

Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete KURS
VK12, 15hp
VT14

Beröring inom omvårdnad

Patienters och sjuksköterskors erfarenheter av expressiv beröring.
En litteraturöversikt

Touch in nursing

Patient's and nurse's experiences of expressive touch.
A literature review

Ivan Henriksson och Johannes Österberg

Sammanfattning

Bakgrund: Att beröra någon annan ger känslor och känslouttryck hos både individen som utför handlingen och mottagaren. Mellanmänsklig beröring är ett uttryck för kärlek eller tillgivenhet inom familjer och även i andra miljöer. I kliniska sammanhang är beröring viktigt p.g.a. den lugnande effekt och emotionella påverkan som sker. Att lägga handen på någon som lider kan skapa trygghet. Inom omvårdnad är beröring det viktigaste av alla icke-verbala beteenden. Beröring lugnar, tryggar, ger värme och stimulerar patienten.

Syfte: Syftet med denna studie var att beskriva patienters och sjuksköterskors erfarenheter av expressiv beröring.

Metod: Litteraturoversikt innehållande 10 vetenskapliga artiklar varav nio kvalitativa och en kvantitativ. Artiklar söktes i databaserna CINAHL, MEDLINE samt manuell sökning i Google scholar.

Resultat: Beröring var ett centralt behov för patienter. Vid beröring kände de sig sedda som individer. Sjuksköterskorna hade ett behov av att beröra patienter och att bli berörda. Sjuksköterskor använde beröring för att anknyta emotionellt. Sjuksköterskor och patienter hade behov av att beröra och att bli berörda på ett sätt som passade dem och beröringen gjorde att patienterna och sjuksköterskorna fick en samhörighet på ett djupare existentiellt plan. Det fanns skillnader i hur kvinnor och män uppfattade beröring. En god relation var avgörande för hur beröringen uppfattades.

Slutsats: Sjuksköterskorna ser expressiv beröring som något positivt medan patienternas uppfattningar varierar stort. Relationen med sjuksköterskan som utför beröringen är avgörande för hur beröringen uppfattas. Detta visar på nödvändigheten i att stämma av med patienten vid fysisk kontakt och att anpassa beröringen individuellt.

Klinisk betydelse: Att vara medveten om hur beröring används gör att sjuksköterskor kan skapa goda vårdrelationer från första ögonblicket och snabbt undvika missförstånd.

Nyckel ord: *Beröring, vårdrelation, fysisk kontakt, omvårdnads handling*

Abstract

Background: Touching provides emotional expression to both parties involved. Human touch is an expression of love or affection within families and other environments. Expressive touch in a clinical context is important due to its calming and emotional effect. Laying a hand on a suffering individual can provide comfort. Touch is the most important non-verbal behavior in caring. Touching calms comforts and stimulates the patient.

Aim: The aim of the study was to describe patient's and nurse's experiences of expressive touch.

Method: A literature review of 10 scientific articles consisting of nine was qualitative and one was quantitative. Articles were found using the databases CINAHL, MEDLINE and manually searched in Google scholar.

Result: Touch was a central need for patients. When they were touched, they felt that they were seen as individuals. Nurses also had the need to touch and to be touched by the patients. Nurses used touch to connect emotionally with patients. The touch made nurse's and patient's feel solidarity on a deeper existential level. There was a difference in perceptions of touch between men and women. A good nurse patient relationship was crucial to how the touch was perceived.

Conclusion: The nurses see expressive touch as something positive whilst the patient's perceptions vary. The nurse patient relationship is crucial to how the touch is perceived. This shows the necessity of checking with the patient while engaging in physical contact and to adapt the touch to the individual.

Clinical significance: Being aware of how expressive touch should be used enables nurses to establish good nurse patient relationships and quickly avoid misinterpretations.

Key words: *Touch, nurse patient relationship, physical contact. care action*

Innehåll	
Inledning	1
Bakgrund	1
Beröring och kroppskontakt	1
Beröring och relationer	2
Beröring inom omvårdnad	3
Problemformulering	4
Syfte	4
Metod	5
Design	5
Urval	5
Datainsamlingsmetod	5
Dataanalys	7
Etiska aspekter	7
Resultat	8
Att lindra lidande	9
<i>Beröringens potential</i>	9
<i>Att bli sedd</i>	9
Vårdrelation	10
<i>Att bry sig om</i>	10
<i>Att knyta band</i>	11
Personcentrering	11
<i>Att visa respekt</i>	11
<i>Utifrån kön</i>	12
Diskussion	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	15

<i>Att lindra lidande</i>	15
<i>Vårdrelation</i>	16
<i>Personcentrering</i>	17
Slutsats	18
Klinisk betydelse	19
Förslag på vidare forskning	19
Referenser	20
Bilagor	24
Bilaga I. Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod.....	24
Bilaga II. Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod	25
Bilaga III. Email-korrespondens	26
Bilaga IV. Litteratormatris	27

Inledning

Ett gott bemötande inom vården ger ökade möjligheter till goda vårderfarenheter. Fysisk kontakt har en stor del i bemötandet. Genom olika former av beröring visas allt ifrån distans till intimitet. Inom omvårdnaden ingår att trösta trygga och uppmuntra patienterna på olika vis. Exempel på hur detta kan göras är att hålla handen, hålla om eller ge en uppmuntrande klapp på axeln. Intresset för expressiv beröring väcktes under en verksamhetsförlagd utbildning (VFU) under psykiatrisk omvårdnad. Författarna till denna allmänna litteraturöversikt observerade en kontrast mellan hygieniska skyddskläder och symbolisk distans ute i somatiken jämfört med trygghetsskapande omfamning vid hög ångest hos patienter inom psykiatri.

Bakgrund

Beröring och kroppskontakt

Mellanmänsklig kroppskontakt är av största vikt i livets första skede och fortsätter att vara betydelsefull livet ut (Nilsson & Waldemarsson, 2007). Att beröra någon annan ger känslor och känslouttryck hos både givare och mottagare. Beröring är en form av tvåvägskommunikation. När andra människor rör vid oss och då vi rör andra får vi intryck av personen bakom beröringen och dennes avsikter. Avsikt och sammanhang avgör hur kontakten uppfattas. Sociala normer och vilken relation vi har till varandra reglerar hur, var och när vi får röra vid varandra. Genom beröring förmedlas såväl intimitet som social distans. Inom nära relationer är det mer accepterat med fysisk kontakt över stora delar av kroppen. Med obekanta förekommer istället sparsam kontakt, det begränsas exempelvis till handslag och markerar en viss social distans. När människor hamnar i nya och okända situationer, som t.ex. i vårdssammanhang blir de lätt osäkra och vill skydda sig. Vid dessa tillfällen kan anspänningen minskas genom fysisk kontakt, precis som en snabb massage kan ge smärtlindring vid en skada. För människor som vårdas inom slutenvård kan beröringen de får vid daglig skötsel vara den enda kroppskontakt de får, vilket gör denna stund högst betydelsefull (Nilsson & Waldemarsson, 2007). Hud mot hud kontakt spelar en viktig roll i tillväxt och utveckling hos alla däggdjur, inklusive människan. Nervsystemets tidiga utveckling beror på den typ av stimulering på huden som erhållits. Hos spädbarnet är huden det primära sensoriska organet vilket gör att barnet har ett stort behov av kroppskontakt. Tillfredsställs inte behovet kommer barnet att lida, även om konsekvenserna kan vara svåra att se på kort sikt. Spädbarn som får sina behov av beröring tillfredsställda har mer sällan

snuva, förkylningar, kräkningar och diarré. Beröringen påverkar struktur och sammanhängande funktioner i både immunförsvar och nervsystem (Montagu, 1986). Under historien har människans överlevnad varit beroende av förmågan att bedöma om andra människor är vänligt sinnade eller fientliga. Den andre personens kroppsspråk registreras omedvetet. Goda förutsättningar för kontakt skapas genom att bekräfta en person med hjälp av beröring t.ex. genom att ta varandra i hand. En annan betydelsefull faktor är närvaro och att vara öppen och nyfiken för den andre (Enqvist, 2007). Enligt MacDonald och MacDonald (2010) är de mest primitiva överlevnadsmekanismerna av asocial karaktär, exempelvis ”fight and flight” mekanismen. Under evolutionens gång har överlevnadsmekanismer av prosocial karaktär utvecklats som motvikt, exempelvis automatiska riskbedömningar av miljö och sociala sammanhang. Vid aktivering av de undermedvetna prosociala beteendena är hormonet oxytocin en väsentlig del av den neurokemiska miljö som skapar en känsla av säkerhet i sociala sammanhang. Evolutionära modeller anger prosocialt beteende och sociala band som ett resultat av två ”säkerhetssystem”. Ett äldre defensivt system som är känsligt för hot och motiverar rädsla, misstro, social distans och undvikande av risker. Ett nyare system som uppmuntrar trygghetskänsla genom social närhet, tillit och omsorg om andra individer. Oxytocin är centralt i ett system som författarna beskriver som ”Calm and connection”, motvikt till ”Fight and flight”. ”Calm and connection” stödjer förmånliga sociala anknytningar genom att påverka sensoriska, hormonella, autonoma, emotionella och motoriska system i riktning mot lugn och social mottaglighet. Prototypen är bandet mellan spädbarnet och den omvårdande modern (MacDonald & MacDonald, 2010).

Beröring och relationer

Takeuchi, Miyaoka, Tomoda, Suzuki och Kitamura (2010) beskriver hur spädbarnets anknytning till modern sätter psykologiska spår som formar relationer under resten av livet. Beröring tidigt i livet har positiv effekt på människors fysiska och psykiska välbefinnande senare i livet. Vuxna individers anknytningsmönster kan delas in i fyra grundtyper, vilka baseras på självbild och syn på andra, faktorer som grundläggs i barndomen. Positiv självbild och syn på andra ger trygga individer, negativ självbild och syn på andra ger rädda individer. Relationen mellan förälder och barn avgör hur anknytningsmönstret ser ut i vuxen ålder. Barn som blir ignorerade eller utsätts för våld blir ofta mer otrygga som vuxna än andra. Fysisk kontakt är minst lika viktigt för överlevnad som näring och sanitet, vilket enligt författarna är en biologisk nödvändighet. Mellanmänsklig beröring är ett uttryck för kärlek eller tillgivenhet inom familjer och även i andra miljöer. Bland spädbarn inom slutenvården finns en högre

mortalitet hos de som får lite eller ingen beröring av vårdpersonal. I kliniska sammanhang är beröring viktigt p.g.a. den lugnande effekt och emotionella påverkan som sker. Att lägga handen på någon som lider kan skapa trygghet (Takeuchi et al, 2010).

Expressiv beröring är affektiv och spontan och den är inte nödvändig utan ges frivilligt. Den är en form av icke- verbal kommunikation som används för att förmedla tillit, empati, försäkran och närvaro. För att kunna vara en holistisk intervention som möter fysiska, psykiska och spirituella behov, måste beröringen vara expressiv. Expressiv beröring kan även förmedla närhet, värme, att bry sig och uppmuntran vilket kan hjälpa till att övervinna sjukdom (Simington, 2010).

Beröring inom omvårdnad

Inom vårdvetenskapen lyfts människan fram som en mångdimensionell varelse bestående av kropp, själ och ande. Ingen av dessa delar är den andra övermäktig utan människan som enhet är alltid de tre. Detta innebär att de som arbetar med att ta hand om människor måste förhålla sig till den andre som ett subjekt och inte enbart en objektifierad kropp. Kroppen ses dock som ett säte för vår livsvärld samt vårt medel för att få kontakt med omvärlden (Eriksson, 1997). När en person upplever en förlust av sitt själv, blir hotad eller kränkt är det ett lidande. Detta är både en inre och yttre process som många patienter önskar att vårdaren uppmärksammar (Wiklund, 2003).

För att kunna skapa en så god vårdrelation som möjligt menar Dahlgren och Segesten (2010) att vårdaren bör utgå från patientens egen livsvärld och försöka förstå hur hälsa, sjukdom och vårdande erfars för just henne. Det är när vårdaren får reda på hur personen upplever sin sjukdom och den vård som ges som vårdpersonal kan börja modifiera omvårdnaden så att den blir personcentrerad. Livsvärlden blir den grund som vårdaren och patienten hjälper till att bygga vårdrelationen på. Vårdlidande kan uppstå ur en vårdrelation som är dysfunktionell. Det innebär att den lidande människan i sjukvården blir åsidosatt och blir fräntagen sin rätt att ta aktiv del i sin egen hälsoprocess och vårdandet.

Att utföra en omvårdnadshandling innebär att ha en sann och äkta närvaro i mötet med patienten, att förmedla hopp, att vägleda och belysa mening samt att vara ett närvarande vittne. Resultatet av detta agerande kan ge patienten upplevelse av minskat främlingskap, ökat välbefinnande eller meningsfullhet och en känsla av hopp (Willman, 2009).

Patient och vårdare har lika värde mot bakgrund av de mänskliga rättigheterna, men vårdrelationer är asymmetriska p.g.a. vårdbehovet hos ena parten. Patienten står i beroendeställning och vårdaren kan påverka både den konkreta fysiska omvårdnaden och patientens förståelse av sig själv och sin situation. En känsla av tillit i vårdrelationen kan växa fram genom vårdarens öppenhet, engagemang, förtroende och pålitlighet. I en vårdrelation kan tilliten beskrivas som en förutsättning för att patienten ska kunna anförtro sig åt vårdgivaren (Svensk sjuksköterskeförening, 2011). Karlsson, Sivonen och von Post (2007) menar att det som är avgörande för om vårdrelationen upplevs som vårdande eller icke vårdande är huruvida vårdaren bryr sig om patienten och t.ex. har ett genuint intresse av att veta mer om henne.

Den icke verbala kommunikationen förstärker relationer mellan patient och sjuksköterska och är ett värdefullt kommunikationsmedel. Inom omvårdnad är beröring det viktigaste av alla icke-verbala beteenden. Beröring lugnar, tryggar, ger värme och stimulerar patienten. Det finns två huvudtyper av fysisk beröring inom omvårdnad: nödvändig (instrumentell) och frivillig (expressiv). Nödvändig beröring innebär att sjuksköterskan utför en specifik arbetsuppgift, frivillig beröring är känslomässigt laddad och kan innebära att sjuksköterskan håller patientens hand. En tredje form av beröring är skyddande instrumentell beröring som fysiskt skyddar patienten, exempelvis genom användande av handskar (Gleeson & Timmins, 2004).

Problemformulering

Expressiv beröring är en omvårdnadshandling och en del i bemötandet av patienten. Den kan skapa lugn, trygghet och ge emotionell påverkan. Människor upplever världen och dess fenomen ur sina egna unika perspektiv oavsett var i samhället de befinner sig. Det är intressant att undersöka hur samstämmiga sjuksköterskors och patienters upplevelser är och vad som särskiljer dem. Skiljer sig upplevelserna finns det en risk att sjuksköterskans upplevelser värderas högre eftersom vårdrelationen är asymmetrisk. Medvetenhet om hur patienten upplever beröring ger personalen möjlighet att utföra adekvat personcentrerad omvårdnad.

Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva patienters och sjuksköterskors erfarenheter av expressiv beröring.

Metod

Design

En litteraturöversikt valdes som design för denna studie där sjuksköterskor och patienters erfarenheter av expressiv beröring inom omvårdnad beskrivs. Avsikten med att skriva en litteraturöversikt menar Friberg (2012) är att skapa en överblick. Denna studie har utgått från en kvalitativ ansats som kompletterats av en kvantitativ artikel. Forsberg och Wengström (2013) menar att kvalitativ ansats lämpar sig väl vid undersökningar av erfarenheter och upplevelser av ett fenomen.

Urval

Inklusions- och exklusionskriterier valdes ut för att minska antalet sökningar till en mer hanterbar mängd i enlighet med Willman, Stoltz och Bahtsevahni (2011)

Inklusionskriterier: studierna skulle vara peer reviewed, språket skulle vara engelska eller svenska och etiska överväganden skulle ha förekommit. Artiklarna skulle ha publicerats mellan 1992-2014.

Exklusionskriterier: artiklar som fokuserade på beröring i andra konstellationer än sjuksköterska – patient och behandlingsmetoder såsom taktil massage eller handpåläggning. Samtliga artiklar granskades utifrån William et al. (2011) protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod samt protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod.

Datainsamlingsmetod

Artiklar till denna studie söktes i databasvärden EBSCO Discovery Service. Inom denna databasvärd söktes artiklar ifrån databaserna CINAHL och MEDLINE. Dessa två databaser är speciellt relevanta för omvårdnadsforskare (Polit & Beck, 2009). CINAHL täcker verk inom engelskspråkig omvårdnadsvetenskap och MEDLINE täcker både medicin, hälsa och omvårdnad. Till en början skapades breda sökningar med hjälp av trunkeringar och boolean operatörer, vilka genererade i ett stort antal artiklar. Etablerade Mesh termer och ord som bedömdes vara relaterade till syftet för studien användes som sökord: *Touch**, *comfort*, *nurse patient relationship*, *physical contact*, *expressive touch*, *non essential touch* och *non significant touch* (Tabell 1). Urvalskriterierna användes därefter för att sälla i artiklarna, vilket enligt Polit och Beck (2009) är en nödvändighet efter en litteratursökning. Sällningen utfördes

genom att ta reda på om de var tillgängliga, t.ex. om de var skrivna på engelska eller svenska och om det fanns tillgång på tidskriften. Sedan kontrollerades huruvida artiklarna var relevanta för syftet med översikten, vilket skedde genom att läsa abstract. Fanns inget abstract fick detta avgöras genom att läsa titeln. Sökningarna gav sammanlagt 2078 träffar i EBSCO, samtliga titlar lästes. Av de sammanlagda sökträffarna lästes 199 abstracts och därefter 14 artiklar i sin helhet. Fyra studier valdes bort efter att ha lästs och syftet bedömdes vara irrelevant för denna studie. Två av artiklarna fokuserade mest på genusperspektiv och två av artiklarna handlade enbart om instrumentell beröring. Via Google scholar och EBSCO gjordes manuella sökningar och av dessa inkluderades till slut fyra stycken i resultatet. Totalt inkluderades 10 studier i resultatet. Om artikeln var tillgänglig och relevant kontrollerades metodens kvalitet. Ofta lästes artiklarna flera gånger, vilket gjorde att tillgången till en papperskopia underlättade processen.

Tabell 1: Söktabell

Databas	Avgränsning	Sökord	Antal träffar	Abstracts lästa	Inkluderade artiklar (nr isöklista)	Artikel nummer
EBSCO (CHINAHL, MEDLINE)	Full text, peer review, år: 2004-2014	Touch*(TX) AND Nurse patient relationship (TX) AND Physical contact (TX).	112	15	3 (1, 2, 3, 5, 8)	2, 6, 9
EBSCO (CHINAHL, MEDLINE)	Full text, peer review, år: 1992-2014	Touch* (TX) AND Comfort (TX) AND Physical contact (TX)	1411	100	3 (62, 69, 116)	7, 10, 8
EBSCO (CHINAHL, MEDLINE)	Full text, peer review, år: 1992-2014	Expressive touch(TI) OR non essential touch (TI) OR non significant touch (TI)	555	80	1 (69)	5
EBSCO (CHINAHL, MEDLINE)		”Chang” + ”Physical touch”	722	1	1 (1)	3
Google Scholar		”Borch”+ ”Hillervik” + ”Beröring”	45	1	1 (1)	1
EBSCO (CHINAHL, MEDLINE)	Manuell sökning, full text	Edvardsson (AU) AND Touch (TI)	3	1	1 (1)	4

Dataanalys

Forsberg och Wengström (2013) beskriver analysarbetet som att materialet bryts ner i mindre bitar och kodas. Av det kodade materialet skapas först subkategorier och därefter huvudkategorier. Målet med denna studie har varit att hitta likheter och skillnader i sjuksköterskors och patienters erfarenheter. De utvalda studierna lästes igenom vid ett flertal tillfällen och diskuterades gemensamt. För att få överblick över vem som sade vad i studierna färgkodades innehållet. Därefter översattes de markerade styckena som ingick i studiernas resultat och transkriberades till ett Word-dokument. Under genomläsningen gjordes en första grov sortering av återkommande meningsbärande enheter under de preliminära rubrikerna: kommunikation, negativa aspekter och psykologisk påverkan. Detta gjordes för att få en lättare överblick på de olika texterna som innehöll återkommande ord. När texterna var mer lätthanterliga och överskådliga noterades de erfarenheter som var vanligast förekommande och subkategorier framkom och sedan huvudkategorier. Huvudkategorierna var: att lindra lidande, vårdrelation, personcentrering med subkategorierna: beröringens potential, att bli sedd, att bry sig om, att skapa band, att visa respekt, utifrån kön (*Tabell 2*).

Etiska aspekter

År 1964 antogs Helsingforsdeklarationen av World Medical Association (WMA). Det är en sammanställning av etiska principer för medicinsk forskning på mänskliga subjekt som värnar om integritet, värdighet och personlig information (World Medical Association, 2014). Artiklarna som valdes ut till denna studie har alla fått tillstånd av en etisk kommitté eller är en studie där etiska överväganden gjorts, vilket Forsberg och Wengström (2013) menar är obligatoriskt för en litteraturöversikt. För att motverka bias intogs ett objektiva och kritiskt förhållningssätt genom att presentera även de erfarenheter av beröring som inte överensstämde med författarnas förförståelse. Litteratur som varit på andra språk än författarnas modersmål har översatts med egna kunskaper och lexikon, en så god översättning som möjligt har eftersträvat. Enligt Kjellström (2012) finns etiska frågeställningar i litteraturstudier relaterade till kunskaper i språk och metod. De kunskaperna är nödvändiga för att kunna göra rättvisa bedömningar av de artiklar som ingår i studien. Feltolkningar och nedlåtande beskrivningar av de människor som ingår i studierna kan annars förekomma. Vetenskapsrådet har gett ut riktlinjer för god medicinsk forskning och de betonar att fusk och ohederlighet inte får förekomma inom forskning. Med fusk och ohederlighet avses avsteg från god vetenskaplig sed så som: fabricering av data, stöld/plagiat av data, hypoteser eller metoder utan angivande av källa eller förvrängning av forskningsprocessen på annat sätt

(Gustafsson, Hermerén & Petterson, 2011). Genom användandet av en granskningsmall har det kontrollerats att det förekommer etiska överväganden i alla artiklar. För att motverka plagiat har källor angetts vid citat och författarna av denna studie har ej gjort sig till ägare av någon annans data.

Resultat

Resultatartiklarna presenteras i bilaga 3. Resultatet visade på att det fanns likheter och skillnader i upplevelser av beröring hos patienter och sjuksköterskor. Både sjuksköterskor och patienter ansåg att det fanns positiva och negativa aspekter. Huvudkategorierna som upplevelserna presenteras i var: att lindra lidande, vårdrelation, personcentrering. Subkategorierna var: beröringens potential, att bli sedd, att bry sig om, att skapa band, att visa respekt, utifrån kön.

Tabell 2: Kategorimatrix

Huvudkategori	Att lindra lidande	Vårdrelation	Personcentrering
<i>Subkategori</i>	<i>Beröringens potential</i>	<i>Att bry sig</i>	<i>Att visa respekt</i>
Författare, år	<i>Att bli sedd</i>	<i>Att skapa band</i>	<i>Utifrån kön</i>
1. Borch, E., & Hillervik, C., 2005	x	x	x
2. Bundgaard, K., Sørensen, E., & Nielsen, K., 2011	x	x	x
3. Chang, S. O., 2001	x	x	
4. Edvardsson, J., Sandman, P., & Rasmussen, R., 2003	x	x	x
5. Estabrooks, C.A., & Morse, J. M. , 1992	x	x	x
6. Gleeson, M., & Higgins, A., 2009	x	x	x
7. McCann, K., & McKenna, H.P., 1992	x		x
8. Routasalo, P., & Isola, A., 1998	x	x	x
9. Salzman-Erikson, M., & Eriksson, H. 2005	x	x	
10. Vannorsdall, T., Dahlquist, L., Shroff Pendley, J., & Power, T. , 2004	x	x	

Att lindra lidande

Beröringens potential

Patienter upplevde att expressiv beröring var ovälkommet om det inte fanns ett förtroende etablerat mellan sjuksköterska och patient (McCann & McKenna, 1992). Patienter i Borch och Hillerviks (2005) studie uttryckte sig neutralt eller likgiltigt angående upplevelsen att bli berörd, oavsett typ av beröring.

Sjuksköterskor uppfattade beröring som svårt att definiera och det kunde vara svårt att skilja på olika typer av beröring (Estabrooks & Morse, 1992). Expressiv beröring sågs som ett kraftigt verktyg som kunde användas för att ge uppmuntran och tröst samt riva barriärer mellan sjuksköterskor och patienter (Gleeson & Higgins, 2009). Enligt Chang (2001), Edvardson (2003) och Bundgaard et al. (2011) är expressiv beröring en naturlig del i omvårdnadsarbetet. Sjuksköterskorna upplevde att expressiv beröring hade en signifikant relevans för minskade stressnivåer hos patienter som skulle genomgå medicinska undersökningar (Vannorsdall, 2004). När en patient var ovillig att medverka vid vissa procedurer försökte en sjuksköterska med verbal övertalning, som kompletterades med kramar, klappar och smekningar i lugnande syfte (Routasalo & Isola, 1998). Sjuksköterskor i Edvardsson et al. (2003) studie upplevde att professionell mognad var en förändring från att vara omedveten om den expressiva beröringens påverkan till att bli medveten om beröringens potential och hur den kan användas med omtanke. De ansåg att medvetenhet om beröring kunde ge en känsla av att ha kraften att minska lidande. Expressiv beröring applicerades både medvetet och omedvetet av sjuksköterskor (Bundgaard et al. 2011). Beröring kunde med fördel användas i det första mötet mellan patient och sjuksköterska (Gleeson & Higgins, 2009).

The first thing i do is go up and shake hands. When you are introducing yourself... That's the first contact, 90% of the time... It's very much... trying to develop some sort of rapport with them and then take it from there... (Gleeson & Higgins, 2009, s.385)

Att bli sedd

Patienter beskrev att beröring kunde få dem att känna sig sedda som individer och hela som människor (Borch & Hillervik, 2005; Salzmänn-Eriksson & Eriksson, 2005). Fysisk kontakt upplevdes som ett centralt behov (Salzmänn-Eriksson & Erikssons, 2005; Buundgard et al., 2011). Om behovet av att bli berörd blev negligerat kunde patienterna i Salzmänn-Eriksson och Erikssons (2005) studie initiera i fysisk kontakt med andra människor för att uppfylla sina egna behov.

Sjuksköterskor upplevde att expressiv beröring ändrade deras synsätt på patienterna och att de gick från en sjuk kropp till att bli en person (Edvardson et al., 2003). En sjuksköterska i studien av Bundgaard et al. (2011) uppfattade att patienter hade ett behov av att bli berörda. I Edvardsson et al. (2003) studie användes beröring främst på de patienter som visade tecken på lidande såsom smärta, ångest, sömnstörningar och oro.

Vårdrelation

Att bry sig om

Beröring gav patienter en känsla av välbefinnande (Borch & Hillervik, 2005; Chang, 2001). Välbefinnande definierades av patienterna som avslappning, glädje och lättnad (Borch & Hillervik, 2005). Upplevelsen var att sjuksköterskors beröring hade en tröstande funktion (Salzmann-Eriksson & Eriksson, 2005; Bundgaard et al., 2011). Beröring kunde även förmedla trygghet (Borch & Hillervik, 2005).

Sjuksköterskor upplevde att deras beröring hade en tröstande funktion (Gleeson & Higgins, 2009; Chang, 2001). Expressiv beröring kunde även förmedla trygghet (Bundgaard et al., 2011; Chang, 2001). Enligt Routasalo och Isola (1998) var sjuksköterskors syfte med att beröra att de ville hjälpa, måna om och lugna patienter. Beröring användes även för att stärka positiva känslor, erbjuda säkerhet och för att visa att någon bryr sig. Sjuksköterskor i Vannorsdalls (2004) kvantitativa studie reagerade instinktivt med expressiv beröring vid verbala uttryck av oro hos patienterna. Beröring var ett sätt att förmedla empatisk förståelse (Chang, 2001). Betydelsen av att se en god effekt av beröring hos patienter gjorde dubbel verkan, d.v.s. att se en god effekt hos patienten gjorde att sjuksköterskor kände en god verkan hos sig själva. Detta gjorde i sin tur att de kände en stolthet och tillfredsställelse över sig själva och det arbete de utfört (Edvardsson et al., 2003). Även sjuksköterskor i Estabrooks och Morses (1992) studie beskriver hur beröringen skapar en emotionell känslighet hos dem där känslor av tillfredsställelse, belöning eller glädje uppstår när det går bra för patienten. Om det går mindre bra kan istället känslor av emotionell smärta, sorg, ilska eller bedrövelse uppstå.

It's clear that if you can, when you feel that this is giving the recipient something, then it in itself means some sort of satisfaction, as it were. O.K. Here I am doing something which is good and which does good. Then you're calmer in yourself, too, when you're giving. It gives me something in that the recipient gets something, so I get something myself as well. (Edvardsson et al., 2003, s.605)

Estabrooks och Morse (1992) beskriver hur sjuksköterskor redan innan beröringen bestämt sig för att beröringen kommer att ge patienterna en känsla av trygghet och behag. Detta

eftersom sjuksköterskorna själva önskade att bli berörda om de skulle befinna sig i patienternas situation. Sjuksköterskor avslutade ofta sina omvårdnadsåtgärder genom att klappa eller krama patienten alternativt genom att lägga handen på patientens axel (Routasalo & Isola, 1998). Avsikten var att lämna patienten vid gott mod.

Att knyta band

Expressiv beröring upplevdes av patienter som en upplysande och bekräftande handling som förmedlade känslor och stärkte emotionella band. Den fysiska kontakten gjorde att patienter kunde anknyta till andra människor och uppleva samhörighet på ett djupare existentiellt plan (Salzmann-Eriksson och Erikssons, 2005). En patient i studie förklarar hur anknytningen i hud mot hud är som att ”*bumping souls*” (Estabrooks & Morse, 1992, s.453).

Sjuksköterskor anser att beröring kräver förberedelse. En metaforisk bubbla skapas där sjuksköterska och patient kan vara tillsammans inom beröring. Maktrelationerna överskrids och ett ögonblick av jämlikhet upplevs, sjuksköterskan och patienten möts som människor (Edvardsson et al., 2003). Sjuksköterskor i Estabrooks och Morses (1992) studie beskriver istället en metaforisk bubbla som representerar patientens personliga sfär. För att anknyta till patienten försöker sjuksköterskorna att ta sig in i denna bubbla. Gleeson och Higgins (2009), Chang (2001) och Edvardsson et al. (2003) menar även de att sjuksköterskor upplevde att beröring var ett sätt att anknyta på ett emotionellt plan.

Personcentrering

Att visa respekt

Patienter misstolkade lätt sjuksköterskor motiv med expressiv beröring (McCann & McKennas, 1992). Oönskad fysisk kontakt skapade känslor av underlägsenhet, rädsla och självutplåning. De känslorna upplevdes som kvävande och betryckande (Salzmanns-Eriksson & Erikssons, 2005). Borch och Hillervik (2005) menade att patienter kände att de hamnade i beroendeställning om de blev påtvingade beröring. Oro uppstod oftast när personalen var stressad och hade bråttom eller var hårdhänta. Det var inte en självklarhet att patienter var villiga att tillåta den närhet som beröring innebär. För att kunna komma nära in på patienten krävs att ett förtroende är upprättat och att det råder tillit i vårdrelationen (Bundgaard et al., 2011). Om en god relation saknades kunde beröringen väcka negativa känslor (Salzmanns-Eriksson & Eriksson, 2005; McCann & McKenna, 1992). Kroppsdelen som berördes upplevdes som en faktor för hur beröringen upplevdes, t.ex. uppfattades expressiv beröring av benet som ett intimt beteende (McCann & McKennas, 1992).

Sjuksköterskor erfarde att deras sätt att beröra hade vuxit fram genom den egna kulturella bakgrunden, sjuksköterskeutbildningen och det konstanta samspelet med patienter ute i den kliniska verkligheten. De ansåg att kulturell bakgrund hade störst inflytande (Estabrooks & Morses, 1992). Kulturell bakgrund upplevdes vara en stor del av beröringen dock fanns det kulturellt en bredd i attityder och utföranden relaterade till beröring. Sjuksköterskor var väldigt medvetna om vikten av att respektera patienters bakgrund och kultur och behovet av att anpassa omvårdnaden efter den (Gleesons & Higgins, 2009; Edvardsson et al., 2003). Vissa undvek att vidröra patienter mer än nödvändigt medan andra jobbade så nära intill patienterna att deras kroppar nuddade vid varandra. Alla sjuksköterskor undvek dock att beröra patienter om detta orsakade smärta eller var mot deras vilja (Routasalos & Isola, 1998). Det upplevdes att det fanns många potentiella kränkningar vid beröring, t.ex. om sjuksköterskan initierade intim beröring utan att först stämna av med patienten (Estabrooks och Morses, 1992). Patienternas mottaglighet för beröring bedömdes genom icke-verbala antydningar (Gleeson & Higgins, 2009).

Even just touching their hand, you'll know if somebody is going to pull away. If they feel uncomfortable then you've crossed a boundary. You'll get verbal and non-verbal cues off patients if you've entered their personal space, if they're recoiling from you. (Gleeson & Higgins, 2009, s.386)

Utifrån kön

Hur bekväm en individ är med att bli berörd av en sjuksköterska är enligt patienterna i McCann och McKennas (1992) studie förknippat med vilket kön det är på sjuksköterskan. Både manliga och kvinnliga patienter upplevde att expressiv beröring från en manlig sjuksköterska gjorde dem väldigt obekväma.

I Routasalo och Isolans (1998) studie skiljde det sig åt hur sjuksköterskor berörde patienter. Kvinnliga patienter kramades och smektes varsamt av sjuksköterskorna medan de manliga patienterna istället blev varsamt klappade på axeln. Manliga sjuksköterskor upplevde att det var utmanande att vårda kvinnliga patienter med tanke på beröring. De ansåg att misstolkad beröring kunde ge upphov till anklagelser om sexuellt opassande beteenden och begränsade den fysiska kontakten med kvinnliga patienter p.g.a. detta. De höll avståndet genom att bara skaka hand eller lägga handen på arm eller axel och när interaktionen skedde så var de i allmänna utrymmen där människor kunde se dem. (Gleeson & Higgins, 2009). De flesta kvinnliga sjuksköterskorna i studien uppfattade dock inte beröring mellan sjuksköterska och

patient som en intim handling. Bara en kvinna uttryckte att hon kunde känna sig obekvämt med att röra manliga patienter.

Diskussion

Syftet med denna allmänna litteraturöversikt var att beskriva patienters och sjuksköterskors erfarenheter av expressiv beröring. Resultatet visade att beröring var ett centralt behov för patienter och sjuksköterskor. Vid beröring kände de sig sedda som individer. Sjuksköterskor använde beröring för att anknyta emotionellt och beröringen gjorde att patienterna och sjuksköterskorna fick en djupare samhörighet. Kvinnor och män uppfattade beröring olika. En god vårdrelation var avgörande för hur beröringen uppfattades.

Metoddiskussion

En styrka med metoden var att resultatet skapade en bra bild av dagens kunskapsnivåer inom området. En allmän litteraturöversikt syftar till att beskriva kunskapsläget inom ett visst område. Svagheter med allmänna litteraturöversikter kan vara att författarna bara har tillgång till begränsad mängd relevant forskning, att urvalet kan bli selektivt och att olika experter inom samma område kan komma fram till helt olika slutsatser (Forsberg & Wengström, 2013). I denna studie visade det sig vid litteratursökningen att ämnesområdet var smalt och urvalet begränsat. Forskningen inom området beröring handlar ofta om olika behandlingsmetoder som t.ex. taktil massage och handpåläggning. Eftersom upplevelsen av expressiv beröring var vårt intresseområde uteslöts alla artiklar med fokus på enbart instrumentell beröring. Det begränsade urvalet gjorde att selektiv bias motverkades. Inledningsvis valdes avgränsningen 2004 - 2014 som intervall för studiernas ålder, vilket under processen kom att omvärderas och ändras till år 1992 - 2014. Då det upptäcktes att beröring som fenomen inom omvårdnad var föga utforskat och många studier på ämnet fortsätter vara aktuella trots sin ålder utökades spannet.

I denna studie valdes studier med både kvalitativ och kvantitativ ansats. Enligt Willman et al. (2011) kan forskning som bygger på studier med kvalitativ metod komplettera och fördjupa kunskap som redovisas med kvantitativ metod. Olika metoder kompletterar varandra genom sina olika perspektiv och detta underlättar i att förstå vårdverkligheten. I kvalitativa studier inkluderas personer som har erfarenhet av det fenomen som är i fokus för den aktuella studien, eftersom det är en förutsättning för att kunna berätta om det (Henricson & Billhult, 2012) Med hjälp av urvalskriterierna och flertalet genomläsningar konstaterades att de kvalitativa studierna studerade expressiv beröring och att de därmed var trovärdiga. Den

kvantitativa var reproducerbar vilket de visade genom att upprepa samma mätning flera gånger. Validiteten var hög då de ökade stressnivåerna och oron hos patienterna var statistiskt signifikant relaterat till interventionen. Variationsrika berättelser erhålls om informanterna har olika ålder, kön, utbildningsnivå, inkomst, familjesammansättning, sociala förhållanden etc. Patienter och sjuksköterskor från olika delar av världen (Sverige, Danmark, Kanada, USA, Sydkorea, Irland, Nordirland och Finland) och olika vårdinrättningar/avdelningar valdes eftersom expressiv beröring kan implementeras i all typ av omvårdnad. I denna litteraturöversikt ingick patienter och personal från geriatrik, psykiatri, pediatrik och öppenvård. Att informanterna kom från olika bakgrunder ansågs vara en styrka i denna studie då detta ger olika perspektiv på fenomenet. Ingen grupp med specifik bakgrund har exkluderats i urvalet. Enligt Kjellström (2012) avgörs ett studentarbets värde av om och hur resultatet kommer till nytta. I detta arbete var resonemanget att expressiv beröring är en omvårdnadshandling som återfinns i alla grenar av hälso- och sjukvård och resultatet kan implementeras inom alla verksamheter som sjuksköterskor agerar i. Vidare resonerades att det var praktiskt genomförbart med en litteraturstudie och att det skulle kräva mindre resurser och mindre krävande medverkan än vid en empirisk studie. Med syftet i åtanke under sammanställning av resultat och diskussion försäkrades att forskningsfrågan blev besvarad. Henricson (2012) menar att det är värt att diskutera om resultaten från forskning i andra länder är överförbart i det svenska sjukvårdssystemet. Är majoriteten av studierna från Sverige bör man fundera om det går att använda i andra kontexter. Då fem av de 10 artiklarna i resultatet var från nordiska länder och nio av dem var från länder i västvärlden ansågs de därmed vara överförbara till svensk sjukvård.

De utvalda texterna måste kvalitetsgranskas, annars är det oklart vad analysen grundas på. Det är inte bara artikelns resultat som är av intresse utan även hur det har kommit till (Friberg, 2012). Artiklarna i denna studie kvalitetsgranskades med hjälp av Willman et al. (2011) granskningsmall för kvalitativa och kvantitativa studier. Frågor som besvarades med ja fick 1 poäng, nej och vet ej fick 0 poäng. Kvantitativa artiklar kunde få högst 15 poäng där 1-6 poäng bedömdes som låg, 7-10 poäng bedömdes som medel och 11-15 poäng bedömdes som hög kvalitet. Kvalitativa artiklar kunde få högst 14 poäng där 1-5 poäng bedömdes som låg, 6-10 poäng bedömdes som medel och 11-14 poäng bedömdes som hög kvalitet. Resultatet av kvalitetsgranskningen av artiklar redovisas i artikelmatrisen (*Bilaga IV*). Av alla 10 studier som inkluderades i resultatet var åtta av medel eller hög kvalitet. Två av artiklarna uppfyllde generellt kriterierna bra men var bristande i de etiska aspekterna. I Estabrooks och Morses

(1992) studie fanns ingen granskning av en etisk kommitté men efter noggrann genomgång konstaterades att etiska överväganden hade gjorts. I Changs (2001) studie fanns ingen granskning från etisk kommitté eller etiska överväganden vilket sänkte kvalitén. Då denna artikel bedömdes relevant för resultatet, gjordes efterforskningar på hur förfarandet kring publikation i Journal of Advanced Nursing går till. De använder sig av Best Practice Guidelines on Publishing Ethics: A Publishers Perspective (2014). Detta ökade förtroendet för författaren. Författaren kontaktades via e-mail (*Bilaga III*) och svar erhöles där författarens etiska överväganden framkom. Likt Sverige fanns det ej lagstiftning i Sydkorea angående granskning av etisk kommitté för över 10 år sedan (SFS 2003:460). Då studien genomgått tre stycken peer reviews varav två var från en respekterad vetenskaplig tidskrift ansågs studien uppfylla kriterierna för etiska överväganden till viss del.

Under arbetets gång har det varit en styrka att vara två författare eftersom det minskar risken för språkliga missförstånd och ger fler perspektiv i tolkning av data. Vid analysen har kategorierna och subkategorierna kontinuerligt omvärderats och bearbetats för att få fram det mest representativa materialet. Det går inte att utesluta att förförståelsen påverkat dataanalysen och resultatet. Den förförståelse som fanns var att expressiv beröring uppfattades positivt av patienter. För att inte låta detta påverka resultatet intogs ett förhållningssätt där inga upplevelser värderades mer än några andra. I resultatet presenterades även resultat som inte överensstämmer med de erfarenheter som fanns.

Resultatdiskussion

Att lindra lidande

Resultatet visade att beröring var ett centralt behov för patienter. När de blev berörda kände de sig sedda som individer. Sjuksköterskor bestämmer vart patienter kan gå, vilka kläder de kan ha på sig och vilken mat de kan äta. Sjuksköterskorna kan därmed omedvetet bidra till avpersonifiering och ställa patienterna i underordnad position (Edwards, 1998).

Resultatet visade att sjuksköterskor som använde sig av expressiv beröring ändrade synsätt på patienter. Sjuksköterskor känner sig nöjda när de får patienter att slappna av genom beröring. Det gör också att de känner sig behövda (Adomat & Killingworth, 1994). Enligt Edwards (1998) har beröring effekt både på personen som utför handlingen och den person som är målet för handlingen. Patienter har ett lika stort behov av att beröra som av att bli berörda. Det finns en oskriven regel för beröring som innebär att den professionella får beröra

patienten, men det finns ingen regel som säger hur patienten får beröra. Patienter och sjuksköterskor behöver en lättidentifierad gräns för acceptabel beröring (Edwards, 1998).

Vårdrelation

Resultatet visade att sjuksköterskor som berörde patienter upplevde att de blev emotionellt påverkade och hade lättare att förmedla empatisk förståelse. De ansåg att beröringen hade en tröstande funktion. Gleeson och Timmins (2004) menar att sjuksköterskor har en unik ställning som innebär att de kan erbjuda tröstande och välgörande beröring som är acceptabel för patienter. Denna beröring blir då en livlina vilken gör att patienterna kan bibehålla en del av den person de förlorat i och med sin sjukdom. Enligt Adomat och Killingworth (1994) använder sig sjuksköterskor av mer expressiv beröring med de patienter som har en dålig sjukdomsprognos. Författarna menar att sjuksköterskor ofta utvecklar en speciell relation med dessa patienter vilket gör att de erhåller mer beröring. Routasalo (1996) stödjer Adomat och Killingworth (2004) i deras mening att sjuksköterskor skulle ha ett par patienter på avdelningen som sina favoriter och att de skulle erhålla mer expressiv beröring än andra. Routasalo (1996) menar dock att dessa patienter är de som har den mest positiva prognosen på avdelningen och att det var viktigt för sjuksköterskor att dessa patienter kunde återgälda den expressiva beröringen, eftersom de ansåg det viktigt att själva bli berörda.

Resultatet visade även att patienter ansåg att känslor förmedlades vid beröring, vilket stärker emotionella band och ger en samhörighet med sjuksköterskorna på ett djupare existentiellt plan. Det essentiella för att en god vårdrelation skall kunna uppstå är att patienter lär känna sjuksköterskorna och att tillit uppstår. Patienter har behov som bara kan uppfyllas av en sjuksköterska. Vårdrelationen är en asymmetrisk relation mellan den lidande patienten som behöver hjälp av en specifik sjuksköterska för att lindra lidandet. Om patienter inte får tillit för sjuksköterskor eller att de inte får respekt av dem känner de sig försummade trots att de får omvårdnad (Berg & Danielson, 2007).

Resultatet visade att sjuksköterskor använde beröring för att anknyta emotionellt. Ett återkommande begrepp var en metaforisk "bubbla" som definierades olika. Definitionen "bubbla" kan syfta till den personliga sfär som Takeuchi et al. (2010) menar uppkommer mellan två till tre personer som berör varandra. Den personliga sfären identifieras av sjuksköterskor och patienter som det område precis i anknytning till patienten så som säng, stol och skåp (Edwards, 1998). Enligt författaren tillåts individer med olika roller (t.ex.

sjuksköterskor) olika grad av tillgång till patienters personliga sfär. Att patienten tillåter detta intrång kan associeras till deras sjukdom. Acceptansen minskar dock ju friskare patienten blir.

Personcentrering

Resultatet visade att sjuksköterskor ansåg att deras beröringsstil utvecklades genom kulturell bakgrund, utbildning och genom patientmöten. Enligt Adomat och Killingworth (1994) använder sig sjuksköterskor som är nya i yrket av betydligt mer expressiv beröring än de som har fler än två års yrkeserfarenhet. Institutioner och organisationer kan få sjuksköterskor att bli dysfunktionella och tillbakadragna. Sjuksköterskor hänvisar ofta till att patienter blivit hospitaliserade, men även sjuksköterskor kan bli hospitaliserade. De uppvisar då brist på motivation och är ointresserade av att leverera individanpassad vård. Detta skulle kunna vara en anledning till att vissa sjuksköterskor enbart utför instrumentell beröring. Routasalo (1999) menar också att sjuksköterskor har en individuell beröringsstil. Enligt författaren är kulturell bakgrund, livserfarenhet och personlighet de faktorer som skapar den personliga beröringsstilen. Davidhizar och Giger (1997) hävdar att beröring är ett inlärt beteende för vissa sjuksköterskor, för andra är det en intuitiv förmåga att beröra på ett korrekt sätt. Det finns även skillnader i hur människor berör varandra beroende på kulturell bakgrund, ålder och kön. I vissa kulturer ska omvårdnad bara ske av en person som har samma kön som patienten. Olika uppfattningar av beröring finns även inom olika socioekonomiska grupper, de som har en högre levnadsstandard berör generellt mindre och är mindre mottagliga för de positiva effekterna av beröring än de med lägre levnadsstandard.

Resultatet visade att sjuksköterskor ansåg att det var viktigt att ha respekt för patienter och att vara finkänslig eftersom patienter lätt kunde bli kränkta annars. Det är viktigt att känna igen situationer där beröring inte är det bästa tillvägagångssättet och att vara uppmärksam på att patienten kan ha en negativ inställning till att bli berörd (Davidhizar & Giger, 1997). Många människor visar inte missnöje utåt och för sjukvårdspersonal är det viktigt att vara uppmärksam på responsen som patienten ger.

Resultatet visade att manliga sjuksköterskor undvek att beröra kvinnliga patienter i största allmänhet, men kvinnliga sjuksköterskor berörde manliga patienter expressivt utan att se det som en intim handling. Enligt Harding (2008) har könsstereotyper skapat en diskurs som gör gällande att det är acceptabelt med intim beröring från kvinnliga sjuksköterskor, men inte från manliga. Detta kan förklaras genom den traditionella socialisationsprocess som män och kvinnor går igenom, där kvinnor förväntas vara mer vårdande och omtänksamma medan män

ses som beskyddare (Edwards, 1998). Takeuchi et al. (2010) stödjer detta och tillägger att paternal beröring ger en känsla av värme, säkerhet och beskydd. Enligt Harding (2008) normaliserar mödraidealet att kvinnor har intim, icke-sexuell kontakt med andra människors kroppar. Edwards (1998) menar att omvårdnad har betraktats som en förlängning av mamma/fru-rollen.

Resultatet visade att patienter ansåg att det var lätt att misstolka sjuksköterskors beröring. Beröring var en otrevlig upplevelse om patienterna saknade en god relation till sjuksköterskan och det orsakade känslor av underlägsenhet, beroende och obehag. Patientens uppfattning av beröringen är alltid individuell och beroende av externa faktorer (Routasalo, 1999). Davidhizar och Giger (1997) menar att det är viktigt att vara medveten om att en patient som i ett sammanhang tycker om att bli berörd, i ett annat kan uppleva beröring som negativt.

Resultatet visade att patienter var obekväma med att manliga sjuksköterskor använde sig av expressiv beröring. Manliga patienter uppfattar beröring från kvinnliga sjuksköterskor som mer positivt än vad kvinnliga patienter gör. Sjuksköterskor tolkar dock patienters beteenden som att kvinnor är mer mottagliga för beröring (Davidhizar & Giger, 1997). Enligt Harding (2008) kan beröring från manliga sjuksköterskor skapa obehag för båda parter eftersom de betraktas som ett sexuellt hot. Beröringen kan orsaka misstolkningar, misstankar och anklagelser om opassande beteende.

Slutsats

Sjuksköterskor använder beröring för att trösta, förmedla trygghet och anknyta emotionellt. Genom beröringen börjar de se patienterna som människor och de upplever positiva känslor när patienten gör framsteg. Sjuksköterskorna ser expressiv beröring som något positivt, men patienternas uppfattningar varierar stort. Vissa känner sig bekräftade, sedda, trygga, tröstade eller upplever att de får en känsla av välbefinnande. Andra patienter upplever att de blir kränkta, hamnar i beroendeställning eller tror att avsikten är sexuell. Relationen med den som berör är avgörande för hur beröringen uppfattas. Det visar på nödvändigheten i att stämma av med patienten vid fysisk kontakt och att anpassa beröringen individuellt. Både sjuksköterskor och patienter har behov av att beröra och att bli berörda på ett sätt som passar dem. Sker beröringen på ett positivt sätt kan vårdrelationen stärkas och därmed ha positiva effekter för omvårdnaden.

Klinisk betydelse

Majoriteten av de verksamheter som sysselsätter sjuksköterskor innefattar beröring. Medvetenhet om att expressiv beröring har dubbel verkan och att både sjuksköterska och patient har ett behov av den kan göra att expressiv beröring blir ett användbart verktyg i omvårdnaden. För att kunna hantera verktyget på rätt sätt krävs en korrekt avläsning av patientens behov. En korrekt avläsning skapar tillit hos patienten och stärker vårdrelationen, vilket i sin tur gör att beröringen kan ge positiva effekter. Misstolkas patienten och beröringen sker på ett felaktigt sätt kan hen känna sig kränkt och underlägsen. Att vara medveten om hur beröring används gör att sjuksköterskor kan skapa goda vårdrelationer från första ögonblicket och snabbt undvika missförstånd.

Förslag på vidare forskning

Eftersom patienter uppfattar beröring olika behöver sjuksköterskestudenter lära sig hur de ska läsa av patienterna. Ett förslag på vidare forskning kan vara att undersöka hur patienter uppfattar instrumentell beröring, då det överraskande framkommit att vissa patienter föredrar detta framför expressiv beröring. Beröringsstil utvecklas kontinuerligt och sker bl.a. genom patientmöten. Det kan finnas ett värde i att diskutera om det går att göra teori av expressiv beröring och om det i så fall är något som ska ingå i grundutbildningen. Vidare forskning på hur individer lär sig expressiv beröring är önskvärt.

Referenser

(* markerar de studier som ingår i resultatet)

Adomat, R., & Killingworth, A. (1994). Care of the critically ill patient: The impact of stress on the use of touch in intensive therapy units. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 912-922.

Berg, L., & Danielson, E. (2007). Patient's and nurse's experiences of the caring relationship in hospital: An aware striving for trust. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21, 500-506.

*Borch, E. & Hillervik, C. (2004). Upplevelser av kroppslig beröring i omvårdnadsarbetet: Patienter berättar. *Vård i Norden*, 24(74), 48-53.

*Bundgaard, K., Sørensen, E., & Nielsen, K. (2011). The Art of Holding Hand: A Fieldwork Study Outlining the Significance of Physical Touch in Facilities for Short-Term Stay. *International Journal For Human Caring*, 15(3), 34-41.

*Chang, S. O. (2001). The conceptual structure of physical touch in caring. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 820-827. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01721.x.

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

Davidhizar, R., & Giger, J.N. (1997). When touch is not the best approach. *Journal of Clinical Nursing* 6, 203-206.

*Edvardsson, J., Sandman, P., & Rasmussen, R. (2003). Meanings of giving touch in the care of older patients: Becoming a valuable person and professional. *Journal Of Clinical Nursing*, 12(4), 601-609. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00754.x.

Edwards, S.C. (1998). An anthropological interpretation of nurse's and patient's perceptions of the use of space and touch. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 809-817.

Enqvist, B. (2007). Utlämnad, liten, sårbar. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. (s.409-423). Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1997). *Vårdandets idé*. (1. uppl.) Stockholm: Liber AB.

*Estabrooks, C.A., & Morse, J. M. (1992). Toward a theory of touch: The touching process and acquiring a touching style. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 448-456.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3. Uppl.). Stockholm: Natur & kultur.

Friberg, F. (2012) Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s.37-46). Lund: Studentlitteratur.

*Gleeson, M., & Higgins, A. (2009). Touch in mental health nursing: an exploratory study of nurses' views and perceptions. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 16(4), 382-389. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01389.x

Gleeson, M., & Timmins., F. (2004). Touch: A fundamental aspect of communication with older people experiencing dementia. *Nursing older people*, 16(2), 18-21.

Gustafsson, B., Hermerén, G., & Petterson, B. (2011). *God forskningssed* (VR – rapport, 2011:01). Stockholm: Vetenskapsrådet. Från <http://www.vr.se/download/18.3a36c20d133af0c12958000491/1321864357049/God+forsknin gssed+2011.1.pdf>

Harding, T. (2008). Suspect touch: A problem for men in nursing. *Nursing Journal NorthTec*, 12, 28-34.

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

Henricson, M., & Billhuldt, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.129-137). Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, M., Sivonen, K., & von Post, I. (2007) Bry sig om: En begreppsanalys. *Vård I Norden*, 27(4), 38-43.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.69-95). Lund: Studentlitteratur.

MacDonald, K., & MacDonald, T. (2010). The Peptide That Binds: A Systematic Review of Oxytocin and its Prosocial Effects in Humans. *Harvard Review Of Psychiatry*, 18(1), 1-21. doi:10.3109/10673220903523615

*McCann, K., & McKenna, H.P. (1992). An examination of touch between nurses and elderly patients in a continuing care setting in northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 838-846.

Montagu, A. (1986). *Touching: the human significance of the skin*. (3. ed.) New York: Harper & Row.

Nilsson, B., & Waldemarson, A-K. (2007). *Kommunikation: Samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2009). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. (7. Uppl.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Routasalo, P. (1996). Non-necessary touch in the nursing care of elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 904-911.

*Routasalo, P., & Isola, A. (1998). Touching by Skilled Nurses in Elderly Nursing Care. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 12, 170-178.

Routasalo, P. (1999). Physical touch in nursing studies: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), 843-850.

*Salzmann-Erikson, M., & Eriksson, H. (2005). Encountering touch: A path to affinity in psychiatric care. *Issues In Mental Health Nursing*, 26(8), 843-852.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

Simington, J.A. (2010). The Power of Expressive Touch. *Humane health care* 11(4).

Svensk sjuksköterskeförening. (2011). *Värdegrund för omvårdnad* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Takeuchi, M., Miyaoka, H., Tomoda, A., Suzuki, M., Liu, O., & Kitamura, T. (2010). The Effect of Interpersonal Touch During Childhood on Adult Attachment and Depression: A Neglected Area of Family and Developmental Psychology? *Journal of Child and Family Studies*, 19, 109-117. doi 10.1007/s10826-009-9290-x

Uvnäs Moberg, K. (2009). *Närhetens hormon: Oxytocinets roll i relationer*. Stockholm: Natur och kultur.

*Vannorsdall, T., Dahlquist, L., Shroff Pendley, J., & Power, T. (2004). The Relation Between Nonessential Touch and Children's Distress During Lumbar Punctures. *Children's health care*, 33(4), 299-315.

Wiklund Gustin, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Wiley. (2014). *Best Practice Guidelines on Publishing Ethics: A Publisher's perspective*

[Broschyr]. Från

<http://exchanges.wiley.com/medialibrary/2014/03/17/8440af20/Best%20Practice%20Guidelines%20on%20Publishing%20Ethics%20ed.pdf>

Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s.27-42). Lund: Studentlitteratur.

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

World Medical Association. (2014). *Publications: Policies*. Hämtad den 16 april, 2014, från WMA. Från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Bilagor

Bilaga I. Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristika

Antal.....

Ålder.....

Man/kvinna.....

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

-Relevant? Ja Nej Vet ej

-Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod

-urvalsförordet tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

-datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

-analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

-Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

-Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

-Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

-Genereras teorin? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Viket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....
Sammanfattande bedömning av kvalitet Bra Medel Dålig

Kommentar

.....

Bilaga II. Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Beskrivning av studien

Forskningsmetod

- RCT CCT (ej randomiserad)
 Multicenter, antal center

Patientkaraktäristika

Antal.....
Ålder.....
Man/Kvinna.....

Kriterier för exkludering

Adekvata exklusioner

- Ja Nej

Interventioner.....

Vad avsåg studien att studera?

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått.....

Urvalsförfarandet beskrivet?

- Ja Nej

Representativt urval?

- Ja Nej

Randomiseringsförfarandet beskrivet?

- Ja Nej Vet ej

Likvärdiga grupper vid start?

- Ja Nej Vet ej

Analyserade i den grupp de randomiserades till?

- Ja Nej Vet ej

Blindning av patienter?

- Ja Nej Vet ej

Blindning av vårdare?

- Ja Nej Vet ej

Blindning av forskare?

- Ja Nej Vet ej

Bortfall

Bortfallsanalysen beskriven?

- Ja Nej

Bortfallsstorleken beskriven?

- Ja Nej

Adekvat statistisk metod?

- Ja Nej

Etiskt resonemang?

- Ja Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten valida?

- Ja Nej

Är instrumenten reliabla?

- Ja Nej

Är resultatet generaliserbart?

- Ja Nej

Huvudfynd (Hur stor var effekten?, hur beräknades e

ffekten?, NNT, konfidensintervall,

statistisk signifikans, klinisk signifikans, power-

beräkning)

.....
Sammanfattande bedömning av kvalitet Bra Medel Dålig

Kommentar

.....

Bilaga III. Email-korrespondens

(Email till professor Chang Sung Ok)

Hello Professor Chang! My name is Johannes Österberg and I am writing a bachelour degree paper on nursing touch in Sweden and was wondering if your paper regarding conceptual touch had any ethical considerations? I have trouble finding them. Many thanks, Johannes.

(Svar från professor Chang Sung Ok)

Dear Johanes,

I understand you are wondering how I managed ethical consideration in my paper. I got permission from subjects about participation. I explained the purpose of the study to participants, who were also informed that paticipation was voluntary. Today, the researcher should get IRB approval before collecting data, but more than ten years ago the formal system regarding ethical cosideration in Korea was not established.

Sung Ok

-----원본 메세지-----

보낸사람: "johannes "<johannes_osterberg@hotmail.com>

받는사람: "sungok@mail.korea.ac.kr" <sungok@mail.korea.ac.kr>

보낸시간: 2014-04-29 23:55:32 GMT +0900 (ROK)

제목: The conceptual structure of physical touch in caring