



**MEDVETEN BERÖRING I OMVÅRDNAD AV
PERSONER MED DEMENSSJUKDOM**
– en beröring som berör

**Författare: Helena Boström & Ulrica Grensman
Handledare: Inger Franzén**

**Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå 1
Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, kurs SSK 02H
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Januari 2005**

Arbetets titel:	Medveten beröring i omvårdnad av personer med demenssjukdom – en beröring som berör
	Gentle touch in the care of people with dementia – a touch that concerns
Författare	Helena Boström & Ulrica Grensman
Handledare:	Inger Franzén
Institution:	Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Arbetets art:	Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå 1
Antal sidor:	25
Kurs:	Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng SSK 02:H
Datum:	Januari 2005

ABSTRACT

Gentle touch and massage is an old form of treatment, which since healers' times has been used in medical connections to ease physical inconveniences. The aim of this study was to elucidate effects of gentle touch on behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD) and the experience of giving gentle touch. Eleven scientific articles have been analyzed which resulted in the categories BPSD, containing agitation, aggression, motorical worry, anxiety, and sleep, also the experience to give gentle touch. The results showed mainly positive effects in BPSD and then mostly in sleep, motorical worry, and anxiety. This can have natural explanations, as gentle touch releases oxytocin, which is the natural "peace- and calm-hormone" of the body. The largest benefit of gentle touch was noticed under the category "experience of giving gentle touch". The meetings which the massages led to, was described by many as warm, beautiful and peaceful. When it concerned behaviours as verbal and physical aggression and agitation, it was in many cases shown that the gentle touch had a negative effect or no effect at all. This study shows that gentle touch demands knowledge, sensitivity and tact and that the nurse should see gentle touch as an important part of nursing.

Key words: behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD), dementia, gentle touch, massage, nursing

Nyckelord: beteendemässiga och psykologiska symtom vid demenssjukdom (BPSD), demenssjukdom, massage, medveten beröring, omvårdnad

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Beröring	1
Olika former av beröring	1
Behov av beröring	2
Upplevelse av beröring	2
Beröringens fysiologi	3
Etiska aspekter	3
Demenssjukdom	4
Kort fakta	4
Historik	4
Utredning av demenssjukdom	4
Beteendemässiga och psykologiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)	5
Orsaker till BPSD	5
Omvårdnad	6
SYFTE	7
METOD	7
Datainsamling	7
Urval	7
Analys	8
RESULTAT	8
Beteendemässiga och psykologiska symtom	8

Agitation, aggressivitet och motorisk oro	9
Ångest och oro	12
Sömn	13
Upplevelse av att ge medveten beröring	13
Resultatsammanfattning	14
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17
Konklusion	21
REFERENSER	22
BILAGA 1	
BILAGA 2	

INLEDNING

Ända sedan schamanernas och botares tid har beröring använts i medicinska sammanhang. Människor använder beröring för att förmedla känslor och empati som till exempel mellan föräldrar och barn, vänner och älskande (Ekengren & Hjerpe, 1995). Massage är en gammal behandlingsform för att lindra kroppsliga besvär, vilket redan fanns beskrivet i kinesen Kong Fus skrifter från 2700 f Kr. Det finns även avbildningar från det forntida Indien och i Egypten, som visar att man använt sig av massage. Hippokrates i det antika Grekland skildrade värdet av beröring. Massage var även en högt aktad medicinsk behandlingsform i Europa ända fram till det Romerska rikets fall. När kristendomen bröt igenom i Västerlandet, kom det dualistiska synsättet på själen och kroppen. Det förändrade synen på beröring. Den erotiserades och blev tabu för lång tid framåt. På 1800-talet introducerades massage på nytt. Det var missionärer från Frankrike, vilka återvänt från Kina, som återgav Kong Fus skrifter (Zottele, 1999). De första utbildningarna i taktil massage kom i början av 1990-talet och har använts inom vård och omsorg på flera håll i Sverige sedan dess (Kihlgren, Krusebrant & Skovdahl, 2002).

BAKGRUND

Beröring

Olika former av beröring

Om man söker efter ordet ”massage” i Nationalencyklopedin, får man följande beskrivning: *behandling av kroppens mjukdelar genom mekanisk bearbetning med händerna* (Nationalencyklopedin, 2004).

Massage kan ges som djupmassage där man kommer åt underliggande vävnad, eller som en mjuk massage där man bara stimulerar huden. Taktil massage, taktil stimulering, aromaterapimassage, beröringsmassage, hudmassage och efflurage tillhör den mjuka massagen (Kihlgren et al., 2002). Taktil betyder känsel, beröring enligt Ardeby (1997). Jelvéus (2003) beskriver taktil massage som beröring genom massage.

Massagen kan ges på hela kroppen, men även enbart på vissa kroppsdelar som till exempel fot, rygg eller hand (Kihlgren et al., 2002). Taktil beröring går ut på att med händerna stimulera huden (det taktila sinnet), ibland genom tryck, ibland genom strykningar, eller bara genom att "vila" händerna på huden. Detta kan vara ett sätt att höja livskvaliteten, vården och omvårdnaden (Ardeby, 1997). Enligt Kihlgren et al. (2002) så bör den mjuka massagen i likhet med dans och musik, ses som en sinnesstimulerande insats och ett alternativ till andra metoder, vilka förekommer vid en personligt anpassad omvårdnad.

Behov av beröring

Stimulans av huden är en elementär sinnesupplevelse, som ett barn behöver för att utveckla nervsystem och hjärna. Det först utvecklade sinnesorganet är huden och det är det sinnesorgan som man har kvar längst i livet. Ett barn kan överleva utan intryck från hörsel- smak- och luktsinnet, men om barnet inte får beröring avlider det (Ekengren & Hjerpe, 1995). Beröringsbrist hos vuxna kan leda till depressionssymtom (Ardeby, 1997). Om ett barn gråter tar vi ofta upp det i famnen för att trösta. Samma behov av närhet, tröst och bekräftelse har alla människor, speciellt människor som befinner sig i kris. Då kan taktil beröring vara ett sätt till ickeverbal kommunikation. Vidrörandet ger kontakt med både känslan och känslan (Autton, 1990).

Upplevelse av beröring

Autton (1990) menar att fysisk beröring inte bara är ett av våra mest grundläggande kommunikationssätt, utan att det också är det sinne som vi upplever mest personligt. Det taktila sinnet gör oss uppmärksamma på oss själva och andra och det är genom detta sinne som vi kan förmedla våra djupaste tankar. Våra händer är det mest taktila och det viktigaste instrument vi har. Enligt Kihlgren et al. (2002) har massage visat sig ha positiv inverkan på depression, ångest, humör, vakenhet och kontaktbarhet och på vissa minnesfunktioner. Syftet med massage är att öka välbefinnandet, ge smärtlindring och minska stressen. Patienter som mottagit taktil stimulering uppgav att de kände sig mindre deprimerade, att de var mer uppmärksamma och mer angelägna till sociala relationer (Kihlgren et al., 2002). De personliga uppfattningarna om och reaktionen på taktila handlingar kan variera beroende på kön, ålder och vilket förhållande som finns till den som berör, liksom på psykosociala faktorer. Den beröring som upplevs som positivt för en person, kan upplevas negativt av en annan (Autton, 1990).

Beröringens fysiologi

Oxytocin är ett hormon som bland annat hjälper till att få igång amning. Men det minskar även kroppens smärtkänslighet, samtidigt som det ökar lugnet hos både kvinnor och män. Oxytocin frisätts med hjälp av värme och beröring (Uvnäs Moberg, 2000). Med hjälp av oxytocinet höjs de kroppsegna endorfinerna och även aktiviteten i det opoida systemet förhöjs, vilket leder till att smärtröskeln höjs (Ardeby, 1997). Beröringen av huden ökar cirkulationen i hela kroppen och förbättrar näringsupptaget. Att detta påverkas beror på att det går nervbanor från huden upp till hypotalamus, som i sin tur aktiverar hormoner som främjar näringsupptaget. Det förbättrar även mag- och tarmfunktionen. Även hjärnan får en ökad blodcirkulation, vilket leder till en ökad minnesfunktion samt att det blir lättare att plocka fram gamla minnen. Viktigt att påpeka är att beröringen berör givare så väl som mottagare (Birkestad, 1999).

Etiska aspekter

Ardeby (1997) menar att genom beröring kan vi stärka relationen, men endast om vårdtagaren uppfattar att vi masserar med välvilja och att vi visar respekt för hans/hennes integritet. Gör vi inte det kan vårdtagaren reagera med rädsla eller aggressivitet. Kihlgren et al. (2002) beskriver att reagera känslomässigt negativt på beröringsförmimmelser kallas taktilt försvar. Vid behandling av personer med låg autonomi, vilket kan vara fallet vid demenssjukdom, är frivillighet och medgivande av personen och anhöriga styrande. Frivilligheten är avgörande för att situationen inte ska upplevas närgången och kränkande för personen. Det är viktigt att den personliga integriteten respekteras. Enligt Ekengren & Hjerpe (1995) så måste hänsyn tas till varje enskild persons förhållande till beröring. Det gäller även personalen som bör vara uppmärksam på sina egna känslor i förhållandet till beröring.

Kihlgren et al. (2002) menar att när det gäller vården av personer med demenssjukdom, kan det vara etiskt rätt att utföra den medvetna beröringen, även om vårdtagaren inte kan vara helt delaktig i beslutet. Detta kan gälla när man på goda grunder kan anta att patienten har nytta av insatsen. Det är viktigt att det då sker i samråd med anhöriga. De anhöriga och personalen har ett stort ansvar att tyda vad personen med demenssjukdom tänker och önskar. Det krävs goda kunskaper, gott omdöme och hög medvetenhet hos alla involverade.

Demenssjukdom

Kort fakta

I Sverige finns cirka 200 000 personer som lider av demenssjukdom. Demens är flera sammanhängande sjukdomstecken som alla pekar på en viss sjukdom. Demenssjukdom är med andra ord ett syndrom. Den kan orsakas av ett 70-tal sjukdomar, där de vanligaste är Alzheimers sjukdom och vaskulär demens (Läkemedelsboken, 2003/2004). Gustafson (2002) beskriver att demenssjukdomarna, i Sverige, delas in efter dels känd eller förmodad orsak till demensen och dels efter de sjukliga förändringarnas utbredning i hjärnan. Det som ligger till grund för indelningen samt diagnostisering av demenssjukdom är WHO:s klassifikation ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) och DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Historik

Humanisternas uppfattning är att samhällets syn på människor med demenssjukdom varit genomgående negativ. Att de demenssjuka ses som något mellanting mellan levande och döda. I det gamla bondesamhället i Sverige, tog man inte alltid allt för väl hand om de gamla och sjuka. De fick bo i någon undantagsstuga, sedan de överlätit sin gård till sina barn, eller så fick de flytta till fattigstugor och ålderdomshem. I fattigstugorna och på ålderdomshemmen skämtades det om ättestupor och ätteklubbor, men det finns inga bevis för att man faktiskt tog livet av äldre. Antropologer som studerat urbefolkningar, har funnit att dessa folkslag har svårt att klara av demenssjuka. Forskaren Anthony Glascock har funnit 21 folkslag där man hjälpte äldre sjuka att dö, genom att gräva ner dem levande, med bara huvudet ovanför marken. Här handlar det ofta om jägarsamhällen som funnits vid platser med hårt klimat (Gaunt, Schwarz & Öhlander, 1993).

Utredning av demenssjukdom

Vid de flesta former av demenssjukdom finns det, enligt Gustafson (2002), patologiska vävnadsförändringar i hjärnan. Det som avgör den kliniska sjukdomsbilden är lokaliseringen, svårighetsgraden samt utbredningen av vävnadsförändringen i hjärnan.

En demensutredning innehåller bland annat EKG, datortomografi av hjärnan samt laboratorieprover (Blennow, Marcusson, Skoog & Wallin, 2003). Laboratorieproverna tas för

att utesluta andra sjukdomar som kan ge samma symptom, till exempel infektioner, vitaminbrist och ämnesomsättningsrubbnings. Men det viktigaste momentet i demensutredningen är anamnesen och att vårdtagaren samt anhöriga får beskriva förlopp, symptom, ärftlighet och sociala förhållanden. Demensutredningen innebär också att läkaren bedömer patientens intellekt och samarbetsförmåga utifrån en objektiv synvinkel. Här finns det en rad olika tester för att mäta den kognitiva och emotionella funktionen (Blennow et al., 2003).

Beteendemässiga och psykologiska symptom vid demenssjukdom (BPSD)

Vilka symptom handlar det då om vid demenssjukdom? BPSD är ett internationellt begrepp som står för Beteendemässiga och Psykologiska Symptom vid Demenssjukdom (Landstinget i Värmland, 2004). Dessa ses ofta vid olika typer av demenssjukdom och är mer vanliga vid den medelsvåra fasen i sjukdomen, än vid den tidiga och sena fasen. Till psykiska symptom hör vanföreställningar, hallucinationer, nedstämdhet, sömnsvårigheter, ångest, emotionell labilitet och missidentifikationer. Till de vanligaste beteendemässiga symptomen hör fysisk aggressivitet, irritabilitet, vandrande, rastlöshet, agitation, gå av och an, skrikande och sexuellt ohämmat beteende. Mindre vanliga beteenden är gråt, svärande, viljelöshet, skuggande och repetitiva handlingar (Landstinget i Värmland, 2004).

Andra symptom vid demenssjukdom kan vara minnesstörning, försämrat språk och språkförståelse, desorientering, minskad förmåga till abstrakt tänkande, planeringssvårigheter och bristande initiativförmåga, försämrad räkne- och talförmåga, förändrad förmåga att tolka sinnesintryck, nedsatt engagemang, bristande omdöme samt en ökad stresskänslighet (Läkemedelsboken, 2003/2004).

Orsaker till BPSD

BPSD kallas inte sällan för ”störande beteende” (Skovdahl & Kihlgren, 2002). Men detta säger egentligen mer om omgivningens reaktioner och värderingar på beteendena, än personen som reagerar på detta sätt. Att en demenssjuk person kan reagera med BPSD kan ha flera orsaker. Enligt Hellgren Graneheim (2004) kan det vara symptom på själva demenssjukdomen, men det kan också tolkas som kommunikation, då personen med demenssjukdom kommunicerar med en hjärna som är skadad. BPSD kan också ha somatiska orsaker som till exempel smärta, obstipation eller infektion. Hellgren Graneheim (2004) menar också att det kan vara en reaktion på vårdarens beteende, vilken till exempel kan ha för

högt ställda krav eller använda ett för komplicerat språk. Även social isolering, okunskap om personens behov och understimulering kan leda till BPSD. Enligt Skovdahl & Kihlgren (2002) kan BPSD också vara symtom på oro och ångest. Där oron kan ha sin grund i en försvagad självbild, att personen till exempel är medveten om sin förändring i de intellektuella funktionerna eller att han/hon känner sig missförstådd (Skovdahl & Kihlgren, 2002).

Omvårdnad

Ett begrepp i Katie Erikssons omvårdnadsteori är att ansa. Ansan det kännetecknas av närhet, värme samt beröring och är en del av själva kärnan i omvårdnaden. Att ansa är ett uttryck för vänskap och att man vill den andre väl (Eriksson, 1995). Cullberg (2003) menar att samtalet till stor del tagit beröringens plats. Han menar att det ena inte får utesluta det andra, utan att båda fyller en viktig funktion. Omvårdnaden kring personer med demenssjukdom är en mycket viktig del i behandlingen och för att kunna tolka de uppkomna beteendena, krävs det kunskap (Landstinget i Värmland, 2004).

Den basala omvårdnaden har, enligt Skovdahl & Kihlgren (2002), stor betydelse för att förhindra uppkomsten av BPSD. Till exempel att den demenssjuke får tvätta sig, borsta tänderna, kamma sig, gå på toaletten regelbundet och att han/hon får näring. Att allt detta utförs i en trygg och accepterande omgivning är mycket viktigt. Välbefinnande, kontroll, lagom anpassade stimuli och krav samt trygghet, är nyckelbegrepp i omvårdnaden av demenssjuka. Kihlgren (1994) skriver att personen med ofta behöver starthjälp i olika situationer. Denna hjälp kan till exempel bestå i att vårdaren, vid situationen då vårdtagaren skall tvätta sig, lägger tvålen i dennes hand samt sätter på vattenkranen. Kihlgren (1994) menar att även om vårdtagaren inte reagerar på verbal kommunikation, så kan han/hon reagera på beröring. Hon anser därför att kroppskontakt är av stor vikt vid omvårdnad av personer med demenssjukdom. Men hon skriver vidare att det är viktigt att det sker med respekt för och i samverkan med vårdtagaren, då det annars kan upplevas som ett hot.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa den medvetna beröringens effekter på beteendemässiga och psykologiska symtom vid demenssjukdom samt upplevelsen av att ge medveten beröring.

METOD

Datainsamling

Litteratursökningen utfördes systematiskt via databaserna Cinahl, PubMed, Libris, Science direct och SveMed+/BRS vid HTU:s bibliotek i Vänersborg. Kriterier för sökta artiklar var att de skulle vara vetenskapliga, samt att de skulle vara utgivna år 1995 eller senare. De engelska sökord som användes var touch, dementia, massage, nursing och anxiety. De svenska sökord som användes var beröring, demens, massage och ångest. De gav endast träffar på SveMed+/BRS. Sökningen begränsades till artiklar skrivna på engelska eller svenska. Även osystematisk sökning skedde via funna studiers referenslistor. Bilaga 1 visar en översikt över använda databaser, sökord/kombinationer, antal träffar på sökordskombinationerna, de som beställdes (urval 1) samt i resultatet utvalda artiklar (urval 2).

Urval

Första urvalet skedde genom att läsa rubriker och abstrakt. De abstrakt som var relevanta, med hänsyn till studiens syfte, studerades mer ingående. Flera av träffarna visade sig vara artiklar som innehöll studier av healing, samt studier av effekter av medveten beröring hos äldre, vilka inte led av demenssjukdom. Dessa artiklar exkluderades. Vissa av de funna artiklarna var litteraturstudier, vilka också valdes bort. Enligt Backman (1998) och Olsson & Sörensen (2001) vilar en litteraturstudie sitt resultat på andra arbeten.

Analys

Artiklarna som användes i resultatet kopierades i två upplagor. Författarna läste, var för sig, noggrant igenom artiklarna och markerade de symtom som motsvarade beteenden inom BPSD och de textenheter som överrenstämde med syftet. Enligt Polit & Hungler (1999) så startar analysen när materialet valts ut. För att få fram det som är relevant i förhållande till syftet, så skall materialet noggrant läsas igenom och kritiskt granskas (Polit & Hungler 1999). Efter att författarna läst artiklarna så diskuterade de artiklarnas innehåll och jämförde med varandra vad som framkommit. Under diskussionen utkristalliserades olika symtom inom BPSD. Det framkom även hur vårdgivarna upplevde att ge medveten beröring. Gemensamt bestämde författarna att färgkoda de olika symtomen inom BPSD, samt upplevelser av att ge medveten beröring hos vårdgivarna. Detta gjordes för att sedan lättare kunna jämföra, med varandra, vad som framkom i de olika artiklarna. Backman (1998) skriver att kodning är ett sätt att underlätta resultatsammanställningen. Artiklarna lästes sedan flera gånger och författarna jämförde med varandra, vad som framkommit i varje artikel. Resultatet diskuterades fram gemensamt och mynnade ut i huvudkategorierna Beteendemässiga och psykologiska symtom samt Upplevelse av att ge medveten beröring. De underkategorier till Beteende mässiga och psykologiska symtom som framkom var Agitation, Aggressivitet, Motorisk oro, Ångest och oro samt Sömn. Dessa kategorier redovisas som rubriker i resultatet. För att skapa en övergripande bild av de vetenskapliga artiklar som granskats och analyserats, presenteras dessa i Bilaga 2.

RESULTAT

Beteendemässiga och psykologiska symtom

Skovdahl, Sörlie & Kihlgren (2004) menar att taktil stimulering kan vara positivt för personer med demenssjukdom, så länge det ges med respekt för vårdtagarens önskemål. Vårdtagarna visade sin uppskattning genom att uttrycka att de tyckte det var skönt eller genom att ge vårdaren ett leende och en klapp på kinden. Någon annan skrek högt av glädje när han erbjöds taktil stimulering. I Sansone & Schmitts (2000) studie visade en av deltagarna sin uppskattning genom att sätta sig närmare sin vårdare.

Agitation, aggressivitet och motorisk oro

Enligt Skovdahl et al. (2004) hade taktil stimulering en positiv effekt på agiterat beteende, aggressivitet och motorisk oro. Deltagarna med detta beteende upplevdes av vårdarna bli både lugnare och mindre aggressiva. I en studie av Remington (2002) jämfördes olika behandlingars effekter på agiterat beteende med varandra: handmassage, lugn musik, handmassage ihop med lugn musik och en kontrollgrupp där ingen behandling gavs. Med agiterat beteende menade Remington (2002) fysisk aggressivitet, motorisk oro och verbal agitation. Remingtons (2002) studie visade att kontrollgruppen uppvisade en högre grad av agiterat beteende än de tre grupper som fick behandling. Handmassage, lugn musik och handmassage ihop med lugn musik hade en reducerande effekt på agiterat beteende. Däremot blev inte effekten större när handmassage och lugn musik gavs samtidigt. Det fanns skillnader i effekt mellan de olika beteendena. Fysisk aggressivitet påverkades inte i någon större utsträckning av någon behandling, medan motorisk oro minskade under både handmassage, lugn musik och de båda ihop. När det gällde verbal agitation, så påverkades inte detta beteende i någon större utsträckning, dock mer än vid ingen behandling alls. Den behandling som påverkade verbal agitation mest var handmassage.

Rowe & Alfred (1999) fann att massage hade ringa effekt på högljuddhet. Däremot visade även deras studie att mjuk massage hade positiv effekt på motorisk oro. Studien visade också att de personer som uppvisade en minskning i agiterat beteende nattetid, efter att ha fått behandling, även dagtid minskade detta beteende.

I Kim & Buschmanns (1999) studie undersöktes vilken effekt handmassage ihop med lugn konversation hade på demenssjuka med stört beteende. Med stört beteende, menade författarna beteendemässiga och psykologiska symtom, så som paranoid och nedsatt uppfattningsförmåga, agitation, hallucinationer, tvångsföreställningar, aggressivitet, oro och känslomässiga störningar. Studien visade att behandlingen hade positiv effekt på deltagarnas beteende, i form av minskade företeelser av beteendemässiga och psykologiska symtom.

Bowles, Griffiths, Quirk, Brownrigg & Croot (2002) jämförde massage som gavs med väldoftande oljor kontra massage utan väldoftande oljor. I sin studie undersökte de vilka effekter detta hade på det motstånd som deltagarna med demenssjukdom uppvisade vid omvårdnadshandlingar. Motståndet bestod oftast i svordomar, grabba tag i saker, sparkar, knuffar, kasta saker, bitas, rivs och högljuddhet. I studien undersöktes även behandlingens

effekt på demensrelaterade beteenden som inträffade vid andra tillfällen än vid omvårdnadshandlingar. Dessa beteenden bestod i motorisk oro, försök att avvika från boendet, aggressivitet, irritation, högljuddhet, förvirring, agitation och nedstämdhet. Deltagarna i studien av Bowles et al. (2002) delades upp i två grupper, beroende på ålder, kön, mobilitet och grad av demenssjukdom, där den ena gruppen, visade en ökning av motstånd vid omvårdnadshandlingar under behandlingstiden. Den andra gruppen visade ingen markant skillnad i detta beteende jämfört med innan behandlingen började. Det visade sig inte heller vara någon skillnad mellan att få massage med väldoftande oljor eller massage utan. När det gällde de demensrelaterade beteendena som uppstod vid andra situationer, så var det en markant minskning i detta beteende för båda grupperna. Inte heller här visade det sig vara någon skillnad i resultatet mellan att ha fått massage med eller utan väldoftande oljor. Däremot visade den ena gruppen en ökning, i demensrelaterade beteenden som uppstod vid andra situationer, när ”oljebehandlingen” avslutades och massage utan aromatiska oljor tog vid.

En annan studie som belyser massagens effekter på frekvens och intensitet av motstånd vid omvårdnadshandlingar är Snyder, Egan & Burns (1995a). Här jämförde författarna handmassage med enbart närvaro, som utfördes före omvårdnadshandlingarna. Beteendena som studerades delades in i beteende ett (högljuddhet, slag, sparkar, gripa tag i saker och försöka ta sig någon annanstans) och beteende två (fysiskt motstånd). Den enda markanta minskningen i frekvens och intensitet visade beteende ett på morgonen, efter att handmassage givits. Handmassage visade ingen effekt på beteende två, varken på morgonen eller på eftermiddagen. Massagen hade heller ingen effekt på beteende ett på eftermiddagen. Endast närvaro hade ingen effekt alls på de två beteendena. I resultatet framkom en skillnad mellan kvinnliga och manliga deltagare. Efter att ha fått handmassage visade de manliga deltagarna en ökning av beteende två på kvällen, medan de kvinnliga deltagarna visade en minskning.

I ytterligare en studie av Snyder, Egan & Burns (1995b), så jämförs effekterna av handmassage, healing och enbart närvaro, på förekomsten av agiterat beteende hos personer med Alzheimers sjukdom. Agiterat beteende hade, av personalen på boendet, studerats hos vårdtagarna en tid och det innefattade verbalt och fysiskt utåtagerande, rastlöst vandrande och förtvivlan. Resultatet i studien visade ingen minskning av förekomsten av agiterat beteende efter någon av behandlingarna.

Kilstoff & Chenoweth (1998) undersökte effekten av handmassage, med aromatiska oljor, på bland annat agiterat beteende. Agiterat beteende som observerades var rastlöshet, vandrande, aggression och olämpligt beteende. Belåtenhet, leende, tillbakadragande, nedstämdhet, initiativ till konversation och förmåga till att sköta sin hygien, var andra beteenden som studerades. Vårdarnas uppfattning var att massagen resulterade i mindre agiterat beteende hos de flesta deltagarna, under och efter behandlingen. Vårdarna upplevde också att det blev livligare konversationer och att vårdtagarna tog egna initiativ till att gå ut på promenader. Vårdtagarna upplevdes också bli gladare efter att ha fått behandling. De mest påfallande skillnaderna, enligt vårdarna, var en ökning i uppmärksamhet hos vårdtagarna, samt en ökad nivå av initiativtagande till att själva kunna sköta sina toalettbesök och sin hygien.

Brooker, Snape, Johnson, Ward & Payne (1997) jämförde effekterna av massage, aromaterapi, massage ihop med aromaterapi och att inte få någon behandling alls. Denna studie innefattade fyra personer med någon form av demenssjukdom. Personernas beteende samt effekterna av behandlingarna observerades var för sig. Deltagare ett, var en kvinna som när hon blev upprörd, gnuggade och slog sig på låren. Deltagare två var också en kvinna. Hon grep tag i och rev sig på sina armar och ben och kunde även göra detta på andra runt omkring när hon blev upprörd. Deltagare tre var en man, som uppvisade motorisk oro i form av hastiga kroppsrörelser och att fingra på saker. Den fjärde deltagaren, som var kvinna, var högljudd och slog på väggarna när hon blev upprörd. Resultatet visade att behandlingarna hade god effekt hos två av deltagarna (deltagare ett och två), jämfört med ingen behandling alls. En, av de två, svarade bäst på massage och den andra deltagaren svarade bäst på aromaterapi. När den statistiska signifikansen tillämpades, så visade det sig att endast deltagare ett kunde sägas ha haft god effekt av aromaterapi och massage ihop. För deltagare tre och fyra ledde behandlingarna, jämfört med ingen alls, till en ökad nivå av agiterat beteende.

I en studie av Sansone & Schmitt (2000) visade sig massage endast ha god effekt under tiden som den gavs. Den hade ingen långvarig effekt när det gällde beteenden som agitation och aggressivitet. Detta visade även Rowe & Alfreds (1999) studie. De deltagare som uppvisade en minskning i agiterat beteende nattetid, hade en kraftig ökning av detta beteende då ingen massage längre gavs. Kim & Buschmann (1999) mätte hur länge handmassage ihop med lugn konversation, hade effekt på beteendemässiga och psykologiska symtom. Deras undersökning visade att behandlingen fortfarande hade effekt, efter fem dagar, på deltagarnas demensrelaterade beteenden. Även om företeelserna av beteendena hade ökat jämfört med

under behandlingstiden. Efter tio dagar utan behandling var företeelserna av beteendemässiga och psykologiska symtom uppe i samma nivå som innan behandlingen startade.

Ångest och oro

Vårdpersonal upplevde att det var svårt att ge taktil stimulering om vårdtagaren var orolig eller fokuserad på något annat. Vid ett tillfälle fick behandlingen avbrytas då en av vårdtagarna var omotiverad till att få taktil stimulering. Deltagarna i studien behövde två tillfällen med taktil stimulering innan de kunde koppla av ordentligt. Efter detta visade vårdtagarna tecken på att de upplevde taktil stimulering som något positivt och avslappnade (Skovdahl et al., 2004).

I Kim & Buschmans (1999) studie undersöktes om medveten beröring och lugn konversation hade någon effekt på ångest hos personer med demenssjukdom. För att kunna beräkna ångest och oro mättes vårdtagarnas puls morgon och kväll, före och efter perioden med den medvetna beröringen och den lugna konversationen. Mätningarna visade en pulssänkning bland deltagarna. Efter behandlingen av beröring och lugn konversation minskade ångesten hos deltagarna i studien. Massagen visade sig inte ha någon långtidseffekt på deltagarna utan pulssänkningen som infann sig var borta dagen efter.

Snyder et al. (1995b) använde handmassage, healing och enbart närvaro i sin studie, för att se om det hade någon effekt för att uppnå avslappning. För att mäta oro tog man pulsen manuellt vid a.radialis på deltagarna. Oro inbegrep beteenden så som gunga fram och tillbaka, vicka på foten, att slå lätt med fingrarna mot bordskivan eller dra handen genom håret. Studien visade att handmassage var mer effektivt än healing när det gällde ökningen av vårdtagarnas förmåga att slappna av. Handmassagen gav även en markant minskning på det ångestladdade beteende som vårdtagarna hade. Att endast vara närvarande hade ingen effekt.

Närstående till vårdtagarna uttalade sig i en studie av Kilstoff & Chenoweth (1998) när det gällde effekterna av handmassage med aromatiska oljor på symtom som ångest och oro. De upplevde att behandlingen haft lugnande och lindrande effekt på de dementa.

Sömn

Flertalet av vårdtagarna somnade under behandlingen med taktill stimulering och sov även efteråt. En av vårdtagarna i studien, som somnade vid behandlingen, sov i genomsnitt 110 min (15-150 min) efter det att han erhållit taktill stimulering. En annan av vårdtagarna visade, enligt vårdaren, ökad rastlöshet och aggressivitet under de 28 veckor som studien med taktill stimulering genomfördes. Trots detta somnade han direkt då han fick taktill stimulering (Skovdahl et al., 2004).

Sansone & Schmitts (2000) studie visade att en deltagare med sömnproblematik fick hjälp av den mjuka massagen. Deltagaren fick mjuk massage på armar och ben efter sänggående och det fick deltagaren att somna.

Rowe & Alfreds (1999) studie pågick i tre veckor och innefattade 14 deltagare. I studien framkom att i vecka två visade fem av deltagarna, som haft störd nattsömn på grund av agiterat beteendet, förbättrad nattsömn då det agiterade beteendet minskade nattetid. Vecka tre, när behandlingen med massagen avslutats, blev det en markant försämring av nattsömnen, då det agiterade beteendet återkom.

Kilstoff & Chenoweth (1998) uppgav att handmassagen gav vårdtagarna bättre nattsömn. En vårdtagare upplevde handmassagen som negativ på grund av att han inte tyckte om själva beröringen, lukten eller känslan av oljan.

Upplevelse av att ge medveten beröring

De som gav massage, familjemedlemmar och vårdpersonal, uttryckte att massagen var ett tillfälle till närhet (Sansone & Schmitt, 2000). De tyckte att det gav ett meningsfullt möte med vårdtagaren. Till exempel uttryckte en av personalen sig uppleva tillgivenhet från en av vårdtagarna, då denna flyttade sin stol närmare henne efter att hon fått massage.

Enligt Skovdahl et al. (2004) upplevde vårdarna taktill stimulering som ett positivt redskap i omvårdnadsarbetet. De tyckte också att de fick en närmare kontakt med vårdtagarna och de uppskattade den närhet som massagen gav. En av vårdarna tyckte det kändes konstigt att fortsätta den taktilla stimuleringen när vårdtagaren somnat. Vårdpersonalen beskrev mötena

med vårdtagarna under behandlingen som rofyllda, vackra, tysta och varma. Den taktila stimuleringen kunde också upplevas som ett verktyg för att kunna trösta. I Sansone & Schmitts (2000) studie tyckte de flesta av sjukvårdspersonalen att mjuk massage ökade deras förmåga att kommunicera med vårdtagarna.

Kilstoff & Chenoweth (1998) skriver att hälften av vårdpersonalen uttryckte att de tyckte om att ge handmassage. De kände att de fick en närmare relation till vårdtagarna och att de själva kände sig lugnare, medan resterande hälft av personalen inte kände någon egen förändring. Vårdpersonalen kände också att det kunde vara ett problem med tiden om det var personalbrist eller om det var någon gemensam aktivitet som var planerad. Närstående som utförde handmassage gav uttryck av att de fick ett ökat intresse i sin närstående, att de hade lättare att acceptera situationen, samt att de fick möjlighet att uppleva kvalitetstid med sin närstående.

Enligt Edvardsson, Sandman & Rasmussen (2003) så upplevde vårdarna att kunskap om den medvetna beröringen blev ett redskap. Flera av vårdarna fick en större känsla av självständighet. De uttryckte att de i situationer där vårdtagaren till exempel hade svårt att komma till ro på kvällen, kunde ge medveten beröring i stället för att direkt gå till sjuksköterskan för att be om en insomningstablett. Det blev kunskapen om beröringens betydelse som vände känslan av maktlöshet till känslan av förmågan att lindra. Vårdgivarna upplevde stolthet över sitt jobb och en tillfredställelse när de såg att vårdtagarna blev lugna, mindre oroliga och fick ökad motorisk förmåga tack vare den medvetna beröringen. Vårdarna upplevde att deras eget lugn och deras eget välbefinnande ökade när de gav beröring. De belyste också vikten av att ”känna av” vårdtagarens inställning till att få mjuk beröring. De sade sig sedan skapa en ”bubbla”, en plats som var avskild från dagliga rutiner, där beröringen och vårdtagaren stod i centrum. Där var det av stor betydelse att vara ”här och nu”. Att vara i ”bubblan” var, enligt vårdpersonalen, att vara i en stund av jämlikhet med vårdtagaren.

Resultatsammanfattning

När det gällde effekterna av mjuk massage på beteenden som agitation, aggressivitet och motorisk oro, så visade cirka två tredjedelar av studierna att det hade en positiv effekt.

Deltagarna upplevdes bli lugnare och mindre aggressiva. De beteendemässiga och psykologiska symtomen minskade i både förekomst och intensitet. Cirka en tredjedel visade negativ eller ingen effekt alls på dessa beteenden

När BPSD studerades i samband med omvårdnadshandlingar, så framkom det i en studie av Snyder et al. (1995a), att handmassagen hade en positiv effekt, i form av minskat agiterat och högljutt beteende vid morgonens rutiner. Massagen hade däremot ingen effekt på dessa beteenden vid kvällsrutinerna, inte heller på fysiskt motstånd. I studien av Bowles et al. (2002) visade hälften av deltagarna en ökning av motstånd vid omvårdnadshandlingar, medan det på den andra hälften inte hade någon effekt alls.

I två studier, där pulsen var en indikator på ångest och oro, hade mjuk massage en pulssänkande effekt. Detta tolkades som positivt (Kim & Buschman, 1999; Snyder et al., 1995b). I studien av Skovdahl et al. (2004) så upplevdes massagen ha en avslappnande effekt. Men det framkom även att vårdarna upplevde det som svårt att ge behandling, om vårdtagaren var orolig eller fokuserad på något annat. När det gällde sömn så visade sig massagen ha enbart goda effekter. Flertalet av deltagarna somnade under tiden som de fick massage. De fick även bättre nattsömn.

Gällande upplevelsen av att ge taktil massage så var uppfattningen som framkom i de flesta studierna positiv. Många upplevde massagen som ett positivt redskap i vårdarbetet. Vårdpersonalen tyckte sig också få en närmare kontakt med vårdtagarna. De närstående upplevde att de fick ett ökat intresse för sin anhörig, samt att massagen gynnade ett möte fyllt med närhet och värme. Ett fåtal av dem som gav mjuk massage upplevde att den inte fyllde någon funktion. Några tyckte till exempel att det var tidskrävande, någon tyckte det kändes konstigt att ge massage, utan att få någon respons (vårdtagaren sov) och några andra sa sig inte märka någon skillnad, vare sig för vårdtagaren eller för egen del.

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med denna studie, var att belysa den medvetna beröringens effekter på beteendemässiga och psykologiska symtom vid demenssjukdom, samt upplevelsen av att ge medveten beröring. För detta valdes litteraturstudie som metod. Fördelen med att välja denna metod är att det redan finns material. Materialet ger en överblick över tidigare forskning som utförts, vilket kan jämföras med varandra. Enligt Polit & Hungler (1999) så kan litteraturstudie, som metod, vara till fördel, då den kan synliggöra brister mellan tidigare forskning eller visa på var det behövs ytterligare studier. Nackdelen med att använda litteraturstudie som metod, är att författaren tolkar det som någon annan redan skrivit. Backman (1998) menar att författaren bör försöka hålla sig så neutral som möjligt, då det finns en risk i att han/hon färgas av de redan tolkade resultaten. Författarna var väl medvetna om detta när artiklarna granskades. Arbetet innehöll inte några frågeställningar, då syftet var tydligt och klart.

Några av de artiklar som valdes bort var litteraturstudier och studier som undersökte effekten av medveten beröring hos äldre, där det inte framgick om deltagarna led av demenssjukdom. Även om dessa studier exkluderades, så kan det vara värt att kommentera att deras effekter av medveten beröring visade på liknande resultat. Detta stärker denna studies trovärdighet. Det fanns artiklar som ej kunde införskaffas, vilka kunde varit värdefulla för studiens resultat.

Det är svårt att dra några generella slutsatser då några av studierna innehöll få deltagare. Det gör det också svårt att generalisera, då det förekom variationer i behandlingstid samt var på kroppen den medvetna beröringen gavs. Olika mätinstrument, när det gällde beteendemässiga och psykologiska symtom, kan även ha påverkat reliabiliteten i resultatet i de olika studierna. I somliga av studierna användes skalor som mätinstrument och i andra användes personalens och de anhörigas observationer. Flera av studierna har redan från början valt bort personer som ryggade tillbaka för beröring. Detta kan ha haft betydelse för resultatet och gagnat medveten beröring som behandling.

Resultatdiskussion

Flera av studierna visar att medveten beröring har positiv effekt på BPSD. Personer med demenssjukdom kan få en försvagad självbild och därigenom också en försvagad bild av sig själv i relation med andra (Skovdahl & Kihlgren, 2002). Resultatet visar att den medvetna beröringen kan vara ett sätt att bekräfta och styrka individens självkänsla, samt öka personens välbefinnande. Den medvetna beröringen är också ett sätt att förmedla värme, kärlek och tillhörighet. Skovdahl & Kihlgren (2002) menar att om dessa ingredienser saknas i omvårdnaden kan det frambringa aggressivt beteende.

Motorisk oro, verbal eller fysisk aggressivitet kan vara ett sätt att visa oro eller stress (Skovdahl & Kihlgren, 2002). I flera av studierna visade sig medveten beröring ha positiv effekt på ångest och oro. Detta kan ha sin förklaring i att massage, enligt Uvnäs Moberg (2000), har en lugnande effekt eftersom den leder till frisättning av oxytocin, sänkt blodtryck och en reducerad nivå av stresshormoner, som till exempel kortisol.

Personer med demenssjukdom drabbas inte sällan av sömnproblem. De studier som belyste medveten beröringen och sömn, uppvisade ett positivt resultat. Det kan bero på, enligt Uvnäs Moberg (2000), att vid beröring frisätts oxytocin, vilket medför att ”lugn- och rosystemet” aktiveras. Resultatet visar att medveten beröring kan vara ett sätt att hjälpa en person med demenssjukdom att komma till ro, istället för farmakologisk behandling som kan ge biverkningar. Enligt Ardeby (1997) används massage, med gott resultat, på många ställen runt om i Sverige, i syfte att ge vårdtagarna bättre nattsömn.

Enligt Uvnäs Moberg (2000) måste det taktila sinnet stimuleras för att frisätta oxytocin. När beröringen slutar, stannar även produktionen av detta hormon upp och hormonnivån sjunker. Vårt resultat styrks av detta, då det framkom att den medvetna beröringen inte hade någon långtidseffekt. Även om effekten av beröringen inte är långvarig får den stunden, av lugn och välbefinnande den ger, tas tillvara och det visar även vikten av att ha en kontinuitet i behandlingen av medveten beröring och att den ingår som en naturlig del i omvårdnaden.

Resultatet visar inte enbart positiva effekter av massage, när det gäller beteendemässiga och psykologiska symtom vid demenssjukdom. Några av studierna, i vårt resultat, visade en

ökning av agiterat beteende (Bowles et al., 2002; Brooker et al., 1997; Kilstoff & Chenoweth, 1998). Frågan är vad detta kommer sig? Kan en anledning vara att vårdtagarna har svårt för nya rutiner, att de reagerar på en ny omvårdnadshandling? Skovdahl et al. (2004) stöder denna tanke, då vårdtagarna i deras studie behövde ett par tillfällen med taktil stimulering innan de kunde slappna av. Mot bakgrund av denna kunskap är det viktigt att ge vårdtagaren en chans att vänja sig vid det nya och att inte ge upp vid första försöket, om vårdtagaren ryggar tillbaka för beröringen. Här har sjuksköterskan ett stort ansvar med tanke på vikten av att aldrig ge medveten beröring om vårdtagaren inte vill. En viktig fråga att ställa sig är, var går gränsen, så att inte handlingen upplevs som kränkande för personen med demenssjukdom.

En annan studie av Bowles et al. (2002) visade att motståndet, hos en av grupperna ökade, vid omvårdnadshandlingar efter att de fått massage. Den andra gruppen som deltog i studien, visade ingen skillnad i beteendet. Det framgick inte i deras studie vad som skiljde deltagarna i de olika grupperna åt. Detta kunde ha gett en ledtråd till varför de två grupperna inte reagerade likartat. Däremot visar det att känslan och upplevelsen av beröring är individuell. Kan det vara så att de deltagare som visade ett ökat motstånd blev mer medvetna och uppmärksamma av massagen och därför upplevde omvårdnadshandlingarna som besvärande? I Kilstoff & Chenoweths (1998) studie upplevdes vårdtagarna bli mer uppmärksamma, sedan de fått massage, vilket stödjer denna tanke. Det är av stor vikt att sjuksköterskan är observant på vårdtagarens reaktion, så att inte omvårdnadshandlingarna leder till att vårdtagaren känner sig besvärad eller upplever dem som kränkande. Enligt Eriksson (1994) är kränkning av vårdtagarens värdighet, den vanligast förekommande formen av lidande. Men genom att ge individuellt anpassad omvårdnad så kan sjuksköterskan bekräfta personens värdighet.

Även om den medvetna beröringen inte hade någon större effekt på vissa av de beteendemässiga och psykologiska beteendena, så kan den trots detta fylla en positiv funktion, då den uppfattades av flertalet vårdgivare ha gett en ökning av välbefinnande hos vårdtagarna.

Brist på meningsfulla relationer utgör ett av de största lidandena för en människa (Eriksson, 1994). Hur skall sjuksköterskan kunna bygga upp en förtroendefull relation med en vårdtagare som kanske inte ens känner igen sin livspartner eller känner misstänksamhet mot sina barn? Flera av studierna visade att efter behandling med medveten beröring, så uppvisade vårdtagarna en ökad tillit till den som gav beröringen. Enligt Browall & Larsson

(1998) så kan grundläggande förtroende skapas genom att stanna upp, hålla om och visa total uppmärksamhet. Resultatet visar att det är detta som sker i den medvetna beröringen. Den kräver närvaro och fullständig uppmärksamhet, att för stunden kunna släppa allt annat och bara vara "här och nu". Bara då kan mötet mellan sjuksköterska och vårdtagare ge en äkta känsla av samhörighet. Vårdpersonalen i Edvardsson et al. (2003) studie beskriver att det skapas "en bubbla" där allt fokus ligger på vårdtagaren och där han/hon får personalens odelade uppmärksamhet. Resultatet visar att denna kunskap är viktig för sjuksköterskan, då det kan hjälpa henne i omvårdnadsarbetet att skapa en förtroendefull relation med personen med demenssjukdom.

Den medvetna beröringen beskrevs av personalen, som ett positivt verktyg i omvårdnadsarbetet (Edvardsson et al., 2003). Genom att använda den medvetna beröringen inom omvårdnaden av personer med demenssjukdom, så ökar känslan av tillfredställelse i arbetet. Den medvetna beröringen blir ett redskap att ta till som komplement när den farmakologiska behandlingen är olämplig eller inte räcker till. Alexandersson, Dehlén, Johansson, Petersson & Langius (2003) stöder denna tanke då de beskriver den taktila massagen som ett redskap i omvårdnadsarbetet. De menar att vårdpersonal kan känna större tillfredställelse, då de har något att ge i situationer där de tidigare kanske känt sig otillräckliga. Då omvårdnaden av personer med demenssjukdom innehåller många utmaningar, så kan den medvetna beröringen vara ett sätt att underlätta för sjuksköterskan att möta vårdtagaren och dennes behov.

Medveten beröring är en omvårdnadshandling vilken sjuksköterskan har ansvar för. Det gäller som sjuksköterska att vara lyhörd och ta hänsyn, inte enbart till vårdtagaren, utan även till vårdpersonalens inställning till att lära sig att ge medveten beröring. Enligt Faulkner (1995) är det ingen självklarhet för alla att använda beröring i terapeutiskt syfte. Alla är heller inte vana att ge beröring, förutom till människor som står dem väldigt nära. Medveten beröring måste ges från en människa som är öppen för att beröra.

Som sjuksköterska är det viktigt att se till helheten. Att inte glömma bort de närstående och att, om de vill, göra dem delaktiga i omvårdnaden. Enligt Almqvist & Jansson (2002) så är det inte sällan som de anhöriga får skuld känslor, när de tvingas inse att de inte klarar av att ensamma vårda sin närstående längre. Även om de lämnar över huvudansvaret för omvårdnaden, så vill de fortfarande känna sig delaktiga i vården och vara ett stöd till sin

anhörig. Studien visar att ett tillvägagångssätt kan vara, att lära de närstående att ge medveten beröring. För att ge medveten beröring krävs det kunskap i utövandet och i beröringens fysiologi samt dess effekter. Det är av stor vikt att göra de närstående uppmärksamma på, att vara lyhörda inför hur personen med demenssjukdom reagerar på beröringen. Både sjuksköterskan och de närstående har ett stort ansvar att se till att vårdtagaren inte upplever handlingen som kränkande. Att massera en hand kan kännas mer naturligt, både för den som ger och för den som får, i stället för att ge massage på till exempel ryggen. Den medvetna beröringen kan hjälpa vårdtagaren och dess närstående att få en stund av närhet, samt att få de närstående att känna sig betydelsefulla i omvårdnaden av sin familjemedlem.

Uvnäs Moberg (2000) skriver att det gjorts studier på råttor där det visade sig att honråttor som saknade äggstockar och livmoder och hanråttor, hade svårare att producera oxytocin än de honråttor med äggstockar och livmoder kvar. Nu går det inte att dra paralleller till människan utifrån denna studie, men frågan är om det finns skillnader mellan mäns och kvinnors sätt att uppleva beröring? Enligt Montague (1986) så finns det skillnader och då en av studierna i resultatet visade på olikheter mellan män och kvinnors reaktion på medveten beröring, skulle det vara intressant att, inom framtida forskning, jämföra effekterna ur ett genusperspektiv.

Enligt Dimbleby & Burton (1995); Faulkner (1995) och Montague (1986) så finns det kulturella skillnader i hur mottagliga och öppna vi är för beröring. Till exempel i England används inte beröring i lika stor utsträckning som i Puerto Rico eller Frankrike, där beröring ses som en naturlig del i samvaron mellan människor. Det är viktigt att sjuksköterskan har kunskap om detta, då antalet personer som har ett annat ursprungsland än Sverige, kommer att öka inom demensvården. Både när det gäller ur ett vårdgivande och ur ett vårdtagande perspektiv. Därför skulle det vara av stort intresse att göra en studie där man jämförde den medvetna beröringens effekter ur ett kulturellt perspektiv.

En ökande del av äldreomsorg och äldrevård, är vården av individer med demenssjukdom. Resultatet visar att dessa personer kan vara svåra att möta och vårda. Sjukvården har öppnat sig och försökt hitta andra vägar inom sjuksköterskans ansvarsområde, så som till exempel musik och massage. Cullberg (2003) skriver att hjärnan, hos en person som drabbats av en demenssjukdom, har förlorat stora delar av sin funktion. Då är inte enbart en medicinsk behandling att föredra, utan det är viktigt att hitta alternativa vägar, samt att utforma en god

och individuell omvårdnad. Även Fratiglioni, Agüero-Torres & Winblad (2001) menar att, trots framsteg inom farmakologisk behandling, är god omvårdnad en viktig del i vården av personer med demenssjukdom. Montague (1986) menar att ett av de största behoven vi har när vi blir gamla, är att bli berörda. Det är också detta behov som tyvärr ofta förnekas personen med demenssjukdom. Det finns många vårdtagare inom äldreomsorgen och äldrevården som lider av "beröringsbrist" (Montague 1986). Utifrån vad resultatet visat kan den medvetna beröringen vara ett naturligt sätt att råda bot på denna brist.

Konklusion

Studien har visat att medveten beröring kan ha god effekt inom omvårdnaden av personer med demenssjukdom och att upplevelsen av att ge medveten beröring, handlar lika mycket om att få något värdefullt tillbaka. Att det blir ett samspel mellan två likvärdiga människor. Studien har också visat att medveten beröring som behandling, kräver lyhördhet och fingertoppskänsla hos den som ger.

Fortsatt forskning inom området är nödvändigt för att få en djupare förståelse och en ökad kunskap om hur den medvetna beröringen påverkar personer med demenssjukdom. Enligt Socialstyrelsen (SOSFS 1993:17) skall sjuksköterskan se till att omvårdnadshandlingar genomförs på ett ändamålsenligt sätt och enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Då medveten beröring är en omvårdnadshandling, är det viktigt att den vilar på dessa grunder. Detta kan då bidra till att förbättra omvårdnaden och att ge vårdtagaren en högre grad av välbefinnande.

Oavsett kön, ålder eller nationalitet så är det viktigaste att inte generalisera utan, precis som i allt omvårdnadsarbete, se till individen. Därför låter vi Birkestad (1999) avsluta vår studie med orden

Alltid när personen vill – Aldrig när personen inte vill. (s. 26).

Referenser

Alexandersson, M., Dehlén, C., Johansson, I., Petersson, I. & Langius, A. (2003). Taktill massage som komplement i omvårdnadsarbetet i palliativ vård. *Vård i Norden*, 67, 27-30 .

Almberg, B. & Jansson, W. (2002). Att vara anhörig till en person med demenssjukdom. I: Edberg, A-K. (red) *Att möta personer med demens*. (s. 61-81). Lund: Studentlitteratur.

Ardeby, S. (1997). Taktill massage i vård och omsorg. *Sjukskötersketidningen*, 4, 107-112.

Autton, N. (1990). *Beröring. Beröringens bruk i omsorg og terapi*. Øyslebø: Eikstein Forlag.

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Birkestad, G. (1999). *Beröring i vård och omsorg*. Solna: Ófeigur förlag.

Blennow, K., Marcusson, J., Skoog, I. & Wallin, A. (2003). *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. Stockholm: Liber AB.

Bowles, E. J., Griffiths, K. M., Quirk, L., Brownrigg, A. & Croot, K. (2002). Effects of essential oils and touch on resistance to nursing care procedures and other dementiarelated behaviours in a residential care facility. *The International Journal of Aromatherapy*, 12, 22-29.

Brooker, D. J. R., Snape, M., Johnson, E., Ward, K. & Payne, M. (1997). Single case evaluation of the effects of aromatherapy and massage on disturbed behaviour in severe dementia. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 287-296.

Browall, M. & Larsson, A-K. (1998) Svaret på non-verbal kommunikation? Taktill massage. *Cancervården*, 4, 17-19.

Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.

Dimbleby, R. & Burton, G. (1995) *Oss emellan. Mellanmänsklig kommunikation*. Lund: Studentlitteratur.

Edvardsson, J. D., Sandman, P-O. & Rasmussen, B. H. (2003). Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 601-609.

Ekengren, K. & Hjerpe, B. (1995). *Beröring - vår viktigaste förnimmelse*. Umeå: SIH läromedel.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Utbildning.

Eriksson, K. (1995). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber AB.

Faulkner, A. (1995). *Det professionella samtalet. Om samspel och kommunikation i omvårdnadsprocessen*. Stockholm: Liber AB.

Fratiglioni, L., Agüero-Torres, H. & Winblad, B. (2001) *Demens - ett stort och ökande folkhälsoproblem*. (Äldre och Folkhälsa rapport 18). Stockholm: Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum.

Gaunt, D., Schwarz, R. & Öhlander, M. (1993). *Demenser och demensvård. Medicinska, sociala och kulturella aspekter*. Stockholm: Liber Utbildning.

Gustafson, L. (2002). Klassifikation av demenssjukdomar. I: Amanius Björlin, G., Basun, H., Beck-Friis, B., Ekman, S-L., Englund, E., Eriksson, J., Gustafson, L., Lannfelt, L., Nygård, L., Sparring Björkstén, K., Terzis, B., Wahlund, L-O. & Wimo, A. *Om demens*. (s. 11-12). Stockholm: Liber AB.

Hellgren Graneheim, U. (2004). *Störande beteende i interaktionen mellan personer med demens och deras vårdare*. Umeå: Umeå University Medical Dissertations.

Jelvéus, L. (2003). *Taktil massage*. Solna: FortbildningsFörlaget.

Kihlgren, M. (1994). Vårdmiljö för dementa: Omgivning och bemötande. I: Spri och Svenska Läkaresällskapet. Svensk Medicin Nr. 42. *När minnet sviker. Om demens och demensliknande tillstånd.* (s. 227-236). Stockholm: Spri.

Kihlgren, M., Krusebrant, Å. & Skovdahl, K. (2002). *Mjuk massage vid demenssjukdom* (Alert, Tidiga bedömningar av nya medicinska metoder, version 1). Stockholm: SBU.

Kilstoff, K. & Chenoweth, L. (1998). New approaches to health and well-being for dementia day-care clients, family carers and day-care staff. *International Journal of Nursing Practice*, 4, 70-83.

Kim, E. J. & Buschmann, M. T. (1999). The effect of expressive physical touch on patients with dementia. *International Journal of Nursing Studies* 36, 235-243.

Landstinget i Värmland. (2004, november 18). *BPSD ur ett icke farmakologiskt perspektiv.* URL <http://www.liv.se/files/pdf/demens/omvardnad/beteende-psyk-symtom.pdf>

Läkemedelsboken. (2003/2004). Stockholm: Apoteket AB.

Montague, A. (1986). *Touching. The human significance of the skin.* New York: Harper and Row.

Nationalencyklopedin (2004, november 10). *Massage.* URL http://www.ne.se/sp/search/search.jsp?h_search_mode=simple&h_advancedsearch=false&t_word=message&btn_search=S%F6k+direkt%21

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research. Principles and methods.* Philadelphia, USA: Lippincott Company.

Remington, R. (2002). Calming music and hand massage with agitated elderly. *Nursing Research*, 51, 317-323.

Rowe, M. & Alfred, D. (1999). The effectiveness of slow-stroke massage in diffusing agitated behaviors in individuals with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing*, 6, 22-34.

Sansone, P. & Schmitt, L. (2000). Providing tender touch massage to elderly nursing home residents: a demonstration project. *Geriatric Nursing*, 21, 303-308.

Skovdahl, H. & Kihlgren, M. (2002). Oro och aggressivitet – beteende som kan vara svåra att tolka och bemöta. I: Edberg, A-K. (red) *Att möta personer med demens*. (s. 121-136). Lund: Studentlitteratur.

Skovdahl, K., Sörlie, V. & Kihlgren, M. (2004). Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies. I: Skovdahl, K. *Krävande beteenden i samband med demens – förekomst och olika förhållningssätt*. Stockholm: Karolinska institutet.

Snyder, M., Egan, E. C. & Burns, K. R. (1995a). Efficacy of hand massage in decreasing agitation behaviors associated with care activities in persons with dementia. *Geriatric Nursing*, 60-63.

Snyder, M., Egan, E. C. & Burns, K. R. (1995b). Interventions for decreasing agitation behaviors in persons with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 21, 34-39.

SOSFS 1993:17. *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Uvnäs Moberg, K. (2000). *Lugn och beröring. Oxytocinets läkande verkan i kroppen*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Zottele, E. (1999). Massage har en plats i skolmedicin, men fler och bättre studier behövs. *Läkartidningen*, 96, 4692-4694.

BILAGA 1

Översikt av sökning i databaserna.

Databas	Sökord	Antal träffar	Urval 1/Urval 2
Cinahl	touch and dementia	12	0/0
	nursing and touch and dementia	0	0/0
	massage and dementia	5	1/1
	dementia and anxiety and touch	3	2/2
PubMed	touch and dementia	17	1/1
	nursing and touch and dementia	1	0/0
	massage and dementia	10	2/2
	dementia and anxiety and touch	2	0/0
Science direct	touch and dementia	191	0/0
	nursing and touch and dementia	155	0/0
	massage and dementia	153	1/0
	dementia and anxiety and touch	188	0/0
SveMed+/BRS	touch and dementia	86	1/0
	nursing and touch and dementia	1	0/0
	massage and dementia	0	0/0
	beröring, demens	1	0/0
	massage, demens	1	0/0
	beröring, ångest	1	0/0

BILAGA 2

Översikt över artiklar i resultatet.

Förf./Publ.År/ Titel	Syfte	Metod	Population	Huvudresultat
Bowles, E.J., Griffiths, D.M., Quirk, L., Brownrigg, A. & Croot, K. (2002). Effects of essential oils and touch on resistance to nursing care procedures and other dementia related behaviours in a residential care facility.	Att undersöka effekten av mjuk massage, med en blandning av väldoftande oljor och kräm, på beteenden hos personer med demenssjukdom.	Observationsstudie och kvantitativ metod.	Omfattar 57 personer med demenssjukdom, boende på ett sjukhem.	Beröringen ihop med väldoftande oljor minskade förekomsten och styrkan av demensrelaterat beteende vid andra tillfällen än vid omvårdnads handlingar. För en av grupperna minskade motståndet mot omvårdnads handlingar.
Brooker, D.J.R., Snape, M., Johnson, E., Ward, D. & Payne, M. (1997). Single case evaluation of the effects of aromatherapy and massage on disturbed behavior in severe dementia.	Att hjälpa vårdtagarna att känna sig mer avslappnade och att känna mindre oro med hjälp av massage och aromaterapi. Att på så vis kunna hölja deras livskvalitet.	Observationsstudie och kvantitativ metod.	Omfattar fyra personer med långt framskriden demenssjukdom.	På endast en av deltagarna hade massagen och aromaterapin positiv effekt.

Förf./Publ.År/ Titel	Syfte	Metod	Population	Huvudresultat
Edvardsson, J.D., Sandman, P-O. & Rasmussen, B.H. (2003). Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional.	Att belysa betydelsen av att ge medveten beröring i omvårdnaden av äldre.	Kvalitativ metod.	Omfattar 12 vårdgivare i Sverige.	Beröringen gav vårdgivarna en känsla av att ha ett redskap att ta till för att lindra lidande för personer med demenssjukdom och smärta. Beröringen skapade en mänsklig, vänlig och lugn relation mellan vårdtagare och vårdgivare.
Kilstoff, K. & Chenoweth, L. (1998). New approaches to health and well-being for dementia day-care clients, family carers and day-care staff.	Att utvärdera effekten och upplevelsen av handmassage på personer med agiterat beteende, deras närstående samt vårdpersonal.	Kvalitativ metod.	Omfattar 16 personer med demenssjukdom, 16 närstående samt sju vårdpersonal från en mångkulturell dagverksamhet i Australien.	De närstående kände sig mindre stressade i sin vårdarroll och patienterna upplevdes bli mer alerta och visade mindre agiterat beteende. Vårdpersonalen upplevde behandlingen som ett verktyg för att lättare klara av agiterat beteende samt att få en närmare kontakt med patienter och närstående.

Förf./Publ.År/ Titel	Syfte	Metod	Population	Huvudresultat
Kim, E.J.& Buschmann, M.T. (1999). The effect of expressive physical touch on patients with dementia.	Att undersöka effekten av medveten beröring (tillsammans med samtal) på oro och beteende- mässiga och psykologiska symtom hos personer med demens- sjukdom.	Kvantitativ metod.	Omfattar 29 personer boende på ett hem för äldre.	Oron var lägre direkt efter behandlingen. Behandlingen minskade episoderna av beteendemässiga och psykologiska symtom.
Remington, R. (2002). Calming music and hand massage with agitated elderly.	Att undersöka om lugnande musik och handmassage påverkar agiterat beteenden hos personer med demens- sjukdom.	Kvantitativ metod.	Omfattar 68 personer med demens- sjukdom, boende på fyra olika långvårds- inrättningar.	De deltagare som fick behandling uppvisade en minskad nivå av agiterat beteende, jämfört med de som inte fick behandling.
Rowe, M. & Alfred, D. (1999). The effectiveness of slow-stroke massage in diffusing agitated behaviours in individuals with Alzheimer's disease.	Att undersöka effektiviteten av mjuk massage på frekvensen och styrkan av agiterat beteende hos personer med Alzheimers sjukdom.	Kvantitativ metod.	Omfattar 14 personer med Alzheimers sjukdom och 14 närstående.	Effekterna av mjuk massage visade en minskning av agiterat beteende förutom när det gällde högljuddhet.

Förf./Publ.År/ Titel	Syfte	Metod	Population	Huvudresultat
Sansone, P. & Schmitt, L. (2000). Providing tender touch massage to elderly nursing home residents: a demonstration project.	Att undersöka användbarheten av mjuk massage på personer med smärta och/eller med demensrelaterade beteenden.	Kvalitativ och kvantitativ metod.	Omfattar 59 personer boende på ett sjukhem i New York.	Effekterna av mjuk massage visade en minskning av demensrelaterade beteenden under behandlingstiden. Effekterna av mjuk massage visade en minskning av upplevelsen av smärta.
Skovdahl, K., Sörlie, V. & Kihlgren, M. (2004). Tactile stimulation with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies.	Att beskriva vårdpersonals upplevelser av att ge taktil massage, samt beskriva deras observationer av förändringar i vårdtagarnas beteende.	Kvalitativ metod.	Omfattar fem personer med beteendemässiga och psykologiska symtom vid demenssjukdom.	Vårdtagarna visade tecken på ökat välbefinnande och en högre grad av avslappning. Vårdpersonalen upplevde att de fick en närmare och varmare relation till vårdtagarna efter behandlingen.
Snyder, M., Egan, E.C. & Burns, K.R. (1995a). Efficacy of hand massage in decreasing agitation behaviors associated with care activities in persons with dementia.	Att undersöka om handmassage, före omvårdnads handlingar som ofta utlöser agiterat beteende, minskar frekvensen och intensiteten av dessa beteenden.	Observationsstudie och kvantitativ metod.	Omfattar 26 personer med demenssjukdom boende på tre olika sjukhem.	Handmassage gav en minskning i intensitet och frekvens av agiterat beteende på morgonen.

Förf./Publ.År/ Titel	Syfte	Metod	Population	Huvudresultat
Snyder, M., Egan, E.C. & Burns, K.R. (1995b). Interventions for decreasing agitation behaviors in person with dementia.	Att undersöka effektiviteten av handmassage, healing och enbart närvaro när det gäller att frambringa avslappning och minskning av agiterat beteende hos personer med demens- sjukdom.	Observations- studie och kvantitativ metod.	17 personer med demens- sjukdom boende på ett demens- boende.	Handmassage gav en högre nivå av avslappning än healing. Båda var mer effektiva än enbart närvaro. Ingen minskning av agiterat beteende observerades.

Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521-26 42 00 Fax 0521-26 42 99
www.htu.se