



**SJUKSKÖTERSORS OCH PATIENTERS UPPLEVELSE AV FYSISK
BERÖRING I OMVÅRDNADEN**

- **En litteraturöversikt**

Kandidatprogrammet i omvårdnadsvetenskap, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Grundnivå
Examinationsdatum: 140625
Kurs: HT12
Författare:
Linda Florström
Helena Wallin

Handledare:
Marie Tyrrell
Examinator:
Monika Rydell
Karlsson

SAMMANFATTNING

Beröring är ett behov hos alla människor oavsett ålder. Den äldre befolkningen växer och med ökad ålder kan kontaktnätet minskat och möjligheten till fysisk beröring minskat. Det naturliga åldrandet karaktäriseras av att olika funktioner avtar i olika takt av den fysiska och kognitiva förmågan vilket gör att äldre personer kan ha en ökad känslighet för stress, vilket ökar komplexiteten i omvårdnaden. I omvårdnaden är beröring oundvikligt då en fysisk interaktion med patienten är en nödvändighet och bidrar oundvikligt till känslor både för sjuksköterskan och för patienten. Syftet med uppsatsen var att beskriva upplevelsen av fysisk beröring både ur sjuksköterskors och äldre patienters perspektiv. Metoden författarna har valt är en litteraturoversikt för att kunna analysera och utvärdera den publicerade forskningen och författarna har valt att söka relevant litteratur genom databaser. Författarna fann resultat på att om beröring gavs på patienternas eget val och hänsyn till deras integritet så kunde beröringen förmedla tillit och en känsla av säkerhet samt trygghet. Beröringen möjliggjorde även ett sammanhang i sin miljö och en bättre möjlighet att härbärgera sin sjukdomssituation och en påfrestande vårdmiljö för patienten. Resultaten författarna fann gällande sjuksköterskorna var att de använde fysisk beröring för att kommunicera med patienterna. Både för att förmedla trygghet och säkerhet men också som ett instrument i omvårdnaden för att till exempel känna av feber. Slutsatsen är att beröring är ett kraftfullt verktyg som kan förmedla välbefinnande både för sjuksköterskan och för patienten då beröring innebär en interaktion mellan två personer.

Nyckelord; Beröring, äldre, välbefinnande, sjuksköterske- patient relation, omvårdnad

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	1
----------------	---

BAKGRUND

Åldrandet	1
Åldrande och sjukdom.....	2
Äldre personer i vården.....	3
Sjuksköterskans roll.....	3
Personcentrerad omvårdnad	4
Beröring	5
Fysiologiska mekanismer som påverkas av beröring	6
Beröring i omvårdnadsarbete	6

PROBLEMFÖRMULERING.	6
--------------------------	---

SYFTE	6
-------------	---

METOD

Studiedesign	7
Urval	7
Datainsamling.....	7
Databearbetning och urvalsprocess.....	8
Forskningsetiska övervägande	9

RESULTAT

Sjuksköterskans perspektiv.....	9
Patientens perspektiv	11

DISKUSSION

Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	14
Slutsats.....	16
Fortsatt forskning.....	16

REFERENSER	17
------------------	----

BILAGOR

Bilaga I- Matris

Bilaga II- Bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering

INLEDNING

Författarnas erfarenhet av att vårda äldre människor inom äldrepsykiatri och geriatriken har varit att det förekommer att en del äldre har ett begränsat socialt nätverk. Det förekommer även att en del av äldre är isolerade i sina boenden och endast har ringa kontakt och naturlig närhet med andra människor. De har ofta ett begränsat kontaktnät och i vissa fall har författarna uppfattat att den enda kontakt de har med andra människor kan vara den via hälso- och sjukvården och den kommunala hemtjänsten. Andelen ensamma vuxna ökar stadigt, ibland är det självvalt men i vissa fall är det en påtvingad ensamhet som kan drabba den enskilde hårt. Enligt Folkhälsomyndigheten (2013) är social isolering en riskfaktor för psykisk ohälsa och menar att hälsofrämjande insatser förbättrar de äldres liv och livskvalitet. När sjukvården träffar äldre människor i den högteknologiska vården med korta vårdtider kan det vara lätt att glömma bort den mänskliga kontakten som är viktig i vårdens kvalitet. Människans sinnen såsom syn, hörsel, lukt och känsel har alltid varit en viktig del i vårdandet och har inte blivit mindre viktig utan är en integrerad del av vården.

BAKGRUND

Åldrandet

Enligt World Health Organisation [WHO], 2012, definieras en äldre människa som äldre efter sin sextionde födelsedag. De flesta västerländska länder använder 65 år som en måttstock men enligt WHO finns ingen klar och fastställd definition med just den åldern och menar att United Nations (UN) vill använda sig av 60+ som beteckning på äldre befolkning (WHO, 2012).

Livsförloppet kan delas upp i fyra faser varav av den första är när människan blir vuxen och den andra åldern innehåller arbetsliv och familjeansvar. Den tredje fasen är en tillvaro som präglas av att personen är arbetsfri med en ekonomisk grundtrygghet utan att personen direkt är begränsad av ohälsa och funktionsnedsättning. Den fjärde fasen är när sjukdomarna och funktionsnedsättningarna sätter gränser för vad personen kan prestera och att hon åter blir beroende av andra. När de olika faserna inträder i människans liv är beroende på människans funktion och det är inte människans ålder som är avgörande (Agahi, Lagergren, Thorslund & Wånell, 2005).

Hälsosamt åldrande definieras enligt Folkhälsomyndigheten som en process där möjligheterna till fysisk, social och psykisk hälsa ökas så att äldre människor kan ta en större aktiv del i samhället samt erhålla ett mer självständigt liv med god livskvalitet (Folkhälsomyndigheten, 2013).

Befolkningen blir allt äldre idag och därmed finns det fler med nedsatt hälsa, vilket kommer öka antalet äldre med hälso- och omvårdnadsbehov i framtiden. Det ökade hälso- och omvårdnadsbehovet kommer innebära att behovet av insatser för att främja välbefinnandet inte kommer bli mindre viktigt i framtiden (Agahi, Lennartsson & Wånell, 2011).

Vid ökad ålder sker både fysiologiska och kognitiva förändringar som den äldre personen måste anpassa sig till. Det naturliga åldrandet är svårt att särskilja från de effekter av sjuklighet och miljöfaktorer som har påverkat människan under livets gång men både kognitiva och fysiologiska förändringar hör till det naturliga åldrandet. De kognitiva förändringarna gör så att människans tankeverksamhet och förmåga till beslut tar längre tid än

tidigare. Fysiologiska förändringar i organen och då speciellt i hjärt- kärl systemet, njurar och i nervsystemet gör att kroppen har svårare att uppnå balans efter att blivit utsatt för trauman eller sjukdom. Kroppen blir allt bräckligare till följd av stigande ålder och med det spelar ofta psykologiska och sociala förhållanden en större roll för den äldres totala situation och krav på vården (Grimby, A & Grimby,G, 2001). Att känna sig ensam är något som drabbar många äldre och har ett samband med den äldres hälsa, livskvalitet och levnadsvanor. Äldre besväras mer av ångslan, oro, ångest och upplevd ohälsa vid ensamhet (Agahi, Lennartsson & Wånell, 2011). Den äldre människan är mer utsatt för förlust av anhörig. Minst femton procent av hemmaboende äldre över 65 år lider av psykisk sjukdom och prevalensen ökar med ålder (Grimby, A & Grimby,G, 2001).

Tillfredställelse med livet hos de äldre visade en högre risk för missnöje hos de äldre som led av depression men ännu högre hos de som led av ångest. Äldre som var mest nöjda med livet var de som deltog i aktiviteter och hade vänner (Helvik, Engdal, Krokstad & Selbaek, 2011). Att vara självständig och ha kvar sina självständiga förmågor är viktigt för de äldre patienterna då de påverkar deras välmående och hälsa visar en studie (Cramm et al., 2012).

Åldrande och sjukdom

Med stigande ålder ökar risken att drabbas av sjukdomar, framför allt efter sjuttiofem-åttioårsåldern. Den molekylära ordning som uppstår i de åldrande cellerna i kroppen gör dem mer disponerade och känsliga för sjukdomar. Cellernas åldersförändringar bidrar till celledöd och de kan även dö i olika organ via försämrad blodtillförsel, som till exempel vid åderförkalkning. Det biologiska åldrandet innebär förändringar i alla organsystem i kroppen (Dehlin & Rundgren, 2007).

I hög ålder ökar risken för den äldre personen att drabbas av sjukdomar som stroke, osteoporos och demens och även utveckla fysiskt handikapp som syn och hörselnedsättning. Syn och hörselnedsättning är en av de främsta orsakerna till psykisk sjukdom hos äldre. Sömlöshet, vårdande av anhörig, somatiska sjukdomar och läkemedelsbiverkningar är andra faktorer som kan leda till psykisk sjukdom hos äldre. Vid ett naturligt åldrande får människan kognitiva förändringar som innebär att den intellektuella kapaciteten avtar i avseende av snabbhet i uppfattning, tänkande och handling. Det naturliga åldrandet karaktäriseras av att olika funktioner avtar i olika takt av den fysiska förmågan. Äldre personer kan ha en ökad känslighet för stress vilket gör att den kan leda till oro. Andra faktorer som kan orsaka konfusionstillstånd hos äldre kan vara läkemedel, sjukdom och psykogena faktorer som över/under stimulation och sömnbrist. Att vara äldre och utveckla depression är förenat med ökad dödlighet hos den äldre då depressionen kan förvärra en kroppslig sjukdom (Sparring-Björkstén et al., 2013).

En av de vanligare sjukdomarna som nyss nämndes är demens. I Sverige får ungefär tjugotusen personer diagnosen demens årligen och siffran väntas öka kraftigt. Sjukdomen påverkar både de drabbade och deras anhöriga svårt med stort psykiskt lidande till följd. Sjukdomen ställer även stora krav på samhällets resurser i form av vård och omsorg. Slutet vård eller annat boende krävs för de sjuka när de till slut inte klarar av att bo i det egna hemmet med stödinsatser (Dehlin & Rundgren, 2007). Hög ålder är den allra starkaste riskfaktorn för demenssjukdom. Dehlin och Rundgren menar att demenssjukdom kan definieras som en hjärnsjukdom av kronisk eller fortskridande art. Demenssjukdomen innebär varierande grad av problem och svårigheter för den sjuke. Att kommunicera är en viktig del av detta. Problemen med kommunikationen börjar smygande för att sedan succesivt försämrans allteftersom sjukdomen utvecklas.

Äldre personer i vården

Äldre personer, från sextiofem år och äldre, står för mer än hälften av Sveriges sjukvårdskonsumtion. Detta ställer högre krav på kunskaper inom sjukvården för dessa patienter och deras behov. Med stigande ålder kan fler sjukdomar förvärfvas successivt och patientens vård är ofta komplex (Dehlin & Rundgren, 2007; Carasa & Nespoli, 2002). Ett multiprofessionellt omhändertagande är ofta nödvändigt. ”En definition av en geriatrisk patient som ibland används är *en äldre patient med organsvikt från två eller fler system samtidigt och där det finns ett behov av ett brett multidimensionellt angreppssätt för att på bästa sätt utreda och behandla patienten*” (Dehlin & Rundgren, 2007, sid 55). Ungefär var tredje ålder pensionär i Sverige vårdas någon gång under året på sjukhus. På de flesta sjukhus finns idag avdelningar för geriatrisk vård där komplexiteten i omvårdnad och behandling av äldre med flera sjukdomar tas om hand (Dehlin & Rundgren, 2007).

Kommunernas ansvar för vård och omsorg om äldre regleras i Socialtjänstlagen (2001:453) och Hälso- och Sjukvårdslagen (1982:763). Personer med stora och varaktiga funktionshinder kan därutöver ha rätt till särskilda insatser enligt om stöd och service till vissa funktionshindrade enligt Socialdepartementet, LSS (1993:387). Socialtjänstens insatser till äldre är bland annat självbestämmande, det innebär bland annat att äldreomsorgen ska inriktas på insatser för att underlätta för äldre att så långt möjligt kunna bo kvar i det egna hemmet. Exempel på sådana insatser kan till exempel vara hemtjänst och dagverksamheter. När de insatser som kan ges i det egna hemmet är otillräckliga ska äldre kunna erbjudas ett annat boende. För detta ändamål har kommunerna, enligt Socialtjänstlagen (2001:453) skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd. Kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer och dagverksamheter efter biståndsbedömning. Därutöver har kommunerna möjlighet att helt eller delvis överta ansvaret för hemsjukvården. Så har skett i 165 av landets 290 kommuner år 2012 (Socialstyrelsen, 2012). Enligt Socialstyrelsens rapport där de samlat in uppgifter från Sveriges alla kommuner så visar den att cirka 249 900 personer som fyllt 65 år bodde permanent i särskilda boendeformer eller var beviljade hemtjänst i ordinärt boende den 1 april 2012. Detta motsvarar cirka 14 procent av befolkningen i åldersgruppen (Socialstyrelsen, 2012).

Enligt Statistiska Centralbyrån [SCB], 2012, så visar deras befolkningsprognos att dödligheten fortsätter minska bland annat på grund av minskat rökande och den medicinska utvecklingen. Det är den snabba nedgången i dödlighet som medfört att antalet personer 80 år och äldre har ökat. SCB antar att den främsta orsaken till att fler överlever längre är att allt färre insjuknar i hjärt- och kärlsjukdomar och att de som ändå gör det har minskad dödlighet (SCB, 2012).

Medellivslängden i Sverige ligger idag bland de högsta i världen vilket innebär stora utmaningar för framtidens hälso- och sjukvård (Dehlin & Rundgren, 2007).

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskor har en viktig del i omvårdnaden. Enligt International Council of Nurses, [ICN], 2012, etiska kod för sjuksköterskor har de fyra grundläggande ansvarsområden:

- Främja hälsa
- Förebygga sjukdom
- Återställa hälsa
- Lindra lidande

Sjuksköterskans uppgift är bland annat att främja hälsa. Hälsa definieras av WHO som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart avsaknad av sjukdom eller funktionshinder (Svensk Sjuksköterskeförening, 2012). Känslomässigt stöd är viktigt för de äldre patienterna eftersom stödet bidrar till en upplevd god hälsa menar Pejner, Ziegert och Kihlgren (2012). Kitson, Athlin och Conroy (2014) beskriver sjuksköterskans roll i omvårdnadsarbete som komplex eftersom det innebär att arbeta med personer både fysiskt och psykosocialt. Att arbeta psykosocialt innebär att fokuset ligger på relationen mellan sjuksköterskan och patienten vilket är en förutsättning för att möta patientens grundläggande behov.

Enligt Van der Cingel (2014) är medkänsla ett begrepp som en oumbärlig del i kommunikationen mellan patient och sjuksköterskan och leder till god omvårdnad. För att uppnå en medkänsla enligt Van der Cingel (2014) behövs aspekter som ett aktivt lyssnande, ett bekräftande förhållningssätt, engagemang, en förståelse för lidandet, en känslomässig närvaro och praktisk stöd i att lotsa patienten i vården och dess komplexa organisation.

Agahi, Lagergren, Thorslund och Wånell (2005) uppgav i sin studie att sjuksköterskor försökte lindra patienternas känslor så att patienterna skulle kunna klara av sitt vardagsliv bättre. De försökte stärka och stötta patienterna så att de kunde orka vidare i sina liv. Inom vård och omsorg så används variabler som avser hälsorelaterad livskvalitet som har fokus på hälsa och välbefinnande.

Känslomässigt stöd som är en del av sjuksköterskans uppgift är lika viktigt som uppgifter att kontrollera blodtryck och temperaturen men kan lättare förbises. För att inte känslomässigt stöd ska förbises krävs god kunskap om patientens känslor och tankar vilket är viktigt för att få en helhetsbild av människan (Jahren-Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005). För att få en helhetsbild av patienten krävs det av sjuksköterskan att hon har förmåga till empati. Utan detta menar Edvardsson (2010) att patienten annars riskerar att känna sig anonym och ”icke vårdad”. Att se hela patienten enligt begreppet personcentrerad omvårdnad innebär att patienten blir sedd och bekräftad för den person han eller hon är oavsett eventuell sjukdom (Edvardsson, 2010). Mattiasson och Randers (2003) menar att integritet och en känsla av helhet kan behållas hos en äldre patient som fluktuerar i sin kognitiva förmåga om empati, tid och öppenhet ges av den som vårdar.

Personcentrerad omvårdnad

Personcentrerad omvårdnad framhålls numera som ett begrepp som kännetecknar god omvårdnad som vilar på en humanistisk grund. Begreppet innebär att sjuksköterskan skall kunna se hela patienten, bakom sjukdomar, åldrande och sjukdomssymptom (Edvardsson, 2010). Att öka välbefinnandet är en del av sjuksköterskornas uppgift och enligt Pejner, Ziegert och Kihlgren (2012) så stöttade och stärkte sjuksköterskorna patienterna för att de skulle orka vidare i sina liv och för att bidra till en upplevd god hälsa och motverka depression. Enligt Rösвик, Kirkevold, M, Engedal, Brooker och Kirkevold, Ö (2011) spelar sjuksköterskor en avgörande roll som ledare för att tillämpa personcentrerad omvårdnad i det kliniska arbetet.

Personcentrerad omvårdnad innebär att vården med dess resurser är organiserade runt patienten. Begreppet innebär att fokus är patienten oavsett sjukdom och symptom. Syftet med personcentrerad omvårdnad är att patientens behov är i fokus och att patienten är aktiv och

delaktig i sin vård. Relationen i en personcentrerad omvårdnad bygger på tillit och förutsättningen till detta är en kommunikation mellan vårdare och patient (Edvardsson, 2011).

Kitwood (1997) beskrev att den personcentrerade omvårdnaden kräver ett inkännande av personalen för att uppnå en förståelse av patientens livsvärld i avsikt att öka välbefinnande hos patienten. Välbefinnande beskrivs som en innebörd av ömhet, närhet, lindrande av smärta och sorg och ångest, vilket hjälper människan att bli tillräcklig stark att hantera sin vardag (Kitwood, 1997).

Personcentrerad omvårdnad i möte med personer med demenssjukdom har beskrivits ur tre aspekter. Patienten har ett värde oavsett kognitiv funktion, patienterna ska mötas som enskilda individer, synen ska vara utifrån patientens perspektiv och upplevelse och att patienterna får möta en positiv social miljö. Har de tre aspekterna beaktats upplevs ett välbefinnande av patienterna (Brooker, 2003).

Stödjande faktorer för att kunna utföra personcentrerad omvårdnad för sjuksköterskor och minska deras stress i arbetet är adekvat bemanning och stöd, professionella medarbetare och bra arbetsrelation till kollegor. I omvårdnad värderade sjuksköterskorna intimitet högre, det vill säga att de till exempel värderade att hålla handen med patienten mer än de tekniska aspekterna i arbetet (McCormack et al., 2010).

I en undersökning där äldre patienter med kronisk sjukdom deltog identifierades brister i vården som är förknippade med personcentrerad vård. Brist i kommunikation och i information, brist i delaktighet i sin behandling och vård där begränsad tid och mänskliga resurser var ett hinder till god personcentrerad vård (Mirzaeil et al., 2013).

Beröring

Birkestad (2004) menar att beröring är när människor får en fysisk kontakt med varandra. Den kan vara frivillig såsom till exempel vid handskakning eller kramar och den kan vara ofrivillig, till exempel vid trängsel i kollektivtrafiken. Beröring kan vara indirekt via till exempel kläder eller direkt vid fysisk kontakt. Beröring kan människor få även vid luft- och vattenkontakt. Det finns behandlingar såsom till exempel ansiktsbehandlingar, massage och taktil massage där själva beröringen är ett syfte i sig. Att uppfatta beröring beskrivs av Green (2013) som en fundamental upplevelse som hjälper människan att relatera sin kropp mot andra objekt i omvärlden. Beröring beskrivs som en nyckelfaktor i människans intersubjektiva värld och hjälper oss att särskilja oss och relatera till andra i omvärlden som ger en omedelbar interaktion. Beröring innebär en kontakt mellan två personer och kan vara en känslomässig risk. Beröring i sig är tabu i många kulturer, särskilt mellan okända personer av olika kön.

Birkestad (2004) menar att det finns olika former eller tekniker för beröring:

- Hudberöring
- Muskelmassage
- Systemberöring

Hudberöring finns i olika former såsom taktil stimulering, taktil kommunikation, terapeutisk beröring, taktil massage, Reiki och spädbarnsmassage. Hudberöringen i dessa former kännetecknas av att vårdaren arbetar med huden via lätt massage för att öka välbefinnandet hos patienten. Muskelmassagen innebär att det är musklerna som bearbetas, klassisk massage och Rosenmetoden ingår bland annat i denna grupp (Birkestad, 2004).

Systemberöring kännetecknas av att vissa punkter och/ eller fält på kroppen berörs. Akupressur, akupunktur och zonterapi är några av dessa metoder som ingår i denna grupp (Birkestad, 2004). Enligt Jahren- Kristoffersen et al. (2005) så är taktil stimulering eller terapeutisk beröring en metod för symtomlindring. Metoden kan lindra muskelspänningar, smärtor och illamående bland annat. I Sverige används taktil stimulering bland annat inom psykiatri och i den palliativa vården.

Enligt Jahren- Kristoffersen et al. (2005) så är beröring ett starkt, känsloladdat och effektivt sätt att kommunicera med andra människor. Dock kan beröring i sig vara mångtydigt och kopplat till den enskilde individens upplevelser. Alla människor uppfattar beröringen därmed på olika sätt och har någon till exempel varit utsatt för övergrepp kan beröring av vårdpersonal vara obehaglig och kränkande.

Fysiologiska mekanismer som påverkas av beröring

Vid beröring av huden sätts flera olika mekanismer igång i kroppen. Både kropp och psyke påverkas. Den som får beröring aktiverar hypotalamus som bildar hormonet och signalsubstansen Oxytocin som sedan sprids ut i kroppen via hypofysen och blodet. Hormonet Oxytocin påverkar känslan av samhörighet och kärlek och har en samordnande funktion för människan. Forskning har visat att Oxytocinet höjer till exempel smärtröskeln, ökar cirkulationen i den del av hjärnan som stödjer känslomässig intelligens, sänker högt blodtryck och bidrar till ökat välbefinnande (Birkestad, 2004). Massage har visat sig öka blodflödet och syrehalten till hjärnan. De som deltog i en studie och som fick massagebehandling visade att massagen aktiverade den subgenuala anterior och retrosplenial/ posterior cingulate cortices delen i hjärnan och de kunde utföra en uppgift lättare efter behandlingen jämfört med kontrollgruppen (Sliz, Smith, Wiebking, Northoff & Hayley, 2012).

Beröring i omvårdnadsarbete

Beröring har beskrivits som en icke verbal kommunikation som bidrar till kvalitet i omvårdnadsarbete (Jansson & Sundin, 2003). Enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) är en av sjuksköterskans huvudsakliga uppgifter att kunna tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling. Det är viktigt att patienten får god vård ur alla perspektiv, även i det medmänskliga mötet med vårdpersonalen (Birkestad, 2004).

PROBLEMFORMULERING

Känslomässigt stöd är viktigt för de äldre patienterna. I en omvårdnadssituation ingår fysisk beröring, både medveten eller omedveten mellan sjuksköterska och patient. Beröring kan sätta igång olika reaktioner i kroppen bl.a frisättning av Oxytocin i kroppen (Birkestad, 2004) och användas som en metod för symtomlindring (Jahren- Kristoffersen et al., 2005). Beröring innebär en kontakt mellan två personer. En ökad kunskap om upplevelsen av fysisk beröring möjliggör ett stöd i det dagliga omvårdnadsarbetet, genom att belysa hur den fysiska beröringen påverkar patienten i vården.

SYFTE

Syftet var att beskriva upplevelsen av fysisk beröring både ur sjuksköterskors och äldre patienters perspektiv i omvårdnaden.

METOD

Studiedesign

Litteraturöversikt har valts som metod. En litteraturöversikt kan användas som en sammanställning av litteratur inom ett ämne eller problemområde. Metoden är lämplig för att beskriva kunskap samt omvårdnadsåtgärder. Den används för att redovisa, beskriva, analysera och utvärdera den publicerade forskningen inom ett begränsat område (Forsberg & Wengström, 2008).

En litteraturöversikt syftar till att beskriva en syntes av resultat för att dra olika slutsatser och resultaten ska vara utförda på ett systematiskt sätt. Metoden innefattar och integrerar i olika steg; att systematiskt leta efter relevant litteratur som svarar på syftet och att bedöma kvaliteten, att analysera litteraturen för att hitta nyckelinformation, att sammanfatta och tolka resultatet med en presentation på ett systematiskt sätt (Gerrish & Lacey, 2011).

Urval

Inklusionskriterierna avgränsades till vetenskapliga artiklar som var publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Artiklarna som valdes var skrivna på det svenska eller engelska språket, var publicerade i sin helhet och att de var tillgängliga elektroniskt i full text. Författarna inkluderade artiklar där deltagarna i studierna som gällde patienter 65 år och äldre. Gällande sjuksköterskors ålder sattes inga begränsningar. På grund av litet urval fick författarna bredda sökningen till att även omfatta yngre än 65 år. Författarna har främst valt ut artiklar som är skrivna under de senaste tio åren (2003- 2013). Avgränsning för samtliga sökningar har varit Peer Review, full text och English. En artikel av äldre ursprung av hög kvalitet har ändå tagits med då författarna ansett att den fortfarande är aktuell. För att uppnå hög kvalitet har artiklar valts om de har varit granskade ”peer reviewed” och att de är primärkällor. För att finna så specifika artiklar till ämnet så söktes artiklarna med hjälp av sökord. Ämnesordlista i databaserna kallas för Thesaurus. Ämnesorden är uppdelade i huvudtermer och därefter i undertermer. Dessa termer uppgraderas varje år och har olika benämningar i Cinahl respektive Medline. I Cinahl kallas uppslagsverket med ämnes ord Cinahl Headings och motsvarigheten i Medline är MeSH term som är en förkortning Medical Subject Headings (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011).

Datinsamling

Författarna har valt att studera vetenskapliga artiklar som söktes via databaserna Pub Med (US National Library of Medicine National Institutes of Health), PsycInfo (American Psychological Association), SweMed+ (referensdatabas med artiklar från skandinaviska tidskrifter) och Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Sökning har skett via SLL:s e-bibliotek som använder sig av EBSCO HOST Research Databases. En del av artiklarna kunde återfås på de olika alternativa sökvägarna. Sökningar har gjorts vid flera olika tillfällen av författarna. Ämnes termer som varit aktuella vid sökning: touch, therapeutic touch, patient, nurse, nursing, nurse and patient relationship, experiences och elderly.

Tabell 1. Databas sökning.

Databas	Datum	Sökord	Identifierade Artiklar	Granskade Abstract	Granskade Artiklar	Valda artiklar
SWEMED+	140317	Touch	17	3	5	1
SWEMED+	140317	Therapeutic touch	8	3	3	1
PubMed	140317	Touch AND Elderly AND nursing	770	11	11	2
PubMed	140317	Touch AND Nurse AND patient	102	5	7	3
PubMed	140527	Therapeutic touch AND nursing	23	15	8	3
CINHAL	140317	Touch AND experiences AND nurse patient relationship	288	5	30	2

Databearbetning och urvalsprocess

Författarna letade artiklar i de olika databaserna och hittade omkring 50 stycken artiklar och där åtta av dem valdes bort efter abstractgenomläsning då de ej matchade sökkriterierna, vilket resulterade i 42 artiklar som bearbetades mer noggrant. Först genom att läsa abstractet för att se om innehållet matchade det valda ämnet och därefter lästes hela artikeln när författarna ansåg att så var fallet. Av dessa valdes 13 artiklar ut som analyserades mer noggrant och därefter valdes att ingå i litteraturöversikten. Valda artiklar till resultatdelen har i sin tur granskats av bägge författarna. Artiklar har sökts på varsitt håll som sedan valts ut av den enskilde som läst igenom materialet och färgmarkerat valda intressanta delar som skulle kunna ingå i uppsatsen. Därefter har författarna bytt materialet med varandra för att se vad den andre funnit intressant och själv kunnat färgmarkera valda delar. Därefter har författarna samlat ihop mängden artiklar och diskuterat kring dem och utifrån det valdes de artiklar ut som ingår i litteraturöversikten. Såväl systematiskt som osystematiskt arbetssätt har använts. Att bägge författarna har granskat artiklarna ökar tillförlitligheten i tolkningen av materialet. ”För att minimera subjektiviteten bör minst två personer, oberoende av varandra, sortera, granska och kvalitetsbedöma resultaten utifrån förutbestämda kriterier” (Willman, Stoltz &

Bahtsevani, 2011, s. 56). Enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) är det relevantt att söka i olika databaser om litteraturöversikt är aktuellt.

Artiklarna har vetenskapligt klassificerats och kvalitetsbedömts enligt Sophiahemmets högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats som modifierats utifrån Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Svensk Sjuksköterske Förening (SSF, 1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Valda artiklar har sammanställts i matris, se bilaga I.

Manuell sökning

Sökning av litteratur har även skett via referenslistor till hittade vetenskapliga artiklar. En artikel hittades på detta sätt.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Forsberg och Wengström (2008) hävdar att etiska överväganden bör göras vid en litteraturöversikt. Data skall inte förvrängas eller plagieras, förfalskas eller fabriceras (Friberg, 2006). Författarna har granskat artiklarna noga och i första hand valt ut de artiklar där forskningsetiska överväganden gjorts av lokala etiska forskningskommittéer. Författarna har försökt att hålla sig objektiva under granskningen av artiklar.

RESULTAT

Författarna identifierade två huvud kategorier samt underkategorier som beskriver upplevelse av beröring både ur sjuksköterskans och ur patienternas perspektiv. De underkategorier som identifierades var förhindrande faktorer, positiv effekt av beröring och faktorer att ta hänsyn till vid beröring.

Sjuksköterskans perspektiv

Positiv effekt av beröring

Bundgaard, Sörensen och Nielsen (2011) påvisar i sin studie att beröring är ett viktigt komplement i vården likväl som medicin och teknik och det är viktigt att det inte glöms bort i den högteknologiska vården. De menar att beröring är ett instrument i sig som kan användas av sjuksköterskan för att lugna patienten och därmed ge patienten möjlighet till avslappning och kraft att stå ut med obehagliga undersökningar, men också som ett instrument för sjuksköterskan som kan berätta om patientens hälsotillstånd om hon exempelvis är febrig (Bundgaard, Sörensen & Nielsen, 2011). Enligt Ranheim, Kärner, Rehnsfeldt och Berterö (2010) så ökade den fysiska beröringen då sjuksköterskorna blev mer uppmärksamma både på patientens fysiska och psykiska tillstånd. Att använda sig av fysisk beröring som instrument upplevdes av sjuksköterskorna att det gav en ökad arbetstillfredsställelse menar Doherty, Aveyard, Wright och Sykes (2006). En anledning till detta kan vara att sjuksköterskorna upplevde att beröring var ett sätt att interagera med patienten på ett naturligt sätt vilket framkom i en studie av behandling med taktil stimulering. Sjuksköterskorna upplevde att de genom att hitta ett redskap att minska lidande med hjälp av fysisk beröring och en möjlighet att se människan bakom demens sjukdomen tillförde inre tillfredsställelse, vilket var betydelsefullt för dem (Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2003). Även Routasalo och Isola (1998) ; Bundgaard, Sörensen och Nielsen (2011) samt Skovdahl, Sörlie och Kihlgren (2007) visade på liknande resultat där sjuksköterskor använde sig av fysisk beröring som ett verktyg

eller instrument för att interagera med sina patienter. De använde sin beröring för att förstärka verbal kommunikation och instruktion.

Sjuksköterskorna i en studie av Edvardsson, Sandman och Rasmussen (2003) var väl förtrogna med att deras fysiska beröring av patienterna var meningsfulla då de kunde se att det gav en positiv effekt. De upplevde också att deras beröring var ett sätt för dem att vara närvarande tillsammans med patienten och att den även var av godo för dem själva. Sjuksköterskorna kände att de genom att använda fysisk beröring blev starkare och mer kraftfulla i mötet med patienterna. Bandet mellan dem och patienterna förstärktes och de kunde se mer av personen bakom sjukdomen än tidigare. De upplevde att de blev mer självsäkra och självständiga i tanken att de kunde påverka patientens situation och välmående till det bättre. Dessutom kände de större stolthet och var mer nöjda med sin insats som yrkespersoner och de beskrev att de själva mätte bättre och kände ett lugn inombords på grund av att de berörde sina patienter fysiskt (Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2003). Bundgaard, Sörensen och Nielsen (2011) samt Skovdahl, Sörlie och Kihlgren (2007) anger också i sina resultat att fysisk beröring stärkte relationen och gav en känsla av att vara nära patienten. Bundgaard, Sörensen och Nielsen (2011); Skovdahl, Sörlie och Kihlgren (2007) samt Ranheim, Kärner, Rehnsfeldt och Berterö (2010) anger också i sina resultat att fysisk beröring stärkte relationen och gav en känsla av att vara nära patienten.

Routasalo och Isola (1998) påvisar i sina resultat att sjuksköterskorna upplevde att de främst gav fysisk beröring till kvinnliga patienter. Även Bundgaard, Sörensen och Nielsen (2011) fann detta i sina resultat. I sin studie fann de dessutom att den fysiska beröringen även gavs i större grad till äldre patienter än till de yngre.

Routasalo och Isolas (1998) resultat visade att sjuksköterskorna använde klappar på axlar och kramar på sina svårt sjuka patienter när de hjälpt dem med morgontoaletten och skulle gå vidare till nästa patient, för att vara säkra på att de lämnade dem med en känsla av ett gott humör. Genom sitt handlande upplevde de att de även framförde att de verkligen brydde sig om. Genom att prata, klappa och krama kunde de även ibland övertala motsträviga patienter till att göra som sjuksköterskorna ville (Routasalo & Isola, 1998).

Förhindrande faktorer

Fysisk beröring medverkar till känslor även till den som utför beröringen vilket kan medföra att sjuksköterskan enligt Fauth et al., (2012) kunde uppleva att de blev nedstämda och deprimerade i omvårdnaden av personer med demenssjukdom och att förhållandet mellan personal och patienter påverkades negativt för personalen. Anledningen till detta kunde vara bland annat att personalen ansåg att de inte var tillräckliga i att ge närhet och tid till sina patienter. Tidsbrist och konsekvenserna av den menade även Edvardsson, Sandman och Rasmussen (2003) var en negativ faktor i omvårdnaden. Sjuksköterskans inställning till att vara fysiskt nära är viktig då alla människor har sina egna personliga gränser och vilken grad av beröring som är naturlig för dem (Bundgaard, Sörensen & Nielsen, 2011; Routasalo & Isola, 1998).

Människor är olika och hanterar närhet och beröring olika. Kulturella skillnader, personlighet och tidigare erfarenheter har betydelse för hur och när sjuksköterskan tar initiativet till fysisk beröring av en patient. För en del är det lätt och för andra kan det vara obehagligt och till och med skrämmande (Routasalo & Isola, 1998).

Harding, North och Perkins (2008) visade i sin studie att patienternas inställningar och förutfattade meningar om män i sjukvården upplevdes som ett hinder då manliga sjuksköterskor upplevde att beröringen kunde förväxlas med sexualitet av patienterna, och då både av kvinnor och män, vilket gav den manliga sjuksköterskan en upplevelse att bli mer sårbar och att vara på sin vakt. I denna sårbarhet uppkom olika strategier för att bemöta patienter i samband med beröring, som att inte vara ensam med patienten och att alltid vara beredd på att lämna över intim beröring till en kvinnlig kollega. Den ena strategin behöver inte utesluta den andra utan bägge strategierna och en god kommunikation med patienten upplevdes som en nödvändighet till den intima beröringen. Resultatet visade även att en förhindrande faktor var att de manliga sjuksköterskorna upplevde en brist under utbildningen om diskussioner och utlärande av strategier om hur de kunde förhålla sig till intim beröring för att skydda sig själva (Harding, North & Perkins, 2008).

Patientens perspektiv

Positiv effekt av beröring

Beröring i omvårdnaden upplevdes av patienterna stärka kommunikation och relation mellan dem och sjuksköterskan då patienterna upplevde trygghet och omtanke men också ur aspekten av säkerhet och skydd. Beröring ökade patientens upplevelse av tillit till sjuksköterskan (Routasalo & Isola, 1998). En upplevelse av att beröringen förmedlade trygghet och en bekräftelse i att vara människa. Att beröring upplevdes av patienter vara en naturlig del i relationen till andra och att de genom beröring kände att de ingår i ett sammanhang och att de tillhörde samhället (Salzmann-Erikson & Eriksson, 2005). Nicholls, Chang, Johnson och Edenborough (2013) fann också resultat på patienters upplevelse av sammanhang när de fick fysisk beröring. Patienters känsla av säkerhet, tillit och skydd fann även Bundgaard, Sörensen och Nielsen (2011) i sina resultat.

Massage har en omedelbar positiv effekt mot smärta och depression hos patienterna menar Kutner et al., (2008). Vad gäller beröring så ansågs det vara viktigt då det också såg ut att ge positiva resultat, dock inte i samma grad som massagen. Kutner et al., (2008) fann resultat på att massage kunde minska smärta och öka humöret. De ansåg också sig kunna se att beröringen i form av massage minskade ångest och förbättrade hjärt- och lungkapaciteten något. Bägge grupperna visade klara statistiska förbättringar i ökat gott humör dessutom förbättrades både den fysiska och psykiska hälsan vilket ökade livskvaliteten (Kutner et al., 2008). Expressiv och instrumentell beröring kan öka välbefinnandet och de kognitiva funktionerna hos personer med Alzheimers sjukdom (Belgrave, 2009). Fauth et al., (2012); Routasalo & Isola (1998) samt Edvardsson, Sandman och Rasmussen (2003) fann även de resultat på ökat humör efter fysisk beröring.

Patienterna kunde uppleva bättre hälsa och var inte lika deprimerade däremot kunde personalen känna sig nedstämda och deprimerade (Fauth et al., 2012). Terapeutisk beröring gav tecken på lugnande effekt (Skovdahl, Sörlie & Kihlgren, 2007). En lugnande effekt fann även Bundgaard, Sörensen och Nielsen (2011); Salzmann- Erikson och Eriksson (2005) samt Doherty, Aveyard, Wright och Sykes (2006) i sina resultat.

Nicholls, Chang, Johnson och Edenborough (2013) fann resultat på att om en person med demenssjukdom fick möjlighet att beröra andra medmänniskor fysiskt var det en nödvändighet för upplevelse av välbefinnande för honom. Att beröra ger den personen möjlighet att få ett sammanhang i sin miljö. Att personer med demenssjukdom får en möjlighet att exempelvis få beröra ansiktet på vårdaren ger dem möjlighet till en känsla av en

personlig kontroll och en möjlighet att skapa kontakt med en annan person på en känslomässig nivå (Nicholls, Chang, Johnson & Edenborough, 2013). Patienter kan känna sig mer trygga och omhändertagna om fysisk beröring ges under vårdtiden. Deras förtroende för sjuksköterskorna och deras yrkesskicklighet stärktes om fysisk beröring gavs (Bundgaard, Sörensen & Nielsen, 2011). Personer med demenssjukdom blev mer pigga, vakna, alerta och mer nyfikna på sin omgivning igen efter att ha fått beröring visade resultat i en studie av Belgrave (2009).

Förhindrande faktorer

Avsaknad av beröring i en omvårdnadssituation kan innebära att patienten känner sig otrygg och illa tillmodis. För patienten kan det även avslöja om sjuksköterskan är närvarande mentalt och att hon inte upplevs vilja patientens bästa (Bundgaard, Sörensen & Nielsen, 2011).

Faktorer att ta hänsyn till vid beröring

O'Lynn och Krautscheid (2011) visade att patienter önskade att en relation var etablerad innan eventuell beröring utfördes. De ansåg att de behövde ha en kommunikation med sjuksköterskan om varför och hur beröringen skulle ske för att de skulle ge tillåtelse till detta. För en del patienter är det mycket viktigt att få till exempel intim omvårdnad av en sjuksköterska av samma kön som patienten och de önskade att de blev tillfrågade om hur de önskade ha det. De hade synpunkter på hur en sjuksköterska skulle beröra dem och hade följande krav; beröringen bör vara handfast men inte hårdhänt, inte stressad och snabb men heller inte för långsam. De ville få beröring med ett professionellt handlag av sjuksköterskan (O'Lynn och Krautscheid, 2011). Behov av att kommunicera verbalt, att etablera en relation är mycket viktig innan intim beröring sker. Att få ett val hur beröringen skall gå tillväga betyder mycket för patientens välbefinnande (O'Lynn & Krautscheid, 2011). Skovdahl, Sörлие och Kihlgren (2007) fann resultat på att patienter som var oroliga hade svårt att ta emot beröring innan en relation var etablerad.

DISKUSSION

Metod diskussion

Författarna har valt en litteraturöversikt för att tydliggöra och få en fördjupad kunskap om upplevelse av beröring som metod till studien. Vid studier av människors upplevelser, uppfattningar och erfarenheter är ord ofta det bästa sättet att beskriva fenomen på. Det är då lämpligt att välja intervju, dialog, dokument, brev eller dagböcker som datainsamlingsmetod (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Författarna har därför valt att titta på litteratur som har undersökt personers erfarenheter och upplevelser. Urvalet har inte endast begränsats till enbart äldre över 65 års ålder utan även yngre vuxnas upplevelse av beröring har inkluderats då det har funnits begränsade resultat i sökning av enbart äldre över 65 år. Författarna fann PubMed, Cinahl, PsycInfo och SweMed som relevanta databaser för denna litteraturöversikt. Enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) är det relevant att söka i olika databaser om litteraturöversikter är aktuella. Artiklar har främst valts ut där de med kvalitativ ansats belyser sjuksköterskans och den äldre patientens upplevelse av fysisk beröring. Författarna har valt att göra en litteraturöversikt för att ha möjlighet att se vilken aktuell forskning som fanns i ämnet. Skulle författarna göra om studien skulle en kvalitativ ansats, t.ex. med intervjuer eller en kvantitativ ansats, med t.ex. enkäter, användas för att få mer kunskap och förståelse inom området. Artiklar har främst valts ut där de med kvalitativ ansats belyser sjuksköterskans och den äldre patientens upplevelse av fysisk beröring. Artiklarna som inkluderades var skrivna på antingen svenska eller engelska. Artiklar som författarna har identifierat stämmer överens

med valda sökkriterier. Abstracten i artiklarna granskades närmre och de artiklar som därefter valdes ut lästes igenom i sin helhet noggrant. Författarna strök under intressant text med färgade märkpenor för att lättare hitta gemensamma nämnare och förde anteckningar om det som var relevant för litteraturöversikten. Översättning från engelska till svenska gjordes via ordböcker för att få en bättre helhet av materialet. Författarna har sedan suttit tillsammans och granskat resultat/fynd och därefter jämfört fynden mot varandra för att kvalitetssäkra och undvika misstolkningar av resultat.

Att tolka text på engelska kan innebära ett hinder för författarna då svenska språket är modersmål. De artiklar som var skrivna på engelska lästes flera gånger så att missförstånd skulle kunna undvikas. Författarna har inte medvetet förvrängt eller ändrat texters ursprung som varit skrivna på engelska. Varken negativa eller positiva fynd av upplevelser vid beröring har uteslutits.

Författarna fann vetenskapliga artiklar om beröring men de flesta handlade om patienters upplevelser, endast ett fåtal gällande sjuksköterskors upplevelser. Ämnet beröring verkar enligt författarnas uppfattning vara något som det forskades mycket om på 1990- talet men att intresset verkar ha avtagit under senare år. En äldre artikel valdes ut trots sin ålder då författarna ansåg att den fortfarande var aktuell. Författarna fann det svårt att kvalitetsgranska artiklarna eftersom det fanns begränsat utbud av nytt material. Även artiklar ur ett psykiatriskt perspektiv som beskrev beröring var intressanta då det fanns mer forskning i området och det är mer reflekterat inom psykiatrin. Demens sjukdom är något som benämns under psykiatri i litteratur och därför inkluderades även några artiklar inom det specifika området.

En svaghet i studien kan vara att inte så många artiklar hittades kring sjuksköterskans upplevelser. En annan svaghet kan vara att syftet var så brett. Syftet hade kunnat begränsas till att enbart ta upp patienters upplevelser. Författarna har även haft svårt att hitta äldre personers upplevelse av beröring i artiklar och därför inkluderat artiklar med yngre personer. Syftet med studien var att beskriva upplevelse av fysisk beröring ur både sjuksköterskor och patienters perspektiv. Artiklar som författarna har valt ut kommer från USA, Sverige, England, Finland, Danmark, Nya Zeeland och Australien. Fördelen med att funna artiklar främst kom från västvärlden kan vara att resultaten är relevant kopplade till svenska förhållanden inom sjukvården. Samtidigt kan det vara en begränsning i litteraturöversikten att inte fler vårdkulturer är representerade. Eventuella skillnader i kulturella upplevelser av fysisk beröring hade varit intressant att utforska mer.

Resultat diskussion

Författarna identifierade kategorier som beskriver upplevelse av beröring både ur sjuksköterskors och patienters perspektiv. Underkategorier som identifierades var förhindrande faktorer, positiv effekt av beröring och faktorer att ta hänsyn till vid beröring.

Den fysiska beröringen är en omvårdnadshandling som förmedlar känslor. Att beröringen är en del av kommunikationen och relationen med andra människor är ett genomgående tema författarna har funnit resultat om i litteraturöversikten. En relation i en personcentrerad vård förutsätter enligt Edvardsson (2010) kommunikation. Kommunikationen blir inte mindre viktig då den äldre människan får fysiologiska och kognitiva förändringar som de och de som vårdar dem måste anpassa sig till (Grimby,A & Grimby,G 2001). Att beröringen är en del av relationen har för sjuksköterskan en betydelse av att stärka relationen och att vara nära patienten i omvårdnadsarbete bekräftar resultaten i flera studier (Bundgaard, Sörensen & Nielsen, 2011; Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2003; Skovdahl, Sörlie & Kihlgren, 2007). Salzmann-Erikson och Eriksson (2005) beskriver i sin tur att relationen är en naturlig

del i relationen till andra. Relationen har även betydelse som en allians med patienten då en relation först måste etableras (Doherty, Aveyard, Wright & Sykes, 2006). Carlsson (2007) påvisade resultat att omvårdnaden kräver av sjuksköterskan att mötet med patienten är autentiskt, det vill säga en sann närvaro. Mötet dem emellan behöver vara oförställt och rättframt så att patienten ges möjlighet att våga visa sitt lidande och utsatta läge, känna att han är respekterad och omhändertagen. Sjuksköterskans förmåga att visa äkta omtanke och genuina önskan om att vilja väl främjar detta. Uppnås detta kan en vårdande beröring betyda att sjuksköterskan når fram till patienten. Annars kan patienten lämnas med en känsla av utsatthet och sårbarhet som följd. Om fysisk beröring uteblir innebär det att sjuksköterskan och patienten inte berörs av varandra. För både patient och sjuksköterska krävs mod och en uppriktig vilja att nå varandra i mötet och när det sker så tillåts känslor komma fram som än mer stärker deras relation. Tillåts beröring från bägge parter främjar den känslor av värme och äkthet men vid minsta misstanke om att den inte är äkta från vårdarens sida förkastas den och kraften av den fysiska beröringen uteblir (Carlsson, 2007).

En god kommunikation med patienten upplevdes som en nödvändighet till den fysiska beröringen enligt Harding, North och Perkins (2008) vilket får författarna att dra slutsatsen att beröring inte endast är en del av kommunikationen utan att kommunikationen också är en förutsättning till beröring. Sjuksköterskans och patientens relation är central i att ge en god omvårdnad och resultaten pekar på att beröringen både kan förtydliga kommunikationen och stärka relationen med patienten när beröring tillåts. Hur beröringen upplevs uppfattar författarna har ett samband med kommunikationen, relationen och den personliga integriteten. Författarnas erfarenheter inom psykiatri och geriatriken har varit både positiva och negativa i detta område. Att ha bråttom i omvårdnaden kring en äldre person med demenssjukdom kan till exempel orsaka orostillstånd och aggressivitet hos patienten. Dessa patienter behöver en lugn och trygg atmosfär omkring sig och behöver tid. De behöver känna tillit och trygghet med dem som vårdar. Om personalen går för fort fram i att till exempel försöka närma sig patienten fysiskt för att ta blodprover och inkräktar i patientens integritetszon utan att en relation först är etablerad så kan patienten fara ut med en arm för att skydda sig själv då han inte förstår vad som händer. När beröringen gavs på patientens villkor så har beröringen god effekt av många betydelser varav att författarna fann en samstämmighet om att den fysiska beröringen ger en lugnande effekt (Bundgaard, Sörensen & Nielsen, 2011; Doherty, Aveyard, Wright & Sykes, 2006; Salzmänn- Erikson & Eriksson, 2005), en känsla av tillit och skydd (Bundgaard, Sörensen & Nielsen, 2011) och ett sammanhang i sin miljö (Nicholls, Chang, Johnson & Edenborough, 2013). Beröring kan även ses förbättra fysiska symtom som smärta enligt Kutner et al., (2008). Författarna har många gånger under sitt arbete träffat äldre människor som besväras av ångslan, oro och ångest och kan med resultaten se att fysisk beröring kan komma den äldre människan tillgodo i omvårdnaden då den har en effekt på att minska stress och hjälpa till att få ett sammanhang i sin miljö.

Carlsson (2007) påvisar resultat av att upplevelsen av beröring är viktig och betydelsefull när den tillåts bana en väg för känslor, som värme och äkthet. För sjuksköterskan var beröringen av patienten inte bara en del av omvårdnaden utan också en viktig väg för att kunna kommunicera på ett vårdande sätt med sina patienter. Enligt Kitwood (1997) beskrivs välbefinnande med en innebörd av ömhet, närhet, lindrande av smärta, sorg och ångest. Att öka välbefinnande hjälper människan att bli tillräcklig stark för att hantera sin vardag. Att öka välbefinnandet är en av sjuksköterskans huvudsakliga uppgifter genom att tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling. Trygghet, säkerhet och skydd är en viktig aspekt för att upprätthålla patientens integritet. Att fysisk beröring ökar välbefinnande påvisade resultat av Belgrave (2009) medan Kutner et al., (2008) även hävdade att beröring gav en förbättrad livskvalitet.

Beröring är en nyckelfaktor i människans intersubjektiva värld och innebär att den väcker känslor. Beröring innebär en kontakt mellan två personer och kan vara en känslomässig risk (Green, 2013) och enligt Routasalo, och Isola (1998) har beröring inte endast en innebörd i den fysiska omvårdnaden utan även i det känslomässiga för att förmedla en upplevelse av omsorg. Att beröring leder till upplevelse av känslor fann författarna många positiva resultat som värme och äkthet (Carlsson, 2007) hos patienterna men även positiva upplevelser av sjuksköterskorna i välbefinnande och en känsla av lugn inombords när de berörde sina patienter fysiskt (Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2003). De många positiva resultaten samstämmer med författarnas erfarenheter av beröring men vad som blev tydligt med studien var att beröringen inte endast förmedlar känslor till patienten utan även till sjuksköterskan. Att beröringen innebär en interaktion mellan sjuksköterskan och patienten.

Gällande den fysiska beröringen fann författarna att det inte endast var av positivt resultat för sjuksköterskorna och patienterna. En orsak till detta när relationen uteblev och äkthet inte fanns i mötet vilket innebär att fysisk beröring påverkar både sjuksköterska och patient då de berörs av varandra och sjuksköterskan själv blir mer utsatt för sårbarhet i patientkontakten (Carlsson, 2007). All beröring är inte av godo för patienten. Intentionen bakom den fysiska handlingen är det som ger liv åt själva beröringen. Om sjuksköterskan inte har ett ärligt, genuint gott uppsåt att vilja patientens bästa, till exempel om hon använder en mer tvingande beröring än nödvändigt, så kan effekten bli att patienten avskärmar sig och inte vill delta i omvårdnadshandlingen. Sjuksköterskans inställning till att vara fysiskt nära är en faktor att ta hänsyn till då alla människor har sina egna personliga gränser och vilken grad av beröring som är naturlig för dem (Bundgaard, Sörensen & Nielsen, 2011; Routasalo & Isola, 1998). När beröringen inte är av godo kan upplevelser av kränkning uppstå menade Carlsson (2007) och en upplevelse av att sjuksköterskan inte vill patientens bästa (Bundgaard, Sörensen & Nielsen, 2011). Carlsson (2007) menar att om vördnaden och respekten för patienten som människa uteblir så uppstår en stark och svår känsla av att bli kränkt och att patienten då kan försöka skydda sitt inre jags självkänsla genom att visa upp en hård känslolokall fasad. Även våld i en omvårdnadssituation kan utlösas om sjuksköterskan använder beröring utan en vårdande avsikt eller om en icke berörande vård utförs. Enligt Routasalo och Isola, (1998) kan beröring upplevas både obehagligt och skrämmande. Att beröringen inte alltid väcker goda känslor innebär att sjuksköterskan måste använda empati för att beröringen ska gynna patienten. Författarnas egna erfarenheter är att sjuksköterskan får använda sitt inkännande för att hitta patientens gränser till beröring.

Den känslan som patienten väcker hos sjuksköterskan kan vara en faktor som skulle kunna påverka upplevelsen av fysisk beröring men också hur öppen sjuksköterskan är för att ge beröring. Detta bekräftas av (Bundgaard, Sörensen & Nielsen, 2011; Routasalo & Isola, 1998) som påtalar sjuksköterskans egen inställning till att vara fysiskt nära och sina egna personliga gränser för hur mycket fysisk beröring som är naturligt att använda.

Negativa känslor från sjuksköterskans perspektiv hittade författarna enbart beskrivet i en studie av Faut et al., (2012) där sjuksköterskan uppfattade att fysisk beröring ledde till en risk för att bli utbränd/ att komma patienten för nära vilket får författarna att fråga sig varför inte det perspektivet diskuteras mer. Speciellt sjuksköterskors negativa upplevelser av beröring skulle kunna vara intressant att studera mer då inte mycket material hittades angående detta.

En patientberättelse från en av författarnas arbetsplats som beskriver olika dimensioner av hur beröring kan upplevas som är förenligt med äldre som har ett mer komplext behov för

trygghet, tillit. Patient gav sitt tillstånd 2009 för publikation av sitt uttalande i en undersökning av Taktil Stimulering som gjordes på arbetsplatsen.

”Behandlingen med beröring har för mig personligen inneburit en större acceptans av min kropp, att tycka om den, att låta den vara utan att döma. Jag har blivit mer ”här och nu” med min fysiska person. Jag hänger ihop. Jag är en hel person. Jag ser inga nackdelar alls med taktil behandling. För mig tillför de bara positiva erfarenheter. Jag har fortfarande svårt att ta till mig alla delar av behandlingen. Det handlar om tillit. Tillit som jag sakta bygger upp med min behandlare. Att behandlingen får fortgå under längre tid skapar möjligheter till större trygghet och i längden välbefinnande hos mig”.

SLUTSATS

Fysisk beröring är ingenting som någon står helt oberörd inför då beröring väcker känslor. Den kan ge både positiva och negativa upplevelser. Fysisk beröring innebär en ömsesidig tvåvägs interaktion mellan sjuksköterskan och patienten och har en del i kommunikationen dem emellan. Beröring kräver ett autentiskt möte och en lyhördhet för hur patienten vill att den ska bli utförd, att ge patienten en valfrihet för att beröringen ska upplevas positivt. Fysisk beröring som instrument förstärkte sjuksköterskans yrkesroll både ur patienternas och ur sjuksköterskans perspektiv och kunde även ge sjuksköterskan en känsla av välbefinnande. Fysisk beröring kan förmedla tillit, känsla av säkerhet, trygghet och vara ångestlindrande. Den fysiska beröringen möjliggör ett sammanhang i patientens miljö och en bättre möjlighet att härbärgera dennes sjukdomssituation i en påfrestande vårdmiljö.

Förslag till vidare forskning

Författarna har hittat forskning gällande beröring men den har inte varit omfattande. Den forskning som hittats har främst varit ur patientens perspektiv, ej ur sjuksköterskans. De få artiklar som hittats gällande sjuksköterskans upplevelse har främst betonat den positiva upplevelsen av beröring vilket författarna ifrågasätter. En upplevelse kan vara av både ondo och godo och författarna anser att mer kunskap behövs gällande beröringens bägge sidor.

REFERENSLISTA

- Agahi, A., Lagergren, M., Thorslund, M. & Wånell, S-E. (2005). Hälsoutveckling och hälsobefrämjande insatser på äldre dar : en kunskaps-sammansättning. Hämtat den 17 januari 2013, från statens folkhälsoinstitut:
<http://www.fhi.se/PageFiles/3968/r20056Aldredar0505.pdf>
- Agahi, N., Lennartsson, C. & Wånell, S-E. (2011). Hälsa och levnadsvanor– bland äldre personer i Stockholms län. Hämtat den 15 januari 2013, från Äldrecentrum- forskning och utveckling. http://www.aldrecentrum.se/Global/Rapporter/2011/DEL_8_Aldre_web.pdf
- Belgrave, M. (2009). The effect of expressive and instrumental touch on the behavior states of older adults with late- stage dementia of the Alzheimer´s type and on music therapist´s perceived rapport. *Journal of music therapy*; 46(2); 132- 146.
- Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (nr. 3). Stockholm: SBU.
- Birkestad, G. (2004). *Beröring i vård och omsorg*. Fjärde upplagan. Solna: Ofeigur förlag.
- Brooker, D. (2003). What is person-centred care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*; 13: 215-222.
- Bundgaard, K., Sörensen, E-E. & Nielsen, K-B. (2011). The art of Holding Hand: A fieldwork Study of Physical Touch in Facilities for Short-Term Stay. *International Journal for Human Caring*; 15(3):34-41.
- Carasa, M., Nespoli, G. (2002). Nursing the chronically critically ill patient. *Critical care clinics*; 18; 493- 507.
- Carlsson, G. (2007). Vård som berör – en studie av våldsamma möten inom psykiatrisk vård. *Vård I Norden*; 85(3):29-34.
- Cramm, JM., Hartgerink, JM., de Vreede, PL., Bakker, TJ., Steverberg, EW., Mackenbach, JP. & Nieboer, AP. (2012). The relationship between older adults' self-management abilities, well-being and depression. *European journal of ageing*.4:353-360.
- Decker, S., Engebretson, J. & Wardell, D. (2012). Healing Touch for Older Adults With Persistent Pain. *Holistic Nurse Practice* 26(4): 194-202.
- Dehlin, O. & Rundgren, Å. (2007). *Geriatrisk (2:a uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.
- Doherty, D., Aveyard, B., Wright, S., & Sykes, M. (2006). Therapeutic touch and dementia care: an ongoing journey. *Nursing older people*; 18(11): 27-30.
- Edvardsson, D. (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, J., Rasmussen, B. & Sandman, P. (2003). Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional. *Journal of Clinical Nursing*; 12: 601-609.

Fauth, E., Hess, K., Piercy, K., Norton, M., Corcoran, C., Rabins, P., Lyketsos, C. & Tscantz, J. (2012). Caregivers' relationship closeness with the person with dementia predicts both positive and negative outcomes for caregivers' physical health and psychological wellbeing. *Aging mental health*; 16(6); 699- 711.

Folkhälsomyndigheten. Hämtat 10 maj 2014.

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12823/Folkhalsan-i-Sverige-Arsrapport-2013.pdf>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

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

Gerrish, K. & Lacely, A. (2011). *The research process in Nursing* (6thed). Oxford: Blackwell Publishing.

Green, C. (2013). Philosophic reflections on the meaning of touch in nurse –patient interactions. *Nursing Philosophy*; 14: 242-253.

Grimby, A. & Grimby, G. (2001). *Åldrandets villkor*. Lund: Studentlitteratur.

Harding, T., North, N. & Perkins, R. (2008). Sexualizing Men's Touch: Male Nurses and the Use of Intimate Touch in Clinical Practice. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*; 22(2): 88- 102.

Helvik, A-S., Engdal, K., Krokstad, S. & Selbeak, G. (2011). A comparison of life satisfaction in elderly medical inpatients and the elderly in a population- based study. *Scandinavian Journal of Public health*; 39:337-344.

Hälso - och Sjukvårdslagen (SFS, 1982:763). Hämtad 30 mars 2014.

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

International councils of nurses. Ethical code, 2012. Hämtat 29 mars 2014.

<http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/>

Jahren- Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2005). *Grundläggande omvårdnad, del 3*. Stockholm: Liber.

Jansson, L., & Sundin, K. (2003). Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 107–116.

Kitson, A., Athlin, Å., Conroy, T. (2014). Anything but basic: nursing's challenge in meeting patients' fundamental care needs. *Journal of nursing scholarship*, 00:4, 1-9.

Kitwood, T. (1997). The experience of dementia. *Aging & Mental Health*, 1(1): 13-22.

- Krautscheid, L. & O'Lynn, C., (2011). 'How Should I Touch You': A Qualitative Study of Attitudes on Intimate Touch in Nursing Care. *Advance Journal of Nursing; 111(3): 24-31.*
- Kutner, J., Smith, M., Corbin, L., Hemphill, L., Benton, K., Mellis, K., ... Fairclough, D. (2008). Massage therapy vs. simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer; a randomized trial. *Annual internal medicine; 149(6), 369-379.*
- Lutz, K., Peng, C., Richeson, N. & Spross, J. (2010). Effects of Reiki on Anxiety, Depression, Pain, and Physiological Factors in Community-Dwelling Older Adults. *Gerontological Nursing, 3(3), 187-194.*
- Mattiasson, A-C. & Randers, I. (2003). Autonomy and integrity: upholding older adult patients 'dignity. *Journal of Advanced Nursing, 45(1), 63-71.*
- McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennydy, K., Manning, M., Peelo-Kilroe, L., Tobin, C. & Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing 5, 93-107.*
- Mirzaei, M., Aspin, C., Essue, B., Jeon, Y-H., Dugdale, P., Usherwood, T. & Leeder, S. (2013). A patient-centered approach to health service delivery: improving health outcomes for people with chronic illness. *BMC Health Services Research; 13:251.*
- 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.*
- Pejner, MN., Ziegert, K. & Kihlgren, A. (2012). Trying to cope with everyday life- emotional support in municipal elderly care setting. *International journal of qualitative studies on health and well-being; 7:1-7.*
- Ranheim, A., Kärner, A., Rehnsfeldt, A.W. & Berterö, C. (2010). Emodied reflection in practice- 'Touching the core of caring'. *International Journal of Nursing practice; 16:241-247.*
- Routasalo, P. & Isola, A. (1998). Touching by skilled nurses in elderly nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science; 12: 170- 178.*
- Rösvik, J., Kirkevold, M., Engedal, K., Brooker, D. & Kirkevold, Ö. (2011). A model for using the VIPS framework for person- centered care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study. *International Journal of Older People Nursing 6, 227-236.*
- Salzmann-Erikson, M., & Eriksson, H. (2005). Encountering Touch: A path to affinity in psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing; 26; 843-852.*
- Skovdahl, K., Sörli, V. & Kihlgren, M. (2007). Tactil stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care. *International Journal of Older People Nursing 2, 162-170.*

Sliz, D., Smith, A., Wiebking, C., Northoff, G. & Hayley, S. (2012). Neural correlates of a single-session massage treatment. *Brain imaging and Behavior*, 6(1); 77- 87.

Socialdepartementet. Lag och stöd till vissa funktionshindrade, (LSS). 1993:387. Hämtat 10 maj 2014. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1993387-om-stod-och-ser_sfs-1993-387/?bet=1993:387

Socialstyrelsen. Sveriges framtida befolkning. Socialstyrelsen, 2003. Hämtat 29 mars 2013. <http://www.scb.se/statistik/BE/BE0401/2003I50/BE51ST0304.pdf>

Socialstyrelsen (2010). Tabeller över Sveriges befolkning 2010. Hämtat 29 mars 2013. <http://www.scb.se/Pages/PublishingCalendarViewInfo259923.aspx?PublObjId=11400>

Socialstyrelsen (2012). Äldre- vård och omsorg den, kommunala insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Hämtat 29 mars 2013. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18862/2012-10-19.pdf>

Socialtjänstlagen, 2001(2001:453). Hämtat 29 mars 2014. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/

Sparring - Björkstén, K huvudredaktör, Almqvist, O., Allard, P., Eriksdotter, M., Karlsson, I., Johan Lökk & Waen, M. (2013). *Äldrepsykiatri-Kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Gothia Fortbildning.

Statistiska centralbyrån. Demografiska rapporter 2012:2. Statistiska centralbyrån 2012. Hämtat 29 mars 2013. http://www.scb.se/statistik/_publikationer/BE0401_2012I60_BR_BE51BR1202.pdf

Svensk författningssamling (u.å). Hälso- och sjukvårdslagen(1982:763). Hämtat 29 mars 2014. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Svensk sjuksköterskeförening. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Hämtat 23 januari 2013. <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

Van Der Cingel, M. (2014). Compassion: The missing link in quality of care. *Nurse Education Today*; S0260-6917(14)00114-2.

WHO. Definition av en äldre eller äldre person. Hämtat den 6 januari 2013. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (3:e upplagan). Lund: Studentlitteratur AB

Författare	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Belgrave, M., (2009). U.S.A	The effect of expressive and instrumental touch on the behavior states of older adults with late- stage dementia of the Alzheimers type and on music therapist perceived rapport.	Vilken är effekten av musikterapi när man använder sig av två typer av beröring, expressiv eller instrumentell.	Deltagarna fick delta vid tre tillfällen där de vid första tillfället inte fick beröring, vid nästa tillfälle expressiv beröring och vid det sista instrumentell beröring.	N=9(0)	När både expressiv och instrumentell beröring skedde kunde deltagarna signifikant mycket mer tillgodose sig och fick en ökad vakenhetsgrad och blev mer alerta.	K II

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier utarbetad efter Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006). Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke – kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie ®, Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Bundgaard,K, Sörensen, E-E, Nielsen,K-B., (2011). Danmark	The art of Holding Hand: A fieldwork Study of Physical Touch in Facilities for Short-Term Stay.	Hur används fysisk beröring i omvårdnaden på korttidsboende.	Observationer och intervjuer. Ansatsen är fenomenologisk hermeneutiks.	N=9(1) patienter N=4(0) Sjuksköterskor.	Patienterna upplevde fysisk beröring som en aspekt av säkerhet och skydd. Beröring och teknisk kunskap ökade patientens upplevelse av tillit och förtroende till sjuksköterskan. Beröring som ett instrument att lära känna patienten. Beröring kunde säga sjuksköterskan om patienten var orolig, febrig alternativt ge lugn och avslappning till patienten. Förstärkte verbal instruktion. Beröring gav en känsla att vara nära patienten. Beröring för patienten gav kraft av att stå ut med undersökning. Olika sjuksköterskor använde sig olika mycket av beröring beroende på den enskildes egen inställning till beröring. Hos kvinnliga och äldre användes det mest. Vid icke- beröring fick patienten en känsla av distansering.	K I

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier utarbetad efter Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006). Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke – kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie ®, Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier utarbetad efter Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006). Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Doherty, D., Aveyard, B., Wright, S., Sykes, M., (2006). England.	Therapeutic touch and dementia care: an ongoing journey.	Syfte är att undersöka behandlares attityd gentemot taktil stimulering och vilken effekt behandlingen har för personer med demens sjukdom.	Focus grupp med personalen som ledde till Frågeformulär. Semi-strukturerade intervjuer. Blandkvalitativa metoder användes.	N=40 (0)	Omvårdnadspersonalen upplevde att terapeutisk beröring förbättrade deras eget yrkesutövande och arbetsklimat. En upplevelse av att öka välbefinnande hos patienterna. Gav avslappning och lugn.	K II

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier utarbetad efter Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006). Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare	Titel	Syfte	Metod	Delta gare (bortf all)	Resultat	Kvalitet Typ
Edvardsson, JD., Sandman, P-O., Rasmussen, B., (2003). Sverige.	Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional.	Att undersöka meningen för sjuksköterskor att ge beröring i omvårdnaden av äldre patienter.	Fenomenologisk- hermeneutisk ansats av intervjuer.	N= 12(0)	Att terapeutisk beröring var ett sätt att vara med patienten. Var en möjlighet att få ett tillfredsställande redskap att minska lidande och en möjlighet att se människan bakom demens sjukdomen. Gav en djupare relation. Minskade upplevelsen av maktlöshet hos sjuksköterskan. Gav lugn och välbefinnande hos både sjuksköterska och patient. Var tidskrävande. Minskade smärta, oro, sömnstörningar och stress hos patienterna.	K I
Fauth, E., Hess, K., Piercy, K., Norton, M., Corcoran, C., Rabins, P., Lyketsos, C., Tscanz, J., (2012). U.S.A .	Caregivers´ relationship closeness with the person with dementia predicts both positive and negative outcomes for caregivers´ physical health and psychological wellbeing.	Hur påverkas en nära relation mellan vårdgivare och dement patient när det gäller välbefinnande och hälsa för dem bägge.	Deltagarna fyllde i speciella formulär vid flera olika tillfällen som sedan analyserades och sammanställdes.	N= 335(1 7)	Resultatet visade att patienterna kom tillgodo av den nära relationen med ökad hälsa och välbefinnande men hos vårdgivaren kunde de finna både positiva och negativa resultat. Det var individuellt resultat beroende på hur nära relationen var och hur vårdgivaren själv mådde.	K II

Matris

Bilaga I

Författare	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Harding, T., North, N., Perkins, R., (2008). Nya Zeeland.	Sexualizing Men`s Touch: Male Nurses and the Use of Intimate Touch in Clinical Practice.	Att undersöka manliga sjukskötares upplevelse av att ge intim omvårdnad, en dialog om vad som sexualiserar mäns beröring.	Semi strukturerade djup interjuver. Urval av deltagare enligt snöbollseffekt.	N= 18(0)	Upplevelse av att skydda sig och hitta strategier vid intim beröring då de manliga sjuksköterna upplevde sig utsatta. De manliga sjuksköterna upplevde sig utsatta för misstolkning av beröring från både kvinnliga och manliga patienter. Strategier var att inte vara ensam med patienten, alltid vara beredd att överlämna den intima beröringen till kvinnlig kollega. Kommunikation med patienten. En upplevelse av för lite förberedelse under utbildning att hitta strategier.	K I

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier utarbetad efter Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006). Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke – kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie ®, Kvalitativ studie (K)
I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Kutner, J., Smith, M., Corbin, L., Hemphill, L., Benton, K., Mellis, K., Beaty, B., Felton, S., Yamashita, T., Bryant, L., Fairclough, D., (2008). U.S.A	Massage therapy vs. simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer; a randomized trial.	Författarna önskade se om massage och enkel mjuk beröring kunde minska smärta och öka välbefinnandet hos patienter med avancerad cancer.	Patienterna fick sex tillfällen med behandling av mjuk beröring eller massage under två veckors tid.	N= 380(0)	Massage har en omedelbar positiv effekt mot smärta och depression hos patienterna. Vad gäller beröring så ansågs det vara viktigt då det också såg ut att ge positiva resultat, dock inte i samma grad som massagen. Massage gav ett förbättrat humörläge och även de känslomässiga symtomen blev bättre. Patienterna upplevde förbättrad livskvalitet.	RTC II

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier utarbetad efter Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006). Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke – kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie ®, Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Nicholls, D., Chang, E., Johnson, A., Edenborough, M., (2013). Australien.	Touch, the essence of caring for people with end-stage dementia: A mental health perspective in Namaste Care.	Målet var att öka kvaliteten i omvårdnaden av personer med avancerad demens, att öka kunskapen och förmågan till omvårdnadspersonalen, att förbättra kommunikationen mellan de boende, deras familjer och vårdpersonal.	Semi-strukturerade intervjuer Focusgrupp Intervention med taktill beröring Tre faser av mixade metoder	N=31(0) personal N=5(0) närstående	Att få en möjlighet som dement att beröra andra vilket är en nödvändighet för upplevelse av välbefinnande och bekräftelse. Att beröra ger en möjlighet att få ett sammanhang i sin miljö. Att personer med demenssjukdom kan få en möjlighet att exempelvis få beröra ansiktet på vårdaren ger en möjlighet till en känsla av en personlig kontroll och en möjlighet att skapa kontakt med en annan person på en känslomässig nivå och få interaktion. En del äldre saknar fysisk närhet till andra pga livsomständigheter.	K II

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier utarbetad efter Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006). Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke – kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie ®, Kvalitativ studie (K)
I = **Hög**, II = **Medel**, III = **Låg**

Författare	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
O'Lynn, C., Krauscheid, L., (2011). USA.	How Should I Touch You?	Att undersöka sjuksköterskors och speciellt de manligas attityd av intim beröring.	Semi-strukturerade intervjuer i fyra focus grupper.	N=24(0)	Behov av att kommunicera verbalt, att etablera en relation innan intim beröring sker. Att få ett val hur beröringen skall gå tillväga. Att fråga mig om man önskar en man eller kvinna som utför beröringen. Berör mig med ett professionellt handlag.	K II

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier utarbetad efter Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006). Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke – kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie ®, Kvalitativ studie (K)
I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Ranheim, A., Kärner, A., Arman, M., Rehnsfeldt, A.W., Berterö, C., (2010). Sverige	Embodied reflection in practice- `Touching the core of caring`	Att undersöka sjuksköterskornas upplevelse av att ge en lätt form av massage kallad "Rhythmical Emrocations"(RE) till äldre personer.	Intervjuer med fenomenologisk-hermeneutisk ansats	N=7(0)	En upplevelse av närvaro med patienten. En känsla av en fördjupad relation med patienten. Att skapa en närvaro med lugn och med en ökad interaktion/kontakt med patienten. Sjuksköterskorna upplevde själva en ökad öppenhet och känslighet under utförandet RE vilket ledde till en ökad uppmärksamhet. Sjuksköterskorna upplevde att de blev mer uppmärksamma både på patientens fysiska och psykiska tillstånd.	K II

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier utarbetad efter Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Routasalo, P., Isola, A., (1998). Finland.	Touching by skilled nurses in elderly nursing care.	Författarna ville se hur erfarna sjuksköterskor rör sina patienter som var svårt sjuka och hade begränsad kommunikationsförmåga på ett äldreboende.	Videofilmning av mötet mellan sjuksköterska och patient gjordes.	N=10(0)	Beröring förstärkte kommunikationen mellan patient och sjuksköterska. Patienterna kände trygghet och omtanke. Beröring skedde i syfte i att få uppmärksamhet, att visa ömhet, för att lugna, att visa och förstärka positiva känslor, öka humöret, för att ge patienten skydd och för att visa omtanke. Fysisk beröring användes mer till kvinnliga patienter. Olika sköterskor använde beröring olika. En del mycket och en del lite, beroende på personlighet och inställning till beröring. Beröring användes begränsat om sjuksköterskan uppfattade att patient upplevde obehag.	K II

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier utarbetad efter Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Salzmann-Erikson,M , Eriksson,H., (2005). Sverige.	Encountering touch: Affinity in psychiatric care	Syftet är att undersöka Fysiska beröringens betydelse för patienter som har blivit behandlade för psykos	Fenomenologisk-Hermeneutisk metod. Intervjuer	N=7 (3)	En upplevelse av att beröringen förmedlar trygghet och en bekräftelse i att vara människa. Att beröring upplevs av patienter att vara en naturlig del i relationen till andra. Fysisk kontakt är ett fysiskt behov för både kropp och själ ansåg deltagarna. De längtade efter fysisk kontakt. Beröring gav lugn och stöd och kunde uttrycka deras känslor. De ansåg att beröring kunde vara både positiv och negativ beroende på hur de själva mådde och vem som berörde dem fysiskt.	K II

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier utarbetad efter Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Skovdahl, K., Sörlie, V., Kihlgren, M., (2007). Sverige.	Tactil stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care.	Att beskriva genom att granska dokumentation från både omvårdnadspersonalens upplevelser av att ge taktil beröring till fem personer med medel till svår demens som uppvisade aggressivitet eller oros tendenser och vilka förändringar som skedde efter interventionen med terapeutisk beröring.	Dokumentationen 28 veckor tillbaks i tiden var analyserad genom ett kvalitativt innehålls analys.	N=45 (25)	Positiv effekt, tecken på lugnande effekt. Omvårdnadspersonalen upplevde själva att de fick integrera med den boende på ett positivt sätt, att de fick en närmare relation till sina patienter. Sjuksköterskorna upplevde själva avslappning och rofylldhet. Patienter kunde ha svårt att ta emot fysisk beröring om de var för oroliga. Patienterna kunde uppleva en känsla av välbefinnande.	K I

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier utarbetad efter Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Tabell 1. Bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån SBU & SSF (1999) och Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006).

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.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
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).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

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