providers*. Lippincott Williams & Wilkins.

Lai, TK., Cheung, MC., Lo, CK., Ng, KL., Fung, YH., Tong, M., & Yau, CC. (2011). Effectiveness of aroma massage on advanced cancer patients with constipation: A pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17, 37-43.

Lewis S.L., Dirksen S.R., Heitkemper M.M., & Bucher, L. (2013). *Medical-surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*, Single Volume. Elsevier Health Sciences.

Lundgren, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). B. Höglund-Nielsen & M. Granskär (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur.

McCabe, C. (2004) Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal Clinical Nursing*. 13(1):41-9.

*Mitchinson, A., Fletcher, C., Myra Kim, H., Montagnini, M., & Hinshaw, D. (2014). Integrating Massage Therapy Within the Palliative Care of Veterans with Advanced Illness: An outcome Study. *American of hospice & palliative medicine*, 31 (1), 6-12.

Mok, Esther., & Pui Chi, C. (2004). Nurse–patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*. 48(5), 475–483.

Movafaghi, Z. (2003). Therapeutic touch and its role in nursing. *J. Mashhad Nurs. Midwifery Fac.* 5.66-69.

Molassiotis, A., Fernandez-Ortega, P., Pud, D., Ozden, G., Scott, JA., Panteli, V., Margulies, A., Browall, M., Magri, M., Selvekerova, S., Madsen, E., Milovics, L., Bruyns, I., Gudmundsdottir, G., Hummerston, S., Ahmad, AM., Platin, N., Kearney, N., & Patiraki, E. (2005) Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Annals of Oncology: official journal of the european society for Medical Oncology*. 16 (4):655–663. Doi: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdi110>

Nakano, K., Sato, K., Katayama, H., & Miyashita, M. (2012). Living with pleasure in daily life at the end of life: Recommended care strategy for cancer patients from the perspective of physicians and nurses. *Palliative and Supportive care*. 11, 405-413.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Guidance on Cancer Services: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer: The Manual. London: NICE; 2004.

*Nelson, J. (2006). Being in tune with life: complementary therapy use and well-being in residential hospice residents. *Journal of holistic nursing*. 24(3),152-161. Doi: <http://doi.org/10.1177/0898010105282524>

Nicholls, D., Chang, E., Johnson, A., & Edenborough, M. (2013). Touch, the essence of caring for people with end-stage dementia: A mental health perspective in Namaste care. *Aging & Mental Health*. 17(5). 571-578.
Doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.751581>

Nurse Healers-Professional Associates International. (2000b). Therapeutic touch: the dynamic and interactive phases of therapeutic touch process. Retrieved June 6, 2004, from <http://www.therapeutic-touch.org/content/process.asp>

* Nyatanga, B. (2015). Using complementary therapies in palliative care. *British Journal of Community Nursing*, 20,4, s.203.

Osaka, I., Kurihara, Y., Tanaka, K., Nishizaki, H., Aoki, S., Ph.D., & Isamu Adachi, I (2009). Attitudes Toward and Current Practice of Complementary and Alternative Medicine in Japanese Palliative Care Units. *Journal of Palliative Medicine*, 12(3), 239-244.

Paterson, B., Bottorff, J., & Hewat, R. (2003). Blending Observational Methods: Possibilities, Strategies, and Challenges. *International Journal of Qualitative Methods*. 2(1).
<https://doi.org/10.1177/16094069030020010>

Payne, S., Seymore, J., & Ingleton, C. (2004). Inledning i S. Payne, J. Seymore & C. Ingleton (red.), *Palliative Care Nursing. Principles and evidence for practice*. New York: Open University Press.

*Pedersen, K., & Björkhem-Bergman, L. (2018). Tactile massage reduces rescue doses for pain and anxiety: an observational study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 8. 30-33. Doi:
<https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2017-001421>

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Posadzki, P., Watson, L., Alotaibi, A., & Ernst, E. (2013). Prevalence of use of complementary and alternative medicine (CAM) by patients/consumers in the UK: systematic review of surveys. *Clinical Medicine*. 13(2), 126-131.

Routasalo, P., & Isola, A. (1996). The right to touch and be touched. *Nursing Ethics*. 3 (2): 165-176. <https://doi.org/10.1177/096973309600300209>

Regionala cancercentrum i samverkan. (2016). *Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2016*. Hämtad 22 Maj, 2018 från
https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-var/vardprogram/natvp_palliativvard_vers.2.1_dec2016.pdf

Remmers, H., Holtgräwe, M., & Pinkert, C. (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: a qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 14(1), 11-16.
<http://https.doi.org.proxive.se/10.1016/j.ejon.2009.07.002>

Riksdagen (1998). Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Hämtad 18-09-01 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1998531-om-yrkesverksamhet-pa-halso--och_sfs-1998-531

Riksdagen. (2010). Lag (2010:659) Patientsäkerhetslagen. Hämtad 2018-08-23, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Rosen, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (ss.376-383). Lund: Studentlitteratur.

Sand, L., & Strang, P. (2014). *När döden utmanar livet*. Stockholm: Natur & kultur

Sandman, L., & Woods, S. (red.) (2003). *God palliativ vård: etiska och filosofiska aspekter*. Lund: Studentlitteratur.

Sanner, E. (2011). Massage för barn och ungdomar <http://www.evasanner.se/wp-content/uploads/downloads/2011/09/massage.pdf>

Schönström, S. (2006). *Från akupunktur till schamanism: guide till komplementär- och alternativmedicin*. Stockholm: Natur och kultur.

Sekse, R.J.T., Hunskår, I., & Ellingsen, S. (2017). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 1-18. doi: 10.1111/jocn.13912

* Senderovich, H., LouIp, M., Berall, A., Karuza, J., Gordon, M., Binns, M., Wignararajah, S., Grossman, D., & Dunal, L. (2016). Therapeutic Touch in a geriatric Palliative Care Unit – A retrospective review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 24, 134-138. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.06.002>

Shou-Yu, Wang., Li-Wei, L., Ying-Ying, C., & Yu-Ping, H. (2016). Health care professionals' interactions with cancer patients who use complementary and alternative medicine in Taiwan. *Collegian Journal of the Royal College of Nursing Australia*. 23, (2), 209-216. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.02.007>

Sektionen sjuksköterskor för palliativ omvårdnad (SFPO) & Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialisering inom palliativ omvårdnad*. Hämtad 2018-09-19 från. <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/pallativkompetensbeskr.pdf>

Sieger Cronfalk, B. (2016). Betydelsen av mjuk massage. I B. Andershed, B-M. Ternestedt & C. Håkanson (Red.), *Palliativ vård: begrepp & perspektiv i teori och praktik* (ss. 443-450). Lund: Studentlitteratur.

Sjuksköterskor som erbjuder alternativmedicin tar en stor risk. (2010). <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2010/10/sjukskoterskorsom-erbjuder-alternativmedicin-tar-en-stor-risk/> . Hämtad 2018-08-21 från <http://h-t-t-p-s.www.sciencedirect.com.proxive.se/topics/medicine-and-dentistry/therapeutic-touch>

*Smith, M., Yamashita, M., Bryant, L., Hemphill, L., & Kutner, J. (2009). Providing massage therapy for people with advanced cancer: what to expect. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 15(4). 367-371. Doi: <https://doi.org/10.1089/acm.2008.0391>

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede: Vägledning, rekommendationer och indikatorer stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2001:6. *Döden angår oss alla - värdig vård vid livets slut*. Hämtad 18-08-22 från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2001/01/sou-20016/>

SOU 2004:12. *Patientskadelagen och läkemedelsförsäkringen - en översyn*. Hämtad 18-08-22 från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2004/02/sou-200412/>

SOU 2004:123. *Ett nationellt register över yrkesutövare av alternativ- och komplementärmedicin*. Hämtad från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2004/12/sou-2004123/>

SOU 2010:65. *Kompetens och ansvar*. Hämtad 18-08-20 från <https://www.regeringen.se/contentassets/ad298017b0eb4b8698fdd5a275480bae/kompetens-och-ansvar.-betankande-av-2009-ars-behorighetsutredning-hela-dokumentet-sou-201065>

Stoltz, P. (2006). *Searching for the meaning of support in Nursing. A study on support in family care of frail aged persons with examples from palliative care at home*. Akademisk avhandling: Malmö högskola.

Strang, P. (2016). Existentiell kris i livets slutskede förstärker de fysiska symtomen- minskad ångest och känsla av gemenskap kan minska upplevelsen av smärta. *Läkartidning*, 113, D6S6.

Strang, P. (2006). *Leva nära cancer*. Stockholm: Gothia

Strang, P., & Beck-Friis, B. (2012). *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber AB

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Stockholm: Danagårds.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning - legitimerad sjuksköterska*. Hämtat 2017-11-15 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Swisher, EM., Cohn, DE., Goff, BA., Parham, J., Herzog, TJ., Rader, JS., & Mutch, DG. (2002). Use of complementary and alternative medicine among women with gynecologic cancers. *Gynecological Oncology*. 84(3): 363-367.

Tamm, M. (1991). *Psykologiska teorier i vården*. Göteborg: Novum Grafiska AB

Tay, L.H., Hegney, D., & Ang, E. (2011). Factors affecting effective communication between registered nurses and adult cancer patients in an inpatient setting: a systematic review. *International Journal Evidence Based Healthcare*. 9(2):151-64. [https://doi: 10.1111/j.1744-1609.2011.00212.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2011.00212.x)

Törnbage, C.J., Skogar, Ö., & Borg, A. (2013). Short-and long-term effects of tactile massage on salivary cortisol concentrations in Parkinsons disease: a randomised controlled pilot study. *BMC Complement Altern Med* 13:357.

*Ulrich, A., Evron, L., Ostefeld-Rosenthal, A. (2010). Patients' views of CAM as spiritual practice. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2011-11-01, Volume 17, Issue 4, Pages 221-225. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2010.12.001>

Uvnäs-Moberg, K. (2000). *Lugn och beröring: oxytocinets läkande verkan i kroppen*. Borås: Natur och kultur.

Vanaki, Z., Matourypour, P., Gholami, R., Zare ,Z., Mehrzad,V., Dehghan, M. (2015). *Therapeutic touch for nausea in breast cancer patients receiving chemotherapy*. Composing a treatment.

Van Dongen, E., & Elema, R. (2001). The art of touching: The culture of 'body work' in nursing. *Anthropology & Medicine*, 8(2-3), 149-162. <http://dx.doi.org/10.1080/13648470120101345>

*Walker, H., & Waterworth, S. (2017). New Zealand palliative care nurses experiences of providing spiritual care to patients with life-limiting illness. *International Journal of Palliative Nursing*. 27 (1). Doi: <https://doi.org/193.011.060.127>

Waterworth, J. (2003). Livets slutskede och ett liv i hopp. I Sandman, L., & Woods, S. *God palliativ vård - etiska och filosofiska aspekter*. Lund: Studentlitteratur.

Westcombe, AM., Gambles, MA., Wilkinson, SM., Barnes, K., Fellowes, D., Maher, EJ., Young, T., Love, SB., Lucey, RA., Cubbin, S., & Ramirez, AJ. (2003). Learning the hard way! Setting up an RCT of aromatherapy massage for patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*. 18: 300-307.

Who (2002). *World Health Organisation National cancer control programmes: policies and managerial guidelines (2 uppl.)*. Geneva: World Health Organisation. Hämtad 20180916: <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>

Wigforss-Percy,A. (2006). *Massage och hälsa*. Lund. Studentlitteratur.

Wilcock, A., Manderson, C., Weller, R., Walker, G., Carr, D., Carey, A-M., Broadhurst., Mew, J., & Ernst, E. (2004). Does aromatherapy massage benefit patients with cancer attending a specialist palliative care day centre?. *Palliative Medicine*. 18: 287-290.

Willman, P., Bahtsevani, S., & Stoltz, P. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (3.uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Zolfaghari M., Eybpoosh S. & Hazrati, M. (2012). Effects of therapeutic touch on anxiety, vital signs, and cardiac dysrhythmia in a sample of Iranian women undergoing cardiac catheterization a quasi-experimental study. *Journal Holistic Nursing*. 30. 225-234.

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.

<p>Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.</p>	<p>Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.</p>	<p>*</p>	<p>Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.</p>
<p>Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).</p>	<p>Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.</p>	<p>*</p>	<p>Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.</p>

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Referenser

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur. (Valda delar).

Artikelmatris

Bilaga 2

Tabell 1. Artikelmatris

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Beck, I., Runeson, I., Blomqvist, K. 2009 Sverige	To find inner peace: soft massage as an established and integrated part of palliative care.	Syftet studie var att visa hur människor med cancer upplevt mjuk massage i en palliativ vård miljö Att nå en djup förståelse för upplevelsen av att ta emot mjuk massage	Intervjuer med patienter i en avancerad hemvårdsomgivning. Samtliga boende hade fått mjuk massage som En del av sin dagliga vård. En kvalitativ metod med ett fenomenologiskt tillvägagångssätt	N 8	Under massagen upplevde patienterna sig avslappnade och känslor av inre frid, värdighet, frihet och även känslor av hopp i sin situation.	1(K)
Berger, L., Tavares, M., Berger, B. 2013 Canada	A Canadian experience of integrating complementary therapy in a hospital palliative care unit.	Undersöka potentiella fördelar med massage och beröring samt avgöra om terapierna kan förbättra symptomlindringen.	Undersöktes fenomen och upplevelser. Patientgrupp fått terapi intervention och efter tillfrågades om upplevelser. För bedömning av symptomet används bland annat VAS.	N =31	Massage minskade signifikant lågt humör, rastlöshet, obehag samt en ökning av inre stillhet och frid som bidrog till ett ökat välbefinnande.	1 (K)

<p>Billhult, A., Dahlberg, K.</p> <p>2001</p> <p>Sverige</p>	<p>A meaningful relief from suffering: Experience of massage in cancer care</p>	<p>En meningsfull lättnad från lidande: Erfarenhet av massage i cancervård</p>	<p>Kvalitativ. Åtta kvinnliga cancerpatienter fick massage i 10 dagar och sedan intervjuades de.</p>	<p>N= 8</p>	<p>Resultatet identifierade fem teman. Massagen bidrar positivt relation med personalen, Resultaten visar att den relativt korta perioden av massage kan resultera i fysiska och känslomässiga fördelar för cancerpatienter.</p>	<p>1 (K)</p>
<p>Cedar SH, White, M., Atwal, A.</p> <p>2018</p> <p>Storbritannien</p>	<p>The efficacy of complementary therapy for patients receiving palliative cancer care</p>	<p>Effekten av komplementär behandling för patienter som får palliativ cancerbehandling</p>	<p>Kantitativ och Kvalitativ metod. Ett urval av 60 patienter bedömde deras känslor av välbefinnande på Likert-skala före och efter en serie av sex komplementära terapier. De frågades också vilka bekymmer de hade och efter behandlingen behandlades faktorer som kan påverka deras välbefinnande. Uppgifterna analyserades kvantitativt av t-test och Wilcoxon-signerade ranger.</p>	<p>N= 60</p>	<p>I syfte att utvärdera effekten av komplementära terapier på patientens välbefinnande och att systematisera bekymmer och kategorier av välbefinnande för att förbättra tjänsteutbudet. Resultaten visar en statistiskt signifikant förbättring av välbefinnande.</p>	<p>1(RCT)</p>

<p>Cronfalk, B., Strang, P., Ternestedt, B.M., Fredrichsen, M.</p> <p>2009</p> <p>Sverige</p>	<p>The existential experiences of receiving soft tissue massage in palliative home – an intervention</p>	<p>Syfte med denna studie var att undersöka hur patienter inom palliativ vård upplever mjuk massage.</p>	<p>Används kvalitativa metod med hermeneutisk undersökning. Patienter fått massage eller lätt beröring nio gånger under två veckor på 25 minuter. Under sista interventionen utfördes intervju som analyserades med användning av hermeneutisk undersökning</p>	<p>N=22</p>	<p>Mjuk massage genererade känslan av existentiellt andrum, en upplevelse av omtänksam uppmärksamhet och En känsla av fullständig lugn</p>	<p>I (K)</p>
<p>Demmer, C., Sauer, J.</p> <p>2002</p> <p>USA</p>	<p>Assessing complementary therapy services in a hospice program</p>	<p>Syftet var att se effekten av ett kompletterande terapi program på ett hospice.</p>	<p>Komplementära behandlingar som erbjöds patienter inom palliativ vård var bland annat massage, terapeutisk beröring och aromaterapi</p>	<p>N= 68</p>	<p>Patienter som fick komplementära behandlingar var överlag mer nöjda med hospice, upplever förbättrad livskvalite, har förslag på utbildna flera till massören.</p>	<p>2(K)</p>
<p>Dunwoody, L., Smyth, A., Davidson, R.</p> <p>2002</p> <p>Irland.</p>	<p>Cancer patients experiences and evaluations of aromatherapy massage in palliative care</p>	<p>Syftet var att undersöka hur cancersjuka patienter upplever och utvärderar aromaterapimassage i palliativ vård.</p>	<p>Kvalitativ design. Fokusgrupps intervju 11 patienter med cancer.</p>	<p>N= 30</p>	<p>Studien visade positiva och även negativa aspekter samt att aromamassage var stressreducerande, massörens stödjande roll, aromaterapi upplevs som en belöning, patienten känner egenmakt. Belyser negativa aspekter, beröring användning som kommunikation. Patienter uppger att det finns förutfattade meningar och säkerheten i sammanhanget.</p>	<p>1(K)</p>

<p>Ho, S., Kwong, A Wan, K., Ho, R., Chow, K.</p> <p>2017</p> <p>Kina</p>	<p>Experiences of aromatherapy massage among adult female cancer patients: A qualitative study.</p>	<p>Denna studie undersökte patienternas erfarenheter av aromaterapi samt Terapi användning av patienter med cancer diagnos.</p>	<p>Kvalitativ semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>N =15</p>	<p>Deltagarna upplevde både fysiska och psykiska lindrande effekter dimensioner: övergripande ökad komfort, avkoppling, minskad smärta, muskelspänningar, lymfödem och domningar, förbättrad sömn, mer energi och bättre humör och bidrog till att förbättra självacceptans och hantera sin förändrade kropp. 1) En omedelbar effekt som gav komfort och hantera det dagliga livet. 2) ett behagligt ögonblick att glömma sjukdomen med arom som en booster. 3) värdighet och hantera sin förändrade kropp.</p>	<p>2(K)</p>
<p>Kolcaba, K</p> <p>USA</p> <p>2006</p>	<p>Effects of hand massage on comfort of nursing home residents</p>	<p>Syfte: mäta skillnader i komfort och tillfredsställelse mellan behandlings- och jämförelsegrupper av vårdhemboende.</p>	<p>Denna forskning använde en kvasi-experimentell design.</p>	<p>N = 70/60</p>	<p>Resultat visade att användning/ tillämpning av HM som ett effektiv, billig åtgärd för att höja komfort håller sig två veckor, tröstandeupplevelse, tillfredsställelse längre period.</p>	<p>1(RCT)</p>
<p>Mitchinson, Fletcher, Myra Kim, Montagnini, Hinshaw, USA, 2014</p>	<p>Integrating Massage Therapy Within the Palliative Care of Veterans with Advanced Illness: An outcome Study</p>	<p>Syfte med studien var att undersöka Integrering av massageterapi inom palliativ vård av veteraner med avancerad sjukdom: En utredningsstudie.</p>	<p>153 patienter fick massage. Data samlades in om smärta, ångest, dyspné, avslappning och inre fred före och efter massage. Diagnoser, kronisk smärta och socialt stöd blev också abstraherade, analys av kovarians användes för att undersöka förändringar över tiden</p>	<p>N= 590/153</p>	<p>Denna studie bekräftade att massage är ett användbart verktyg för att kunna förbättra symptomhanteringen och minska lidandet hos patienter med palliativ vård. Smärtintensitet och obehagskänsla minskade och känslan av avkoppling och inre frid ökade.</p>	<p>2(CCT)</p>

Nelson, J. 2006 USA	Being in tune with life. Complementary therapy use and wellbeing in residential hospice residents	Syfte var att identifiera patientens förmåga att vara ikapp med livet genom kompletterande terapi användning för välbefinnande hos hospiceboende.	Kvalitativ metod. Intervju med femton patienter med syfte att utvärdera upplevelsen av komplimenterande omvårdnadsåtgärder såsom massage samt hur de används inom hospicevården.	N= 15	Femton patienter på Hospice intervjuades med syfte att undersöka upplevelsen av komplementära behandlingar. Studien visade sig ha positiv effekt och upplevelse att vara återansluten till livet genom omsorg och närvaro i förhållandet . Tyder på att närvaro kan vara viktigare för patientens välbefinnande än de fysiska svaren på komplementära terapier.	2 (K)
Nyatanga, B., Cook, D., Goddard, A. 2018 Storbritannien	A prospective research study to investigate the impact of complementary therapies on patient well-being in palliative care.	En prospektiv forskningsstudie för att undersöka effekten av komplementära terapier på patientvård i palliativ vård.	Åtta patienter med palliativa vårdbehov intervjuades om upplevelsen av de komplementära behandlingarna.	N= 8	Deltagarna rapporterade att de kände sig mer avslappnad efter behandlingarna och lugnare med sitt dagliga liv och kunde refokusera på sig själva och vad som är viktigt i livet. Komplementära behandlingar spelade en positiv roll, och därför en acceptabel modell för att stödja palliativa vårdpatienter.	1(K)
Pedersen, K., Björkhem-Bergman, L. 2018 Sverige	Tactile massage reduces rescue doses for pain and anxiety: an observational study.	Syfte med denna studie var visa att Taktill massage reducerar räddningsdoser för smärta och ångest: en observationsstudie.	Kvalitativ/Kvantitativ studie. Observations Studie.	N= 41	Deltagarna upplevde ökat välbefinnande, minskad ångest och minskad smärta.	1 (K)

<p>Senderovich, H., LouIp, M., Berall, A., Karuza, J., Gordon, M., Binns, M., Wignararajah, S., Grossman, D., Dunal, L.</p> <p>2016</p> <p>Canada</p>	<p>Terapeutisk touch in geriatric palliative care unit- A retrospective review.</p>	<p>Genomförande Terapeutisk behandling till patienter i en geriatrisk palliativ vårdavdelning för att förstå deras svar på Terapeutisk behandling.</p>	<p>En retrospektiv medicinsk översyn utfördes på patienterna som fick Therapeutic beröring och ett slumpmässigt urval av patienter som inte fick Therapeutic Touch från 2010-2013.</p>	<p>733/114</p>	<p>Baserat på ett urval av svar som lämnats av patienter och iakttagits av terapeutiska handledaren, de flesta patienter som får behandling uppnådde ett tillstånd av avkoppling eller sömn.</p>	<p>2 (RCT)</p>
<p>Smith, M., Yamashita, T., Bryant, L., Hemphill, L., Kutner, J.</p> <p>2009</p> <p>USA</p>	<p>Providing massage therapy for people with advanced cancer: what to expect.</p>	<p>Syftet var att undersöka effekten av massage terapi på personer med avancerad cancer.</p>	<p>I denna primära studie fokuseras på resultat av minskningen av end-of-life symtom med berörings studie.</p>	<p>N =151</p>	<p>Denna studie bekräftar att terapeuter måste vara beredda på sorg uttryck och ångestrelaterade till döende, familjekonflikter och osäkerhet. Massage terapi ger lindring av symtom som uppträder hos patienter med avancerad cancer.</p>	<p>2 (P)</p>

<p>Ulrich, A., Evron, L., Ostenfeld-Rosenthal, A.</p> <p>2010</p> <p>Danmark</p>	<p>Patients' views of CAM as spiritual practice</p>	<p>Patienternas syn på CAM som andlig övning</p>	<p>cancerpatienter, under en tvåårsperiod av ansikte mot ansikte intervju, telefon och fokusgrupper för att förstå hur andliga övertygelser och metoder skulle kunna relateras till Komplementär och alternativ medicin</p>	<p>N= 32</p>	<p>Komplementär och alternativ medicin kan fungera, inte bara som en behandling för cancerrelaterade symptom och biverkningar, men också som en form av andlig praxis</p>	<p>1 (K)</p>
<p>Walker, H., Waterworth, S.</p> <p>2017</p> <p>Nya Zeeland</p>	<p>New Zealand palliative care nurses experiences of providing spiritual care to patients with life-limiting illness</p>	<p>Nya Zeelands palliativa sjuksköterskors erfarenheter av att ge andlig vård till patienter med livsbegränsande sjukdom</p>	<p>Kvalitativ metod Syftet att beskriva erkännande, tillhandahållande och dokumentation av andliga behov och vård. Genom individualitet och respekt; medkänsla ; beröring ;närvaro och kommunikation.</p>	<p>N= 9</p>	<p>Sjuksköterskor i denna studie värderade högt att fokusera på den enskilda patienten och utveckla ett förhållande som möjlig gjorde att patientens unika andliga behov uppfylldes bland annat genom beröring och dela med sig av sina erfarenheter av andlig vård och diskutera hur det kan dokumenteras.</p>	<p>1 (K)</p>

Källa. Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006, sid 84). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.