

MASSAGE OCH BERÖRING

Symptomlindrande effekter och upplevelser hos patienter med cancer

FÖRFATTARE	Kristina Miletic
PROGRAM/KURS	Fristående kurs 15 högskolepoäng/H11 Examensarbete i omvårdnad VT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Annika Janson Fagring
EXAMINATOR	Eva Brink

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Massage och beröring. Symptomlindrande effekter och upplevelser hos patienter med cancer.
Titel (engelsk):	Massage and touch. Symptom relief effects and experiences in patients with cancer.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Fristående kurs, 15 högskolepoäng H11 Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	42 sidor
Författare:	Kristina Miletic
Handledare:	Annika Janson Fagring
Examinator:	Eva Brink

SAMMANFATTNING (svenska)

Bakgrund: Cancer är en allvarlig och ibland livshotande sjukdom som kan innebära ett stort lidande för den drabbade. Lidandet kan vara såväl fysiskt, psykiskt, socialt som andligt/existentiellt. Vanliga fysiska och psykiska symptom vid cancersjukdom kan vara smärta, illamående, ångest, nedstämdhet/depression, samt sömnsvårigheter. Massage och beröring tillhör de alternativa och komplementära behandlingsmetoder som användes inom omvårdnad för att trösta, lugna och ge lindring åt patienter med svåra sjukdomstillstånd. Massage- och beröringstekniker användes inom flera olika områden t.ex. hospicevård, demens- och äldreomsorg, mödravård, psykiatrisk vård, spädbarnsvård samt vid smärtbehandling och rehabilitering. Forskningen visar att massage och beröring ökar oxytocinfrisättningen i kroppen, vilket ger flera positiva effekter, såväl fysiologiska som psykologiska.

Syfte: Syftet var att beskriva eventuella symptomlindrande effekter av massage och beröring hos patienter med cancer samt belysa deras upplevelser av att få denna behandling. **Metod:** Metoden som valdes var en litteraturöversikt. Nio vetenskapliga artiklar som svarade mot uppsatsens syfte valdes ut och analyserades. Huvudsakligen söktes likheter och/eller skillnader i artiklarnas resultat. **Resultat:** Resultatet redovisades utifrån två huvudrubriker; ***”Massagens och beröringens symptomlindrande effekter hos patienter med cancer”*** samt ***”Upplevelser av massage och beröring hos patienter med cancer”***. Elva underrubriker skapades därefter utifrån de olika temana/kategorierna som hade tagits fram. I resultatet framkom att massage och beröring till viss del gav goda ***symptomlindrande effekter*** på ***smärta, stämningsläge, sömn, illamående*** samt ***trötthet*** hos patienter med cancer. De symptomlindrande effekterna av massagen och beröringen varierade dock och ibland uteblev de helt. Patienternas ***upplevelser*** av massage och beröring var att de kände sig ***omhändertagna och bekräftade, fysiskt samt mentalt avslappnade***, de kände sig ***befriade samt upplevde ett lindrat lidande***. Vidare upplevde patienterna ***trygghet, tillit, närhet och respekt i vårdrelationen***, de upplevde ***välbefinnande***, samt hade även ***negativa upplevelser*** av massagen och beröringen. Resultatet visade således att massage och beröring kan fylla viktiga behov hos patienter med cancer samt påverka flera olika funktioner, såväl kroppsliga, själsliga, sociala som andliga/existentiella. **Slutsats:** Massage och beröring kan till viss del ge patienter med cancer en god symptomlindring samt positiva upplevelser. Ibland uteblir effekterna dock helt och vissa patienter får dessutom negativa upplevelser av massage och beröring. Massage och beröring som omvårdnadsmetoder är dock väl värda att prövas av sjuksköterskor för att lindra lidandet hos patienter med cancer. Förutsättningar bör dock skapas på

vårdenheter där cancerpatienter vårdas för att dessa behandlingar skall kunna genomföras; tid och utrymme för behandlingarna behöver frisättas, tillfällen för handledning/etiska diskussioner måste skapas och sjuksköterskor behöver få utbildning i massage- och beröringstekniker.

INLEDNING	1
BAKGRUND	3
CANCER	3
”DISTRESS”	4
ALTERNATIV-, KOMPLEMENTÄR OCH INTEGRATIV MEDICIN	5
LAGSTIFTNING	5
SJUKSKÖTERS KOMPETENS OCH ANSVAR	6
ETIK	6
MASSAGE OCH BERÖRING	7
OLIKA TEKNIKER AV MASSAGE OCH BERÖRING	8
FYSIOLOGISKA OCH PSYKOLOGISKA EFFEKTER AV MASSAGE OCH BERÖRING	8
TEORETISK REFERENSRAM	9
PROBLEMFÖRMULERING	12
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	122
METOD	13
URVAL/SÖKNINGSFÖRFARANDE	13
INKLUSIONS- SAMT EXKLUSIONSKRITERIER	14
ANALYS	144
RESULTAT	155
MASSAGENS OCH BERÖRINGENS SYMPTOMLINDRANDE EFFEKTER HOS PATIENTER MED CANCER	155
Smärta	155
Stämningsläge	17
Sömn	19
Illamående	200
Trötthet	211
UPPLEVELSER AV MASSAGE OCH BERÖRING HOS PATIENTER MED CANCER	222
Att känna sig omhändertagen och bekräftad	222
Fysisk samt mental avslappning	233
Att känna sig befriad samt uppleva ett lindrat lidande	244
Att uppleva trygghet, tillit, närhet och respekt i vårdrelationen	244

Att uppleva välbefinnande	255
Negativa upplevelser	266
DISKUSSION	266
METODDISKUSSION	266
Etiska aspekter.....	277
Genusaspekter	288
RESULTATDISKUSSION	29
SLUTSATSER SAMT KLINISKA IMPLIKATIONER	36
REFERENSER	38
BILAGOR	
1. ARTIKELÖVERSIKT	

INLEDNING

I mitt arbete som sjuksköterska på en vårdavdelning för äldre, kommer jag dagligen i kontakt med patienter som lider av såväl kroppsliga som själsliga sjukdomstillstånd. Min upplevelse är att vården av dessa patienter är mycket medicinskt inriktad med fokus på diagnos och behandling. Som komplement till den medicinska behandlingen kan läkaren dock även ordinera taktil massage, även kallad ”Taktipro”, i symptomlindrande syfte. Inom begreppet ”massageterapi” och ”beröring” finns flera olika inriktningar och tekniker, varav taktil massage är en av dem (Ardeby, 2005; Field, 2000). En ordination på taktil massage är på avdelningen ofta initierad av patientens kontaktperson som är sjuksköterska eller mentalskötare. Den taktila massagen ges av personal på avdelningen som har utbildats i denna teknik, och behandlingen brukar bestå av cirka tio sessioner. De patienter som ordinerats taktil massage lider ofta av nedstämdhet, oro, ångest, samt har svårt att komma till ro och finna ett inre lugn. Vissa patienter som får taktil massage är av olika skäl i avsaknad av beröring. Andra lider av olika smärttillstånd. Massagen utvärderas efter varje tillfälle, genom samtal och dokumentation i specifik omvårdnadsjournal, avsedd för taktil massage. Då jag har läst dessa omvårdnadsjournaler och även intervjuat omvårdnadspersonal som arbetar med taktil massage på avdelningen, har jag fått ta del av patienternas självupplevda effekter av denna behandling. I omvårdnadsjournalerna beskriver patienterna bland annat hur deras ångest och oro minskar, känslor av stress försvinner, de känner sig avslappnade och lugna, sömnen förbättras, och smärtor lindras. Många känner sig bekräftade och omhuldade. En annan intressant effekt som också beskrivs av en del patienter, är att de genom den taktila massagen finner en inre styrka samt får en lust att företa sig saker som de tidigare ej har orkat med. Dessa patienter berättar hur de plötsligt upplever att de orkar ta itu med problem som finns i livet och de förmår även fatta svåra beslut.

Patienternas upplevelser av taktil massage har gett mig nya insikter om hur omvårdnad kan bedrivas och att det finns andra dimensioner inom vården än den strikt medicinska.

Ett fåtal patienter upplever dock negativa effekter av massagebehandlingen såsom ökad ångest/oro och starka känslor av obehag. Beröringen kan kännas skrämmande och man känner sig utsatt och blottad. En del patienter beskriver hur de saknar beröring, men förmår inte att ta emot den. Vissa är ovana vid kroppskontakt, då kan det istället fungera med taktil massage av vissa utvalda kroppsdelar såsom t.ex. händer och fötter. Ibland blir den negativa upplevelsen av massagen dock så stark att behandlingen måste avbrytas.

Denna uppsats kommer dock att handla om massage och beröring hos patienter med cancersjukdom. Det är en patientgrupp som intresserar mig eftersom patienter med cancersjukdom många gånger har symptom som innebär ett lidande såväl psykiskt, fysiskt, socialt som andligt/existentiellt (Reitan, 2003a). Omvårdnadsbehovet hos dessa patienter är mycket omfattande. De omvårdnadsåtgärder som användes i onkologiska vården saknar ofta starkt vetenskapligt stöd, och få systematiska översikter finns utförda (Börjesson & Johansson, 2008). Dessutom har jag varit med om en nära anhörigs kamp mot en svår cancersjukdom och tagit del av hans lidande. Dessa bakgrundsfakta samt egna erfarenheter har givit mig inspiration att vidare fördjupa mig i vad som finns undersökt om massage och beröring som omvårdnadsåtgärd hos patienter med cancer.

BAKGRUND

CANCER

Cancer är ett samlingsnamn på ett stort antal olika tumörsjukdomar. En cancersjukdom innebär en okontrollerad celledelning någonstans i kroppen samt en spridning utav elakartade tumörceller till andra delar (SBU, 2001; SBU, 2003; Socialstyrelsen 2009; Strang, 2003). Att få en cancerdiagnos är inget ovanligt (Talbäck, Hakulinen & Stenbeck, 2008; Socialstyrelsen, 2009), och man räknar med att ungefär var tredje person i Sverige under sin livstid kommer att drabbas. Antalet fall av diagnosticerad cancersjukdom har stigit under de senaste årtiondena och år 2007 diagnosticerades i Sverige sammanlagt 50100 fall av cancersjukdom (Socialstyrelsen, 2009). Vanligast är bröst- och prostatacancer, andra vanliga cancertyper är lung- och hudcancer, samt tjock- och ändtarmscancer (Socialstyrelsen, 2009; Talbäck, et. al., 2008). Faktorer som ökar risken att insjukna i cancersjukdom kan vara ärftlighet, olika levnadsvanor såsom rökning och alkohol, samt exponering för skadliga ämnen (Schölberg, 2003; Socialstyrelsen, 2009; Trolle Lagerros, 2008). Det finns stora skillnader i prognosen vid olika typer av cancerformer men generellt kan man dock säga att många cancerformer idag är möjliga att bota (SBU 2003; Socialstyrelsen, 2009). De behandlingsmetoder som främst användes inom cancersjukvård är cytostatika, strålbehandling, kirurgi (Nilbert, Jerkeman & Engellau, 2011; Socialstyrelsen, 2009) samt endokrin behandling (Nilbert, et. al., 2011; Nordenskjöld, 2008). Cancer är dock en allvarlig, ibland livshotande sjukdom som upplevs som mycket skrämmande av många människor (Kössler, 2011; Reitan, 2003a; Socialstyrelsen 2009). Att få en cancerdiagnos kan innebära ett psykiskt trauma för den drabbade, vilket även påverkar familj och vänner (Reitan, 2003a). Beck & Tastesen (2006) belyser lidandet och smärtan som en människa upplever då hon är drabbad av svår sjukdom. Inom den palliativa

vården tillämpas en fyrdimensionell syn på lidandet, som består av en fysisk, psykisk, andlig/existentiell samt social del (Strang, 2008). Vanliga fysiska och psykiska symptom vid cancersjukdom kan vara smärta, illamående/kräkningar (Björgö, 2003b), ångest, nedstämdhet/depression (Hellbom, 2011; Strang, 2008) samt sömnsvårigheter (Börjesson & Johansson, 2008). Det existentiella/andliga lidandet kan innebära upplevelser av hopplöshet, meningslöshet, ensamhet och dödsångest (Strang, 2008), samt negativa känslor såsom rädsla, vrede, förnekande, osäkerhet, skam- och skuld-känslor (Reitan, 2003b). Krisreaktioner och upplevelser av förluster som berör till exempel familje- och arbetslivet kan skapa ett psykosocialt lidande (Börjesson & Johansson, 2008; Hellbom, 2011; Reitan, 2003b). Patienten kan också lida av de ibland kraftfulla biverkningar som uppstår av cancerbehandlingen såsom smärta, illamående/kräkningar, trötthet (Hansson, Henriksson & Peterson, 2008; SBU, 2001; SBU, 2003; Sjövall, 2011; Strang, 2003), men även förändrad sinnesstämning såsom ångest, nedstämdhet/depression (Hansson, et. al., 2008). Det är många gånger svårt att avgöra om det är cancersjukdomen i sig eller behandlingen som orsakar symptomen (Börjesson & Johansson, 2008).

”DISTRESS”

”Distress” är en term som alltmer används inom den psykosociala cancervården, och har lanserats i den engelskspråkiga världen under de senaste åren. Det finns ingen enkel översättning till svenska språket. Det amerikanska National Comprehensive Cancer Network har definierat ”distress” som ”en multifaktoriell, obehaglig, emotionell upplevelse av psykologisk (kognitiv, beteendemässig, emotionell), social eller andlig natur som kan verka hindrande för förmågan att effektivt hantera cancersjukdomen, dess fysiska symptom och dess behandling. Distress sträcker sig längs ett kontinuum mellan vanliga normala känslor av sårbarhet, sorg, rädslor och problem som kan bli handikappande, såsom depression, ångest, panik, social isolering samt existentiell och andlig kris”. Svenska ord som ”bekymmer” och

”oro” kan vara vägledande för att förstå innebörden av termen (Werner & Leden, 2010, s. 369). Författaren av denna uppsats har, för enkelhetens skull, valt att använda sig av begreppet ”stressrelaterade symptom” då det framöver i texten kommer att handla om ”distress”.

ALTERNATIV-, KOMPLEMENTÄR OCH INTEGRATIV MEDICIN

I en statlig offentlig utredning av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd används samlingsbeteckningen Alternativ- och komplementär medicin (AKM) för en mängd olika terapier som inte ingår i den traditionella sjukvården (SOU, 2007). Begreppet integrativ medicin innebär att man kombinerar vedertagna behandlingsmetoder inom hälso- och sjukvården med viss alternativ- och komplementärmedicin som är vetenskapligt beprövad (Carlson & Falkenberg, 2007; Motzi, 2004; Nordling, 2007). Massage och beröring tillhör de alternativa och komplementära behandlingsmetoder som användes inom omvårdnad för att trösta, lugna och ge lindring åt patienter med svåra sjukdomstillstånd (Ardeby, 2005, 2007; Beck & Tastesen, 2006; Birkestad, 2001; Field, 2000; Uvnäs Moberg, 2000; Wigforss Percy 2006).

LAGSTIFTNING

Enligt patientsäkerhetslagen (SFS, 2010) skall hälso- och sjukvårdspersonal utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienten skall få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Patienten skall visas respekt och omtanke och vården skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Individuellt anpassad information om hälsotillstånd, samt vilka metoder för vård, undersökning och behandling som finns, skall ges till patienten. Då det finns flera behandlingsalternativ som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet skall patienten ges möjlighet att välja det alternativ som hon eller han föredrar (SFS, 2010).

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd ställer i sin statliga offentliga utredning (SOU, 2007) följande villkor för att legitimerad vårdpersonal skall få använda sig av alternativa och komplementära metoder inom sjukvården:

1. Behandlingen skall ske på patientens initiativ – yrkesutövaren får inte övertyga eller övertala patienten att genomgå en viss alternativmedicinsk behandling eller inta naturläkemedel.
2. Etablerade metoder skall ha prövats och uttömts. Verksam behandling mot sjukdomar skall saknas.
3. Den tänkta behandlingen skall bedömas som riskfri (SOU, 2007).

SJUKSKÖTERSANS KOMPETENS OCH ANSVAR

Enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska skall sjuksköterskans arbete präglas av ett etiskt förhållningssätt och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Arbetet skall utföras i enlighet med gällande författningar och andra riktlinjer. Ett viktigt kompetensområde för sjuksköterskan är att kunna söka och använda evidensbaserad kunskap. Vidare skall sjuksköterskan ha förmåga att möta och uppmärksamma patientens lidande och upplevelse av sjukdom. Genom adekvata åtgärder skall sjuksköterskan så långt det är möjligt lindra patientens lidande (Socialstyrelsen, 2005).

ETIK

I ICN:s (International Council of Nurses) etiska kod för sjuksköterskor (2007) betonas att god omvårdnad skall ges till alla, oavsett hänsyn till ålder, kön, nationalitet, hudfärg, kultur, trosuppfattning, politisk åsikt, handikapp, sjukdom, ras eller social status. Koden är en vägledning i att handla i överensstämmelse med behov och sociala värderingar.

Sjuksköterskan har, enligt koden, fyra grundläggande ansvarsområden; Att främja hälsa, att

förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande. I vårdens natur finns respekten för mänskliga rättigheter. Alla människor har rätten till sitt liv, till värdighet, kulturella rättigheter och till att bli behandlade med respekt (Svensk sjuksköterskeförening, 2007).

MASSAGE OCH BERÖRING

Massage innebär en strukturerad beröring i ett bestämt syfte. Med olika handgrepp åstadkoms en mekanisk bearbetning av kroppens mjukvävnader (hud, bindväv, muskler). Beroende på massagens syfte och på egenskapen hos den kroppsvävnad som masseras användes olika metoder. Massage kan innebära alltifrån enkel beröring till avancerad massageterapeutisk behandling (SOU, 2007).

Beröring innebär kroppskontakt mellan människor och/eller djur. För det mesta är beröringen omedveten som vid kramar, handslag eller en klapp på kinden. Den medvetna beröringen förekommer vid olika typer av sinnesträningar och kroppsliga behandlingar. Alla typer av massage innebär en form av beröring. Vid olika beröringsmetoder, eller mjuk massage (taktill massage/stimulering, aromaterapimassage, hudmassage, beröringsmassage), är beröringen i sig själva syftet (Birkestad, 2001).

Massage och beröring tillhör de allra äldsta behandlingsmetoderna. Som företeelse återfinns massage och beröring inom samtliga kulturer, och man har utövat dem i olika former och stilar (Field, 2000; Wigforss Percy, 2006). Beröring anses vara ett livsviktigt behov hos människan och utgör även en grundläggande komponent i praktisk omvårdnad (Ardeby, 2007; Beck & Tastesen 2006). Massage och beröringstekniker används inom flera olika områden, t.ex. hospicevård, demens- och äldreomsorg, mödravård, psykiatrisk vård, spädbarnsvård och vid smärtbehandling och rehabilitering (Birkestad, 2001; Field, 2000).

OLIKA TEKNIKER AV MASSAGE OCH BERÖRING

1. **Mjuk massage** är ett samlingsbegrepp för taktil stimulering/massage, aromaterapi-massage, hudmassage, beröringsmassage, mm. Sammanfattningsvis kan man säga att mjuk massage kan ges på delar av kroppen, t.ex. händer och fötter, eller över hela kroppen. Mjuk massage kan innebära att djupare strukturer manipuleras, eller att massagen ges som en mer yttlig, mjuk hudstimulering (SBU Alert, 2002). Vid *berörings/hudmassage* används lätta strykningar, cirkelrörelser och tryck på huden (Beck, 2006). I *aromaterapimassage* kombineras massage med användning av essentiella, aromatiska oljor (Wigforss Percy, 2006). *Taktil massage*, även kallad ”**Taktipro**”, är en metod som utarbetats i Sverige. Denna massageform beskrivs som en mjuk, omslutande beröring av huden, utformad efter kroppens anatomi. *Taktil stimulering* är en snarlik metod, och innebär att medvetet och strukturerat beröra huden med strykningar och tryck (SBU Alert, 2002; Wigforss Percy, 2006).
2. **Muskelmassage** (svensk massage eller klassisk massage) innebär att muskler och hud bearbetas genom tryck, tånjning och strykning. Syftet är att stimulera cirkulationen och uppnå muskelavslappning. Här används även termerna *effleurage* (strykningar) samt *petrissage* (knådningar) (Wigforss Percy, 2006).
3. **Systemberöring** (akupressur, akupunktur, zonterapi) innebär att man, med hjälp av ett mjukt tryck, berör bestämda punkter och områden på kroppen (Birkestad, 2001; Wigforss Percy, 2006).

FYSIOLOGISKA OCH PSYKOLOGISKA EFFEKTER AV MASSAGE OCH BERÖRING

Vid stressituationer höjer det sympatiska nervsystemet beredskapen i kroppen och förbereder för kamp eller flykt, det så kallade kamp – flyktsystemet aktiveras. Det parasympatiska

nervsystemet är en del utav ett motsatt system, det s.k. antistresssystemet. Detta system sänker nivåerna av stresshormoner i kroppen vilket skapar lugn- och ro samt avslappning. Oxytocin, som både är ett hormon och en signalsubstans, ingår som en viktig del i kroppens antistresssystem (Uvnäs Moberg, 2000; Wigforss Percy, 2006), samt aktiverar det parasympatiska nervsystemet (Ardeby, 2007). Oxytocin utsöndras i hjärnan och om beröringsreceptorer i huden utsätts för stimuli, t.ex. genom massage och beröring, höjs halten av oxytocin i kroppen. Huden med dess taktila beröringsreceptorer kallas därför ibland för det taktila sinnet (Ardeby, 2005; Beck & Tastesen, 2006; Wigforss Percy, 2006).

Massage och beröring påverkar det taktila sinnet, ökar oxytocinfrisättningen samt ger upphov till fysiologiska effekter i kroppen (Ardeby, 2005; Beck & Tastesen, 2006; Wigforss Percy, 2006). Bland annat visar forskning, att oxytocin sänker puls och blodtryck, minskar halten av stresshormoner, ger smärtlindring, främjar tillväxt och återhämtning samt stimulerar till sociala interaktioner. Flera forskare menar att oxytocinet har en antidepressiv, ångstdämpande effekt (Birkestad, 2001; Uvnäs Moberg, 2000; Wigforss Percy, 2006), att beröring och massage skapar lugn- och ro, ger ett förhöjt stämningsläge samt ökar välbefinnandet (Field, 2000; Uvnäs Moberg, 2000; Wigforss Percy, 2006). Andra fysiologiska effekter av massage och beröring som nämns i litteraturen är muskelavslappning, ökad blodcirkulation, förbättrad sömn, lugnare andning (Birkestad, 2001) samt förbättrad kroppsuppfattning (Ardeby, 2005). Psykologiska reaktioner av massage och beröring som finns beskrivna är bl.a. känslan av närhet och lindrat lidande, att få vara utvald och speciell, att känna sig stark, lindring av ångest och oro och att såväl glada som ledsamma minnen kan väckas till liv utav massagen/beröringen (Henricson & Billhult, 2010).

TEORETISK REFERENSRAM

Omvårdnad är, enligt Eriksson, både vetenskap och en konst, och vårdvetenskapen utgör grunden för vårdverksamheten (Eriksson, 1987a, 1988). Omsorgen utgör kärnan i all omvårdnad och begreppen ansa, leka och lära samt tro, hopp och kärlek utgör substansen i hennes teoretiska resonemang om omvårdnad (Eriksson, 1987a, 1987b). Eriksson har ett holistiskt synsätt på vård som innefattar kroppsliga, själsliga samt andliga aspekter. Detta holistiska synsätt på människan och vården är hälsofrämjande, och hälsa definieras av Eriksson som ett tillstånd där individen uppfattar sig själv som hel och integrerad. Hälsa är inte nödvändigtvis frånvaro av sjukdom utan kan existera samtidigt med sjukdom. Genom att ansa, leka och lära kan vårdaren hjälpa patienten att känna tillit, tillfredsställelse samt kroppsligt och andligt välbefinnande. (Eriksson, 1987a, 1987b, 1989, 1994).

Ansa är ett uttryck för kärlek och vänskap och är ett sätt att bekräfta den andres existens. Att ansa innebär att ge kroppslig omsorg, ge föda och skydd samt påverka olika kroppsfunktioner. I ansningen ingår beröring som en viktig faktor. Eriksson menar att beröring är ett livsviktigt mänskligt behov. Hon pekar även på de positiva effekterna av beröring och massage, som finns omnämnda i vårdforskningen, hos patienter med ångest, oro och smärta. Att ansa betyder att ge värme, närhet och beröring. Att ansa kan till exempel innebära att man håller om någon, håller hand eller borstar någons hår. I den kravlösa ansningen känner sig människan älskad och accepterad för den hon är (Eriksson, 1987b).

Begreppet **leka** betyder prövning, övning, lust, skapande, önskan. I leken finns också ett allvar och är därför en paradox. Eriksson menar att leken kan hjälpa patienten att bearbeta information, anpassa sig till nya situationer, ge uttryck för glädje och livslust samt skänka vila och rekreation. Genom den skapande leken kan patienten bekräfta sin identitet samt nå nya vägar till högre integration. Önskeleken hjälper patienten att upptäcka nya möjligheter samt även utestänga den hårda verkligheten då det behövs. Denna lek skänker vila och ny energi

för att åter ta sig an verkligheten. Genom leken kan vårdaren ge patienten tid och utrymme, stödja hälsoprocesser samt skapa tillit och förtroende hos patienten (Eriksson, 1987b).

Att **lära** innebär att ständigt förändras och utvecklas. Det kan även betyda att man motiverar, uppmuntrar samt handleder. Lärandet är nära förbundet med glädjen och leken, samt leder människan mot nya vägar och möjligheter för att nå högre integrationsnivåer. Genom lärandet kan vårdaren hjälpa patienten att uttrycka sina olika känslor samt bibehålla sin autonomi (Eriksson, 1987b).

Enligt Eriksson så bygger omvårdnad på ömsesidighet och är en interaktiv process.

Vårdrelationen är en mänsklig relation, där patienten skall kunna känna sig trygg och välkommen. Vårdaren tar patienten på allvar, lyssnar samt visar förståelse. Meningen med vården blir att göra det goda för patienten samt svara mot patientens behov och problem (Eriksson, 1988).

Eriksson talar om tre olika sorters lidande; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidandet är det lidande som upplevs i relation till sjukdom och behandling. Detta innefattar såväl fysiska som själsliga/andliga aspekter såsom starka smärtor och/eller känslor av förnedring, skam och skuld. Vårdlidandet står i relation till själva vårdsituationen och uppstår då patientens värdighet kränks, vid maktutövning, då vårdpersonal straffar och fördömer patienten samt vid utebliven vård. Livslidandet är det lidande som berör hela människans livssituation. Sjukdom, ohälsa samt att vara patient leder till en rad förluster samt rubbar individens invanda livsmönster (Eriksson, 1994). Eriksson menar att caritas-tanken, eller kärleks- och barmhärtighetstanken, utgör kärnan i allt vårdarbete. Utgångspunkten skall vara att man vill den andre väl samt en önskan om att lindra lidande. Riktlinjerna i den caritativa vården är att bevara patientens integritet samt värdighet. Genom detta förhållningssätt förorsakas patienten inte något onödigt lidande (Eriksson, 1987a, 1987b,

1994). Varje patient är unik, grundläggande hos alla människor är dock längtan efter kärlek och bekräftelse (Eriksson, 1987b, 1988, 1989, 1994). Sjuksköterskan kan genom beröringen skänka tröst och bekräftelse, och genom detta minska lidandet hos patienten (Eriksson, 1994).

PROBLEMFÖRMULERING

Att drabbas av cancer kan leda till stora konsekvenser för hela människan såväl fysiskt, psykiskt, socialt som existentiellt/andligt (Reitan, 2003a; Strang, 2008). Under sjukdomstiden upplever patienter med cancer en mängd symptom samt försämrade livssituation till följd av sjukdomen. Därtill kommer biverkningar relaterade till den medicinska behandlingen. Allt detta innebär ett stort lidande för den sjuke, och blir därför en mycket viktig del att hantera i vården av dessa patienter (Börjesson & Johansson; Reitan, 2003a; Sjövall, 2011).

Skolmedicinen räcker dock inte alltid till för att lindra en sjuk människas lidande (Wigforss Percy, 2006). Ett vanligt skäl till att söka sig till AKM är att man inte tycker sig bli hjälpt inom den vanliga sjukvården. Massage ingår i begreppet AKM, och är en behandlingsform som många människor har provat, vars effekter är omfattande (SOU, 2007). Erfarenheter visar att massage kan ge patienter smärtlindring, minskad oro och ångest, gynna kommunikationen individer emellan samt ge avkoppling, och kan därför utgöra en naturlig del i vårdarbetet av svårt sjuka (Beck & Tastesen, 2006).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med uppsatsen var att beskriva eventuella symptomlindrande effekter av massage och beröring hos patienter med cancer samt belysa deras upplevelser av att få sådan komplementär behandling. Följande frågeställningar ingår i syftet:

*Har massage och beröring några symptomlindrande effekter hos patienter med cancer?

*Vilka upplevelser har patienter med cancer av att få massage och beröring?

METOD

Metoden som valdes i denna uppsats var en litteraturöversikt enligt Friberg (2006a). Motiven till att göra en litteraturöversikt kan enligt Friberg vara att man önskar skapa en överblick av ett avgränsat område, att träna ett strukturerat arbetssätt genom att sammanställa redan publicerade forskningsresultat samt att skapa en utgångspunkt för fortsatt forskning. Såväl kvantitativa som kvalitativa studier kan användas i en litteraturöversikt, och modellen innebär att man skapar en översikt över kunskapsläget inom ett speciellt vårdvetenskapligt område eller problem inom sjuksköterskans verksamhetsområde (Friberg, 2006a).

URVAL/SÖKNINGSFÖRFARANDE

De två databaserna Cinahl och Pub Med användes för att söka efter vetenskapliga artiklar. Dessa databaser valdes då det främst är de som är inriktade på områden som medicin och omvårdnad. Adekvata sökord prövades och kombinerades enligt boolesk söklogik (Nyberg, 2000). Innan sökningarna genomfördes prövades sökorden mot svensk MeSH samt Cinahl Headings. Begränsningar som gjordes i Cinahl var följande; peer reviewed, research article, språk (engelska, tyska, danska, norska, svenska), all adult samt publiceringsår 2000-2010/2011. Begränsningar som gjordes i Pub Med var följande; humans (endast två första sökningarna), språk (engelska, tyska, danska, norska, svenska), all adult 19+, publiceringsår 2000-2010/2011. (Samtliga Pub Meds artiklar skall vara peer reviewed, därför går denna begränsning ej att använda). Titlarna i samtliga artiklar genomlästes samt de abstract där titeln verkade intressant för syftet. De artiklar vars abstracts därefter bedömdes som relevanta valdes ut för genomläsning i fulltext. Slutligen valdes nio artiklar ut – fem kvantitativa samt fyra kvalitativa. Dessa nio artiklar ligger till grund för resultatet. En sammanställning av de nio artiklarna som använts i resultatet finns i bilaga 1.

INKLUSIONS- SAMT EXKLUSIONSKRITERIER

Inklusionskriterier för artiklarna var att de begränsningar som använts i databaserna då sökningarna gjordes skulle gälla. Artiklarna skulle handla om cancer och massage och de skulle svara mot syftet. Avseende de kvantitativa artiklarna valdes de randomiserade kontrollerade eller kvasiexperimentella studierna då dessa typer av studier är av högre bevisvärde enligt Segesten (2006). **Exklusionskriterier** för artiklarna var om de handlade om t.ex. barn, healing och akupunktur. Kvalitén på samtliga artiklar granskades utifrån Fribergs kriterier (2006).

ANALYS

I början av analysprocessen lästes de nio valda artiklarna igenom flera gånger för att författaren skulle få en uppfattning om vad de handlade om (Friberg, 2006a). Anteckningar över relevanta områden i artiklarna fördes vilka sedan användes för att sammanställa resultatet. Huvudsakligen söktes likheter och/eller skillnader i artiklarnas resultat. Under analysprocessen lades fokus på, under genomläsning av artiklarna, att finna kategorier eller teman. Ur de kvantitativa studierna, som handlade om effekter av massage hos patienter med cancer, framkom fem kategorier/teman: smärta, stämningsläge, sömn, illamående, trötthet. De kvalitativa studierna beskrev upplevelser av att få massage hos patienter med cancer. Ur dessa studier framkom sex teman/kategorier: att känna sig omhändertagen och bekräftad, upplevelse av fysisk samt mental avslappning, att känna sig befriad samt uppleva ett lindrat lidande, att uppleva trygghet, tillit, närhet och respekt i vårdrelationen, att uppleva välbefinnande samt negativa upplevelser. Under genomläsningen av de kvalitativa studierna fick delvis nya teman/kategorier tas fram och nya benämningar skapas. Viktiga företeelser och begrepp fick extraheras ur texten samt sorteras in under ett nytt tema/ny kategori med en ny benämning.

RESULTAT

Resultatet består av nio artiklar och redovisades utifrån två huvudrubriker: *”Massagens och beröringens symptomlindrande effekter hos patienter med cancer”* samt *”Upplevelser av massage och beröring hos patienter med cancer”*. Underrubriker skapades därefter utifrån de olika temana/kategorierna som hade tagits fram, d v s *smärta, stämningsläge, sömn, illamående och trötthet samt att känna sig omhändertagen och bekräftad, fysisk samt mental avslappning, att känna sig befriad samt uppleva ett lindrat lidande, att uppleva trygghet, tillit, närhet och respekt i vårdrelationen, att uppleva välbefinnande samt negativa upplevelser*. Resultatet presenterades därefter under dessa sammanlagt elva underrubriker.

MASSAGENS OCH BERÖRINGENS SYMPTOMLINDRANDE EFFEKTER HOS PATIENTER MED CANCER

Smärta

Olika studier (Beck, Runeson & Blomqvist, 2009; Cassileth & Vickers, 2004; Seiger Cronfalk, Strang, Ternstedt & Friedrichsen, 2009; Smith, Kemp, Hemphill & Vojir, 2002; Soden, Vincent, Craske, Lucas & Ashley, 2004; Wilkinson, et. al., 2007) visade varierande resultat på eventuella samband mellan massageterapi och smärtupplevelser hos patienter med cancer. Cassileth & Vickers (2004) fann att massageterapi i hög grad reducerade symptom hos patienter med cancer såsom smärta, och att effekterna troligtvis ökade efter varje given massagesession. Då smärtan mättes direkt efter att massage hade givits kunde en omedelbar smärtlindring noteras. Senare under samma dag mättes smärtan återigen och man fann då att smärtlindringen hade ökat ytterligare. Fler positiva resultat för massage som smärtlindring gick att finna i den kvalitativa studien av Beck, et. al. (2009) om hur mjuk massage som etablerad och integrerad del i hemsjukvården upplevdes utav människor med obotlig cancer. Patienterna uttryckte att den mjuka massagen innebar en befrielse från fysiskt lidande såsom smärta (Beck, et. al., 2009). I en annan studie (Seiger Cronfalk, et. al., 2009) beskrev

författarna också erfarenheter hos patienter med cancersjukdom av mjuk massage inom palliativ hemsjukvård. Mjuk massage lindrade den ångest som triggade igång smärtan. Även i svåra fall av smärta ledde massagen till att patienterna kände sig avslappnade och att smärtupplevelsen minskade (Seiger Cronfalk, et. al., 2009). I studien av Smith, et. al. (2002) sågs statistiskt signifikanta interaktioner mellan smärta, stressrelaterade symptom och även sömn. 41 patienter med cancersjukdom ingick i studien varav samtliga genomgick strål- eller cellgiftsbehandling och var inneliggande på sjukhus. 20 patienter fick terapeutisk massage och de övriga 21 patienterna fick andra sjuksköterskeinterventioner såsom samtal, avslappning mm. Terapeutisk massage definieras i denna artikel som ”en mjuk svensk teknik av effleurage samt petrissage”. Såväl smärtans intensitet, samt de stressrelaterade symptom som smärtan orsakade patienterna, mättes med två olika numeriska skattningsskalor. Numeriska skattningsskalor används ofta i klinisk vardag för att skatta smärta, de uppvisar god reliabilitet och validitet samt god klinisk relevans (Werner & Leden, 2010). Man fann att patienterna i den grupp som fick terapeutisk massage fick minskad smärta samt en minskning utav de stressrelaterade symptom som var förorsakad av smärtan. Denna studie visade att terapeutisk massage kan vara en värdefull sjuksköterskeintervention med goda resultat på symptom hos patienter med cancer inneliggande på sjukhus (Smith, et. al., 2002). Motsatt resultat framkom i en annan studie där effekten av aromaterapimassage på olika symptom, såsom smärta, mättes hos patienter med cancer. 288 patienter med cancersjukdom fördelades slumpmässigt till två grupper där en grupp fick aromaterapimassage samt ”vanlig, stödjande” behandling under fyra veckor. Grupp nummer två fick endast den ”stödjande” behandlingen. Smärtan mättes vid flera tillfällen. Det gick dock ej att finna någon evidens för att aromaterapimassage minskade smärta hos patienter med cancer (Wilkinson, et. al., 2007). I en annan undersökning ville man utvärdera långtidseffekter av aromaterapimassage samt vanlig massage på olika symptom, bl. a smärta, hos patienter med cancersjukdom i det palliativa

skedet. Endast kortvariga effekter på smärta uppmättes utav såväl aromaterapimassage samt den vanliga massagen. Ingen uppenbar kumulativ analgetisk effekt över tiden kunde uppmätas (Soden, et. al., 2004).

Stämningsläge

Fler av artiklarna indikerade att massage kan ha positiv inverkan på stämningsläget hos patienter med cancer (Cassileth & Vickers, 2004; Hernandez – Reif, et. al., 2004; Smith, et. al., 2002; Soden, et. al., 2004; Wilkinson, et. al., 2007). Cassileth & Vickers (2004) fann stora, kliniskt relevanta, omedelbara förbättringar av symptom hos patienter med cancer som fick massage. Störst effekt syntes på ångest, med en ångestreducering på 52,2 % direkt efter en massagebehandling. Vid en ny mätning av ångest som gjordes samma dag några timmar senare hade denna förbättring stigit till 59,9%. Massagen gav även goda resultat på depression/nedstämdhet där det skedde en förbättring från 30,6 % direkt efter en massagebehandling till 48,9 % några timmar senare. Större symptomförbättringar återfanns hos de patienter som fick svensk lätt beröringsmassage än hos de patienter som fick fotmassage. Troligen är beröring över hela kroppen mer effektiv än beröring endast över fötterna. I studien av Smith, et. al. (2002) användes skalor som The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, 1994) samt The Symptom Distress Scale (McCorkle & Young, 1978). STAI är ett psykologiskt instrument som ofta används för att mäta ångest hos patienter (Spielberger, 1994). The Symptom Distress Scale är ett instrument som används för att mäta olika psykologiska, stressrelaterade symptom, såsom t. ex smärta, illamående, stämningsläge, sömn, trötthet mm., främst hos patienter med cancer (McCorkle & Young, 1978). Minskning av stressrelaterade symptom efter massage uppmättes och statistiskt signifikanta samband sågs mellan minskade stressrelaterade symptom och terapeutisk massage. Ångesten minskade dock i såväl massagegruppen som i kontrollgruppen, och minskningen av ångest kunde inte direkt relateras till den terapeutiska massagen. Författarna menade ändå att studien visade att

massage kan ge god effekt vid ångest, samt att närvaron av en sjuksköterska kan vara lugnande och skapa trygghet för patienter med cancersjukdom, i tider av kris och osäkerhet. Studien visade även att terapeutisk massage kan vara viktig som integrerad del i omvårdnadsarbetet av patienter med cancer på såväl sjukhus som hospice (Smith, et. al., 2002). Även Hernandez-Reif, et. al. (2004) fann märkbart positiva resultat av massage på det psykologiska välbefinnandet hos patienter med cancersjukdom. I denna studie deltog 34 kvinnor med bröstcancer som fördelades till en massagegrupp samt till en kontrollgrupp. Massagegruppen fick massage med en strykande, knådande och tänjande teknik. Massagen gavs på huvud, armar, ben, fötter och rygg. Samtliga kvinnor hade behandlats med kirurgi, strål- och/eller cellgifter. Patienterna i massagegruppen upplevde en minskning av stress, ångest, depression/nedstämdhet, ilska, fientlighet samt en allmän förbättring av stämningsläget. Omedelbara -/korttidseffekter som uppmättes var minskad ångest och depression/nedstämdhet samt minskad fientlighet. Långtidseffekter var minskad depression/nedstämdhet samt minskad fientlighet. Blod- samt urinprover visade en gynnsam inverkan av massagen på bl. a serotonin och dopamin (styr stämningsläget) samt mördarceller och lymfocyter (ingår i immunförsvaret). Resultatet i studien visar därför att massagen hade positiv effekt, psykologiskt, immunologiskt samt biokemiskt hos kvinnor med bröstcancer (Hernandez – Reif, et. al., 2004). Wilkinson, et. al. (2007) fann evidens för att patienter med cancersjukdom upplevde förbättringar i ångest och/eller depression/nedstämdhet upp till två veckor efter intervention med aromaterapimassage. Förbättringarna gällde främst för ångest. Inga långtidseffekter noterades dock och författarna menar att aromaterapimassage är en effektiv terapeutisk metod för att kortvarigt lindra mild till måttlig ångest och/eller depression/nedstämdhet (Wilkinson, et. al., 2007). Inte heller i studien av Soden, et. al. (2004) framkom någon evidens för långvarigt goda effekter på ångest av aromaterapimassage eller ryggmassage. Här ingick tre grupper: en grupp som fick aromaterapimassage, en grupp som

fick endast ryggmassage samt en kontrollgrupp. Ångest och depression/nedstämdhet mättes med The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD - scale). HAD är en väl validerad självskattningsskala för att mäta ångest och depression (Soden, et. al., 2004). Vissa statistiskt signifikanta förbättringar framträdde för depression/nedstämdhet men endast i massagegruppen. Eventuellt syntes denna minskning utav depression/nedstämdhet i massagegruppen på grund av att dessa patienter från början hade en högre grad av psykologiskt stressrelaterade symptom enligt HAD, och författarna menade att troligen svarar patienter med cancersjukdom samt med hög nivå av psykologiskt stressrelaterade symptom bättre på massage än vad övriga patienter gör. Dessutom gick det ej att se några samband mellan aromaolja och positiva effekter på symptom hos patienter med cancer, denna studie visade således att det är beröringen i sig som är viktig för symptomlindring (Soden, et. al., 2004).

Sömn

Soden, et. al. (2004) utvärderade hur sömnen påverkades hos patienter med cancer av aromaterapimassage samt endast ryggmassage. The Verran and Snyder–Halpern sleepscale (VSH sleepscale) är ett etablerat och testat instrument som mäter subjektiv sömnkvalitet hos olika människor, bl. a patienter med cancer (Soden, et. al., 2004). VSH användes som mätinstrument, och goda effekter påvisades då sömnen förbättrades signifikant i bägge massagegrupper. Resultatet blev i denna studie att såväl aromaterapimassage som endast vanlig ryggmassage hade gynnsam effekt på sömnkvalitén hos patienter med avancerad cancersjukdom. Dessa massageterapier kan därför vara användbara som ickefarmakologiska omvårdnadsåtgärder för att förbättra sömnen hos dessa patienter (Soden, et. al., 2004). Seiger Cronfalk, et. al. (2009) betonade i sin studie, om mjuk massage och patienter med cancer, att förmågan att kunna somna var ett resultat av att få massage, även i de fall då patienten led av svår smärta. Den mjuka massagen lindrade ångesten samt skänkte avslappning, vilket hjälpte

patienterna till sömn (Seiger Cronfalk, et. al., 2009). Ett annat resultat framkom i studien av Smith, et. al. (2002) där man mätte sömnkvalitet (VHS sleepscalet) samt stressrelaterade symptom (The Symptom Distress Scale) där insomningssvårigheter ingår som en del i begreppet. I den grupp som fick terapeutisk massage såg man inga skillnader i sömnkvalitet från första mätningen och framåt. Mätningarna på sömnkvalitet försämrades dock i kontrollgruppen. Däremot förbättrades mätningarna avseende stressrelaterade symptom i massagegruppen men försämrades i kontrollgruppen. Studien gav ingen tydlig evidens för att terapeutisk massage påverkar sömnen i positiv riktning hos cancerpatienter, och författarna föreslog mer forskning i ämnet (Smith, et. al., 2002). I studien av Wilkinson, et. al. (2007) gick det inte heller att se någon evidens för att massage (aromaterapimassage) skulle ha en gynnsam effekt på sömnen hos patienter med cancersjukdom (Wilkinson, et. al., 2007).

Illamående

Det fanns även skillnader i flera studiers resultatdelar avseende eventuella effekter av massage på illamående hos patienter med cancer (Beck, et. al., 2009; Billhult, Stener – Victorin & Bergbom, 2007; Cassileth & Vickers, 2009; Wilkinson, et. al., 2007). I Cassileth & Vickers undersökning (2004) användes en tiogradig skattningsskala för att mäta bl. a illamående. Resultatet visade att massage hade mycket goda effekter på olika symptom, såsom illamående, hos patienter med cancer (Cassileth & Vickers, 2004). Beck, et. al. (2009) beskriver hur patienterna upplevde att de blir befriade från kroppsligt obehag, såsom illamående, då de fick den mjuka massagen (Beck, et. al., 2009). I studien av Billhult, et. al. (2007) framkom att illamående inte var ett huvudsakligt problem för de kvinnor med bröstcancer som behandlades med cellgifter samt deltog i studien. Detta trots att illamående är den mest förekommande biverkan utav cellgiftsbehandling. Författarna förklarade detta med att massagen som kvinnorna fick minskade på illamåendet genom att skapa positiva känslor som fick illamåendet att försvinna. En annan förklaring är att patienterna behandlades adekvat

farmakologiskt mot sitt illamående, vilket gjorde att patienterna mådde väl (Billhult, et. al., 2007). Smith, et. al. (2002) använde The Symptom Distress Scale som skattningsinstrument för att mäta bl. a stressrelaterade symptom där illamående, som tidigare nämnts, ingår (McCorkle & Young, 1978). En minskning av stressrelaterade symptom uppmättes hos massagegruppen. Författarna menade vidare att eftersom terapeutisk massage kunde ge gott resultat för minskning av stressrelaterade symptom så borde denna massage vara en integrerad och viktig del i omvårdnaden på hospice, onkologavdelningar samt hemsjukvård. Dock redovisades inte i studien hur stor del av de skattade stressrelaterade symptomen som består av just illamående och resultatet blev därför svårtolkat i detta avseende (Smith, et. al., 2002). I studien av Wilkinson, et. al. (2007) användes European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30, för att skatta bl. a illamående och kräkningar. EORTC är ett instrument som används för att skatta trötthet, smärta, illamående/kräkningar samt livskvalitet hos patienter med cancersjukdom (Wilkinson, et. al., 2007). Skattningarna gjordes vid studiens början samt efter sex och tio veckor. Studien visade dock inga betydande skillnader i illamående/kräkningar vid de olika skattningstillfällena. Inga evidens framkom således heller i resultatet på att aromaterapimassage skulle kunna ha en positiv effekt på illamående hos patienter med cancer (Wilkinson, et. al., 2007).

Trötthet

Wilkinson, et. al. (2007) skattade trötthet hos patienter med cancer som fick aromaterapimassage samt patienter som ingick i en kontrollgrupp. Mätningar gjordes i studiens början samt efter sex och tio veckor. Inga skillnader i trötthet uppmättes vid de olika mätningarna, ej heller framkom någon evidens i studien på att aromaterapimassage skulle vara effektivt mot trötthet hos patienter med cancer (Wilkinson, et. al., 2007). I studien av Cassileth & Vickers (2004) framkom ett annat resultat, där en tydlig minskning av trötthet relaterat till massageterapi kunde noteras (Cassileth & Vickers, 2004). Seiger Cronfalk, et. al.

(2009) beskrev hur den mjuka massagen gjorde att de flesta av patienterna upplevde känslor av inre styrka, de kände sig fysiskt stärkta (Seiger Cronfalk, et. al., 2009). Ett liknande fenomen fanns i studien av Billhult & Dahlberg (2001), där patienterna som fick massage, kände sig stärkta och starkare i kroppen, inte enbart trötta och svaga. Tröttheten och svagheten som många av patienterna led av motverkades av de känslor av styrka som kom efter att de hade fått massage. Dessa känslor av styrka kunde vara såväl fysiska som känslomässiga (Billhult & Dahlberg, 2001).

UPPLEVELSER AV MASSAGE OCH BERÖRING HOS PATIENTER MED CANCER

Att känna sig omhändertagen och bekräftad

Mjuk massage skapade hos patienterna en känsla av att någon brydde sig om dem och ville dem väl. Detta beskrevs som en nödvändighet för att klara av att leva med sin sjukdom. Att terapeuten verkligen brydde sig om den sjuke samt visade acceptans och medkänsla gjorde att den mjuka massagen upplevdes som en personlig och positiv uppmärksamhet. Dessutom lindrade massagen känslor av ensamhet, meningslöshet och ångest. Med hjälp av en medmänniskas varma händer, som bekräftade den döende personen, motverkade den mjuka massagen känslor av att vara ensam, fysiskt, socialt och existentiellt (Seiger Cronfalk, et. al., 2009). Massagen upplevdes som positiv då den motverkade känslor av ovärdighet samt upplevelsen av att vara ”sjuk och ful”. En kvinna med bröstcancer uppgav att massagen hjälpte henne då hon upplevde sin kropp som motbjudande. Patienterna upplevde genom massagen en villkorslös kärlek som fick dem att känna sig bekräftade och viktiga istället för fula och ovärdiga (Billhult, et. al., 2007b). En längtan fanns efter kommande massagesession, då man åter skulle bli sedd som en speciell person och inte enbart som en sjukdom (Beck, et. al., 2009).

Fysisk samt mental avslappning

I en studie upplevde patienterna total avslappning till kropp och själ efter att ha fått mjuk massage. Avslappningen ledde till känslor av välbefinnande, tröst, fridfullhet samt lindring av stela, ömma kroppsdelar och muskler (Seiger Cronfalk, et. al., 2009). Billhult, et. al. (2007b) fann att massage upplevdes som något positivt av bröstcancerpatienter som behandlas med cellgifter. Massagen motverkade den inre spända känsla som patienterna associerade med att få cellgiftsbehandling. Massagen gjorde att patienterna blev mindre stressade samt upplevde att de kunde slappna av (Billhult, et. al., 2007b). Beck, et. al. (2009) beskrev också hur massage, hos patienter med cancersjukdom i ett palliativt skede, ledde till vila och avslappning. Hos vissa av patienterna gav massagen en total avslappning vilken i sin tur ledde till en känsla av att befinna sig på en fridfull plats, en känsla av att ha kommit ”till paradiset”. Dessa patienter upplevde en transcendens (överskridande) där de ”svävade iväg” genom tid och rymd. En religiös patient beskrev till och med att hennes gudskontakt förstärktes under massagen. Minnen från tidigare massagesessioner fick patienterna att längta efter denna avslappning då de fick tillfälle att ”sväva iväg till en fridfull plats”, med en annan tidsupplevelse, och enbart vara med sig själva (Beck, et. al., 2009). Även Seiger Cronfalk, et. al. (2009) beskrev hur patienterna erfor en känsla av transcendens utav mjuk massage, de ”svävade iväg” till en plats bortom deras aktuella situation. Under denna fas, detta tillstånd av transcendens så försvann ångesten. Den ultimata upplevelsen av att få mjuk massage innebar ett tillstånd av tidlöshet, beskrivet som att ”sväva på moln”. Den mjuka massagen ledde till en total avslappning av kropp och själ, ett meditativt tillstånd där man kunde ”sväva iväg”. Patienterna såg fram emot att få massage, att känna djup avslappning, och detta skapade en meningsfullhet i deras liv. Avslappningen ledde också till att patienterna sov bättre samt hade mindre ont (Seiger Cronfalk, et. al., 2009).

Att känna sig befriad samt uppleva ett lindrat lidande

Att få mjuk massage innebar för patienterna en befrielse från fysiskt lidande samt från tunga tankar. Trevliga tankar tog över, spänningar försvann, kroppen kändes mjuk. Känslor av befrielse ledde till känslor av hopp (Beck, et. al., 2009). Liknande upplevelser fann Seiger Cronfalk, et. al. (2009) i sin studie, och menade att den mjuka massagen ledde till känslor av befrielse från sjukdom samt förestående död. Massagen gjorde att patienterna kände sig befriade från kroppslig sårbarhet och bräcklighet. En kort tid av andrum skapades.

Patienternas dagliga oro och tankar över sin svåra och betungande livssituation löstes upp då de fick mjuk massage (Seiger Cronfalk, et. al., 2009). De kvinnliga patienterna med cancersjukdom i Billhult & Dahlbergs studie (2001) uttryckte att det fanns ett lidande som var fysiskt, psykiskt, socialt samt existentiellt. Den väsentliga upplevelsen av att få massage, som del i den dagliga omvårdnaden, beskrevs som att få en lindring av sitt lidande. Att få ”komma bort” eller ”komma iväg” från sin situation en liten stund visade sig vara mycket viktigt för dessa patienter (Billhult & Dahlberg, 2001). Billhult, et. al. (2007b) menade att det är stressande att få cellgifter. Patienterna led av de biverkningar som behandlingen innebar, samt upplevde rädsla och känslor av obehag och otrygghet. Samtliga patienter i studien uttryckte dock positiva känslor av massagen, som kunde balansera de svåra känslor som patienterna hade kring sin cellgiftsbehandling samt sin svåra sjukdom. Den essentiella meningen med att få massage under behandling med cellgifter beskrevs som att känslor av obehag och otrygghet försvann. Även illamående lindrades av massagen och patienterna kunde slappna av. Negativa tankar och känslor byttes ut genom massagen/tankar på massagen. Positiva känslor tog över, därmed blev det lättare att ta emot cellgiftsbehandlingen (Billhult, et. al., 2007b).

Att uppleva trygghet, tillit, närhet och respekt i vårdrelationen

Seiger Cronfalk, et. al. (2009) menade att mjuk massage inte endast är en fysisk terapi utan även ett personligt möte som innefattar social kontakt och ett formellt sätt att ge beröring. I

deras studie tyckte de flesta patienterna att massageterapeuten måste vara respektfull och flexibel, med insikt och kunskap för patientens situation för att kunna skapa en känsla av trygghet och tillit. Den fysiska närheten samt terapeutens engagemang i varje situation skapade känslor av tillit mellan patienten och terapeuten. Massagen lindrade känslor av ensamhet. Inte ”vem som helst” kunde få ge massage, det måste vara en människa som patienten kunde känna sympati för. Billhult & Dahlberg (2001) menade också att massagen i deras studie skapade närhet mellan patient och vårdpersonalen. Ett positivt förhållande utvecklades då patienten kände att den som gav massagen också engagerade sig och tog sig tid (Billhult & Dahlberg, 2001).

Att uppleva välbefinnande

I två studier upplevde patienterna att massagen ledde till känslor av en inre fridfullhet samt lugn och ro (Beck, et. al., 2009; Seiger Cronfalk, et. al., 2009). Patienterna njöt av en ”lyxig känsla” som massagen gav (Seiger Cronfalk, et. al., 2009; Billhult, et. al., 2007b). De flesta patienterna kände sig välmående och hälsosamma under, samt en kort tid efter messagesessionen (Seiger Cronfalk, et. al., 2009). Massagen gjorde att patienterna upplevde känslor av värdighet, frihet samt att de kände sig hoppfulla inför framtiden (Beck, et. al., 2009). Patienterna fann, med hjälp av massagen, en balans mellan autonomi och beroende (Billhult, et. al., 2007; Billhult & Dahlberg, 2001). Massagen gav patienterna en inre styrka som hjälpte dem i det dagliga livet (Beck, et. al., 2009) samt att återfå kontrollen över sin kropp (Seiger Cronfalk, et. al., 2009). Kroppen kändes starkare och involverades till att ta aktiv del i, och vara till hjälp i den egna hälsoprocessen istället för att vara hjälplöst beroende av läkemedel (Billhult & Dahlberg, 2001). Patienterna kände glädje och tillfredsställelse, såväl under som efter messagesessionerna, trots deras situation med en egen nära förestående död. Den mjuka massagen skapade starka känslor av välbefinnande som ledde till en djupgående mental och existentiell fridfullhet. Samtliga patienter i en studie upplevde att

mjuk massage var ett värdigt stöd även i slutskedet utav cancersjukdomen (Seiger Cronfalk, et. al., 2009). Massagen hjälpte också patienterna att få en fridfull död (Beck, et. al., 2009).

Negativa upplevelser

Endast en artikel tog upp negativa upplevelser av massage hos cancerpatienter (Seiger Cronfalk, et. al., 2009). Seiger Cronfalk, et. al. (2009) beskrev hur patienterna kände sig blottade i det nära mötet med terapeuten under massagesessionerna. Det gick inte att dölja den egna kroppens utseende och dofter såsom sår, vårtor och svettiga fötter. Därför var det mycket viktigt att terapeuten visade medkänsla och acceptans samt att personkemin stämde mellan patienten och terapeuten (Seiger Cronfalk, et. al., 2009).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

I alla typer av studier måste författaren värdera sitt tillvägagångssätt, såsom metod, urvalsförfarande samt analys (Friberg, 2006b). Den valda metoden i denna uppsats är litteraturoversikt, som kan anses ha varit en lämplig metod av flera olika skäl. Metoden har även givit en god träning i att använda ett strukturerat arbetssätt (Friberg, 2006a).

Såväl kvantitativa som kvalitativa artiklar valdes ut, och artiklar från vardera ansats var lika användbara för att syftet skulle uppfyllas. Via databaserna PubMed och Cinahl gick det att finna fler kvantitativa studier som handlade om det valda ämnet, än det fanns kvalitativa. Då det kändes viktigt med en balans mellan antalet kvantitativa studier samt antalet kvalitativa studier, valdes fem kvantitativa samt fyra kvalitativa studier ut. Möjligen hade det gått att finna fler relevanta texter i andra databaser, och eventuellt hade fler sökord kunnat prövas. Författaren ansåg dock att antalet artiklar hamnade på en acceptabel nivå för att ett trovärdigt resultat skulle kunna uppnås. Artiklarna bedömdes vara av god kvalitet, då de var ”peer reviewed”, relevanta avgränsningar hade gjorts vid sökningstillfällena samt att urval och

kvalitetsgranskning hade gjorts utifrån Fribergs kriterier (2006). Dessutom återfanns samtliga artiklar vid flera tillfällen i andra studiers samt uppsatsers referenslistor och bedömdes även därför som väl användbara och relevanta. Texterna belyste det fenomen som hade valts ut för att undersökas samt svarade väl mot syftet. Samtliga artiklar (Beck, et. al., 2009; Billhult & Dahlberg, 2001; Billhult, et. al., 2007b; Cassileth & Vickers, 2004; Hernandez – Reif, et. al., 2004; Seiger Cronfalk, et. al., 2009; Smith, et. al., 2002; Soden, et. al., 2004; Wilkinson, et. al., 2007) var skrivna under 2000-talet (2001-2009) och bedömdes därför som aktuella. Fyra av de utvalda artiklarna (Beck, et. al., 2009; Billhult & Dahlberg, 2001; Billhult, et. al., 2007b; Seiger Cronfalk, et. al., 2009) var skrivna i Sverige, tre i USA (Cassileth & Vickers, 2009; Hernandez – Reif, et. al., 2004; Smith, et. al., 2002) och två i Storbritannien (Soden, et. al., 2004; Wilkinson, et. al., 2007). Samtliga var skrivna på engelska och speglade enbart västvärlden. Det hade varit intressant att presentera studier även från andra världsdelar då dessa eventuellt hade kunnat ge ett annat perspektiv på det valda området.

Det var inte svårt att strukturera innehållet i de kvantitativa artiklarna då de olika symptomen redan utgjorde teman/kategorier. De kvalitativa studierna krävde lite mer arbete för att gemensamma mönster och strukturer skulle kunna urskiljas. Olika teman/ kategorier fanns även i de kvalitativa studierna men de var formulerade och upplagda på olika sätt vid jämförelse. Dock fanns en relativt tydlig samstämmighet mellan innehållet i artiklarnas resultatdelar och likvärdiga begrepp hade använts. De teman/kategorier med tillhörande benämningar som skapades bedömdes som täckande och relevanta, samt utgjorde en god grund för att kunna skapa struktur och substans i resultatet.

Etiska aspekter

För att en undersökning skall kunna genomföras på ett etiskt korrekt vis kan minimikraven vara att deltagarna informeras om hur undersökningen skall genomföras, en skriftlig överenskommelse görs samt att författaren anhåller om tillstånd för att genomföra studien

(Nyberg, 2000). Samtliga studier i uppsatsen (Beck, et. al., 2009; Billhult & Dahlberg, 2001; Billhult, et. al., 2007b; Cassileth & Vickers, 2004; Hernandez – Reif, et. al., 2004; Seiger Cronfalk, et. al., 2009; Smith, et. al., 2002; Soden, et. al., 2004; Wilkinson, et. al., 2007) hade fått godkännande från en etisk kommitté innan de påbörjades. I sammanlagt fem av artiklarna hade deltagarna blivit informerade i förväg om vad studierna skulle innebära (Beck, et. al., 2009; Billhult, et. al., 2007b; Seiger Cronfalk, et. al., 2009; Smith, et. al., 2002; Wilkinson, et. al., 2007) och i två studier lämnade samtliga patienter också sitt samtycke till att delta i studierna (Beck, et. al., 2009; Wilkinson, et. al., 2007). I vissa artiklar hade information lämnats såväl skriftligt som muntligt (Beck, et. al., 2009; Seiger Cronfalk, et. al., 2009) samt via brev och över telefon (Billhult, et. al., 2007). Deltagarna informerades också om att deltagandet var frivilligt samt att de kunde dra sig ur studien när de så önskade (Beck, et. al., 2009; Seiger Cronfalk, et. al., 2009). I fyra av artiklarna finns inget beskrivet överhuvudtaget om huruvida patienterna i förväg har blivit informerade om studiernas innehåll (Billhult & Dahlberg, 2001; Cassileth & Vickers, 2004; Hernandez – Reif, et. al., 2004; Soden, et. al., 2004), vilket kan tyckas vara anmärkningsvärt.

Genusaspekter

Sammanlagt medverkade 1743 patienter i de nio olika artiklarna (Beck, et. al., 2009; Billhult & Dahlberg, 2001; Billhult, et. al., 2007b; Cassileth & Vickers, 2004; Hernandez – Reif, et. al., 2004; Seiger Cronfalk, et. al., 2009; Smith, et. al., 2002; Soden, et. al., 2004; Wilkinson, et. al., 2007). Det korrekta sammanlagda antalet kvinnor och män gick ej att få fram då genus ej står omnämnt i en studie (Cassileth & Vickers, 2004) samt att exakta antalet kvinnor eller män ej nämns i en annan studie (Wilkinson, et. al., 2007). Antalet deltagare var dessutom mycket högt (1290 stycken) i den studien där genus ej stod omnämnt (Cassileth & Vickers, 2004). I tre studier redovisades att endast kvinnor deltog (Billhult & Dahlberg, 2001; Billhult, et. al., 2007b; Hernandez – Reif, et. al., 2004) och i fem av studierna redovisades att såväl

män som kvinnor deltog (Beck, et. al., 2009; Seiger Cronfalk, et. al., 2009; Smith, et. al., 2002; Soden, et. al., 2004; Wilkinson, et. al., 2007). Det framgår inte av texterna om massageterapeuterna i studierna var kvinnor eller män. I vårdteoretiska texter framställs patienter som könlösa och genusneutrala, vilket leder till att olikheter som finns inom sjukvården osynliggörs (Jorfeldt, 2010). Det skulle ha varit intressant att titta närmare på huruvida patienternas och massageterapeuternas genus, samt fördelningen mellan kvinnor och män i studierna, påverkade resultatet. Endast en artikel nämner dock genus som tänkbar orsak för resultatets bristande generaliserbarhet (Smith, et. al., 2002).

RESULTATDISKUSSION

Resultatet visade till viss del goda effekter av massage och beröring på smärta (Beck, et. al., 2009; Cassileth & Vickers, 2004; Seiger Cronfalk, et. al., 2009; Smith, et. al., 2002; Soden, et. al., 2004), stämningsläge (Cassileth & Vickers, 2004; Hernandez – Reif, et. al., 2004; Smith, et. al., 2002; Soden, et. al., 2004; Wilkinson, et. al., 2007), sömn (Seiger Cronfalk, et. al., 2009; Soden, et. al., 2004), illamående (Beck, et. al., 2009; Billhult, et. al., 2007b; Cassileth & Vickers, 2004) samt trötthet (Billhult & Dahlberg, 2001; Cassileth & Vickers, 2004; Seiger Cronfalk, et. al., 2009) hos patienter med cancersjukdom. Dessa fynd har även stöd i andra studier (Billhult, Bergbom & Stener – Victorin, 2007a; Currin & Meister, 2008; Listing, et. al., 2009; Sturgeon, Wetta – Hall, Hart, Good & Dakhil, 2009). Fler dimensioner av massage och beröring än mätbara effekter kom till uttryck i resultatet då cancerpatienternas upplevelser av massage och beröring undersöktes. Patienterna upplevde genom massagen att de kände sig omhändertagna och bekräftade, fysiskt samt mentalt avslappnade (Beck, et. al., 2009; Seiger Cronfalk, et. al., 2009; Billhult, et. al., 2007b), de kände sig befriade, samt upplevde ett lindrat lidande (Beck, et. al., 2009; Billhult & Dahlberg, 2001; Billhult, et. al., 2007b; Seiger Cronfalk, et. al., 2009), de upplevde trygghet, tillit, närhet och respekt i vårdrelationen (Billhult & Dahlberg, 2001; Seiger Cronfalk, et. al., 2009) och de upplevde välbefinnande

(Beck, et. al., 2009; Billhult & Dahlberg, 2001; Billhult, et. al., 2007b; Seiger Cronfalk, et. al., 2009).

Katie Eriksson talar om beröring som ett mänskligt behov samt massage och beröring som en effektiv behandlingsform vid t ex smärta, oro och ångest (Eriksson, 1987b). Flera författare har belyst massagens och beröringens välgörande effekter vid bl. a cancerrelaterade symptom (Ardeby, 2007; Beck & Tastesen, 2006; Birkestad, 2001). Många cancerpatienter längtar efter att bli omhuldade och berörda, att få känna tillhörighet samt avslappning, och alltförvårdinrättningar använder beröring och massage för att lindra cancerpatienters fysiska, psykologiska, sociala samt andliga lidande (Currin & Meister, 2008). Denna uppsats visar att massage och beröring kan fylla viktiga behov hos patienter med cancer, samt påverka flera olika funktioner, såväl kroppsliga, själsliga, sociala som andliga/existentiella.

En artikel visade dock mycket sparsamma evidens för massagens och beröringens positiva effekter hos cancerpatienter (Wilkinson, et. al., 2007) och även i en annan studie uteblev de positiva effekterna delvis (Soden, et. al., 2004) eller var endast kortvariga (Wilkinson, et. al., 2007; Soden, et. al., 2004). En artikel i resultatet tog upp negativa upplevelser av massage och beröring hos patienter med långt framskriden cancersjukdom (Seiger Cronfalk, et. al., 2009). Patienterna beskrev att de kände sig blottade under massagesessionen och att relationen till den som masserade var mycket viktig (Seiger Cronfalk, et. al., 2009). Människor som inte är vana vid beröring eller har negativa erfarenheter av beröring såsom misshandel eller andra former av övergrepp kan ha svårt att ta till sig beröring och massage som något positivt. (Birkestad, 2001). Det är därför viktigt att det finns en öppenhet för individens olika sätt att reagera inför beröring och massage som behandlingsform. En patient som upplever obehag inför beröring och massage kommer ju naturligtvis inte heller att uppleva några positiva effekter eller få några behagliga upplevelser av en sådan behandling. En annan människa

kanske av okända orsaker varken upplever obehag eller några välgörande effekter av beröring och massage. Patienterna bör informeras, innan behandlingen med beröring och massage inleds, om att olika typer av effekter kan uppstå, samt uppmuntras att ärligt våga säga till då behandlingen ej känns bra. Detta ligger i linje med lagstiftningen som säger att patienten skall visas respekt och omtanke, vården skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (SFS, 2010), samt att all behandling med AKM inom sjukvården skall ske på patientens initiativ (SOU, 2007). Viktigt är också att föra omvårdnadsjournal i vilken varje massagesession skall utvärderas. Journalföringen skapar kunskap om varje patient och utifrån denna kunskap går det att avgöra i samråd med patienten om massage och beröring är lämplig som behandlingsform.

I flera artiklar talar patienterna om hur viktig relationen mellan patient och vårdpersonal är samt betydelsen av att få ett bra bemötande (Beck, et. al., 2009; Billhult & Dahlberg, 2001; Billhult, et. al., 2007b; Seiger Cronfalk, et. al., 2009). Siv Ardeby (2005) menar att den som i sin yrkesroll skall sköta, vårda eller behandla en annan människa, befinner sig i en maktposition och har därför ett oerhört ansvar. Patienten befinner sig i utsatthet och är beroende av vårdaren. Vårdarens människosyn blir därför avgörande i mötet dem emellan. Omvårdnaden kan präglas av uppmuntran, stöd, tillit och trygghet. Den kan också präglas av nonchalans, distans och objektivering. Beröring måste ske i dialog med omtanke, respekt och varsamhet (Ardeby, 2005). Katie Eriksson menar att det är i vårdrelationen som patienten skall få utrymme att ge uttryck för sina problem, behov och begär. Vidare beskriver hon den ”vårdande vårdprocessen” som inleds först då vårdaren, genom att skapa en djup, trygg relation till patienten, kan få en optimal kunskap om patienten. En god vårdare har en humanistisk hållning och närmar sig varje patient med varsamhet, ödmjukhet och lyhördhet inför varje skiftning hos patienten (Eriksson, 1988). Detta tankesätt ligger även nära den caritativa vården, som strävar efter att bevara patientens värdighet och integritet (Eriksson,

1987a, 1987b, 1994). Engagemang och kompetens är viktiga egenskaper hos den som ger massage och beröring, likaså att mottagaren känner tillit till den som masserar (Smith, et. al., 2009). I ICN:s (International Council of Nurses) etiska kod för sjuksköterskor (2007) betonas att god omvårdnad skall ges till alla, oavsett hänsyn till ålder, kön, nationalitet, hudfärg, kultur, trosuppfattning, politisk åsikt, handikapp, sjukdom, ras eller social status. Alla människor har rätten till sitt liv, till värdighet, kulturella rättigheter och till att bli behandlade med respekt (Svensk sjuksköterskeförening, 2007).

Behandling med beröring och massage blir meningsfull för patienten om den utförs som en god och omsorgsfull omvårdnadshandling som baserar sig på en humanistisk och holistisk inställning hos vårdaren/massage- och beröringsterapeuten. Det är viktigt med reflektion och diskussion över vilken värdegrund samt människosyn som råder på den vårdenhet där massage och beröring används som behandlingsmetod, samt hur man som enskild vårdare/massage- och beröringsterapeut uppfattar dessa begrepp och hur de används i omvårdnaden (Wigforss Percy, 2006).

Cancer är en sjukdom som kan påverka en individs välbefinnande samt orsaka ett lidande på flera olika sätt, såväl fysiskt, psykiskt, socialt som existentiellt/andligt (Reitan, 2003a; Strang, 2008). Detta bekräftas i Billhult/Dahlbergs studie där de kvinnliga patienterna med bröstcancer också beskrev att det fanns ett lidande som var fysiskt, psykiskt, socialt samt existentiellt (Billhult & Dahlberg, 2001). Att ha cancer är förknippat med ett stort lidande (Börjesson & Johansson, 2008; Currin & Meister, 2008; Reitan, 2003) och en god symptomkontroll är central vid slutskedet av livet (Börjesson & Johansson, 2008; Kutner, et. al., 2008). I resultatdelen finns underrubriken ”att känna sig befriad samt uppleva ett lindrat lidande”. Denna underrubrik beskrev ”lidande” specifikt som tema/kategori. Samtliga studier i uppsatsens resultat kan dock sägas handla om olika dimensioner av lidande -

sjukdomslidande, vårdlidande samt livslidande (Eriksson, 1994). Exempel som kan tolkas som sjukdomslidande finns i de studier i uppsatsen som handlar om olika cancerrelaterade symptom d v s smärta, stämningsläge, sömn, illamående och trötthet (Cassileth & Vickers, 2004; Hernandez – Reif, et. al., 2004; Smith, et. al., 2002; Soden, et. al., 2004; Wilkinson, et. al., 2007). Patienterna som kände sig fula och ovärdiga samt upplevde sina kroppar som motbjudande kan sägas ha erfårit ett sjukdomslidande, likaså de patienter som upplevde stress i samband med cellgiftsbehandlingarna (Billhult, et. al., 2007b). Ett lindrat vårdlidande uttrycks t. ex av de patienter som upplevde att mjuk massage gav dem känslor av att någon brydde sig om dem samt ville dem väl (Beck, et. al., 2009) och att mjuk massage var ett värdigt stöd även i slutskedet av cancersjukdomen (Seiger Cronfalk, et. al., 2009). Ett lindrat livslidande kommer till uttryck hos de patienter som kände sig fysiskt stärkta av massagen. Patienterna kände sig fysiskt starkare samt engagerades till att ta aktiv del i de egna hälsoprocesserna, istället för att hjälplöst ge sig hän till att vara beroende av läkemedel (Billhult & Dahlberg, 2001). Massagen lindrade ett livslidande då känslor av meningslöshet och ångest motverkades. En medmänniskas varma händer bekräftade den döende individen samt lindrade känslan av att vara ensam på ett fysiskt, socialt och existentiellt plan (Seiger Cronfalk, et. al., 2009). Resultaten visade således att massage och beröring kan innebära en lindring av cancerpatienters olika lidanden, om än i varierande grad, i de olika studierna (Beck, et. al., 2009; Billhult & Dahlberg, 2001; Billhult, et. al., 2007b; Cassileth & Vickers, 2004; Hernandez – Reif, et. al., 2004; Seiger Cronfalk, et. al., 2009; Smith, et. al., 2002; Soden, et. al., 2004; Wilkinson, et. al., 2007).

Genom att ge patienterna beröring och massage, genom att *ansa*, kan sjuksköterskan skapa tillstånd av trygghet, kärlek, hopp, och tillit (Eriksson, 1987b). *Ansningen* återfanns i uppsatsen hos de patienter som genom massagen kände en villkorlös kärlek, kände sig bekräftade (Billhult, et. al., 2007b), upplevde en fridfullhet, (Beck, et. al., 2009), kände sig

hälsosamma och välmående (Seiger Cronfalk, et. al., 2009) samt upplevde en ”lyxig” känsla (Billhult, et. al., 2007b). Den personliga uppmärksamheten samt omsorgen som ges vid massage och beröring har visat sig vara viktiga och uppskattade beståndsdelar hos individerna som tar emot beröringen och massagen (Smith, Sullivan & Baxter, 2009).

Leken kan vara ett uttryck för lust, skapande, olika önskningar och även allvar (Eriksson, 1987b). Detta uttrycks bl. a hos patienten som längtade efter kommande massagesession då hon skulle få känna sig som en speciell person och inte bara som en sjukdom (Beck, et. al., 2009). Exempel på *lekande* i uppsatsen fanns även hos de patienter med cancer som genom den mjuka massagen upplevde en transcendens (Beck, et. al., 2009; Seiger Cronfalk, et. al., 2009), samt upplevde att de kunde ”komma bort” från sin svåra situation för ett litet tag och få lindring för sitt lidande (Billhult, et. al., 2007b).

Lärandet finns med som en naturlig del av vården (Eriksson, 1987b). Lärandet framkom bl. a hos de patienter som av massagen nådde djup avslappning, fick mindre ont, sov bättre samt upplevde en meningsfullhet pga. den positiva utvecklingen (Seiger Cronfalk, et. al., 2009). Smith, et. al. (2009) menar att massage och beröring positivt kan inverka på individers förmåga till avslappning (Smith, et. al., 2009). Lärandet framträdde även hos de patienter som kände otrygghet och obehag i samband med att de fick cellgifter. Massagen gjorde att dessa känslor försvann och patienterna klarade bättre att ta emot cellgiftsbehandlingen (Billhult, et. al., 2007b). Massagen skapade även hos patienterna en balans mellan autonomi och beroende (Billhult & Dahlberg, 2001; Billhult, et. al., 2007b).

Wigforss Percy (2006) beskriver beröringen som en ”kommunikation via huden” (Wigforss Percy, 2006). Vårdarbetet är varje dag är fylld av möjligheter till att med varsamhet ”beröra och beröras till kropp och själ” och att medveten eller omedveten beröringen ingår i omsorgsarbetet (Ardeby, 2005). Sjuksköterskan bör därför ta till vara på de tillfällen i

vårdarbetet då en naturlig beröring av patienten blir möjlig. Detta kan ske t. ex i samband med dusch, hjälp med påklädning eller borstning av hår (Beck & Tastesen, 2006; Eriksson, 1987b). All positiv beröring som kommer patienten till godo behöver inte bestå av en avancerad massage- och beröringsteknik. Med en ökad förståelse för beröringens betydelse kan medvetenheten höjas hos sjuksköterskan om hur han/hon använder sina händer. Det viktiga är att vara lyhörd inför patientens utsatthet och integritet, använda händerna med omsorg och värme samt respektera om patientens vill bli berörd eller ej (Ardeby, 2007; Beck & Tastesen, 2006).

I de nio studierna som ingår i uppsatsens resultatdel har patienterna blivit masserade med antingen *mjuk massage* (Beck, et. al., 2009; Billhult & Dahlberg, 2001; Billhult, et. al., 2007b; Cassileth & Vickers, 2004; Seiger Cronfalk, et. al., 2009) eller *muskelmassage* (Cassileth & Vickers, 2004; Hernandez-Reif, et. al., 2004; Smith, et. al., 2002) i olika varianter. I två studier användes aromaolja som tillägg till massagen (Soden, et. al., 2004; Wilkinson, et. al., 2007), i tre studier masserades endast fötter/underben och/eller hand/underarm (Billhult & Dahlberg, 2001; Billhult, et. al., 2007b; Seiger Cronfalk, et. al., 2009), och i en studie användes tre olika varianter av massage d.v.s. mjuk beröringsmassage, svensk massage och fotmassage (Cassileth & Vickers, 2004). I en studie gick det ej att finna några samband mellan användandet av endast aromaolja och positiva effekter på symptombilden hos cancerpatienter. Studien visade att det var beröringen i sig som var viktig för symptomlindringen (Soden, et. al., 2004). Denna slutsats får stöd i en annan undersökning där aromaterapi utan massage visade sig ha endast liten effekt på ångest. Inga övriga evidens fanns för fler positiva effekter av aromaterapi (Cooke & Ernst, 2000). Cassileth & Vickers (2004) fann att beröring över hela kroppen troligen är mer effektiv än beröring som ges endast över fötterna (Cassileth & Vickers, 2004). Människor som regelbundet blir berörda över hela kroppen känner sig mer attraktiva, har lättare att knyta an till andra personer, får en

bättre självbild samt självkänsla och tycker mer om sig själva än människor som har beröringskontakt med andra individer på mindre områden av kroppen (Weiss, 1979). Författarens erfarenheter har visat att patienter som har varit oförmögna att ta emot taktill massage/beröring över hela kroppen pga. obehagskänslor, ändå har kunnat ta del av, och mått bra av en lättare form av beröring som har utförts på händer och/eller fötter. Dock kan fötter och ansikte vara känsliga områden för vissa människor som inte vill bli berörda på dessa delar av kroppen (Wigforss Percy, 2006). Även här gäller det för den som ger massage och beröring att vara lyhörd inför patientens önskemål, behov och eventuell aversion mot viss beröring (Ardeby, 2005, 2007; Wigforss Percy, 2006).

SLUTSATSER SAMT KLINISKA IMPLIKATIONER

Människor med cancer är ofta drabbade av ett lidande som påverkar individen såväl fysiskt, psykiskt som socialt och existentiellt/andligt. Vanliga fysiska och psykiska symptom av sjukdomen eller dess behandling kan vara smärta, sänkt stämningsläge, sömnproblem, illamående/kräkningar och trötthet. Det sociala och existentiella/andliga lidandet kan präglas av upplevelser av förluster samt känslor av ensamhet, meningslöshet och dödsångest. Att lindra cancerpatienters lidande måste anses vara av högsta prioritet hos sjuksköterskor. I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor (2005) står det att läsa att sjuksköterskan skall "ha förmåga att uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder". Massage och beröring tillhör de alternativa- och komplementära behandlingsmetoder som användes inom sjukvården för lindra lidandet hos svårt sjuka patienter. Dessa metoder kan skapa andra dimensioner av omvårdnad än de rent medicinska. Resultatet i uppsatsen visar att massage och beröring i vissa fall kan ge patienter med cancer en god symptomlindring. Patienterna kan också få positiva upplevelser av massage och

beröring såsom att känna sig bekräftade, befriade, avslappnade samt trygga. Dock varierade effekterna av massage och beröring i uppsatsens resultatdel och ibland uteblev de helt. Det går därför ej att dra slutsatsen att massage och beröring alltid leder till god symptomlindring hos patienter med cancer. Dessutom kan en del patienter även få negativa upplevelser av massage och beröring.

Massage och beröring som omvårdnadsmetoder är dock väl värda att prövas av sjuksköterskor för att *lindra lidandet* hos patienter med cancer.

På de olika enheter där cancersjuka människor vårdas *måste följande förutsättningar skapas* för att behandlingar med massage och beröring skall kunna genomföras:

1. *Tid och utrymme* för behandlingarna behöver frisättas.
2. *Tillfälle för handledning och etiska diskussioner* måste skapas.
3. *Sjuksköterskor bör få adekvat utbildning* i de olika massage- och beröringsteknikerna som används inom cancervården.

Vinsterna kan bli:

1. *Lugnare och tryggare patienter som har mindre ont, mår mindre illa och som sover bättre.*
2. Dessa patienter, som kommer att vara mer tillfreds med hela sin situation, kanske ej kommer att behöva omsorg från sjuksköterskor och annan personal i lika hög utsträckning. *Sjuksköterskorna kan lägga tid och andra resurser* på patienter och anhöriga som bättre behöver det.
3. *De mänskliga vinsterna* hamnar hos patienterna själva, i form av ett *lindrat lidande*.

REFERENSER

Ardeby S. (2005). *Arbeta med beröring och bemötande för friskvård och omvårdnad*. (1:a utgåvan). Stockholm: Ambosantus AB.

Ardeby S. (2007). *När orden inte räcker. Teori ur beröringsperspektiv samt bakgrunden till Taktipro – originalmetoden Taktil massage*. (2:a uppl.). Stockholm: Ambosantus AB.

Beck, I., Tastesen, K. (2006). *Beröringsmassage i den dagliga omvårdnaden*. (2:a uppl.). Visby: Books - on - Demand.

*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.

Billhult, A., Bergbom, I., Stener – Victorin, E. (2007a). Massage relieves nausea in women with breast cancer who are undergoing chemotherapy? *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(1), 53–57.

*Billhult, A., Dahlberg, K. (2001). A meaningful relief from suffering – experiences of massage in cancer care. *Cancer Nursing*, 24(3), 180–184.

*Billhult, A., Stener-Victorin, E., Bergbom, I. (2007b, maj). The experience of massage during chemotherapy treatment in breast cancer patients. *Clinical Nursing Research*, 16(2), 85–99.

Birkestad, G. (2001). *Beröring i vård och omsorg – en teoretisk sammanfattning*. (2:a utgåvan). Solna: Ófeigur förlag.

Björgö, S. (2003a). Illamående och behandling av illamående. A. M. Reitan, T. Kr. Schölberg (red.), *Onkologisk omvårdnad: patient, problem, åtgärd*. Uppl. 1. (s. 130-134). Stockholm: Liber.

Björgö, S. (2003b). Smärta och smärtbehandling. A. M. Reitan, T. Kr. Schölberg (red.), *Onkologisk omvårdnad: patient, problem, åtgärd*. Uppl. 1. (s. 137-145). Stockholm: Liber.

Börjesson, S., Johansson, B. (2008). Onkologisk omvårdnad. U. Ringborg, T. Dalianis, R. Henriksson (red), *Onkologi*. Uppl. 2. (s. 232-242). Stockholm: Liber AB.

Carlson, P., Falkenberg, T. (2007). *Integrativ vård – med konventionella, alternativa och komplementära metoder*. Stockholm: Gothia Förlag.

*Cassileth, B. R., Vickers A. J. (2004, september). Massage therapy for symptom control: outcome study at a major cancer centre. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(3), 244–249.

Cooke, B., Ernst, E. (2000). Aromatherapy: a systematic review. *Br. Gen. Pract.* 50 (455), 493 – 496.

Currin, J., Meister, E. A. (2008). A hospital - based intervention using massage to reduce distress among oncology patients. *Cancer Nursing*, 31(3) 214–221.

Eklöf, Motzi. (2004). *Perspektiv på komplementär medicin – medicinsk pluralism i mångvetenskaplig belysning*. Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1987a). *Pausen – en beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (1987b). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Field, T. (2000). *Touch therapy*. London: Churchill Livingstone; Harcourt Publishers Limited.

Friberg, F. (2006a). Att göra en litteraturoversikt. F. Friberg (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*.(Uppl. 1:5). (s.115-117, 119-121). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2006b). Att utforma ett examensarbete. F. Friberg (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*.(Uppl. 1:5). (s. 76). Studentlitteratur.

Hansson, J., Henriksson, R., Peterson, C. (2008). Cytostatika och cytostatikabehandling. U. Ringborg, T. Dalianis, R. Henriksson, R. (red), *Onkologi*. Uppl. 2. (s. 184-217). Stockholm: Liber AB.

Hellbom, M. (2011). Konsekvenser av cancersjukdom och behandling. Psykologiska och sociala konsekvenser. M. Hellbom, B. Thomé (red.), *Perspektiv på onkologisk vård*. (s.219-236). Lund: Studentlitteratur.

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

*Hernandez – Reif, M., Ironson, G., Field, T., Hurley, J., Katz, G., Diego, M., Weiss, S., Fletcher, M. A., Schanberg, S., Kuhn, C., Burman, I. (2004). Breast cancer patients have improved immune and neuroendocrine functions following massage therapy. *Journal of Psychosomatic Research*. 57, 45–52.

Jorfeldt, I. (2010). Vårdvetenskapen ur ett genusperspektiv. H. Strömberg & H. Eriksson (red.), *Genusperspektiv på vård och omvårdnad*. Uppl. 2:1. (s. 32-33). Lund: Studentlitteratur.

Kutner, J. S., Smith, M. C., Corbin, L., Hemphill, L., Benton, K., Mellis, K., Beaty, B., Felton, S., Yamashita, T. E., Bryant, L. L., Fairclough, D. L. (2008, 16:e september). Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer. *Annals of Internal Medicine*. 149(6), 369–380.

Kössler, I. (2011). Patientperspektivet. Patienters perspektiv och upplevelser av cancersjukdom och cancervård. M. Hellbom, B. Thomé (red.), *Perspektiv på onkologisk vård*. (s. 25-32). Lund: Studentlitteratur.

Listing, M., Reissbauer, A., Krohn, M., Voigt, B., Tjahono, G., Becker, J., Klapp, B. F., Rauchfuss, M. (2009). Massage therapy reduces physical discomfort and improves mood disturbances in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 18, 1290–299.

Mc Corkle, R. & Young, K. (1978). Development of a symptom distress scale. *Cancer Nursing*. 1, 373–378.

Nilbert, M., Jerkeman, M., Engellau, J. (2011). Perspektiv på behandlande och rehabiliterande insatser. Onkologiska behandlingsmetoder. M. Hellbom, B. Thomé (red.), *Perspektiv på onkologisk vård*. (s.57-85). Lund: Studentlitteratur.

Nordenskjöld, Bo. (2008). Endokrin behandling. U. Ringborg, T. Dalianis, R. Henriksson (red), *Onkologi*. Uppl. 2. (s. 218-225). Stockholm: Liber AB.

Nordling, S. (2000). *Alternativmedicin*. Liber AB.

Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. (4:e uppl.). Studentlitteratur.

Reitan, A. M. (2003a). Onkologisk omvårdnad. A. M. Reitan, T. Kr. Schölberg (red.), *Onkologisk omvårdnad: patient, problem, åtgärd*. (s. 15-23). Stockholm: Liber.

Reitan, A. M. (2003b). Kris och coping. A. M. Reitan, T. Kr. Schölberg (red.), *Onkologisk omvårdnad: patient, problem, åtgärd*. (s. 45-56). Stockholm: Liber.

Schölberg, Kr. T. (2003). Förebyggande av cancer. A. M. Reitan & T. Kr. Schölberg (red.), *Onkologisk omvårdnad: patient, problem, åtgärd*. (s.26-36). Stockholm: Liber.

Segesten, K. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. F. Friberg (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Uppl. 1:5. (s. 98). Studentlitteratur.

*Seiger Cronfalk, B., Strang, P., Ternstedt, B – M., Friedrichsen, M. (2009). The existential experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care – an intervention. *Support Care Cancer*. 17, 1203–1211.

- Sjövall, K. (2011). Konsekvenser av cancersjukdom och behandling. Behandlingsrelaterade besvär. M. Hellbom, B. Thomé (red.), *Perspektiv på onkologisk vård*. (s.131-146). Lund: Studentlitteratur.
- Smith, J. M., Sullivan S. J., Baxter G. D. (2009). The culture of massage therapy: valued elements and the role of comfort, contact, connection and caring. *Complementary Therapies in Medicine*, 17, 181-189.
- *Smith M. C., Kemp, J., Hemphill L., Vojir C. P. (2002). Outcomes of therapeutic massage for hospitalized cancer patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3), 257–262.
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2011-11-01 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1> Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009). *Cancer i siffror – populärvetenskapliga fakta om cancer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- *Soden, K., Vincent, K., Craske, S., Lucas, C., Ashley, S. (2004). A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. *Palliative Medicine*, 18, 87–92.
- Spielberger, C. D. (1994). State - Trait anxiety inventory for adults. Palo Alto, CA: *Mind Garden*.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2001). *Cytostatikabehandling vid cancer (volym 1)*. Stockholm: SBU.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU Alert (2002). *Mjuk massage vid demenssjukdom*. Hämtad 2011-11-01 från <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Alert/Mjuk-massage-vid-demenssjukdom/> Stockholm: SBU.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2003). *Strålbehandling vid cancer: en systematisk litteraturöversikt (volym 1)*. Stockholm: SBU
- Statens offentliga utredningar (SOU). (2004, senast uppdaterad oktober 2007). *Ett nationellt register över yrkesutövare av alternativ- och komplementärmedicin*, 2004:123. Hämtat 2011-11-01 från <http://www.regeringen.se/sb/d/189/a/35339> Stockholm. Statens offentliga utredningar (SOU), regeringskansliet.
- Strang, P. (2003). *Cancerrelaterad smärta: onkologiska och palliativa aspekter*. Studentlitteratur.
- Strang, P. (2008). Palliativ onkologi och palliativ vård. U. Ringborg, T. Dalianis, R. Henriksson (red.), *Onkologi*. Uppl. 2. (s. 243-249). Stockholm: Liber AB.

Sturgeon, M., Wetta – Hall, R., Hart, T., Good, M., Dakhil, S. (2009). Effects of therapeutic massage on the quality of life among patients with breast cancer during treatment. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(4), 373 – 380.

Svensk författningssamling (SFS). (2010). Patientsäkerhetslagen 2010:659. Hämtad 2011-11-01 från

<http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/patientsakerhetslag>

Stockholm. Svensk författningssamling, Sveriges riksdag.

Svensk sjuksköterskeförening (senast uppdaterad 2007). ICN:s (International Council of Nurses) etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad 2011-11-01 från

<http://www.swenurse.se/Publikationer--Remisser/Publikationer/Etik/ICNs-etiska-kod/>

Stockholm, svensk sjuksköterskeförening.

Talbäck, M., Hakulinen, T., Stenbeck, M. (2008). Cancerförekomst. U. Ringborg, T. Dalianis, R. Henriksson (red), *Onkologi*. Uppl. 2. (s. 17-25). Stockholm: Liber AB.

Trolle Lagerros, Y. (2008). Riskfaktorer och cancerprevention. Ringborg, U., Dalianis, T., Henriksson, R. (red), *Onkologi*. Uppl. 2. (s. 26-31). Stockholm: Liber AB.

Uvnäs – Moberg, K. (2000). *Lugn och beröring – oxytocinet läkande verkan I kroppen*. Natur och Kultur.

Weiss, S. J. (1979 mars - april). The language of touch. *Nurs. Res.*, 28(2), 76-80.

Werner, M., Leden, I. (2010). *Smärta och smärtbehandling*. (2:a upplagan). Stockholm: Liber AB.

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

*Wilkinson, S., Love, S. B., Westcombe A. X., Gambles, M. A., Burgess, C. C., Cargill, A., Young, T., Maher, E. J., Ramirez, A. J. (2007, februari). Effectiveness of aromatherapy massage in the management of anxiety and depression in patients with cancer: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 25(5), 532–539

BILAGA 1: ARTIKELÖVERSIKT

***Se referenslista, s. 39.**

Titel: To find inner peace: soft massage as an established and integrated part of palliative care.

Författare: Beck, I., Runesson, I., Blomqvist, K.

Tidskrift och årtal: International journal of palliative nursing, 2009.

Land: Sverige

Syfte/Problem: Syftet med denna studie var att undersöka hur mjuk massage, given som en etablerad och integrerad del i palliativ hemsjukvård, upplevdes utav patienter med obotlig cancer.

Urval och metod: Fem kvinnor och tre män med obotlig cancersjukdom deltog i studien. Metoden var kvalitativ med fenomenologisk ansats. Patienterna intervjuades och materialet delades in tre teman.

Referenser: 23

***Se referenslista, s. 39.**

Titel: A meaningful relief from suffering. Experiences of massage in cancer care.

Författare: Billhult, A., Dahlberg, K.

Tidskrift och årtal: Cancer nursing, 2001.

Land: Sverige

Syfte/Problem: Syftet var att beskriva cancerpatienter upplevelser av att få massage som en del i den dagliga omvårdnaden.

Urval och metod: Åtta kvinnor med cancerdiagnoser fick massage samt intervjuades. Metoden var kvalitativ med fenomenologisk ansats.

Referenser: 21

*** Se referenslista, s. 39.**

Titel: The experience of massage during chemotherapy treatment in breastcancer-patients.

Författare: Billhult, A., Stener - Victorin, E., Bergbom, E.

Tidskrift och årtal: Clinical nursing research, 2007.

Land: Sverige

Syfte/Problem: Att beskriva upplevelsen av att få massage hos bröstcancer-patienter under behandling med cellgifter.

Urval och metod: Tio kvinnor med bröstcancer fick massage under cellgiftsbehandlingarna samt intervjuades. Metoden var kvalitativ och ansatsen fenomenologisk.

Referenser: 35

***Se referenslista, s. 39.**

Titel: Massage Therapy for Symptom Control: Outcome Study at a Major Cancer Center

Författare: Cassileth, B.R., Vickers, A. J.

Tidskrift och årtal: Journal of Pain and Symptom Management, 2004.

Land: USA

Syfte/Problem: Huruvida massage terapi leder till symptomlindring hos cancerpatienter.

Urval och metod: En icke-randomiserad större studie där 1290 cancerpatienter från såväl slutenvård som öppenvård deltog över en treårsperiod. Patienterna delades in i tre grupper där en grupp fick svensk, klassisk massage, en grupp fick fot massage och en grupp fick mjuk beröringsmassage. Metoden var kvantitativ och mätningarna gjordes med skalor.

Referenser: 15

***Se referenslista, s. 40.**

Titel: Breast cancer patients have improved immune and neuroendocrine functions following massage therapy.

Författare: Hernandez- Reif, M., Ironson, G., Field, T., Hurley, J., Katz, G., Diego, M., Weiss, S., Fletcher, M. A., Schanberg, S., Kuhn, C., Burman, I.

Tidskrift och årtal: Journal of psychosomatic research, 2004.

Land: USA

Syfte/Problem: Att undersöka effekter av massageterapi på immun- och neuroendokrinsystemet samt stämningsläget (stress, depression, nedstämdhet) hos bröstcancerpatienter.

Urval och metod: Studien är randomiserad samt kvantitativ. Trettiofyra kvinnor som diagnosticerats med bröstcancer, steg 1-2, deltog i studien. Samtliga hade genomgått kirurgi-, strål-, eller cellgiftsbehandling. Kvinnorna delades in i en massage- samt en kontrollgrupp. Skalor användes för att mäta effekterna, blodprover togs för att mäta förändringar i det neuroendokrina systemet.

Referenser: 53

*** Se referenslista, s. 41.**

Titel: The existential experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care – an intervention.

Författare: Seiger Cronfalk, B., Strang, P., Ternstedt, B. M., Friedrichsen, M.

Tidskrift och årtal: Support care cancer, 2009.

Land: Sverige

Syfte/Problem: Att undersöka hur patienter med cancer, inom palliativ hemsjukvård, upplever att få mjuk massage.

Urval och metod: Tjugotvå patienter med cancersjukdom deltog i studien. Utav dessa var 14 kvinnor och 8 män. Samtliga fick mjuk fot- eller handmassage. Studien var kvalitativ med hermeneutisk ansats. Efter sista massagesessionen genomfördes en kvalitativ intervju med samtliga patienter.

Referenser: 42

***Se referenslista, s. 42.**

Titel: Outcomes of Therapeutic Massage for Hospitalized Cancer Patients.

Författare: Smith, M.C., Kemp, J., Hemphill, L., Vojir, C. P.

Tidsskrift och årtal: Journal of Nursing Scholarship (2002).

Land: USA

Syfte/Problem: Att undersöka effekterna utav terapeutisk massage på upplevelsena utav smärta, subjektiv sömnkvalitet, symptom på stress och ångest hos patienter som vårdas på sjukhus för cancersjukdom.

Urval och metod: 41 patienter deltog i studien. 95 % av deltagarna var män

Referenser: 21

***Se referenslista, s. 42.**

Titel: A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting.

Författare: Soden, K., Vincent, K., Craske, S., Lucas, C., Ashley, S.

Tidskrift och årtal: Palliative Medicine, 2004.

Land: Storbritannien

Syfte/Problem: Att utvärdera långtidseffekter utav massage/aromaterapimassage på smärta, sömnkvalitet, ångest, depression/nedstämdhet samt livskvalitet hos patienter med avancerad cancersjukdom.

Urval och metod: Fyrtiotvå cancerpatienter deltog i studien. Utav dessa var 32 kvinnor och 10 män. Dessa patienter delades in i tre grupper: en grupp som fick aromaterapimassage, en grupp som fick enbart massage samt en kontrollgrupp utan massage. Mätningarna gjordes med skalor. Metoden var kvantitativ.

Referenser: 20

***Se referenslista, s. 43.**

Titel: The effectiveness of aromatherapy massage in the management of anxiety and depression in patients with cancer: a multicenter randomized controlled trial.

Författare: Wilkinson, S. M., Love, S. B., Westcombe, A. M., Gambles, M. A., Burgess, C. C., Cargill, A., Young, T., Maher, E. J., Ramirez, A. J.

Tidskrift och årtal: Journal of Clinical Oncology, 2007.

Land: Storbritannien

Syfte/Problem: Att undersöka effektiviteten utav aromaterapimassage på ångest och depression/nedstämdhet, smärta, trötthet, illamående, kräkningar och livskvalitet hos cancerpatienter, jämfört med sedvanlig, stödjande terapi.

Urval och metod: Studien är randomiserad och kontrollerad med kvantitativ metod. 288 cancerpatienter med klinisk ångest och/eller depression deltog i studien varav majoriteten var kvinnor. Patienterna fördelades slumpmässigt till två grupper, där en grupp fick aromaterapimassage samt sedvanlig, stödjande behandling under 4 veckor, och den andra gruppen fick endast den stödjande, sedvanliga behandlingen. Samtliga deltagare intervjuades också vid tre olika tillfällen under studiens genomförande. Mätningarna gjordes med skalor.

Referenser: 29