

# **”Licens att Beröra”**

*– beröring, kommunikation och relation  
i omvårdnad*

FÖRFATTARE	Helena Lindberg Ylva Nilsson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete  HT 2005
OMFATTNING	10 p
HANDLEDARE EXAMINATOR	Inger Öjerskog Leeni Berntsson

Titel (svensk):	”Licens att beröra” - <i>beröring, kommunikation och relation i omvårdnad</i>
Titel (engelsk):	”Licence to touch” - <i>touch, communication and relationship in nursing care</i>
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad - Eget arbete/VOM200/SPN4
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	23 sidor
Författare:	Helena Lindberg Ylva Nilsson
Handledare: Examinator:	Inger Öjerskog Leeni Berntsson

---

## SAMMANFATTNING

Beröring är en stor del av omvårdnadsarbetet och kan bana väg för en god terapeutisk relation mellan sjuksköterska och patient som kan öppna upp för kommunikation. Att bli berörd ger upphov till reaktioner och känslor. Det kan vara allt ifrån upplevelser av välbehag eller ilska till fysiologiska reaktioner som frisättning av hormoner och signalsubstanser. Syftet med den här studien var att ta reda på hur beröring i omvårdnadsarbetet kan främja god kommunikation mellan sjuksköterska och patient. Metoden som användes var en litteraturstudie baserad på tretton artiklar publicerade mellan 1992 och 2005. Resultatet redovisades utifrån Jean Watsons fem första karativa faktorer. Det framkom att en interpersonell relation mellan sjuksköterska och patient var av största vikt för en god kommunikation. Beröring, kommunikation och relation framstod som tre samverkande element som krävde stor känslighet, kunskap och ansvar av sjuksköterskan. Beröring var ett bra instrument för att kommunicera och samtidigt ett redskap för att initiera kommunikation. Många av artiklarna pekade även på tydliga omvårdnadsmissiga vinster för både patient och sjuksköterska. Det verkade finnas ett behov av att medvetandegöra beröring i omvårdnaden som en planerad omvårdnadsåtgärd.

# Innehållsförteckning

BAKGRUND	1
Inledning	1
Begräppsförklaringar	1
Beröring	1
Lugn- och rosystemet	2
Kommunikation	3
Interpersonell kommunikation	4
Beröring som kommunikation	4
Beröring och kommunikation i omvårdnaden	5
Omvårdnadsteoretisk förankring	6
<i>Jean Watsons karativa faktorer</i>	7
SYFTE	8
METOD	8
RESULTAT	9
<i>Humanistiskt altruistiskt värdesystem</i>	9
<i>Inge tro och hopp</i>	9
<i>Känslighet gentemot självet och andra</i>	10
<i>Utveckling av mänsklig omsorgsrelation, präglad av hjälpande och tillit</i>	12
<i>Ge uttryck för och acceptera positiva och negativa känslor</i>	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
<i>Humanistiskt altruistiskt värdesystem</i>	16
<i>Inge tro och hopp</i>	17
<i>Känslighet inför självet och andra</i>	18
<i>Utveckling av mänsklig omsorgsrelation, präglad av hjälpande och tillit</i>	19
<i>Uttrycka och acceptera positiva och negativa känslor</i>	20
<i>Beröring i omvårdnaden</i>	21
LITTERATURLISTA	22
Bilaga 1: Artikelsökning	
Bilaga 2: Artikelsammanställning	

# Bakgrund

## Inledning

Beröring är en stor del av omvårdnadsarbetet. Beröring kan bana väg för en god terapeutisk relation mellan sjuksköterska och patient och kan öppna upp för kommunikation. Men det behöver inte alltid vara en positiv upplevelse för de inblandade. I omvårdnaden sker ofta beröring utan något direkt syfte och en stor del är funktionell beröring som till exempel att ge injektioner eller utföra personlig hygien.

Beröring har flera dimensioner, den kan vara fysisk eller emotionell. Att bli berörd geroundvikligen upphov till reaktioner och känslor hos de inblandade. Det kan vara allt ifrån upplevelse av välbehag eller ilska till fysiologiska reaktioner som frisättning av hormoner och signalsubstanser. Oxytocin är en av dessa substanser som blir aktiva när beröring upplevs som något positivt. Beröring kan spela en stor roll för vårt välbefinnande och för läkningsprocessen. Oxytocinet som frigörs i kroppen vid vissa stimuli och i vissa situationer gör oss mer mottagliga för interaktion med andra människor, vi blir mer nyfikna och mer benägna att kommunicera (1, 2). Om detta stämmer skulle sjuksköterskan genom att använda beröring i omvårdnadsarbetet kunna främja kommunikation med patienten.

## Begreppsförklaringar

Följande begrepp är centrala i denna litteraturstudie: beröring och kommunikation. Dessa begrepp är nära förknippade med varandra. Beröring är en form av kommunikation (3). Beröring behöver inte enbart vara fysisk. En relation eller ett möte kan ge oss upplevelsen av beröring, utan att man har direkt kroppskontakt. Ett varmt och stödjande möte med en människa som lyssnar uppmärksamt på oss ger en känsla av trygghet och kontakt som motsvarar en vänlig beröring (1). Kommunikation kommer från latinets *communicare* som betyder ”att göra gemensamt” (4). Enligt Stora Synonymordboken innebär kommunikation att sända ett meddelande, men det betyder också förbindelse och beröring. Att kommunicera innebär att föra en dialog (3).

## Beröring

Beröring är synonymt med kontakt, förbindelse och sällskap eller umgänge. Beröring innebär att det finns ett samband mellan individer, att man är en del av ett sammanhang (3). Nationalencyklopedin beskriver beröring som kontakt mellan levande varelser eller föremål. Det kan även innefatta en föreställning om överföring av kraft eller en andlig kontakt eller bekantskap (4).

Beröringen är av fundamental betydelse för människors upplevelse av att vara närvarande och det är via beröringssinnet vi kan orientera oss i tid och rum. Ett nyfött barn kan överleva utan syn, hörsel, lukt och smak, men utan beröring dör det. Detta gäller inte bara för barn utan behovet av beröring varar livet ut. Biologiskt är reaktion på beröring den tidigast utvecklade funktionen. Det är också den mest fundamentala

funktion och som lämnar oss sist i livet. Även personer som inte tycks ge gensvar, till exempel gravt handikappade, dementa eller medvetlösa personer reagerar på beröring (2).

Beröring är ofta något privat, något som vi helst vill dela med människor vi känner väl. Men Uvnäs Moberg menar att när vi är sjuka och behövande blir vi lugna av en sjuksköterskas beröring även om man aldrig har träffat henne förut. Ett tydligt exempel visar sig i studier av beröring som utförts under förlossningar. Kvinnor som annars inte skulle vilja bli masserade och berörda av främmande personer upplever det som behagligt och lindrande med sådant stöd under förlossningsarbetet. Det finns studier som visar att sjuksköterskans beröring sänker pulsen hos den som är sjuk men höjer pulsen hos den friska (1).

Att fysiskt beröra någon kan vara ett sätt att stanna upp och ge budskapet: *”Jag ser dig och du är OK mitt i all ångest och oro, även med avståndstagande och försvarsreaktioner”* (2 s. 28). Detta skapar ett gott möte, ett ömsesidigt samspel och en återkoppling i omvårdnaden som är nödvändig för att ge trygghet och god omvårdnad (2).

## Lugn- och rosystemet

Mycket forskning har lagts ner på att studera den så kallade kamp- och flyktreaktionen där vasopressin är en av de substanser som har stor inverkan. Detta kanske inte är så konstigt med tanke på att de reaktioner som uppstår vid stress och fara ger sig tydligt till känna. I vårt prestationsinriktade samhälle har det varit viktigt att förstå och kunna hantera dessa reaktioner och därmed vasopressinets verkningsmekanismer. Fysiologiprofessorn Uvnäs Moberg menar att det finns ett bortglömt fysiologiskt mönster som utgör en motsats till kamp- och flyktreaktionerna, nämligen det hon kallar för lugn- och rosystemet (1).

*”Som de flesta andra däggdjur är vi människor inte bara utrustade med en förmåga att mobilisera för att slåss eller fly när fara hotar, utan också för att njuta av livets goda, slappna av och läka.”* (1 s. 14).

Oxytocin känner vi som ett hormon som bland annat främjar förlossningsarbetet och hjälper till att driva ut mjölken när en moder ammar sitt barn, men oxytocinet har många fler funktioner i vår kropp. Tidigare har man sett det som ett specifikt kvinnligt hormon men så är inte fallet. Både män och kvinnor har oxytocin (1).

Oxytocinet tillverkas i hypotalamus och frigörs till blodbanan via hypofysens bakre lob. Då fungerar det som ett hormon som påverkar en rad organ i kroppen. Men en del av oxytocinet från hypotalamus går via nervbanor ut i resten av hjärnan och nervsystemet där det fungerar som signalsubstans. Detta betyder att även nervsystemet och därmed det vi tänker och känner direkt påverkas av oxytocinet. Frisättning av oxytocin styrs framförallt av att impulser från nerver som förmedlar information till hypotalamus från till exempel huden men även från mag- och tarmkanalen och livmodern. Men produktionen av oxytocin styrs även av impulser från hjärnbarken, luktorganet och

hjärnstammen. Oxytocin kan mycket lätt frisättas av ”snälla” yttre stimuli, som till exempel behaglig värme och beröring (1).

I studier med råttor visar sig oxytocinet ha en lugnande och ångestdämpande effekt. Med lugnet kommer en oräddhet och nyfikenhet inför sin omgivning och det sociala samspelet mellan individer ökar, något som i sin tur tycks öka frisättningen av oxytocin. Det verkar som om oxytocinet ger en känsla av att saker och ting inte är så farliga. Det har även en positiv effekt på det sociala minnet. Träffar vi en person när vi är i ett lugnt och harmoniskt tillstånd, då oxytocinfrisättningen är hög, kommer den personen troligtvis att även i framtiden få oss att må bra. Oxytocinet har även en förmåga att öka vår smärtröskel. Smärtimpulserna blir inte mindre intensiva men tillståndet vi befinner oss i gör oss bättre rustade att hantera smärtan. Om oxytocintillförseln upprepas under en tid blir detta samband ännu tydligare. På människor har oxytocinet effekten att det sänker blodtrycket och pulsen. Det påverkar också näringsupptaget och vätskebalansen. Oxytocinet ökar natriumutsöndringen via njurarna och har därmed en urindrivande funktion. Det optimerar kroppens förmåga att lagra näring och bygga upp förråd samtidigt som det stimulerar tillväxtfaktorerna och underlättar celltillväxt och celledelning. Genom detta påskyndar oxytocinet även sårhäkning och andra läkande och återhämtande processer i kroppen (1).

Även hos den som berör en annan människa frisätts oxytocin. Interaktionen mellan individer leder ofta till att en känslomässig bindning uppstår under kortare eller längre tid. För att ge av sig själv är det en fördel om det finns ett samspel med mottagaren. Om en relation ska bli fruktsam gäller det att båda parter ger och tar emot. Det skapas en god cirkel eftersom sociala kontakter med andra människor ökar frisättningen av oxytocin samtidigt som man blir mer mottaglig för och intresserad av ett socialt samspel när oxytocinhalten i kroppen är höga (1).

Dagens traditionella sjukvård med teknisk apparatur och laboratorieprover behöver kompletteras med närhet och kontakt (1). ”Att låta beröring bli viktig i vården, är att låta människor bli viktiga – både de som behöver bli berörda för att de är sjuka och de som berör, nämligen vårdpersonalen” (1 s. 34).

## Kommunikation

I sin enklaste form är kommunikation det som sker när en sändare överför information till en eller flera mottagare. Mellan sändare och mottagaren uppstår brus av olika slag. Brus är allt som läggs till signalen innan den når sitt mål och som inte var avsett av källan. Brus kan vara allt ifrån ljudet av teven i bakgrunden när man talar med någon i telefon till en väldigt bekväm stol som får studenten att dåsa till under en föreläsning. Vi tar nämligen inte bara emot meddelanden med våra ögon och öron (5).

Kommunikation kan betraktas på olika vis. I kommunikationsvetenskapen ser man på kommunikation som en process genom vilken en person påverkar någon annans beteende eller sinnesstämning. Men det finns andra teorier som menar att kommunikation är skapande och utbyte av betydelse och det är mellan människor som dessa betydelser skapas. Hur ett meddelande tolkas hänger ihop med det kulturella sammanhang som mottagaren lever eller är uppvuxen i (5).

## Interpersonell kommunikation

När två människor möts uppstår ett utbyte av information oavsett om man talar med varandra eller inte. Man kommunicerar bland annat med ansiktsuttryck, genom blickar, gester, kroppshållning, klädstil och smycken. Allt vi människor gör och är sänder ut budskap till andra människor. Den kommunikation som är mest intressant i vården är kanske den interpersonella kommunikationen som innefattar det talade budskapet, verbal kommunikation, men även de budskap vi förmedlar genom nonverbal kommunikation (6).

Interpersonell kommunikation är en dynamisk process som innebär ständig anpassning och förändring mellan två eller flera människor som interagerar med varandra öga mot öga. Processen är existentiell och naturlig i den mänskliga tillvaron och innebär ett utbyte av information, känslor och mening. Det är nödvändigt för hälso- och sjukvårdspersonal att förstå den här processen för att kunna bemöta människor i olika utsatta situationer. Genom att vara medveten om sin egen roll i processen kan sjuksköterskan hjälpa andra, vara uppmärksam och mottaglig för känslor och upplevelser. Genom kunskap om interpersonell kommunikation har sjuksköterskan ett redskap i sitt arbete (6).

Enligt Jean Watson (7) består kommunikation av mer än verbalt innehåll och innefattar även nonverbalt beteende och affektivt gensvar. Meddelande ges och tas emot genom tre processer, kognition, affektion och beteende. Det är genom dessa processer som människor skapar kontakt. Om sjuksköterskan är medveten om detta förstår hon (vi kommer fortsättningsvis benämna sjuksköterskan som hon och patienten som han ) att det är omöjligt att undvika att kommunicera. Allt vi förmedlar är kommunikation och tolkas av mottagaren. Det är viktigt att sjuksköterskan är medveten och har kunskaper om kommunikationsprocessen. Att hon känner till och kan tolka även den kommunikation som inte är verbal eller de underliggande meningar som finns i det talade. Av all mänsklig kommunikation är 35 procent verbal och 65 procent består av nonverbala uttryck.

## Beröring som kommunikation

Beröring är den mest grundläggande formen av kommunikation i förhållanden mellan människor i alla kulturer. Genom beröring förstärker vi vad vi vill kommunicera. Det kan också vara ett sätt att skapa uppmärksamhet, att få någon att lyssna eller visa att man själv lyssnar (2, 6). Beröring har flera funktioner bland annat att förmedla kontakt, omsorg och medkänsla (8). Vår inställning till beröring är formad av det sociala och kulturella arvet; hur familj och samhälle förhållit sig till kroppskontakt. Vi påverkas också av praxis inom utbildning och på arbetsplatser (2).

Beröring kan användas som kommunikation i terapeutiskt syfte vid mellanmänsklig kontakt. Det hjälper människor att övervinna stress och psykologiska blockeringar som hindrar självförverkligandet. Det hjälper även personer att komma överens med varandra (9).

Hur kommunikation genom beröring uppfattas beror på intentionen med beröringen och hur den utförs. Genom att undvika beröring och avstå från att beröra andra signalerar man återhållsamhet med sig själv och med sina känslor. Det kan också visa på ointresse, oförmåga eller rädsla att gå in i en relation (2).

## Beröring och kommunikation i omvårdnaden

Beröring är ett viktigt instrument i omvårdnadsarbetet. All beröring mellan människor innebär att någon form av kommunikativ relation upprättas. Beröring är ömsesidig, när en person berör en annan blir han/hon i sin tur berörd (9).

För att som vårdpersonal använda sig av beröring som ett omvårdnadsredskap behöver man själv först reflektera över sin egen inställning till kroppskontakt. I beröringen avspeglas känslor av obehag, rädsla och spänning likaväl som trygghet, lugn och ro. Händer i omvårdnaden ger en trygg grund för ömsesidig och ärlig kommunikation. Genom att öka medvetenheten om hur vi använder våra händer kan vi få en större frihet att själva bestämma vilket budskap vi vill kommunicera. Kontakten med patienten blir djupare om vårdarens händer är öppna, lyhörda och varsamma vilket i sin tur lägger grunden för tillit (2).

En vårdrelation är ett ömsesidigt förhållande mellan den som ger vård och den som tar emot. Men det är ett ojämlikt förhållande eftersom den som vårdar är den som har makten. Trots allt är båda parter i relationen beroende av att bli bekräftade av varandra. Detta är svårt när man vårdar patienter som av olika anledningar inte kan ge synlig bekräftelse men det kräver ändå att man är lyhörd och närvarande i mötet. Vi måste alltid utgå från att de vi vårdar känner av vår närvaro (2).

Beröring har två sidor, den goda kontakten och övergreppet. Balansgången mellan dessa är svår. Som sjuksköterska måste man vara uppmärksam på hur patienten upplever intim kontakt och respektera detta. Man kan inte utgå från att de egna föreställningarna om beröring gäller andra. Beröring kan missbrukas som maktstrategi och innebär då en kränkning av den andres naturliga tillit. Framförallt då det handlar om en patient som genom sin sjukdom både är svag och står i beroendeförhållande till vårdaren (8).

I omvårdnaden använder man sig av olika typer av beröring. Funktionell beröring omfattar den beröring som sker i den basala omvårdnaden när man till exempel hjälper någon att tvätta sig, lägger om sår eller ger injektioner. Denna typ av beröring kan antingen genomföras på ett mekaniskt och opersonligt vis eller förmedlas omtänksamt och försiktigt. I den funktionella beröringen bör man sträva efter att vara lyhörd och visa respekt för den som blir berörd. Affektiv beröring innebär att man förmedlar omtanke, känslor, sympati och omsorg. Det är det som sker när man exempelvis ger någon en kram eller under ett samtal tar någons hand. Beskyddande beröring har som syfte att försvara eller skydda sig själv och/eller patienten från skada. Ardeby menar att exempel på skyddande beröring kan vara sådant som bälten i rullstolar, sänggrindar eller att ge lugnande mediciner. Hon säger också att den här typen av problemlösningar snarare distanserar patient och sjuksköterska från varandra (2).

Sjuksköterskan Sandra J. Weiss (10) har utarbetat en terminologi för beröring inom omvårdnadsarbetet. Hon såg det som ett viktigt steg för att synliggöra beröring som en medveten omvårdnadsåtgärd. Weiss talar om sex taktila kvaliteter som hon grundat på neuro- och sociopsykologiska teorier. De försöker inte definiera omständigheter kring beröringen utan snarare själva konsten att beröra som en självständig kanal i kommunikationen. *Lokalisation* är den första kvaliteten och handlar om var på kroppen beröringen sker. *Durationen* talar om den tid som personerna har fysisk kontakt med varandra. En längre duration har visat sig ge ökad kunskap om den egna kroppen, dess gränser likaväl som en ökad tillit till kroppen. När det gäller *rörelsens karaktär* har det framförallt att göra med rytmen och den energi som överförs till den andra parten. *Intensiteten* i sin tur refererar till trycket och djupet som beröringen har i vävnaden. Weiss femte kvalitet benämns *frekvens* och innebär den totala mängden beröring en person upplever i sitt dagliga liv. Denna faktor anses bland annat ha en stabiliserande effekt på relationer. *Upplevelsen* är viktig för helheten av beröringen och kan inte särskiljas från de övriga kvaliteterna. Upplevelsen handlar om den omedelbara känsla av välbehag eller obehag som initieras när huden berörs. Vidare menar Weiss att det är viktigt att sjuksköterskor är medvetna om dessa kvaliteter och den roll de spelar för den interpersonella beröringen. De bidrar också med ett språk för hur man ska kunna förklara och dokumentera beröringen som en omvårdnadsåtgärd (10).

Världshälsoorganisationen, WHO, har definierat omvårdnadsprocessen som en bekräftande interaktion. Sjuksköterskan måste samarbeta med patienten och närhet mellan sjuksköterska och patient är viktigt för att processen ska fungera. För att sjuksköterskan ska kunna bedriva patientcentrerad och evidensbaserad omvårdnad bör hon planera sitt arbete i form av omvårdnadsdiagnoser. Det är sjuksköterskans uppgift att identifiera och beskriva de behov, problem och önskningar som patienten har. Diagnoserna ska utvecklas i samarbete med och bekräftas av patienten. Detta förutsätter att sjuksköterskan etablerar en relation med patienten som leder till god tvåvägskommunikation (11).

Ehnfors et al (11) tar upp ”stöd” som en omvårdnadsåtgärd. Detta är ett viktigt område inom omvårdnaden som innebär att sjuksköterskan ska finnas där som ett emotionellt, socialt och praktiskt stöd. Bland de viktigaste uppgifterna är att lyssna och samtala. Grunden för detta är att sjuksköterskan är närvarande och kan skapa en relation till patienten. Ett stödjande beteende är att visa intresse för och ha en fungerande dialog och kommunikation med patienten (11). Beröring kan föra sjuksköterska och patient närmare varandra på kort tid. När en människa är svårt sjuk blir beröringen ofta mer betydelsefull för relationen. Detta blir tydligt i omvårdnad av människor som på ett eller annat sätt har nedsatt förmåga till kommunikation (8).

## Omvårdnadsteoretisk förankring

Omvårdnadsteoretikern Jean Watson (7) menar att grunden för sjuksköterskans arbete är att hon måste kunna etablera en hjälpande, tillitsfull relation. Utan detta kan sjuksköterskan varken nå patienten, vårda eller hela. Watson bygger sin omvårdnadsteori på tio karaktäristiska faktorer. De fem första leder fram till att en interpersonell relation mellan sjuksköterska och patient skapas. Denna relation är grunden för patientens upplevelse av välbefinnande, trygghet och förmåga till

tillfrisknande. Enligt Watson kommer omvårdnaden att misslyckas om man inte uppnår dessa karativa faktorer (7).

### **Jean Watsons karativa faktorer**

Den första karativa faktorn belyser att omvårdnad måste grundas på en uppsättning av universella och humanistiska värden som snällhet, omtanke och kärlek till sig själv och till andra. Redan tidigt i livet grundläggs en persons människosyn och allteftersom att individen mognar blir den tydligare. Genom livserfarenhet börjar man förstå vikten av hur detta kan användas i ett socialt samspel. Man upptäcker tillfredsställelsen av att få genom att ge, vilket innebär att man har skaffat sig förmågan att se på människor med kärlek och uppskatta individens olikheter. Här ligger förmågan att känna och förmedla empati. En altruistisk värdegrund och ett humanistiskt beteende skapar livsmening genom relationer till andra människor. Denna mognad är en process som sjuksköterskan måste genomgå för att anta en professionell yrkesroll. Att som sjuksköterska anamma ett altruistiskt humanistiskt värdesystem innebär inte att göra avkall på sig själv och sina behov, utan att ha en förmåga att se tillvaron ur andra synvinklar än sin egen och acceptera skillnader (7).

Sjuksköterskan behöver kunna inge patienten känslan av tro och hopp både till omvårdnaden och till den övriga behandlingen, detta är den andra karativa faktorn. Förmågan att inge tro och hopp uppstår ur sjuksköterskans humanistiskt altruistiska värderingar och förutsätter att sjuksköterskan och patienten är engagerade i en interpersonell relation. Känslan av tro och hopp är så grundläggande att den kan påverka helandeprocessen och sjukdomsförloppet. Watson menar att om en patient känner tro och hopp i sin situation är det lika avgörande för hälsan som den medicinska behandlingen (7).

Skapandet av en humanistisk altruistisk värdegrund och ingjutandet av tro och hopp kompletterar varandra och leder fram till den tredje faktorn som innebär känslighet inför sig själv och andra. Sjuksköterskan måste tillåta sig att se och acceptera sina egna känslor. Först när hon har gjort det kan hon känna igen och acceptera andra människors känslor. Uppmärksamheten på sina egna känslor är grunden för att förmedla empati. Jean Watson säger att den som inte är uppmärksam på sina egna känslor finner det svårt att upptäcka känslouttryck hos andra. De som undertrycker sina känslor kan ha svårt att tillåta andra att visa sina känslor. En sjuksköterska som utvecklat sin känslighet kan lättare förstå sina patienter och därmed lindra deras lidande och öka deras välbefinnande. Hon kan även lättare etablera en interpersonell relation till patienten i vilken hon kan förmedla tro och hopp samt få dem att känna sig bekräftade (7).

Den fjärde karativa faktorn handlar om utveckling av en mänsklig omsorgsrelation som är präglad av hjälpande och tillit. Sjuksköterskans känslighet i interpersonell kommunikation är ett av de viktigaste redskapen för att genomföra en god omvårdnad. I en väl fungerande interpersonell relation skapas välbefinnande och god vårdkvalitet. Om man ska etablera en sådan relation måste man ha förmågan att förmedla empati och äkthet (genuineness) men även en värme som Watson menar innebär ovillkorlig respekt för den andres känslor och upplevelser. Värme kan kommuniceras på många olika vis, till exempel genom ord, gester, hållning, röstläge, ansiktsuttryck och beröring. Aktivt lyssnande är också en egenskap som sjuksköterskan måste bemästra. Lyssnande är ett

uttryck för nonverbal kommunikation och en viktig beståndsdel i etablerandet av en tillitsfull interpersonell relation (7).

Den femte karativa faktorn innebär att befrämja och acceptera positiva och negativa känslor, en nödvändighet i den tillitsfulla relationen. När man kommunicerar är det viktigt för sjuksköterskan att förstå patientens känslomässiga reaktioner. Det är ofta lättare att förnuftsmässigt förstå ett beteende än att känslomässigt tolka det. Känslor kan ha en kraftfull effekt på tankar och beteende som inte alltid behöver vara rationella. Behärskar sjuksköterskan den femte faktorn kan hon hjälpa patienten att bli medveten om sina känslor och därmed ge denne möjlighet att förstå varför han känner och reagerar som han gör. Det är också viktigt för sjuksköterskan så att hon ska kunna bemöta patientens reaktioner på ett professionellt vis (7).

## Syfte

Syftet med den här studien är att ta reda på hur beröring i omvårdnadsarbetet kan främja god kommunikation mellan sjuksköterska och patient.

## Metod

Detta är en litteraturstudie baserad på artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter med anknytning till omvårdnadsområdet. Artikelsökningen utfördes i databasen CINAHL. Vi tog hjälp av en bibliotekarie för att begränsa sökningarna. En sökning i tidskriften *Vård i Norden* utfördes vilket resulterade i tre artiklar och en sökning i *Journal of Advanced Nursing* gav oss ytterligare en artikel som vi ej funnit i databasen. De sökord som användes var: touch, therapeutic touch, communication, nurse – patient relation, nursing care samt nursing (se bilaga 1).

En litteraturstudie kan ses som en explorativ studie som syftar till att inhämta så mycket information som möjligt inom ett område (12). Samtliga artiklar var granskade och godkända för publicering. När de artiklar som motsvarade studiens syfte samlats in lästes samtliga igenom för att få en uppfattning om dess vetenskapliga grad. Artiklarna granskades även med hjälp av institutionens checklistor. De artiklar som inte ansågs vara vetenskapliga eller som var systematiska litteraturstudier exkluderades. De resterande artiklarna studerades sedan ingående och resultaten granskades utifrån Jean Watsons fem första karativa faktorer (7). Då vi redan från början hade en uppfattning om fenomenet beröring, letade vi efter de delar i materialet som behandlade detta för att sedan ta ett steg tillbaka och reflektera över det litteraturen visade oss. Stegvis växte kunskapen om området fram och helheten blev synlig (13).

En del artiklar i resultatet använder benämningen "nurse" för alla de personalkategorier som ingår i studierna. Vi har då valt att skriva "vårdare" eller "personal" i resultat och diskussion. I de fall där författarna specifikt har haft sjuksköterskor som respondenter använder vi detta ord.

## Resultat

Resultatet från litteraturstudien presenteras nedan utifrån några av Jean Watsons karativa faktorer (7). Vi valde de fem första karativa faktorerna eftersom de, enligt Jean Watson, ligger till grund för och beskriver de egenskaper och färdigheter en sjuksköterska måste besitta för att kunna använda beröring framgångsrikt och initiera en god kommunikation med sina patienter. Dessutom leder dessa karativa faktorer fram till den interpersonella relation (7) som är förutsättningen för och det ramverk som beröring, kommunikation och god omvårdnad sker inom.

### **Humanistiskt altruistiskt värdesystem**

I en sydkoreansk studie av Chang (14) studerades betydelsen av begreppet fysisk beröring. Fysisk beröring i omvårdnaden är en beteendeprocess där hudkontakt mellan människor är baserat på en humanistisk inställning. Beröringen är sjuksköterskans svar på känslomässigt och fysiskt illabefinnande hos människor och ett sätt att förmedla och skapa välbefinnande för både kropp och själ, menar Chang.

Johansson Hovstadius et al (15) undersökte om beröringsmassage kunde påverka intensivvårdspatienters välbefinnande och hur personalen som gav massagen upplevde det. Vårdpersonalen upplevde att deras förhållningssätt gentemot patienten och dennes behov förändrades när de gav massage och att de då såg patienten mer som individ och människa. De förstod också patientens situation bättre. En studie av Sundin et al (16) bekräftar detta. De studerade hur sjuksköterskor kunde förstå och bli förstådda i omvårdnaden av patienter med afasi. Genom att öppna sig och dela känslor med patienten skapade sjuksköterskorna en närvaro i vilken de lättare kunde förstå patientens önskingar och behov av omvårdnad. Sjuksköterskorna hade alla en kommunikativ attityd och ville förstå patienterna som individer. De försökte åstadkomma ett samarbete genom nonverbal kommunikation och närvaro.

Edwards (17) diskuterar hur sjuksköterskans syn på patienten påverkades av socialiseringsprocessen på arbetsplatsen. Det fanns en risk för att den professionella socialiseringen distanserade sjuksköterskorna från att se patienterna som subjekt genom att avpersonalisera dem och deras omgivning. Edwards påpekar samtidigt att i utbildningen av sjuksköterskor betonades vikten av att anamma ett vårdande beteende där patienten skulle ses som individ. Till skillnad från Edwards resultat menar Estabrooks & Morse (18), i sin undersökning av hur sjuksköterskor använder och tillägnar sig kunskap om beröring, att denna kunskap kom från deras kulturella bakgrund och personliga erfarenheter under uppväxten. Den professionella socialiseringen påbörjades under utbildningen men i den kliniska verksamheten mognade kunskapen. Ju mer man arbetade med patienter desto lättare blev det att se människan.

### **Inge tro och hopp**

I Johansson Hovstadius (15) studie framkom att genom mötet i beröringen kunde vårdpersonalen stärka patienternas självförtroende, inge dem lugn och trygghet. *”Utan detta möte är det svårt att läkas inifrån”* (15 s. 55), förklarar en patient. Majoriteten av patienterna upplevde att beröringsmassage gjorde dem piggare och gladare samt att

deras smärtupplevelser minskade. De upplevde sin situation som lugnare och miljön som tryggare och mer rofylld. En patient sade: *"Känner du dig lugnare och tryggare så blir du frisk fortare"* (15 s. 53).

Sundin et al (16) fann att sjuksköterskorna hade ett behov av att förmedla tröst till patienterna. Trösten gavs i den interpersonella relationen genom kommunikation och beröring och vårdaren strävade efter att patienten skulle känna trygghet, förtroende och hopp.

I en svensk undersökning av Olsson et al (19) studerades om taktil massage på strokepatienter kunde påverka livskvalitet, personlig ADL och läkemedelsförbrukning. En grupp strokepatienter fick taktil massage som en del av den rehabiliterande behandlingen och en kontrollgrupp erhöll sedvanlig rehabilitering. Resultatet visade en signifikant skillnad i självskattad livskvalitet. Spontant uttryckte patienterna en ökad medvetenhet av den förlamade sidan. De sov bättre, hade signifikant mer energi och mådde psykiskt bättre samt hade mindre smärta jämfört med kontrollgruppen. Denna skillnad menar författarna kan bero på att de som fick massage fick mer uppmärksamhet av personalen och att oxytocinfrisättningen aktiverades. Detta stärks av Chang (14) som i sin artikel säger att beröring är en kanal genom vilken man kan förmedla och utbyta känslor samt skapa välbefinnande i en interaktion. Fysisk beröring har en andlig dimension där man kan förmedla empati, medkänsla, hopp och kärlek. Med beröring skapas en interaktion mellan medvetande och kropp som hjälper den sjuke att få "empowerment" och självkontroll och därmed skapa välbefinnande. När man berör, menar Chang, åstadkommer man både fysiskt och emotionellt välbefinnande.

Moore & Gilbert (20) undersökte om tillgivenhet och omedelbar närhet kunde kommuniceras till äldre genom beröring. Äldre personer såg på videofilmer som visade hur sjuksköterskor bemötte och tröstade en patient på olika sätt. De sjuksköterskor som använde beröring ansågs visa mer tillgivenhet och omedelbar närhet än de som inte gjorde det. De flesta av deltagarna såg beröringen som något positivt. *"See, look how she touches. Some of the nurses hug us, tuck us in at night, and it makes a difference". "See, this nurse seems more interested, she displays more warmth. She touches and bends close."* *"The difference is the touch, just a small touch means a lot"* (20 s. 11). Författarna drog slutsatsen att en affektiv, tröstande beröring kunde ge äldre personer känslan av att de fortfarande var värda att älska och hjälpa dem att inte känna sig så isolerade.

### **Känslighet gentemot självet och andra**

I en studie av Edvardsson et al (21) undersöktes innebörden av beröring. Olika kategorier av vårdpersonal, som dagligen arbetade med beröring av äldre med demenssjukdom, intervjuades om sina upplevelser av att ge beröring. För att använda beröring som redskap i omvårdnaden krävdes en känslighet och respektfullhet inför när det passade att beröra. Känsligheten låg i vårdarens förmåga att vara öppen inför sina egna och den andres känslor. Det var inte möjligt att tvingas till att ge eller ta emot beröring.

Estabrooks & Morse (18) menar att det är viktigt att sjuksköterskan är uppmärksam när hon går in i en nära relation med sina patienter så att hon inte riskerar att känslomässigt

tömna ut sig. I samma undersökning framkom att sjuksköterskorna var vana vid att inte få någon reaktion från sina svårt sjuka patienter. De förutsatte att den terapeutiska beröringen var välkommen, önskvärd och av godo. Därför berörde de ofta patienterna utan deras medgivande eftersom de utgick från hur de själva skulle vilja bli behandlade i samma situation (18). Sundin et al (16) visar att sjuksköterskan lät sina känslor vägleda henne och hon tog in och delade patientens sorg och lidande.

Alexandersson et al (22) gjorde en studie om taktil massage som komplement i omvårdnadsarbetet på en hospiceavdelning. Studien visade att de som gav beröring ibland hade behov av att prata av sig efteråt. Genom handledning fick personalen bekräftelse på att deras massage var av godo för patienterna. Det var viktigt att inför varje behandling vara vaksam på patienternas känslor. Den taktila massagen skulle alltid ske på patientens villkor med respekt för integritet och vilja. Eftersom taktil massage kan utlösa starka känslor hos både givare och mottagare betonas vikten av frivillighet från båda parter. Författarna menar att det är den grundläggande förutsättningen för att uppnå behandlingens positiva effekter. Även Routasalo & Isola (23) betonar vikten av att sjuksköterskan måste visa respekt inför patientens integritet och vara medveten om att hon genom beröring kan såra en patient. Deras studie beskriver beröring så som den upplevdes av äldre patienter och av sjuksköterskor inom äldrevård. De flesta patienter accepterade att personalen behövde beröra dem. De beskrev den beröring de fick som varm, varsam och tröstande, men de tvekade själva att beröra sjuksköterskan. De upplevde det lättare att acceptera funktionell beröring medan den affektiva beröringen förutsatte att det fanns en god relation mellan patient och sköterska.

I Edwards (17) studie belystes en situation där en patient initierar beröring med vårdaren som i sin tur reagerade med att dra sig undan. Detta upplevde patienten som kränkande. Vårdarna uttalade att de kände sig hotade av patienters beröring, något som förklaras genom att sjukvårdspersonal socialiseras till att beröra men inte att ta emot beröring. Edwards menar att detta är motsägelsefullt eftersom beröring måste fungera som tvåvägskommunikation.

Routasalo (24) beskriver förekomsten av spontan, affektiv beröring (non-necessary touch) mellan vårdare och patienter på ett äldreboende. Man observerade hur ofta, på vilket sätt och när denna typ av beröring förekom. Resultatet visade att det hade stor betydelse var på kroppen beröringen skedde. Routasalo menar att vårdare behöver kunna känna in var det är tillåtet att beröra en patient. Det fanns en social zon (hand, arm, axel och rygg) där beröring var allmänt accepterad och där cirka 60 procent av beröringen ägde rum. På känsligare delar av kroppen (ansikte och hår) upplevdes däremot beröring som obehaglig av patienterna. Det visade sig dock att ungefär 20 procent av beröringen ägde rum här. I resultatet framkom att vid de tillfällen då vårdare berört patientens kind handlade det alltid om kvinnliga patienter. Även McCann & McKenna (25) kom fram till att kvinnor fick ta emot mer affektiv beröring än män. De studerade beröring mellan sjuksköterskor och patienter på ett äldreboende i Nordirland. Enligt observationerna var över 90 procent av all beröring funktionell (instrumental touch) och endast en liten del var affektiv beröring (expressive touch).

## Utveckling av mänsklig omsorgsrelation, präglad av hjälpande och tillit

Fysisk beröring är enligt Chang (14) en beteendeprocess mellan människor som delar fysiska, känslomässiga och andliga intressen. Beröring är ett beteendemönster inom en relation som innebär kommunikation mellan dem som deltar. Fysisk beröring har enligt Chang stor betydelse för det fysiska och emotionella välbefinnandet. Ett band skapas mellan vårdare och patient; en relation där man kan dela upplevelser och känslor. Det är en process där båda parter är deltagare och som styrs av de sociala ramverk som råder i sjukhusmiljön. Beröring har en viktig social roll som bygger på en förtroendefull relation (14).

Edvardsson et al (21) skriver att man kunde använda beröring som ett redskap för att etablera en tillitsfull relation till patienten. För att både givare och mottagare skulle bli redo för beröringen skapades en "bubbla", ett utrymme avskilt från dagliga rutiner. Att gå in i "bubblan" tillsammans beskrevs som att finna en fridfull och avskild plats där uppmärksamheten kunde riktas enbart mot patienten. Beröringen skapade ett djup i relationen där vårdaren upplevde sig vara på samma nivå som patienten.

*"I think it feels like I'm creating this bubble, in which I have to give and they have to take. At the same time I get a lot in return. It's then... on that occasion... that I am doing the touching and the other person is receiving the touch, and nothing must disturb us. Or get in the way. Harmony"* (21 s. 605).

För att beröra en individ måste man gå in i den andres personliga sfär. Estabrooks & Morse beskriver att patienten bjöd in sjuksköterskan till beröring genom verbal eller nonverbal kommunikation. När sjuksköterskan väl befann sig i den andres personliga utrymme blev relationen mer intim och sårbar. Sjuksköterskan var då tvungen att ägna patienten sin fulla koncentration för att inte rasera patientens tillit (18). Beröringen spelar en viktig roll i interaktionen mellan sjuksköterska och patient menar Routasalo & Isola (23). Så länge parterna inte kände varandra var affektiv beröring strikt reglerad. Men när de väl blivit bekanta var det lättare att ge utrymme för den affektiva, spontana beröringen och först då kunde dess positiva effekter erfaras och relationen utvecklas vidare. Både patienter och vårdare i Johansson Hovstadius (15) undersökning tyckte att de fick en bättre relation med varandra och att det var lättare att kommunicera genom beröringen. En patient sa *"Man får större närkontakt och kommunikation"* (15 s. 54) och en annan patient uttryckte det som *"Det är lugnande att veta att någon bryr sig"* (15 s. 54). En vårdare sa *"Man får ett speciellt förhållande till patienten när man masserar. Det inträder ofta ett lugn hos mig"* (15 s.55). Samma sak uttrycker Edwards et al (17) i sin artikel. Patienterna kände att kommunikationen underlättades och de fick en känsla av närhet, värme och att vårdaren visade intresse, särskilt när vårdare och patient befann sig på samma fysiska nivå.

Sundin et al (16) menar att man inte alltid kan, och behöver inte alltid lyckas med kommunikationen. Det viktiga är att ha modet att försöka igen, att vårdaren visar respekt, är ödmjuk och inte utnyttjar sin makt. Vårdaren strävade efter att uppnå ett samarbete med patienten genom att denne gavs möjlighet att delta och ta initiativ. Nonverbal kommunikation var det gemensamma språket. En vårdare illustrerar detta genom:

*"I prefer to sit on my heels, perhaps because I want some eye contact, and if I was standing up he would have to look up to me, and I do not want that. It is really that you want to be at the same height, to show respect"* (16 s. 112).

Moore & Gilbert (20) pekar även de på att nonverbal kommunikation är viktigt för att skapa en bra relation. De menar att de sjuksköterskor som inte använde beröring i sin omvårdnad kunde gå miste om möjligheten att etablera en meningsfull relation till sina patienter. Även McCann & McKenna (25) betonar vikten av att sjuksköterskan måste kunna uppfatta nonverbal kommunikation och känna in den andres känslor. Det verkade vara viktigt att sjuksköterskan och patienten hade en särskild relation för att affektiv beröring skulle tas emot som något positivt.

I Routasalos (24) studie framkom att den affektiva beröringen klart och tydligt förstärkte det vårdaren kommunicerade verbalt. Beröringen var också till stor hjälp för vårdpersonalen då de ville fånga patienternas uppmärksamhet till det som sades eller gjordes. Ofta användes beröringen för att lugna oroliga patienter. Patient och vårdare kom mycket nära varandra och den relation som skapades präglades av vänlighet och värme. Det framkom även att vårdpersonalen hade ett behov av att själva få ta emot affektiv beröring av sina patienter då de visste att det ofta var patienternas sätt att uttrycka sin tacksamhet över omvårdnaden.

Alexandersson et al (22) kom fram till att taktil massage kunde skapa en bättre relation till patienter som annars var inåtvända, irriterade eller fåordiga. Massagebehandlingen var ett komplement till att tala med patienten och kunde leda till att vårdaren hade modet att stanna kvar hos patienten när svåra frågor kom upp. Beröringen beskrevs också som en kontakt *"som hjälper mot ensamhet och ledsenhet"* (22 s. 28).

Kim & Buschmann (26) har gjort en kvantitativ studie om hur affektiv beröring tillsammans med lugnande verbal kommunikation påverkar patienter med demenssjukdom. I undersökningen såg man att patienternas puls sänktes direkt efter beröringen och de blev lugnare. Under senare delen av interventionen märktes att vissa vårdtagare som vanligtvis mycket sällan reagerade på andras närvaro, nu log, svarade verbalt och även i sin tur berörde forskarens hand.

Relationerna inom personalgruppen förändrades positivt, visar Alexandersson et al (22). Personalen kände sig stärkt i sin omvårdnadsroll när de genom taktil massage kunde få patienten att må bättre: *"Man kan ge mer utan att bränna ut sig."* (22 s. 29) och *"Det verkar göra så mycket gott vilket gör att jag också mår bra."* (22 s. 29) Personalen upplevde ett större lugn och en större tillfredsställelse i arbetet när de gav massage. Dessutom gav de varandra helkroppsmassage en gång i månaden vilket ökade förståelsen för patienternas positiva upplevelser. Personalen ansåg att de genom massagen fick möjlighet att vara mer tillsammans med patienterna och fick själva bekräftelse på att de medverkade till att patienterna upplevde större livskvalitet. Detta speglas i Johansson Hovstadius (15) studie där vårdarna fick intrycket att patienterna kunde stressa av och blev lugnare av massagen. Även vårdarna blev i sin tur lugnare. Flera av dem sa att de även kände sig piggare i samband med massagen. Alexandersson et al (22) fann dock att arbetsorganisationen inte alltid möjliggjorde att man ägnade sig åt beröring i så stor utsträckning. Personalen såg tidsbristen som det största hindret. Ofta var man kort om personal så att beröringen fick prioriteras bort. Detta upplevdes som negativt av både personal och patienter (22).

## Ge uttryck för och accepterande av positiva och negativa känslor

Det är inte självklart att patienten har samma uppfattning som sjuksköterskan om vem som ska beröra dem, menar Edwards (17). Resultatet visade att manliga patienter oftare föredrog att kvinnliga vårdare hjälpte dem med intimhygien. När en manlig vårdare utförde funktionell beröring gav det upphov till negativa känslor hos patienten. Både personal och patienter upplevde obehag under intima uppgifter men båda parter kunde se det nödvändiga i att det utfördes. Därför kunde man lättare acceptera de känslor som beröringen medförde.

Människor har olika inställning till beröring och Routasalo (24) beskriver hur olika vårdare använde beröring i sitt arbete. För en del var den affektiva beröringen något fullt naturligt. Andra vårdare tog nästan aldrig i patienterna utan handskar och berörde dem helst inte utöver den funktionella beröringen som var obligatorisk för att kunna genomföra de konkreta omvårdnadsåtgärderna. Dessa vårdare upplevdes dock inte som kyliga eller avståndstagande utan hade en god verbal relation till patienterna.

Skillnaderna mellan upplevelsen av att bli affektivt berörd av en manlig respektive kvinnlig sjuksköterska var tydliga i artikeln av McCann & McKenna (25). Samtliga patienter ansåg att de skulle uppleva det som mycket obehagligt om en manlig sjuksköterska affektivt berörde deras ben eller ansikte och alla kvinnor skulle känna sig obekväma om en manlig sjuksköterska lade sin arm kring deras axel. *"I wouldn't like that at all". "That's being very forward". "The leg! – oh! that's bad, so it is"* (25 s. 843). Flertalet av de manliga patienterna sa att de skulle känna sig obekväma om en kvinnlig sjuksköterska affektivt berörde deras ansikte eller ben. Om en manlig sjuksköterska lade armen om deras axlar skulle de uppleva ett stort obehag. Hur man upplevde affektiv beröring verkade vara kopplat till den del av koppen som blev berörd. En sjuksköterskas arm kring axlarna var obekvämt för de flesta men däremot om hon lade sin hand på patientens arm ansågs detta mer bekvämt och ibland som tröstande.

I undersökningen av McCann & McKenna (25) upplevde patienterna den funktionella beröringen som positiv eller neutral. Sjuksköterskorna ansågs ha "licens att beröra". *"They're doing their turn, I've got used to it."* *"It's a part of the job – expect them to do it"* (25 s. 844) var några av patienternas åsikter. Kvinnliga patienter uppgav dock att de gärna ville känna sjuksköterskan väl om denne var man, för att beröringen inte skulle upplevas som obehaglig. Gentemot kvinnliga sjuksköterskors funktionella beröring kände alla patienter en större acceptans. Affektiv beröring upplevdes av patienterna som negativ om de inte kände den sjuksköterska som berörde dem.

Routasalo & Isola (23) fann att patienterna uppskattade beröringen från sjuksköterskorna och uttryckte inte några negativa upplevelser alls. Sjuksköterskorna uppgav inte heller att det var otrevligt att beröra patienterna. De hade dock vid något eller några tillfällen berörts hårdhänt av patienter vilket de upplevt som negativt. När en manlig patient berörde en kvinnlig sjuksköterska tillskrevs det ofta en sexuell innebörd. En del sköterskor ogillade detta medan andra kunde skämta bort det. Detta fick dock som resultat att manliga patienter lärde sig att inte beröra personalen. För samtliga patienter var det lättare att acceptera beröring från kvinnlig personal än från manlig. Kvinnliga patienter var de som fick mest beröring. En annan av Routasalos (24) artiklar

bekräftar att patienter fick olika mycket beröring. En del fick bara ta emot funktionell beröring, medan de som fick mest affektiv beröring var de som till stor del skötte sig själva och därmed ansågs vara de friskaste (24).

Sundin et al (16) beskriver att sjuksköterskorna läste av patientens kroppsspråk och återspeglade sin tolkning och förståelse av dennes önsknings. De försökte kommunicera hur de har uppfattat situationen. Sjuksköterskan försökte sedan förstå patientens attityd och inställning och strävade efter att komma på samma våglängd. På detta sätt kunde de anpassa sina handlingar utifrån patienternas reaktioner. De visade respekt och accepterade patienten. Edvardsson et al (21) skriver att vårdarna tränat upp sina förmågor att avläsa och tolka tecken på obehag hos patienterna. Vid indikationer på att beröringen inte uppskattades avbröt de omedelbart behandlingen. De flesta patienter i Moores & Gilberts (20) undersökning var positiva till beröring. En person uttryckte dock starkt att beröring inte var något positivt. ”*Now why does she touch? I don't like that, but that's just me. I don't like hugging and kissing*” (20 s. 11). De ville med detta visa att beröring kan uppfattas olika och att sjuksköterskan måste vara medveten om detta. Fysisk beröring bygger på ömsesidig förståelse och acceptans mellan sjuksköterska och patient menar Chang (14). Båda parter måste vara lyhörda gentemot varandra under beröringsprocessen. Vårdaren berör patienten eftersom patienten har ett behov av detta. Samtidigt är fysisk beröring både sanktionerad och styrd av ett socialt regelverk (14).

## Diskussion

### Metoddiskussion

Sökorden, touch, therapeutic touch, communication, nurse – patient relations, nursing care samt nursing, kombinerades på olika sätt för att komma så nära vårt syfte som möjligt. Det visade sig att hur vi än kombinerade orden blev resultaten ändå mycket likartade. Vi tolkar det som att vi har ringat in området väl och funnit de mest relevanta titlarna. Artiklarna är publicerade mellan 1992 och 2005. Många av de artiklar som har publicerats på området är av äldre datum. Det verkar som om det inte har publicerats så mycket forskning om beröring och kommunikation de senaste åren. Detta får stöd i att det inte heller givits ut så mycket litteratur på området. Även Gleeson & Timmins (27) säger i sin systematiska litteraturstudie att forskning på området beröring visserligen har bedrivits sedan 1970-talet i USA och Storbritannien, men i liten skala. De efterlyser fler och större studier på området och säger vidare att det är ett mycket viktigt forskningsområde inom omvårdnad. Detta är något vi även har sett i våra artiklar. Flertalet av dem grundar sig på småskaliga studier med små urval. Endast en artikel har använt sig av ett större urval.

Vi anser att vi har ringat in flera av de mest relevanta vetenskapliga artiklarna som är publicerade om beröring och kommunikation det senaste decenniet och därmed menar vi att vi har fått svar på vårt syfte. Samma sak kan sägas om den litteratur som använts i bakgrunden.

I ett hermeneutiskt förhållningssätt ligger att man aldrig fullt kan frigöra sig från sina egna föreställningar och förväntningar när man studerar ett område. Därför är det viktigt

att så långt det är möjligt medvetandegöra sin förförståelse. Ett sätt att undvika att man endast uttolkar och ser det man vill se är att pröva många olika tolkningar (13). Genom att medvetet uppmärksamma de positiva och negativa resultaten i artiklarna har vi så långt som möjligt försökt att undvika att forma resultat utifrån vår förförståelse. Vår egen uppfattning om beröring är att det är något positivt som behöver utvecklas i omvårdnaden. Samtidigt förstår vi att vår uppfattning inte är allmängiltig och detta har vi försökt att lyfta fram.

Litteraturstudien bygger på artiklar som har både sjuksköterske- och patientperspektiv. Artiklarna är från Sverige, Finland, Storbritannien, USA, Canada och Sydkorea. Detta anser vi är en styrka och har berikat resultatet. Beröring är visserligen kulturellt betingad men det är samtidigt ett allmänmänskligt fenomen och en av de mest grundläggande formerna av kommunikation (2, 6).

Av de tretton artiklar vi använde i vår litteraturstudie var fem kvantitativa och åtta kvalitativa. I Changs (14) artikel har man använt sig av en metod som kallas trefaskonceptet för utvecklingsbar metod. Det är en så kallad hybridmodell som består av en litteraturstudie och en intervjustudie samt en sammanslagning och analys av dem båda. Denna modell är inte helt vanlig men mycket givande när man vill ringa in och förklara ett begrepp så som Chang gör i sin artikel. En annan mer vanlig men i detta fall inte lika lyckad metod användes av McCann & McKenna (25). De genomförde fyra småskaliga icke deltagande observationer och semistrukturerade intervjuer med fjorton personer om hur de upplevde olika typer av beröring. De fick många negativa svar och kommentarer som vi anser starkt pekar på att respondenterna inte uppfattade frågorna på samma vis som var avsett av forskarna. McCann & McKenna påpekar till och med detta själva i sin diskussion (25). Trots detta är deras studie mycket flitigt refererad i övriga artiklar på området kommunikation och beröring i omvårdnaden. Artikeln anses uppenbarligen viktig för området och därför viktig för vår uppsats.

## Resultatdiskussion

Syftet med den här studien var att ta reda på hur beröring i omvårdnadsarbetet kan främja god kommunikation mellan sjuksköterska och patienten. Detta anser vi att vi har lyckats belysa i vårt resultat. I resultatet framkom både konkreta och mer svårfångade resonemang kring beröring och kommunikation. En mycket intressant men ändå självklar dimension av fenomenet var den roll som den interpersonella relationen spelar i sammanhanget. Om det är beröring som främjar god kommunikation eller tvärtom visade sig vara svårt att urskilja. Vår uppfattning är att beröring och kommunikation främjar varandra och att relationen är den viktiga arena där detta sker.

### **Humanistiskt altruistiskt värdesystem**

Jean Watson (7) menar att en humanistisk människosyn och värdegrund är grundläggande för omvårdnadsarbetet. Detta innebär att man ser på människor med kärlek och uppskattar att vi är olika. Vår människosyn börjar, enligt Watson, utvecklas tidigt i livet och mognar med åren. Genom nya erfarenheter förstår vi vår människosyns betydelse i det sociala samspelet där vi alla ingår (7). Att synen och förståelsen för patienten förändras och växer på ett positivt sätt framkommer i flera av artiklarna (15,

16, 18). Chang (14) menade att beröring i omvårdnaden är baserat på en humanistisk inställning. Även Johansson Hovstadius et al (15) såg att vårdpersonalens förhållningssätt gentemot patienten förändrades och att de såg patienten mer som individ och människa ju mer de arbetade med massage.

Vi tror att sjuksköterskan måste ha en humanistisk människosyn för att kunna bedriva god omvårdnad och det verkar, i våra ögon, som om studenter som läser utbildningar inom omvårdnad och medicin blir tränade till en sådan människosyn som Jean Watson (7) talar om i den första karativa faktorn. Vi tror att det kan vara en stor utmaning att hålla fast vid dessa värderingar och arbeta utifrån dem i yrkeslivet. I en artikel påtalades att det fanns en risk att sjuksköterskorna distanserade sig från att se patienterna som subjekt genom att avpersonalisera dem och deras omgivning. Personalen såg dem inte längre som individer med unika behov och önskningar. Författaren ansåg att detta berodde på den professionella socialiseringen inom den kliniska verksamheten (17). Vi tror att detta kan stämma under en del arbetsförhållanden. Organisationsstrukturen på dagens svenska vårdavdelningar och systemet som helhet kan orsaka stress och förhindra kontinuitet i vården vilket ibland gör att sjuksköterskan känner sig maktlös. Detta tror vi kan bidra till att sjuksköterskan, för att skydda sig själv, börjar se sina patienter som objekt och att man undviker att gå in i en närmare relation med dem. Vi menar att det får som följd att hon vänder ryggen till den humanistiska altruistiska människosyn man socialiserats in i under utbildningen. Men det behöver inte bli på detta sätt. Två andra artiklar fann att sjuksköterskors professionella socialisering resulterade i att ju mer de arbetade med patienter, desto lättare upplevde de att det var att se patienten som en individ med unika behov (15, 18). Varför denna skillnad är så stor är svårt att säga. Kanske kan det ha att göra med den organisation och det arbetsklimat som råder på avdelningen.

Den interpersonella kommunikationen är viktig i omvårdnaden och innefattar det talade budskapet, verbal kommunikation, men även de budskap vi förmedlar genom nonverbal kommunikation (6). Meddelanden ges och tas emot genom en rad processer. Det är genom dessa processer som människor skapar kontakt. Man kan inte undvika att kommunicera. Allt vi förmedlar är kommunikation och tolkas av mottagaren (6). För sjuksköterskan är det nödvändigt att förstå den här processen för att kunna bemöta människor (6). Vad händer om sjuksköterskan distanserar sig från sina patienter och ser dem som objekt och inte som individer? Om hon inte vill eller kan se deras unika behov och önskningar? Vi menar att det blir svårare att bedriva en god omvårdnad om man distanserar sig och inte har en humanistisk människosyn. Beröring är redskap i omvårdnadsarbetet och alla former av beröring innebär att någon form av kommunikation sker (9). Vi funderar över vad en sjuksköterska som ser sin patient som ett objekt kommunicerar till honom när hon berör honom i omvårdnadsarbetet och hur angelägen den patienten blir att förmedla sina behov till henne. Vi tror därför att det är viktigt att skapa ett arbetsklimat som inte socialiserar in sjuksköterskan i en människosyn som distanserar henne från patienterna.

### **Inge tro och hopp**

I nästan samtliga artiklar vi har studerat tycker vi att tydliga paralleller kan dras till oxytocinets verkningsmekanismer. Oxytocinet frisätts mycket lätt av yttre ”snälla” stimuli som behaglig beröring och värme. Det har även en dokumenterad

ångestdämpande och lugnade effekt (1). Det är få artiklar som direkt kopplar sitt resultat till oxytocinet, men vi tycker oss se att flera av de effekter som både patienter och personal upplevt i undersökningarna är direkt kopplade till oxytocinfrisättning som sker i samband med beröringen.

Det faktum att oxytocinet skapar lugn och ro (1), kan knytas till ett ökat välbefinnande hos patienter som fått beröring. En studie visar på tydliga resultat i att dementa patienters puls sänktes och deras beteende förändrades positivt (26). I en annan studie minskar patienternas läkemedelskonsumtion och patienternas ADL-förmågan blev bättre. De som fått taktill massage skattade även sin livskvalitet högre än de som inte fått massage (19). Uvnäs Moberg (1) menar att oxytocinet även höjer förmågan att hantera smärta vilket tydligt kan ses i samma artikel i form av förbättrade sömnvanor och minskade smärtupplevelser (19).

Patienterna i en studie upplevde att deras självförtroende stärktes genom beröring, de blev lugnare samt upplevde en större trygghet både i sin situation och i den miljö de befann sig (15). Chang (14) menade att beröring hjälper den sjuke att få ”empowerment” och självkontroll och därmed skapa välbefinnande. Beröring kan vara ett sätt att förmedla hopp, tröst och förtroende men även ett sätt att kommunicera empati och kärlek till en annan människa (16). Detta menar vi är kopplat till Jean Watsons (7) andra karativa faktorn, att inge tro och hopp. Vi tror att oxytocinets effekter skulle kunna ses som den första länken mellan patient och vårdare i utvecklandet av en djupare relation där patienten stärks och kan känna hopp och tilltro till behandling och omvårdnad.

### **Känslighet inför självet och andra**

Vi menar att man som sjuksköterska måste vara mottaglig för patientens känslor och upplevelser, särskilt vid beröring. Jean Watson (7) säger att sjuksköterskan måste tillåta sig att se och acceptera sina egna känslor och först när hon har gjort det kan hon känna igen och acceptera andras känslor. Den som inte är uppmärksam på sina egna känslor finner det svårt att upptäcka känslouttryck hos andra. I en artikel menade man att känsligheten låg i vårdarens förmåga att vara öppen inför sina egna och andras känslor (21). Det är även viktigt att vårdare kan känna in var det är tillåtet att beröra en patient (25).

Känslighet och öppenhet inför sig själv är grunden för att beröringen och kommunikation i omvårdnaden ska kunna fungera och tas emot på ett positivt vis (7). Om sjuksköterskan inte har den här känsligheten, menar vi att beröringen kan få precis motsatt effekt och att kommunikationen kan fallera. I en artikel konstaterade man att det inte var möjligt att tvingas till att ge eller ta emot beröring (21). En annan effekt av känsligheten är att man som sjuksköterska kan göra omvårdnadsmissiga bedömningar utifrån sina egna referensramar. I en studie förutsatte sjuksköterskorna att beröringen var välkommen, önskvärd och av godo eftersom de utgick från hur de själva skulle vilja bli behandlade i samma situation (18). Vi tror att i sjuksköterskans känslighet finns förmågan att utföra omvårdnad på patientens villkor. I två artiklar betonas vikten av frivillighet från båda parter och att beröringen alltid måste ske på patientens villkor med respekt för integritet och vilja (22, 23).

Estabrooks & Morse (18) belyser vikten av att sjuksköterskan själv är medveten om sina känslor och vad som sker med henne i relationen till en patient. Hon behöver kunna se sina resurser och begränsningar. Beröringen är en form av tvåvägskommunikation där känslomässiga processer och reaktioner väcks även i den som berör (1, 2, 9). Därför menar vi att det är viktigt att sjuksköterskan inte bara uppmärksammar och accepterar patientens känslor utan även sina egna.

### **Utveckling av mänsklig omsorgsrelation, präglad av hjälpande och tillit**

Uvnäs Moberg (1) säger att oxytocinet medför ett lugn och med det kommer en oräddhet och nyfikenhet inför sin omgivning som gör att det sociala samspelet mellan individer ökar, något som i sin tur tycks öka frisättningen av oxytocin. Vi tror att detta kan betyda att beröring stärker relationen mellan människor och dessutom öppnar upp för ökad kommunikation. Beröringen är, som framkommer i vårt resultat, ett viktigt arbetsredskap för att inleda och underlätta kommunikationen mellan vårdare och patient, förutsatt att beröringen sker frivilligt.

Beröring framställs i artiklarna både som en form av kommunikation och en beteendeprocess som används inom en relation mellan människor (14, 23) och som ett redskap för att etablera en tillitsfull relation (15, 20, 21, 22). Relationen verkar vara lika viktig för beröringen som själva beröringen är för att skapa relationen. Vad som kommer först är mycket svårt att avgöra, anser vi. Kanske är det så att det sker simultant i mötet mellan sjuksköterskan och patienten och att man inte ska tänka på det som en linjär process.

Vi har sett att det finns främst två olika former av beröring som sker i omvårdnaden; den funktionella och den affektiva beröringen. Den funktionella beröringen verkar vara betydligt vanligare och mer accepterad än den affektiva beröringen (23, 25). Vi tror att detta kan bero på att alla patienter inser att den funktionella beröringen är nödvändig. Man välkomnar den eller underkastar sig den oavsett om man är van att bli berörd av andra eller inte. Den affektiva beröringen verkar vara mer bunden till om de som berör varandra har en god relation eller inte. I flera artiklar belystes att det krävdes en god relation mellan vårdare och patient innan den affektiva beröringen kunde inledas (18, 23, 25). Denna relation förstärktes sedan genom beröringen. Edvardsson et al (21) förklarar att vårdare och patient tillsammans går in i en "bubbla" där beröringen sedan sker. De behöver båda vara redo för mötet. Estabrooks & Morse (18) menar att patienten måste bjuda in vårdaren och på detta sätt visa att han eller hon är redo för att ta emot affektiv beröring. Detta understryker vad vi kommit fram till i vårt resultat; att beröring ska ske på patientens villkor.

Jean Watson (7) betonar i den fjärde karaktäristiska faktorn vikten av att etablera en omsorgsrelation som präglas av hjälpande och tillit. Även detta belyses i flera av artiklarna. Moore & Gilbert (20) menar till och med att sjuksköterskan kunde gå miste om möjligheten att etablera en meningsfull relation till sina patienter om hon inte använde beröring. Vi tror att basen för en relation präglad av hjälpande och tillit kan grundläggas när den funktionella beröringen sker. Denna beröring kan utföras på ett varmt och respektfullt sätt eller hårdhänt och okänsligt (2). Vi tycker oss utläsa ur resultatet att när en interpersonell relation har etablerats finns det plats för affektiv beröring. Vi menar att den funktionella beröringen kanske kan vara inkörsporten till en

tillitsfull interpersonell relation vilken behövs för att kunna använda affektiv beröring som tas emot väl.

I resultatet framkommer att relationen och beröringen ger förutsättningar för en bättre kommunikation mellan sjuksköterska och patient (15). Nonverbal kommunikation var enligt flera artiklar viktig för relationen och beröringen (16, 17, 20, 22, 25). I en artikel menade man att kommunikationen underlättades av beröringen och patienterna fick en känsla av närhet, värme och att vårdaren visade intresse (17). Sundin et al (16) menade att nonverbal kommunikation var det gemensamma språket i relationen. Dessutom pekar flera av artiklarna på hur viktigt det är att sjuksköterskan är bra på att tolka och kommunicera nonverbalt för att relationen ska fungera (24, 25). De olika artiklarna visade att beröring och nonverbal kommunikation i en tillitsfull relation lugnade, gav patienterna energi och ett ökat välbefinnande. Detta speglades även i personalens upplevelser (15, 22, 24, 26). Vi menar att detta tydligt visar på vilka omvårdningsmässiga vinster man kan göra genom att använda beröring som en medveten omvårdningsåtgärd. Beröring och kommunikation står i ett symbiotiskt förhållande till varandra. Beröring är kommunikation (2, 6, 8, 9) och vi tror att beröring kan öppna upp för verbal kommunikation och en ökad förståelse mellan sjuksköterska och patient.

### **Uttrycka och acceptera positiva och negativa känslor**

Den kulturella och sociala bakgrund vi bär med oss ligger till grund för hur vi uppfattar beröring (2, 18). Ardeby (2) säger att man som sjuksköterska måste reflektera över sin egen inställning till kroppskontakt innan man använder sig av beröring som ett omvårdningsredskap. Jean Watsons (7) femte karaktäristiska faktor som innebär att uttrycka och acceptera positiva och negativa känslor kan relateras till detta. Hon menar att det är en nödvändighet i den tillitsfulla och vårdande relationen. En sjuksköterska som lärt sig tolka patienters känslomässiga reaktioner kan i sin tur hjälpa denne att bli medveten om sina känslor. Sjuksköterskan kan då på ett professionellt sätt bemöta och bekräfta patientens känslor och upplevelser. Vi anser att detta kan knytas direkt till beröring i och med att den ofta väcker starka känslor hos patienter. Edwards (17) fann att både personal och patienter upplevde obehag under intima uppgifter men att man kunde se det nödvändiga i att det utfördes. Därför kunde man lättare acceptera de känslor som beröringen medförde. I en annan artikel upplevde patienterna den funktionella beröringen som positiv eller neutral men att den affektiva beröringen upplevdes som negativ om de inte kände sjuksköterskan som berörde dem (25).

Att en del patienter inte tycker om beröring är något som sjuksköterskan måste acceptera och respektera, anser vi. Samma sak gäller för sjuksköterskorna själva. Känner de sig inte trygga eller tillfreds med att arbeta med affektiv beröring bör de acceptera detta hos sig själva och använda andra medel för att kommunicera med sina patienter, exempelvis verbal kommunikation. I en artikel upplevdes inte de vårdare som undvek att använda affektiv beröring som avståndstagande (24). Vi tror att det kan ha att göra med att de tagit ställning till sina egna känslor inför beröringen, accepterat dem och då kunnat utveckla andra strategier för att uppnå en god kommunikation med sina patienter. Därför upplevdes de ändå som närvarande och deltagande. Detta menar vi är en strategi inspirerad av Jean Watson (6) som sjuksköterskor medvetet kan använda i omvårdnaden. Vi tror att för att kunna genomföra en god omvårdnad är det viktigt att sjuksköterskan är lyhörd inför patientens känslor och bekräftar dem. Sundin et al (16)

menade att sjuksköterskorna läste av patientens kroppsspråk och återspeglade sin tolkning och förståelse av dennes önsknings och kommunicerade hur de har uppfattat situationen. På detta sätt kunde de anpassa sina handlingar utifrån patienternas reaktioner. De visade respekt och accepterade patienten.

Som tidigare nämnts måste den affektiva beröringen bygga på ömsesidig frivillighet och ske på patientens villkor (22, 23). Om båda parter inte är med på vad som sker kommer beröringen med största sannolikhet inte ha de välgörande effekter som den syftar till. När beröringen upplevs som obehaglig av patienten reagerar han med en stressreaktion varpå kamp- och flyktsystemet sätts igång istället för att oxytocinfrisättningen stimuleras (1). Vi tror att de positiva och läkande effekterna av beröringen uteblir och den kan istället upplevas som en kränkning. Även tilliten och därmed kommunikationen blir då lidande. Vi menar alltså att det är av största vikt att sjuksköterskan både själv förmår uttrycka och acceptera sina känslor och att hon accepterar och respekterar patientens upplevelser för att beröringen inte ska bli något negativt.

### **Beröring i omvårdnaden**

För att motivera och utveckla beröring som en tidsprioriterad åtgärd i den kliniska omvårdnaden är det viktigt att synliggöra dess effekter. Redan Weiss (10) strävade efter detta mot slutet av sjuttioalet då hon utvecklade de taktila kvaliteterna. Dessa skulle kunna användas i större utsträckning för att dokumentera och strukturera hur man arbetar med beröring. Ehnfors et al (11) tar upp sökordet ”stöd” som vi anser är indirekt kopplat till beröring genom att det är en form av kommunikation. Vi tror att det hade varit bra om beröring på ett eller annat sätt fanns med som sökord i den etablerade dokumentationsrutinen. Detta skulle synliggöra beröringen på ett mer konkret sätt och påminna om att det är viktigt att dokumentera åtgärdens resultat, eftersom beröringen verkar ha så goda effekter såväl omvårdnadsmässigt som medicinskt.

För att kunna utvärdera omvårdnadsåtgärder och bedöma deras effektivitet krävs att de är mätbara (11). Vi menar att Weiss (10) arbete med de taktila kvaliteterna utgör en god grund för vidare forskning på området. De artiklar vi har använt i vårt resultat bygger ofta på mindre studier. För att ge ytterligare stöd för beröringens betydelse i omvårdnaden skulle vi gärna se större undersökningar på området. Ett annat forskningsområde som är högst aktuellt i våra dagar är beröring i situationer/möten där patienter och vårdare inte delar samma kulturella bakgrund och traditioner. Vårt samhälle blir alltmer mångkulturellt och med detta följer ett behov av en ökad kulturell kompetens hos sjuksköterskor och annan vårdpersonal. Kunskap om hur man förhåller sig till beröring i olika kulturer är viktig för sjuksköterskans kulturella kompetens.

Vi anser att det är viktigt att medvetandegöra beröring i omvårdnaden och till och med implementera det som en omvårdnadsåtgärd. Beröring är ett sätt att kommunicera och samtidigt ett redskap för att initiera kommunikation. Dessutom är beröring en väg till den interpersonella relationen som vi anser att sjuksköterskan bör ha med sina patienter för att kunna bedriva god omvårdnad. Visst finns det hinder för att införa beröring som omvårdnadsåtgärd i dagens vårdorganisation. Tidsaspekten är en sådan. Men i vårt resultat kan man se att endast en kort stunds beröring hade goda effekter för att lindra oro och ångest (15, 19, 26). Det viktiga är, anser vi, att göra plats för beröringen i omvårdnaden. Då kommer man att kunna dra nytta av de positiva effekter som beröringen har för både patienter och personal.

## Litteraturlista

1. Uvnäs Moberg K. Lugn och beröring – oxytocinets läkande verkan i kroppen. Falköping: Natur & Kultur; 2002.
2. Ardeby S. När orden inte räcker. Stockholm: Ambosantus; 2003.
3. Strömberg A. Stora synonymordboken. Andra upplagan. Stockholm: Strömbergs; 1998.
4. Nationalencyklopedins ordbok. Höganäs: Bra Böcker; 1995.
5. Fiske J. Kommunikationsteorier – en introduktion. Borås: Wahlström & Widstrand; 1997 (1990).
6. Weaver B, Griffin K, Patton B. Interpersonal communication in nursing. Philadelphia: F.A Davis Company; 1988.
7. Watson J. The philosophy and science of caring. United States of America: Little, Brown and Company; 1979.
8. Eide H, Eide T. Omvårdnadsorienterad kommunikation. Lund: Studentlitteratur; 1997.
9. Autton N. Berøring: berøringens bruk i omsorg og terapi. Øyslebø: Eikstein Forlag; 1990.
10. Weiss SJ. The Language of Touch. Nursing research 1979;28(2):76-80.
11. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. VIPS-boken. Stockholm: Vårdförbundet; 2000.
12. Patel R, Davidsson B. Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning. Lund: Studentlitteratur; 2003.
13. Starrin B, Svensson P.G. Kvalitativ metod och vetenskapsteori. Lund: Studentlitteratur; 1994.
14. Chang SO. The conceptual structure of physical touch in caring. Journal of Advanced Nursing 2001;33(6):820-27.
15. Johansson Hovstadius E, Styvberg E-M, Wendt A. Beröringsmassage i rogivande syfte på intensivvårdpatienter. Vård i Norden 2005;25(1):52-5.
16. Sundin K. et al. Understanding and being understood as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia. Journal of Clinical Nursing 2003;12:107-16.
17. Edwards SC. An anthropological interpretation of nurses' and patients' perceptions of the use of space and touch. Journal of Advanced Nursing 1998;28(4):807-17.
18. Estabrooks CA, Morse JM. Toward a theory of touch: the touching process and acquiring a touching style. Journal of Advanced Nursing 1992;17:448-56.
19. Olsson I, Rham V-A, Högberg H. Taktill massage vid stroke och livskvalitet. Vård i Norden 2004;24(2):21-6.

20. Moore JR, Gilbert DA. Elderly residents perception of nurses comforting touch. *Journal of Gerontological Nursing* 1995;21(1):6-13.
21. Edvardsson JD, Sandman P-O, Rasmussen BH. Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional. *Journal of Clinical Nursing* 2003;12:601-9.
22. Alexandersson M, Dehlén C, Johansson I, Petersson I, Langius A. Taktil massage som komplement i omvårdnadsarbetet i palliativ vård. *Vård I Norden* 2003;23(1):27-30.
23. Routasalo P, Isola A. The right to touch and be touched. *Nursing Ethics* 1996;3(2):165-76.
24. Routasalo P. Non-necessary touch in the nursing care of elderly people. *Journal of Advanced Nursing* 1996;23:904-11.
25. McCann K, McKenna HP. An examination of touch between nurses and elderly patients in a continuing care setting in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing* 1993;18:838-46.
26. Kim EJ, Buschmann MT. The effect of expressive physical touch on patients with dementia. *International Journal of Nursing Studies* 1999;36:235-43.
27. Gleeson M, Timmins F. Touch: a fundamental aspect of communication with older people experiencing dementia. *Nursing older people* 2004;16(2):18-21.

## Bilaga 1: Artikelsökning

Databas	Sökord	Limits	Träffar	Referens i texten
CINAHL	Touch, therapeutic touch, nursing care	Research, Peer-reviewed	360	14, 18, 21, 25, 26
CINAHL	Touch, therapeutic touch, nurse-patient relation, communication	Research, Peer-reviewed	50	16, 20, 24, 23
Vård i Norden	Touch, nursing		9	15, 19, 22
Journal of Advanced Nursing	Touch, nursing care		31	17

## Bilaga 2: Artikelsammanställning

- Referensnr: 14  
Titel: **The conceptual structure of physical touch in caring.**  
Författare: Chang SO.  
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing 2001;33(6):820-27.  
Syfte: Att klargöra och forma ett begrepp kring fenomenet fysisk beröring i omvårdnad.  
Metod: Hybridmodellen för att studera begrepp som utförs genom en litteraturstudie av området samt djupintervjuer med 39 vuxna personer; sjukvårdspersonal, inneliggande patienter och friska individer.  
Referenser: 58  
Land: Sydkorea
- 
- Referensnr: 15  
Titel: **Beröringsmassage i rogivande syfte på intensivvårdpatienter.**  
Författare: Johansson Hovstadius E, Styvberg E-M, Wendt A.  
Tidskrift: Vård i Norden 2005;25(1):52-5.  
Syfte: Att undersöka om beröringsmassage kan påverka patientens välbefinnande så att lugn och ro skapas. Att se hur personalen som ger massagen upplever den.  
Metod: Deskriptiv studie med kvantitativ ansats. I studien deltog 18 patienter och 13 vårdare. Enkätstudie med skattningsfrågor utrymme för egna kommentarer.  
Referenser: 8  
Land: Sverige
- 
- Referensnr: 16  
Titel: **Understanding and being understood as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia.**  
Författare: Sundin K, Jansson L.  
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing 2003;12:107-16.  
Syfte: Att belysa meningen av att förstå och bli förstådd i omvårdnaden av patienter med afasi.  
Metod: Fenomenologisk hermeneutisk metod med icke deltagande, videoinspelade observationer och narrativa och reflektiva intervjuer med vårdgivare. 5 sjuksköterskor och undersköterskor och 3 patienter.  
Referenser: 45  
Land: Sverige
- 
- Referensnr: 17  
Titel: **An anthropological interpretation of nurses' and patients' perceptions of the use of space and touch.**  
Författare: Edwards SC.  
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing 1998;28(4):809-17.  
Syfte: Ta reda på sjukvårdspersonals och patienters uppfattningar om och upplevelser av fysiskt utrymme och beröring då de interagerar med varandra.

Metod: Deltagande observationer och semistrukturerade intervjuer. 6 Patienter och 7 sjuksköterskor och undersköterskor.  
Referenser: 63  
Land: Storbritannien

---

Referensnr: 18  
Titel: **Toward a theory of touch: the touching process and acquiring a touching style.**  
Författare: Estabrooks CA, Morse JM.  
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing 1992;17:448-56.  
Syfte: Hur upplever iva-sköterskor beröring och beröringsprocessen? Hur lär sig iva-sköterskor att arbeta med beröring, dvs. skaffar sig en beröringsstil?  
Metod: Grounded theory. Djupintervjuer med 8 erfarna intensivvårdssköterskor.  
Referenser: 31  
Land: Canada

---

Referensnr: 19  
Titel: **Taktil massage vid stroke och livskvalitet.**  
Författare: Olsson I, Rahm V-A, Högberg H.  
Tidskrift: Vård i Norden 2004;24(2):21-6.  
Syfte: Att undersöka den taktila massagens betydelse för strokepatienters återhämtning och välbefinnande. Hur påverkar den taktila massagen patientens ADL, självskattade livskvaliteten samt förbrukning av läkemedel?  
Metod: Prospektiv fall-kontroll studie där resultatet jämfördes med en kontrollgrupp. Man mätte upplevt välbefinnande med hjälp av NHP, personlig ADL med Sunnaas ADL-index samt konsumtion av läkemedel mot smärta, sömnproblem och depression/oro. 35 respondenter sammanlagt, 18 till undersökningsgruppen och 17 till kontrollgruppen.  
Referenser: 28  
Land: Sverige

---

Referensnr: 20  
Titel: **Elderly residents perception of nurses comforting touch.**  
Författare: Moore JR, Gilbert DA.  
Tidskrift: Journal of Gerontological Nursing 1995;21(1):6-13.  
Syfte: Att utforska om tillgivenhet och omedelbar närhet kommuniceras till boende på ett äldreboende genom beröring.  
Hypotes: Att de sjuksköterskor som använder "tröstande beröring" kunde kommunicera tillgivenhet och omedelbar närhet bättre till de boende än de som inte använde beröring.  
Metod: 25 respondenter från tre äldreboenden fick se på fyra olika videofilmer med fyra olika sjuksköterskor. Standardiserat frågeformulär med skattningsskalor. Bandupptagning under filmvisningen.  
Referenser: 27  
Land: USA

---

Referensnr: 21  
Titel: **Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional.**  
Författare: Edvardsson, JD, Sandman P-O, Rasmussen BH.  
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing, 2003;12:601-9.  
Syfte: Belysa innebörden av beröring i omvårdnaden av äldre patienter.  
Metod: Fenomenologisk- hermeneutisk metod enligt Ricoeur. Djupintervjuer med 12 sjuksköterskor och undersköterskor.  
Referenser: 52  
Land: Sverige

---

Referensnr: 22  
Titel: **Taktil massage som komplement i omvårdnadsarbetet i palliativ vård.**  
Författare: Alexandersson M, Dehlén C, Johansson I, Peterson I, Langius A.  
Tidskrift: Vård I Norden 2003;23(1):27-30.  
Syfte: Att belysa hur personal upplever att använda taktil massage i det kliniska arbetet på en hospiceavdelning och vilka effekter taktil massage har på patienterna.  
Metod: Semistrukturerade intervjuer med 5 sjuksköterskor och 5 undersköterskor.  
Referenser: 19  
Land: Sverige

---

Referensnr: 23  
Titel: **The right to touch and be touched.**  
Författare: Routasalo P, Isola A.  
Tidskrift: Nursing Ethics 1996;3(2):165-76  
Syfte: Förklara beröring så som den upplevs av patienter och vårdare inom äldreomsorg. Frågeställningar: Vilka erfarenheter har äldre patienter av beröring i omvårdnaden? Hur upplever vårdare beröringen av de äldre patienterna?  
Metod: Semistrukturerade intervjuer med 25 patienter och 30 vårdare.  
Referenser: 60  
Land: Finland

---

Referensnr: 24  
Titel: **Non-necessary touch in the nursing care of elderly people.**  
Författare: Routasalo P.  
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing 1996;23:904-11.  
Syfte: Beskriva förekomsten av affektiv beröring (non-necessary touch) mellan vårdare och patienter i omvårdnadssituationer vid morgon- och kvällsrutiner. Att belysa fenomenet affektiv beröring i omvårdnad. I vilka situationer berör vårdare och patienter varandra? Var berör de varandra och vad säger de när de berör varandra?  
Metod: Utarbetat observationsinstrument för ändamålet. Varje beröring spelades på videoband och kassetband. De deltagande vårdarna fick sedan utifrån filmerna identifiera vad som var affektiv beröring. Man sammanställde var på kroppen

beröringen skett genom att markera på enkla modeller och räknade hur många beröringar som skedde på olika kroppsdelar. 94 patienter och 32 vårdare.

Referenser: 44

Land: Finland

---

Referensnr: 25

Titel: **An examination of touch between nurses and elderly patients in a continuing care setting in Northern Ireland.**

Författare: McCann K, Mckenna HP.

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing 1993;18:838-46.

Syfte: Att kartlägga mängden och typen av beröring som äldre patienter mottar av sjuksköterskor och att undersöka hur patienternas perception av beröringen ser ut.

Metod: Icke deltagande observationer som mätte beröringstyp och frekvens. Semistrukturerade intervjuer med äldre patienter angående deras upplevelse av beröring genomfördes. 14 respondenter och 4 patienter vid observationerna.

Referenser: 41

Land: Storbritannien

---

Referensnr: 26

Titel: **The effect of expressive physical touch on patients with dementia.**

Författare: Kim EJ, Buschmann MT.

Tidskrift: International Journal of Nursing Studies 1999;36:235-43.

Syfte: Bestämma vilken effekt affektiv beröring med verbal kommunikation, EPT/V (expressive physical touch with verbalization), hade på ångest/oro och dysfunktionellt beteende (aggression, förvirring, vanföreställningar etc.) hos patienter med demens. Att ta reda på hur lång tid EPT/V har effekt efter att interventionen upphört.

Metod: Kvantitativ metod. 30 patienter fick 5 ½ minuters beröring två gånger om dagen under tio dagar. Pulsen mättes före och efter varje given EPT/V. Antalet utbrott av dysfunktionellt beteende mättes. Mätningarna fortsatte i ytterligare tio dagar efter att interventionen upphört.

Referenser: 35

Land: Sydkorea