HÖGSKOLAN
TROLLHÄTTAN • UDDEVALLA

Terapeutisk beröring för lindring av fantomsmärta och postoperativ smärta - en litteraturstudie

Författare: Minna Åkesson
Handledare: Angelika Fex

Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå I
Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, kurs SSK 00H

Institutionen för omvårdnad
Februari 2003

INNEHÅLL

INLEDNING **1**

BAKGRUND **2**

Beröring **2**

Smärta **5**

SYFTE **9**

METOD **9**

RESULTAT **12**

Terapeutisk beröring vid fantomsmärta **12**

Terapeutisk beröring vid postoperativ smärta **16**

Sammanfattning **19**

DISKUSSION **20**

Metod **20**

Resultat **21**

REFERENSER **24**

Arbetets titel:	Terapeutisk beröring för lindring av fantomsmärta och postoperativ smärta - en litteraturstudie Therapeutic touch as a relief of phantom pain and postoperative pain – a literature study
Författare:	Minna Åkesson
Handledare:	Angelika Fex
Institution:	Institutionen för omvårdnad, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Arbetets art:	Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå I
Antal sidor:	26
Kurs:	Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 00:H
Datum:	Februari 2003

ABSTRACT

It is difficult to achieve a satisfying pain-relief for patient with phantom pain. The pharmacological treatment of postoperative pain often has good effects, but has side effects. The use of therapeutic touch has increased as a complementary pain-relief, but more in cancer and dementia caring. Earlier reseach confirms that therapeutic touch can be used as a complementary treatment to pharmacological pain-relief. The aim of this study was to find out how therapeutic touch as a complementary method can give pain-relief on phantom pain and postoperative pain. The study was performed as a literature study, based on seven articles. This study showed that systematic and continuous therapeutic touch, given as a complement to pharmacological pain treatment, reduces patients experience of phantom pain and postoperative pain.

Keywords: Nursing, phantom pain, postoperative pain, tactile massage and therapeutic touch

Nyckelord: Fantomsmärta, postoperativ smärta, taktil massage och terapeutisk beröring

INLEDNING

Genom terapeutisk beröring kan sjuksköterskan lindra smärta, oro och ångest (Ardeby, 1997). Det är därför angeläget att som sjuksköterska bli medveten om beröringens betydelse. Av egen erfarenhet från mitt arbete med gravt funktionshindrade och svårt sjuka barn samt vuxna personer, har jag sett tydliga effekter av taktil massage, som är en form av terapeutisk beröring. Dessa svårt sjuka individer, som inte kan kommunicera verbalt, lider ofta av oro, smärta och kramper. Genom att vårdpersonalen systematiskt och regelbundet utförde taktil massage kunde dessa symtom lindras och de sjuka föreföll att uppleva lugn och ro. Vårdtagare och vårdare fick även en bättre kontakt och kunde kommunicera icke verbalt.

Jag har också mött personer som efter trafikolyckor ådragit sig wiplashskador. Regelbunden terapeutisk massage har hos dem lindrat de smärtor som varit svåra att dämpa med enbart medicinska åtgärder. De har efter massagen även upplevt bättre rörlighet, som i sin tur minskat spänningar.

Fantomsmärtor är ett utbrett problem bland personer som blivit amputerade (Kao, Wesolowski & Lema, 1997). Graden av smärta och upplevelsen av amputationen är mycket individuell (Philcox, Rawlins & Rodgers, 2002). Då fantomsmärta huvudsakligen är en neurogen typ av smärta, är det svårt att ge effektiv smärtlindring genom enbart farmakologisk behandling. Neurogen smärta är erkänt svår att lindra med medicinska åtgärder (Kao, Wesolowski & Lema, 1997).

Enligt Medicinska kvalitetsrådet (Svenska Läkaresällskapet, 2000), är behandlingen av postoperativ smärta fortfarande eftersatt. Medicinska kvalitetsrådet har tagit fram nationella riktlinjer för hur behandling av postoperativ smärta skall utföras och utvärderas. Bland annat skall patienten ges utförlig information om postoperativ smärta och dess alternativ för behandling. I de postoperativa riktlinjerna ingår inte, till skillnad från motsvarande riktlinjer för behandling av cancerrelaterad smärta (Carleson, 1999), komplementära behandlingsmetoder så som exempelvis terapeutisk beröring. Kanske

skulle terapeutisk beröring kunna vara ett komplement till den medicinska behandlingen av fantomsmärta och postoperativ smärta.

BAKGRUND

Beröring

Hos människan har huden en viktig funktion i förmedlingen av information från omvärlden till nervsystemet (Uvnäs Moberg, 2000). Huden är en mycket känslorik del av kroppen och människans största organ. Huden är uppbyggd av tre olika skikt; överhuden, läderhuden och underhuden. Sinnescellerna, nerverna och nervändsluten som finns i överhuden utgör grunden för hudens känsel. I huden finns olika typer av receptorer. Vissa registrerar smärta, andra värme och kyla (Uvnäs Moberg, 2000; Bjålie, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud, 1998). I huden finns också känselreceptorer för beröringssinnet, det taktila sinnet. En av hudens många uppgifter är att förmedla signalerna från känselsinnet till hjärnan, så att de blir medvetna upplevelser. Beröringssinnets nervceller varierar i antal på olika delar av kroppen. I ansiktet och på händerna finns de flesta av dessa celler. För att utvecklas och för att må bra är det nödvändigt att stimulera beröringssinnet. Receptorerna för beröring kan fungera även vid medvetslöshet och när en person till synes upplevs vara okontaktbar (Socialstyrelsen, 1997).

Behovet av beröring grundläggs redan i fosterstadiet. Fostret stimuleras genom livmoderns kontraktioner till ett liv utanför livmodern. För att spädbarnet sedan skall fortsätta att utvecklas och växa behövs beröring (Socialstyrelsen, 1997). I kommunikationen mellan människor har beröring stor betydelse. Beröring är ett sätt att uttrycka glädje, uppmuntran och tröst. Montague (1986, i Ching, 1993) definierar beröring som en tillfredställande och genomtänkt kontakt, där hud möter hud i ett intimt möte.

Det förekommer olika typer av beröring. Affektiv beröring innebär att känslor så som empati och omtanke förmedlas. Omvårdnadsarbetet präglas av funktionell beröring. Den förmedlas vid åtgärder så som tvättning av patienten, omläggningar och

injektionsgivning (Vortherms, 1991). I omvårdnadsarbetet är vårdarens händer oumbärliga. Hur patienten upplever omvårdnaden beror mycket på vårdarens handlag. Händer kan var kärleksfulla, stödjande, öppna eller krävande, de kan även vara hårda och slutna (Socialstyrelsen, 1997). För att stödja patientens integritet bör den funktionella beröringen utföras på ett respektfullt och känsligt sätt (Vortherms, 1991).

Beröring är en form av icke verbal kommunikation (Philcox, Rawlins & Rodgers, 2002). Beröringen är en integrerad och viktig del av kommunikationen mellan patient och sjuksköterska. I vissa fall kan även stöd och acceptans förmedlas bättre än vid verbal kommunikation (Philcox, Rawlins & Rodgers, 2002; Krieger, 1975). I omvårdnadsarbetet har beröring en grundläggande betydelse, då den används som ett hjälpmedel för att få kontakt med patienten och visa omtanke (Carruthers, 1992).

Terapeutisk beröring innebär att avsiktligt beröra en individ. Beröringstekniken introducerades av Dolores Krieger i början av 1970-talet i USA (Ching, 1993). Beröring enligt Kreigers metod går ut på att överföra energi genom att lägga händerna på den sjuke, för att påskynda den läkande processen och samtidigt förmedla lugn och ro. Denna speciella typ av beröring sker inom gränsen av det energifält som finns runt människans kropp men den kan också utföras utan någon direkt hudkontakt (Ching, 1993). Terapeutisk massage är en mera utvecklad form av terapeutisk beröring. Den fokuserar på att det sker ett energiutbyte mellan givare och mottagare. Massagens syfte är att mottagaren skall kunna slappna av både psykiskt och fysiskt, för att uppleva lugn och ro (Ching, 1993). I den forskning om terapeutisk beröring som redovisas i detta arbetets resultat har forskarna refererat till Kriegers metod (Connell Meehan,1993; Francis & Biley, 1995; Humle, Waterman & Hillier, 1999; Leskowitz, 2000; Lidén & Rytterström, 2001; Nixon, Tescehdorff, Finney & Karnilowicz, 1997; Philcox, Rawlins & Rodgers, 2002). Den har under åren utvecklats och benämns nu terapeutisk beröring eller terapeutisk massage. Båda dessa benämningar har samma innebörd och innebär att den terapeutiska beröringen/massagen utförs systematiskt och regelbundet av sjuksköterskor som har specialkunskap inom området. Terapeutisk beröring är ett vedertaget begrepp och inkluderar bl.a. fotmassage och taktil massage. Därför kommer begreppet terapeutisk beröring att fortsättningsvis användas detta arbete.

I Sverige har Siv Ardeby (1997) utvecklat en speciell metod av beröring som benämns taktil massage. Ardeby är legitimerad sjuksköterska, massör och lärare i taktil massage. Efter uppdrag från Socialstyrelsen år 1997 fick metoden namnet taktil massage, för att särskilja den från andra metoder för beröring och massage (Ardeby, 1997). Taktil massage är en mjuk omslutande beröring av huden, som innebär att man lätt stryker och trycker på huden. Metoden utvecklades för att göra reaktioner på närhet och beröring medvetna, både när man själv blir berörd och när man berör andra. Taktil massage bygger på en helhetssyn av individen med ett förhållningssätt som respekterar individens integritet. Metoden är uppbyggd efter hudens och nervsystemets fysiologi. Taktil massage är anpassad för att kunna användas till människor i alla åldrar, vid terminalvård, skador eller handikapp. Metoden kan också användas till människor som i sin stressade vardag behöver en stunds avslappning för att återhämta sig. Metoden är dessutom användbar vid långvariga smärttillstånd, så som fantomsmärta. Taktil massage används som komplement till och förstärkning av medicinska åtgärder (Ardeby, 1997).

Taktil massage förstärker patientens kroppsuppfattning och jag - känsla. Genom att ge mjuk massage kan patienten känna och acceptera kroppsdelar som är missbildade, förlamade och som har nedsatt funktionsförmåga. För att kunna använda sin kropp optimalt måste man kunna känna dess gräns. Denna gräns kan förstärkas genom taktil massage. Andra effekter som observerats vid taktil massage är ökad vakenhet, ökad förmåga till kommunikation, förbättrad mag- och tarmfunktion, avslappning, lugn och ro, bättre sömn, lindring av smärta samt ökat välbefinnande (Ardeby, 1997).

Som utövare av taktil massage är det viktigt att själv vara lugn (Socialstyrelsen, 1997). Stressen avspeglar sig i massagen och påverkar den som får massage. Kontakt sökes med personen som skall få massage, för att uppmärksamma om han/hon vill ha det. Vid taktil massage används vegetabiliska kallpressade oljor, exempelvis olivolja, solrosolja eller mandelolja. Dessa oljor är behagliga för huden, de absorberas och gör huden mjuk och smidig. Genom att använda hudvänliga oljor minskas friktionen mot huden. Oljan värms i händerna innan massagen börjar. Under massagen är det viktigt att vara fokuserad på enbart massage och på patientens reaktioner, för att få ett bra resultat (Socialstyrelsen, 1997). Massagen börjar med lätta strykningar, för att tala om vilken

kroppsdel som skall masseras. Efter hand blir massagen mera kraftfull, men präglas fortfarande av lugn. Rörelserna är omslutande och beröringen kontinuerlig. Massagen avslutas med lättare strykningar och till sist bara genom att hålla om den kroppsdel som masserats, för att tala om att behandlingen är slutförd (Ardeby, 1997).

Vid beröring frisätts hormonet oxytocin i kroppen (Uvnäs Moberg, 2000). I början av 1900-talet upptäckte den engelske forskaren Sir Henry Dale en substans i hypofysen som kunde påskynda förlossningsarbetet. Han gav den namnet oxytocin som kommer från grekiskan och betyder snabb förlossning (Uvnäs Moberg, 2000). Kerstin Uvnäs Moberg är professor i fysiologi. Hon har arbetat med medicinsk forskning i 25 år och har bl.a. forskat om oxytocinets effekter. Oxytocin kallas även för lugn- och rohormon och finns både hos kvinnor och män. Tidigare var hormonet mest känt för att frigöras hos kvinnan vid förlossning och amning. Oxytocinet har många positiva effekter utöver livmoderkontraktioner och mjölkutdrivning (Jelvéus, 1998). Oxytocinet följer oss livet igenom. Vid förlossning är oxytocin verksamt för att driva ut barnet ur livmodern och senare stimulera till amning. Vid beröring av det lilla barnet frisätts oxytocin så att barnet upplever lugn och ro. Effekterna av oxytocinfrisättning upplevs även av vuxna, då det har en lugnande och smärtlindrande effekt. Den lugnande effekten är nära besläktad med oxytocinets förmåga att genom att minska smärtkänsligheten dämpa smärta. Smärtupplevelsen registreras men smärtupplevelsen utlöser inte en lika kraftig reaktion som vid lägre halt av oxytocin i blodet. Omvänt leder också minskad känslighet för smärta till ökat lugn (Uvnäs Moberg, 2000).

Smärta

Smärta kan utlösas av olika typer av påverkan av kroppen. I kroppens vävnader finns avkännare som är specialiserade på att registrera smärta. Dessa avkännare kallas nociceptorer eller smärtreceptorer. Smärtreceptorerna varierar till antal i olika delar av kroppen (Nystand & Röhl, 1999). Vid vävnadsskada eller sjukdom aktiveras smärtreceptorerna genom att det frisätts kemiska ämnen i vävnaderna. Aktivering av smärtreceptorerna kan ske genom mekanisk skada, temperaturförändring eller kemisk påverkan, som exempelvis vid inflammation. Via speciella nervfibrer leds smärtimpulserna från smärtreceptorerna till ryggmärgens bakre del. Där sker en

omkoppling av nervimpulserna i smärtbanor som är uppåtstigande. När smärtsignalerna når thalamus, som är samordnare av nervimpulser i hjärnan, kopplas de om till nervbanor som går till olika delar av hjärnan. Först när smärtsignalerna når hjärnbarken kan smärtan upplevas, karaktäriseras och lokaliseras. Från hjärnan sker då den viljemässiga styrningen av kroppsrörelserna (Nystand & Röhl, 1999; Bjålie et al., 1998).

Grindteorin kan delvis förklara varför terapeutisk beröring har en smärtreducerande effekt (Uvnäs Moberg, 2000). I ryggmärgen finns en så kallad smärtgrind som kan stängas och öppnas (Nystand & Röhl, 1999; Bjålie et al., 1998). Grindteorin innebär att smärtimpulserna som leds via olika fibrer i ryggmärgen får konkurrens av impulser från beröringssinnet. Smärtimpulserna får då svårare att passera och når inte fram till hjärnan, därför upplevs inte smärta, eller smärtupplevelsen blir reducerad (Nystrand & Röhl, 1999). Detta kan jämföras med att kroppen har ett inbyggt mönster för att eftersträva och ge beröring vid smärta. Kroppen ”vet” att det hjälper. Jämförelse kan göras med att instinktivt blåsa på det onda eller att hålla om, ta i det som gör ont. Vid beröring av det onda frisätts oxytocin i kroppen, vilket också det medför en reducering av smärtupplevelsen (Uvnäs Moberg, 2000; Jelvéus, 1998).

I förhållande till kroppens övriga sinnen har smärtsinnet en särställning. Smärta upplevs ofta som obehagligt och skrämmande. I likhet med rädsla och aggressivitet aktiverar smärta det sympatiska nervsystemet, som medför ökad hjärtfrekvens och ökat blodtryck samtidigt som blodcirkulationen till det smärtande området minskar. En av kroppens viktigaste signaler är smärta och den skall därför alltid tas på största allvar. Att känna akut smärta är ofta livsnödvändigt, det är en varningssignal som talar om att det finns någon vävnad i kroppen som skadats eller riskerar att skadas (Nystrand & Röhl, 1999). Långvarig smärta har varat i tre månader eller mer. Det finns ofta inget eller föga samband mellan långvarig smärta och risk för vävnadsskada. Den långvariga smärtan är för det mesta meningslös, eftersom den inte fyller någon varnande funktion på att något är fel. Den långvariga smärtan kan finnas kvar trots att vävnadsskadan är läkt (Brattberg, 1995; Berg, 2002).

Smärta är en subjektiv, individuell och obehaglig upplevelse, ett lidande. Den är unik för varje enskild individ och endast individen själv kan avgöra hur smärtan upplevs. Den internationella smärtforskningsorganisationen IASP (The International Association for the Stydy of Pain) har följande definition av smärta: ” *Smärta är en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse till följd av verklig eller möjlig vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada. Smärta är alltid subjektiv och kan uppträda i frånvaro av vävnadsskada”* (IASP i Brattberg, 1995, s.18). Vid beskrivning av smärtupplevelser grundar sig dessa i tidigare upplevelser. Ibland kan det vara omöjligt för en patient att verbalt förmedla sina smärtupplevelser (Brattberg, 1995; Hawthorn & Redmond, 1999).

Smärta brukar delas in i fyra huvudgrupper; nociceptiv smärta, neurogen smärta, psykogen smärta och idiopatisk smärta. Denna indelning sker efter smärtans karaktär och orsak (Nystand & Röhl, 1999). Smärtanalys innebär att ta reda på vilken huvudgrupp smärtan tillhör. Det är viktigt att analysera smärtan för att komma fram till en bra smärtbehandlingsmetod. En del i smärtanalysen är att mäta smärtans intensitet. Det görs med hjälp av en visuell analog skala, VAS. Med hjälp av VAS – stickan kan patientens upplevelse av smärtan skattas. Patienten ombeds att med hjälp av markören på stickan att tala om smärtans intensitet. Smärtan mäts på stickan mellan ingen smärta alls, 0, till värsta tänkbara smärta, 10 (Mc Caffery & Pasero, 1999).

Nociceptiv smärta, vävnadssmärta, är den typ av smärta som uppstår när kroppens vävnader skadats eller hotas att skadas. Postoperativ smärta är huvudsakligen nociceptiv. Vid nociceptiv smärta stimuleras nociceptorerna i vävnaden till att signalera smärta, oftast som molande värk. Nociceptiv smärta behandlas vanligtvis med farmakologiska metoder som ofta ger en god smärtlindrande effekt (Nystand & Röhl, 1999).

Neurogen smärta uppstår vid skada i nervsystemet. Central neurogen smärta orsakas av skador i hjärna eller ryggmärg. Denna smärta kan uppkomma vid neurologiska sjukdomar som multipel skleros, stroke och vid ryggmärgsskador. Vid perifer neurogen smärta har skador eller störningar uppstått i nervsystemet utanför hjärna och ryggmärg.

Nerverna kan vid vissa skador bli mer känsliga och sända impulser som kan upplevas som brännande eller stickande. Efter amputation kan så kallad fantomsmärta uppkomma. Avskurna nerver signalerar då svår smärta från den amputerade kroppsdelen. Denna typ av smärta är svår att behandla med farmakologiska metoder (Nystand & Röhl, 1999). Svår smärta pga dålig blodcirkulation orsakad av diabetes och/eller åderförkalkning kan medföra amputation. Syftet är då att befria patienten från smärtorna (Järhult & Offenbartl, 1997).

Psykogen smärta orsakas av primär psykisk sjukdom, såsom djup depression och schizofreni. Med idiopatisk smärta menas att ingen känd fysisk eller psykiatrisk orsak går att finna till smärtan (Nystand & Röhl, 1999).

Brattberg (1995) beskriver, utöver huvudgrupper, smärtan i fyra olika dimensioner; den fysiska, psykiska, sociala och den andliga eller existentiella smärtan. Med fysisk smärta menas att smärtan kan beskrivas i vävnadsskadetermer. Smärtan kan lokaliseras och förklaras patofysiologiskt. Det finns människor som beskriver sitt smärttillstånd som enbart fysiskt. De anser att smärtan påverkar dem enbart fysiskt och har enbart fysiska orsaker (Brattberg, 1995). Vårt psyke påverkas av all smärta. Smärta kan leda till psykiska symtom som oro, ångest, depression, sömnsvårigheter och dåligt självförtroende. Dessa symtom är vanliga vid långvariga smärttillstånd och kan också förstärka smärtupplevelsen (Brattberg, 1995). Hawthorn & Redmond (1999) beskriver hur den psykologiska dimensionen av smärtan påverkas av sjukdomens art och grad. Den sociala smärtan kan bestå av isolering och ensamhet, en känsla av att vara övergiven. Arbetssituationen och det sociala nätverket har stor betydelse för smärtupplevelsen. Den som klarar av att arbeta kan med ett meningsfullt och stimulerande arbete få något annat att tänka på än smärtan. Det sociala nätverket utanför arbetsplatsen är också viktigt. Att ha någon som bryr sig om, att ha känslan av att vara uppskattad har betydelse för hur smärtan upplevs. Smärtan kan lindras av att någon tar hand om en och visar sin uppskattning (Brattberg, 1995). När människans tillit byts mot misstro och när meningen med livet har blivit nedbruten uppstår existentiell smärta. Individen ställer sig då frågor om livets mening och existens. Den existentiella smärtan kan uttrycka sig i form av sömnlöshet, ångest, ökad kroppslig smärta och missbruk

(Brattberg, 1995). Med existentiell smärta avses en form av social och andlig smärta som präglas av tomhetskänslor, bitterhet, övergivenhet och sorg över den egna livssituationen (Nystrand & Röhl, 1999).

Att under en längre tid enbart ha en endimensionell smärta är onormalt. De olika dimensionerna går in i varandra och påverkas av varandra. Fokusen på de olika dimensionerna kan variera från individ till individ och vid olika tillfällen. Individens smärtupplevelse påverkas av vilket skede i livet denne befinner sig i och vilken grundorsak smärtan har. Ett benbrott med mycket smärta väcker inte samma existentiella funderingar som smärta vid en obotbar cancersjukdom eller efter en amputation (Brattberg, 1995). För att kunna behandla smärta framgångsrikt är det viktigt att beakta smärtans samtliga dimensioner (Hawthorn & Redmond, 1999).

SYFTE

Syftet med detta arbete var att belysa terapeutisk beröring som ett komplement till farmakologiska metoder för lindring av fantomsmärta och postoperativ smärta.

METOD

Sökning

Arbetsmetoden var en litteraturstudie. Enligt Backman (1998) sker vid en litteraturstudie en inventering av den litteratur som finns inom det valda området. Vidare skriver han att litteraturen skall utgöras av primärdokument, dvs. artiklar som inte är referat av andras arbeten. Sökning av litteratur utfördes både systematiskt och osystematiskt på Högskole biblioteket i Vänersborg, Borås högskolebibliotek och Borås sjukhusbibliotek. Databaser som användes för artikelsökning var SweMed+, CINAHL och Pubmed, samtliga med relevans för omvårdnadsforskning. I sökandet efter material gjordes begränsningar till internationell forskning mellan åren 1992 och 2002. De svenska sökord som användes vid sökning var taktil massage, beröring, massage, smärta, kronisk smärta, fantomsmärta, postoperativ smärta, sjuksköterska och omvårdnad. Dessa svenska sökord gav få till inga träffar, därför koncentrerades

sökningen till enbart CINAHL och Pubmed. De engelska sökorden var touch, therapeutic touch, pain, postoperative pain, phantom pain, phantomlimb, chronic pain och nursing. Dessa sökord användes var för sig och kombinerades för att få ett mer exakt sökresultat. Använda databaser, sökord, antal träffar och beställda artiklar visas i tabell 1.

Tabell 1. Översikt av databaser, sökord, antal träffar och beställda artiklar.

Data bas	**Sökord**	**Antal träffar**	**Antal beställda artiklar**
CINAHL	Pain	11102	
CINAHL	Touch	1319	
CINAHL	Therapeutic touch	615	
CINAHL	Postoperative pain	4851	
CINAHL	Phantom pain	112	
CINAHL	Phantom limb	0	
CINAHL	Chronic pain	2204	
CINAHL	Nursing	110230	
CINAHL	Pain and therapeutic touch	69	3
CINAHL	Pain and therapeutic touch and nursing	265	3
CINAHL	Touch and therapeutic touch	1321	
CINAHL	Therapeutic touch and postoperative pain	12	6
CINAHL	Therapeutic touch and phantom pain	112	4
CINAHL	Postoperative pain and phantom pain	1697	1
CINAHL	Therapeutic touch and chronic pain	70	2
Pubmed	Therapeutic touch and pain	20	1
Pubmed	Therapautic touch and pain and nursing	10	2
Pubmed	Therapeutic touch and nursing	121	2

Urval

Översikt av använda vetenskapliga artiklar redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Översikt av använda vetenskapliga artiklar.

Författare / År	Population	Syfte
Connell Meehan, T. (1993).	108 patienter som skulle genomgå buk- eller bäckenkirurgi.	Att undersöka effekten av terapeutisk beröring vid postoperativ smärta.
Francis, C. & Biley, R-N. (1995).	Fem patienter med fantomsmärta.	Att undersöka hur dessa patienters smärta lindrades genom terapeutisk beröring.
Humle, J., Waterman, H. & Hillier, V.F. (1999).	59 kvinnor som skulle genomgå sterilisering med hjälp av titthålsteknik.	Att undersöka om fem minuters fotmassage innan ett kirurgiskt ingrepp påverkade patientens välbefinnande och upplevelser av smärta.
Leskowitz, E. (2000).	En man med svåra fantomsmärtor efter en underbensamputation.	Att undersöka hur effektiv terapeutisk beröring är vid lindring av fantomsmärta.
Lidén, Y. & Rytterström, H. (2001).	12 kvinnor som skulle genomgå bröstoperation.	Att undersöka om terapeutisk beröring som gavs under pågående anestesi kunde reducera den postoperativa smärtan och behovet av smärtstillande läkemedel.
Nixon, M., Teschendorff, J., Finney, J. & Karnilowicz, W. (1997).	39 patienter som skulle genomgå någon form av bukkirurgi.	Att undersöka om terapeutisk beröring som komplement till den farmakologiska behandlingen kunde förändra patientens upplevelser av postoperativ smärta.
Philcox, P., Rawlins, L. & Rodgers, L. (2002).	Nio patienter som genomgått Amputation och led av fantomsmärta.	Att undersöka hur effektivt terapeutisk beröring kunde lindra fantomsmärta.

Ett kriterium för att ingå i arbetet var att artikeln skulle vara vetenskaplig. Metod, syfte och resultat skulle klart och tydligt vara angivet. Ytterligare inklusionskriterier var att artikeln berörde effekten av terapeutisk beröring vid fantom- eller postoperativ smärta

samt att språket var svenska eller engelska. Artikeln fick heller inte vara äldre än tio år. Forskning inom smärta och dess behandling har utvecklats, därför ansågs det av stor vikt att ta del av de senaste forskningsrönen även inom terapeutisk beröring. Första urvalet av artiklar gjordes genom att läsa rubriker och abstrakt. Abstrakt som innehöll terapeutisk beröring som smärtlindring vid olika smärttillstånd studerades mer ingående.

Artiklar som enbart belyste beröring eller smärta exkluderades. Ytterligare ett urval av artiklarna gjordes då de endast skulle handla om terapeutisk beröring vid postoperativ smärta och/eller fantomsmärta. Arbetet baserades slutligen på sju vetenskapliga artiklar, publicerade mellan åren 1993 och 2002.

Analys

Artiklarna översattes från engelska till svenska och bearbetades flera gånger, för att inte förbise vikiga data. Upprepad bearbetning gav en djupare bild av innehållet. Artiklarna analyserades utifrån följande frågeställningarna: 1) Hur kan terapeutisk beröring utföras för att minska fantomsmärta? och 2) Hur kan terapeutisk beröring utföras för att minska postoperativ smärta? Resultatet redovisades under rubrikerna terapeutisk beröring vid fantomsmärta och terapeutisk beröring vid postoperativ smärta.

RESULTAT

Terapeutisk beröring vid fantomsmärta

Flera studier bekräftar att terapeutisk beröring kan användas som en komplementär behandlingsmetod för att lindra fantomsmärta efter amputationer (Leskowitz, 2000; Philcox, Rawlins & Rodgers, 2002; Francis & Biley, 1995). Terapeutisk beröring är en effektiv behandlingsmetod med få biverkningar, som borde erbjudas som behandlingsalternativ till de patienter som inte svarar adekvat på andra behandlingsmetoder mot fantomsmärta (Leskowitz, 2000).

Philcox, Rawlins & Rodgers (2002) undersökte i sin studie hur effektivt teraputisk beröring kan lindra fantomsmärta efter amputation. De undersökte också om terapeutisk

beröring kan minska intaget av smärtlindrande läkemedel och förkorta vistelsen på sjukhuset. I studien ingick nio patienter som hade blivit amputerade och som led av fantom- och/eller stumpsmärta. Dessa patienter åt regelbundet smärtstillande läkemedel före, under och efter studien. Patienterna som ingick i studien blev indelade i tre grupper med tre patienter i vardera grupp; en försöksgrupp som erhöll systematisk terapeutisk beröring regelbundet, en placebogrupp som erhöll beröring men inte systematiskt och kontinuerligt och en kontrollgrupp som enbart erhöll smärtstillande läkemedel. Insamling av data skedde med hjälp av olika metoder. För att skatta smärtans intensitet användes en visuell analog smärtskala och för att skatta välbefinnandet användes en visuell analog skala för välbefinnandet. Även puls och blodtryck mättes, samt kroppstemperatur och andningsfrekvens. Innan studien genomfördes fick patienterna utförlig information om studiens syfte (Philcox, Rawlins & Rodgers, 2002).

Patienterna i försöksgruppen fick behandling med terapeutisk beröring tre gånger i veckan, under fyra veckors tid. Behandlingen utfördes under ca 20 minuter. Skalorna för smärta och välbefinnande användes före och direkt efter behandlingen samt en timme efter avslutad behandling. Resultatet visade att regelbunden terapeutisk beröring gav smärtlindring vid fantomsmärta och/eller stumpsmärta. Enligt smärtskalan upplevde två av tre i försöksgruppen fullständig smärtfrihet. Dessa patienter upplevde även att smärtlindringen kvarstod efter avslutad behandling. Studien redovisade inte vilken grad av smärtlindring den tredje personen i försöksgruppen upplevde. Försöksgruppen fick även sänkt blodtryck, detta förklarades med att när den smärtstillande effekten efter terapeutisk beröring upplevdes medförde det samtidigt lugn och ro som sin tur medförde sänkt blodtryck. Placebogruppen som fick terapeutisk beröring men inte regelbundet och kontinuerligt upplevde betydligt mindre grad av smärtlindring än försöksgruppen, men denna smärtlindring varade inte någon längre stund. Trots att studien varit mindre omfattande har författarna sett tydliga positiva effekter av terapeutisk beröring (Philcox, Rawlins & Rodgers, 2002).

I Leskowitz (2000) studie, där en patient med fantomsmärtor följdes, framkom att terapeutisk beröring haft god effekt vid lindring av denna smärta. Leskowitz beskriver i sin fallstudie en äldre man som blivit underbensamputerad fyra år tidigare på grund av

diabeteskomplikationer. En kort tid efter amputationen fick mannen svår fantomsmärta som tilltog med tiden och påverkade hans övriga hälsa och funktionella status. När smärtan var som mest intensiv skattade mannen den till åtta av tio på VAS – stickan. Mannen hade prövat på många olika medicinska behandlingar utan att uppnå tillfredställande smärtlindring. Hans nuvarande medicinska behandling bestod av kort- och långtidsverkande smärtstillande läkemedel. Denna behandling hade endast en begränsad effekt på smärtan. Mannen fick utförlig information om terapeutisk beröring och om dess effekter. Han accepterade behandlingen med viss tveksamhet. Efter behandlingen beskrev mannen att smärtan försvann utigenom den amputerade foten. Han kände sig smärtfri för första gången sedan operationen och skattade sin smärta noll till ett på VAS – stickan. Mannen fick terapeutisk beröring regelbundet och vid uppföljning efter sex månader var han så gott som smärtfri. Vid uppföljningen åt mannen inte regelbundet med smärtstillande läkemedel. Mannen introducerades i att utföra terapeutisk beröring själv. Efter en tid reducerades hans behov av smärtstillande läkemedel och aktivitetsnivån höjdes. Leskowitz (2000) poängterar att komplementära behandlingsmetoder kan vara lika effektiva som medicinska i behandlingen av fantomsmärta, de skall därför inte underskattas.

Francis och Biley (1995) följde i sin undersökning fem patienter som lidit av fantomsmärta och blivit hjälpta genom att få terapeutisk beröring. Den första patienten var en krigsveteran, som förlorade sitt högra ben i kriget. Han led av svåra fantom smärtor. Flera alternativa behandlingsmetoder hade prövats som komplement till den farmakologiska behandlingen. Dessa hade inte givit något positivt resultat. Mannen accepterade att påbörja behandlingen med terapeutisk beröring eftersom denna metod inte hade prövats. Som komplement till den farmakologiska behandlingen fick han tio behandlingar med terapeutisk beröring. Efter avslutad och utvärderad behandling upplevde mannen fullständig smärtfrihet från fantomsmärtorna. Vid uppföljningen efter ett år kvarstod smärtfriheten. Det framgår inte om mannen fick fortsatt behandling med terapeutisk beröring (Francis & Biley, 1995).

Den andra patienten var en man som fått två fingrar amputerade på höger hand efter en olyckshändelse. Han upplevde att de amputerade fingrarna ständigt var i kokhett vatten. Att kyla ”fingrarna” i amputationsområdet med is verkade logiskt men gav ingen

varaktig effekt. Behandling med terapeutisk beröring prövades. Resultatet av den terapeutiska beröringen blev både positivt och varaktigt. Upplevelsen av att fingrarna ständig var i kokhett vatten försvann. Mannen introducerades i att utföra terapeutisk beröring på sig själv, om problemen från de amputerade fingrarna återkom (Francis & Biley, 1995).

Patient tre var en man i 50 års åldern. Han besvärades av smärta i sitt vänstra underben på grund av dålig cirkulation efter många års rökning. Mot sin smärta fick mannen farmakologisk behandling och terapeutisk beröring regelbundet för att lindra smärtan. Denna behandling räckte trots allt inte till, vilket medförde att mannen fick sitt vänstra underben amputerat. Han besvärades av fantomsmärtor från det amputerade benet och kraftlöshet i stumpen. Eftersom han hade positiva erfarenheter av terapeutisk beröring, infördes den åter som komplementär behandling till den farmakologiska behandlingen. Efter regelbunden behandling med terapeutisk beröring upplevde han smärtlindring och fick därigenom ökad kraft i stumpen och kunde mobiliseras bättre (Francis & Biley, 1995).

Patient fyra var en man i 70 – års åldern som fått sitt ena ben amputerat ovanför knät. Han besvärades av svår fantomsmärta och obehagliga stickningar från det amputerade benet. Ingen farmakologisk behandling hade gett önskvärt resultat. Mannen fick regelbunden behandling med terapeutisk beröring under en tid. Efter första behandlingen upplevde han ingen märkbar skillnad men efter hand blev fantomsmärtan lindrigare och stickningarna reducerades. Dessa besvär återkom några dagar efter avslutad behandling men i mindre omfattning. Mannen blev inte fullständigt besvärsfri från fantomsmärtorna och stickningarna efter fortsatt behandling, men upplevde en förbättring (Francis & Biley, 1995).

Studiens femte patient var en kvinna. Efter många års diabetes hade hon fått svåra diabeteskomplikationer, så som dålig cirkulation i fötterna. Hon fick sin högra fot amputerad och på sin vänstra häl hade hon ett stort smärtsamt sår. Hennes smärtor var mycket svåra och intensiva. Smärtan var svårkontrollerad då den farmakologiska behandlingen inte gav tillfredställande resultat. Utöver den svåra hälsmärtan upplevde

kvinnan fantomsmärta och krypningar från den amputerade foten. Hon blev erbjuden terapeutisk beröring som ett komplement till den farmakologiska smärtlindringen. Efter några behandlingar med terapeutisk beröring avtog kvinnans besvär med hälsmärtan, fantomsmärtan och krypningarna från den amputerade foten. Efter ytterligare behandlingar var kvinnan så gott som smärtfri. Behandlingsresultatet av terapeutisk beröring var mycket positivt och medförde att denna kvinna lättare kunde mobiliseras och belasta både sin vänstra häl och stumpen efter amputationen (Francis & Biley, 1995).

Terapeutisk beröring vid postoperativ smärta

I en studie gjord av Lidén och Rytterström (2001) undersöktes om terapeutisk beröring som ges under pågående anestesi kan reducera den postoperativa smärtan och behovet av smärtstillande läkemedel. I denna studie ingick 12 kvinnor som skulle genomgå en bröstoperation. Sex patienter ingick i försöksgruppen och sex i kontrollgruppen. Alla 12 patienter var fullt friska och smärtfria innan operationen och hade fått information om studien och bekräftat sitt deltagande. Anledningen till att kvinnor som skulle genomgå bröstoperation valdes var att denna typ av operation ofta medför smärta. Den terapeutiska beröringen utfördes av en och samma person på samtliga patienter, för att inga variationer skulle förekomma i beröringstekniken. Samtliga 12 patienter blev opererade av samma kirurg utan någon större skillnad i operationslängd eller operationsteknik. Alla patienter sövdes enligt sjukhusets rutiner. Patienterna i försöksgruppen fick terapeutisk beröring på fötterna. Den påbörjades när patienten blivit sövd och operationen startats. Under hela operationen och i det postoperativa förloppet följdes puls, blodtryck, andningsfrekvens och syrgassaturation. När patienten var i vaket tillstånd efter operationen skattades smärtan med hjälp av VAS – stickan och behovet av analgetika dokumenterades. Resultatet av studien visade att tillförseln av analgetika postoperativt var mindre hos försöksgruppen än hos kontrollgruppen. Försöksgruppen skattade dock sin smärta på VAS – stickan högre än kontrollgruppen, detta förklarade författarna med att det i försöksgruppen fanns fler kvinnor som fick större bröstproteser inopererade jämfört med kontrollgruppen. Vistelsen på den postoperativa avdelningen var kortare för försöksgruppen än kontrollgruppen. Trots att försöksgruppen varit liten har positiva effekter av terapeutisk beröring setts (Lidén & Rytterström, 2001).

Nixon, Teschendorff, Finney och Karnilowicz (1997) undersökte i sin studie om terapeutisk beröring som komplement till den farmakologiska behandlingen kan förändra patientens upplevelse av postoperativ smärta. I studie ingick 39 patienter, varav 19 i försöksgruppen och 20 i kontrollgruppen. I studien eftersträvades att både försöksgruppen och kontrollgruppen var samstämmiga när det gällde ålder, kön och typ av kirurgi. Alla patienter som var med i studien planerades att genomgå någon form av bukkirurgi inom de fem nästkommande månaderna. Patienterna fick utförlig information om studiens syfte. När studien påbörjades fick alla patienter skatta sin smärta innan operationen med hjälp av VAS – stickan. Massagen utfördes av 20 sjuksköterskor som arbetade på de kirurgiska vård avdelningen och hade ansvaret för omvårdnaden av patienterna. Dessa sjuksköterskor hade fått utbildning i massageteknik speciellt inför denna studien. Tiden för massagen varierade från patient till patient, men minimitiden för massagen var två minuter och någon max tid förekom inte. Utifrån varje patients tillstånd bedömde sjuksköterskan när massagen skulle utföras. Patienten styrde massagetidens längd. Patienterna kunde även få massage när de bad om det (Nixon, Teschendorff, Finney och Karnilowicz, 1997).

I denna studie framkom det att över hälften av försöksgruppens patienter fick massage för första gången. Patientens tidigare erfarenheter av massage påverkade studiens resultat. Andra faktorer som påverkade resultatet var operationstyp, anestesi samt val av lugnande och smärtstillande läkemedel. När försöksgruppen och kontrollgruppen jämfördes med varandra framkom det att 12 av de19 patienterna i försöksgruppen hade lägre smärtupplevelser under en första postoperativa 24 – timmars perioden, än de patienter som ingick i kontrollgruppen. Det framkom också att massagen hade bättre effekt på de äldre patienterna, i åldersgruppen 41 – 60 år, jämfört med yngre patienter. Åldersgruppen 41 – 60 år frågade även mer efter massage (Nixon, Teschendorff, Finney och Karnilowicz 1997). Enligt författarna framkom faktorer som kunde ha en påverkan på den postoperativa smärtan. Dessa faktorer var åldern på patienten och massagetiden. De äldre patienterna fick mer massagetid än de yngre och detta påverkade den postoperativa smärtan. De äldre upplevde mindre smärta än de yngre patienterna (Nixon, Teschendorff, Finney och Karnilowicz, 1997).

I en studie av Connell Meehan (1993) undersöktes effekten av terapeutisk beröring vid akut postoperativ smärta. I studien ingick 108 patienter, 74 kvinnor och 34 män i åldern 23 – 79 år. Dessa patienter skulle inom en sjumånaders period genomgå någon form av buk- eller bäckenoperation. Patienterna delades in slumpmässigt i tre olika grupper med 36 patienter i vardera grupp. Den första gruppen var en försöksgrupp där alla 36 patienterna erhöll enbart kontinuerlig, systematisk terapeutisk beröring. Grupp två var en kontrollgrupp som erhöll icke kontinuerlig eller systematisk terapeutisk beröring. Den tredje gruppen erhöll enbart smärtstillande läkemedel. Med hjälp av VAS – stickan skattades patienternas smärta regelbundet. Om effekten av den terapeutiska beröringen uteblev fick försöksgruppen samt kontrollgruppen smärtstillande läkemedel som komplement. Den terapeutiska beröringen utfördes av tre sjuksköterskor som praktiserat terapeutisk beröring under de två senaste åren. Försöksgruppen fick under fem minuter terapeutisk beröring. Genom denna studie framkom det att terapeutisk beröring som alternativ behandlingsmetod inte ger någon märkbar smärtlindrande effekt vid postoperativ smärta. Connell Meehan kom fram i sin studie att terapeutisk beröring inte är en alternativ kompetent behandlingsmetod. Hon anser dock att om en tillfredställande smärtlindring ska uppnås genom terapeutisk beröring skall det ske i kombination med smärtstillande läkemedel (Connell Meehan, 1993).

Hulme, Waterman & Hillier (1999) undersökte i sin studie om fem minuters fotmassage innan ett kirurgiskt ingrepp påverkar patientens välbefinnande och upplevelse av smärta. I studien ingick 59 kvinnor på en dagkirurgisk avdelning. De skulle genomgå sterilisering med hjälp av titthålsteknik. De 59 kvinnorna indelades i två grupper; en försöksgrupp med 30 patienter och en kontrollgrupp med 29 patienter. Försöksgruppen erhöll terapeutisk beröring på fötterna och smärtstillande läkemedel postoperativt, medan kontrollgruppen enbart erhöll smärtstillande läkemedel postoperativt. Premedicineringen var lika för både försöks- och kontrollgruppen. Patienterna i båda grupperna fick skatta sin smärta under fem olika tillfällen. Den terapeutiska beröingen varierade i längd från patient till patient, men minimitiden var fem minuter. Innan hemgång fick varje patient med sig ett frågeformulär, där frågor om smärta, förbrukning av smärtstillande läkemedel och välbefinnande skulle besvaras. Frågeformuläret skulle

returneras efter två veckor till den dagkirurgiska avdelningen (Hulme, Waterman & Hillier, 1999).

Resultatet av studien visade att försöksgruppen som fick terapeutisk beröring i kombination med smärtstillande läkemedel skattade sin smärta lägre än kontrollgruppen som enbart fick smärtstillande läkemedel. Upplevelsen av välbefinnande efter operationen var högre hos försöksgruppen än hos kontrollgruppen (Hulme, Waterman & Hillier, 1999).

Sammanfattning

Terapeutisk beröring som en komplementär behandlingsmetod för lindring av fantomsmärta visade sig vara ett bra komplement till den farmakologiska smärtbehandlingen (Philcox, Rawlins & Rodgers, 2002; Leskowitz, 2000; Francis & Biley,1995). Patienterna som ingick i studierna led alla av fantomsmärtor. Smärtornas intensitet varierade, men var hos samtliga patienter svåra att lindra med enbart farmakologisk behandling. För att uppnå en varaktig smärtlindring, skulle den terapeutiska beröringen utföras regelbundet under en längre period (Philcox, Rawlins & Rodgers, 2002; Leskowitz, 2000; Francis & Biley,1995). Vissa av patienterna lärdes själva att utföra terapeutisk beröring vilket av dem upplevdes som positivt. Patienterna kunde då behandla smärtan omedelbart när den uppstod, istället för att vänta på en tid hos sjuksköterskan (Leskowitz,2000; Francis & Biley, 1995). Alla patienter upplevde inte fullständig smärtfrihet efter terapeutisk beröring, men en reducering av smärtan uppmättes hos samtliga. Detta medförde att patienterna kunde minska den farmakologiska behandlingen (Philcox, Rawlins & Rodgers, 2002; Leskowitz, 2000; Francis & Biley,1995).

Även vid behandling av postoperativ smärta visade sig terapeutisk beröring medföra goda effekter (Lidén & Rytterströms, 2001; Nixon, Teschendorff, Finney & Karnilowicz, 1997; Hulme, Waterman & Hillier,1999). De patienter som erhållit terapeutisk beröring före eller under operationen skattade sin smärta lägre på VAS – stickan och deras behov av smärtstillande läkemedel postoperativt minskade. Dessa patienter skattade även sitt välbefinnande efter operationen högre än patienterna i

kontrollgruppen som inte erhållit terapeutisk beröring. Vistelsen på den postoperativa avdelningen förkortades något hos de patienter som erhållit terapeutisk beröring (Lidén & Rytterströms, 2001; Nixon, Teschendorff, Finney & Karnilowicz, 1997; Hulme, Waterman & Hillier, 1999). I en studie (Connell Meehan, 1993) framkom att terapeutisk beröring inte hade någon märkbar effekt på postoperativ smärta. I denna studie fick försöksgruppen ingen farmakologisk smärtlindring i kombination med den terapeutiska beröringen (Connell Meehan, 1993).

DISKUSSION

Metod

Arbetets syfte var att ta reda på om terapeutisk beröring har en smärtlindrande effekt vid fantomsmärta och vid postoperativ smärta. Fördelar med att välja litteraturstudie som metod var att den gav en överblick av tidigare forskning och fördjupad kunskap inom det området. Nackdelen var att antalet vetenskapliga studier med relevans för arbetet var förhållandevis få. Arbetets syftet uppnåddes dock.

Inledningsvis söktes allt som berörde terapeutisk beröring och smärta. Vid sökning med sökorden var för sig framkom många träffar, men i kombination med varandra blev sökresultatet betydligt mindre omfattande. För att bli mer exakt i sökningen kombinerades sökorden fantomsmärta och terapeutisk beröring samt postoperativ smärta och terapeutisk beröring. Dessa kombinationer gav få träffar. Att söka i databaser hade både för- och nackdelar. Fördelen var att jag på de flesta artiklar kunde läsa en sammanfattning och utifrån denna bedöma artikelns relevans. Övriga artiklar bedömdes utifrån titel om de skulle beställas hem eller inte. Nackdelen med databassökning var att sökresultatet varierade från gång till gång, vilket gjorde att antal träffar kunde variera mycket.

Det fanns lite forskning gjord när det gäller terapeutisk beröring som smärtlindring vid fantomsmärta, något mer om terapeutisk beröring vid postoperativ smärta. De flesta studierna om terapeutisk beröring var gjorda inom palliativ vård och äldrevård, där terapeutisk beröring används mer generellt än mot fantomsmärta och postoperativ

smärta. En anledning till att det finns lite forskning om terapeutisk beröring vid fantomsmärta kan vara att denna patientgrupp kan vara svåråtkomlig. Amputationer planeras oftast inte enligt väntelista och alla patienter som blir amputerade upplever inte fantomsmärta. Det kan därför vara svårt att få ihop en tillräckligt stor patient grupp för att kunna utföra en mer omfattande undersökning. Det skulle vara av intresse att i framtiden göra en empirisk studie där jag själv också profylaktiskt utför den terapeutiska beröringen på en viss patientgrupp. Patienterna kunde då intervjuas om hur de upplevde den terapeutiska beröringen och om dess effekt.

Resultat

Terapeutisk beröring används idag som komplementär smärtlindringsmetod vid flera olika smärttillstånd. Arbetet koncentrerades på fantomsmärta och annan postoperativ smärta. Anledningen till det var att beröring vid dessa smärttillstånd inte är någon vedertagen smärtlindringsmetod inom den svenska sjukvården. Det är viktigt att som sjuksköterska vara öppen och se möjligheterna i nya behandlingsmetoder vid behandling av smärta. Det är lätt att vaggas in i tron att smärta endast kan behandlas med farmakologiska metoder. Att ta del av nya forskningsrön är av stor vikt för att höja kvaliteten och utveckla vården för patienter med smärta.

Patienter som inte får tillfredställande smärtlindring med farmakologiska metoder borde kunna erbjudas terapeutisk beröring som komplement till denna (Leskowitz, 2000). Vid behandling av smärta är den terapeutiska beröringen ett intressant behandlings komplement när den farmakologiska behandlingen inte räcker till eller ger negativa bieffekter. Dessa orsakar ofta lidande för patienten. Studien visade att terapeutisk beröring kan minska förbrukningen av smärtstillande läkemedel. Måhända minskas därmed läkemedlens bieffekter och lidandet för patienterna.

För att få en tillfredställande smärtbehandling är bedömning av smärta av stor vikt. I denna bedömning är det lika viktigt att bedöma vilken grupp smärtan tillhör som att ta hänsyn till smärtans olika dimensioner så som också den psykiska, sociala och existentiella dimensionen. Om dessa förblir obearbetade kan de förstärka den fysiska smärtupplevelsen (Brattberg, 1995). Patienter som fått en kroppsdel amputerad kan

uppleva förlusten av denna som smärtsam. Genom att ge terapeutisk beröring kan både den smärtsamma förlusten av kroppsdelen och eventuell fantomsmärta lindras. Samtidigt kan omtanke och acceptans förmedlas.
Studien visade att terapeutisk beröring har smärtstillande effekt vid fantomsmärta och postoperativ smärta. Vad är det som händer i kroppen vid terapeutisk beröring, vad är orsaken till dess positiva inverkan ? En förklaring är om hormonet oxytocins inverkan. Vid terapeutisk beröring sker en ökning av kroppens oxytocinhalt, vilket minskar smärtkänsligheten. En annan förklaring är grindteorin. Den innebär att smärtimpulserna vid beröring får konkurrens av impulserna från beröringssinnet och därför inte når hjärnan, som registrerar smärtupplevelsen.

En reflektion är om valet av kroppsdel vid terapeutisk beröring har någon betydelse för den smärtlindrande effekten. I studierna om terapeutisk beröring vid fantomsmärta utfördes den terapeutiska beröring på amputationsstumpen, medan den vid postoperativ smärta oftast utfördes på fötterna. Anledningen kan vara att det vid fantomsmärta känns mer naturligt att ge terapetisk beröring på själva stumpen, som ju är lokal plats för och orsak till smärtan. Ingen patient i denna studie hade båda fötterna amputerade. Vid postoperativ smärta kan det vara praktiskt att ge terapeutisk beröring på fötterna, då dessa är lätt tillgängliga och ofta fria från kanyler och mätinstrument. Valet av kroppsdel har troligen ingen större betydelse. Det viktiga är att den terapeutiska beröringen utförs korrekt.

Studien visade att längden och kontinuiteten av den terapeutiska beröringen hade betydelse för den smärtlindrande effekten. I Connell Meehans (1993) studie framkom att den terapeutiska beröringen inte gav någon effekt. Anledningen till det kan ha varit att den terapeutiska beröringen inte gavs under tillräckligt lång tid och inte i kombination med smärtlindrande läkemedel. Det krävs tålamod och tid för att kunna ge en effektfull terapeutisk beröring. Behovet av beröring kan variera från individ till individ, för att uppnå en tillfredställande smärtlindring. Därför skall behovet av beröringens längd inte generaliseras utan tillgodoses individuellt. Att införa terapeutisk beröring som alternativ behandlingsmetod är inte etiskt försvarbart, eftersom patienten utsätts för onödigt lidande om den terapeutiska beröringen inte ger tillräcklig effekt. I

studien framkom inte om den terapeutiska beröringen förstärkte effekten av de smärtstillande läkemedlen. Det skulle kunna vara så, eftersom den bästa effekten uppnåddes när terapeutisk beröring kombinerades med smärtstillande läkemedel.
Genom terapeutisk beröring kan mötet mellan patient och sjuksköterska fördjupas. Vid beröring av en annan människa förmedlas omtanke och bekräftelse. Kanske kan upplevelsen av att bli sedd och ompysslad bidra till reducerad smärta. Detta ger en återkoppling till också den psykiska, sociala och existentiella dimensionen av smärta. Alla människor vill inte bli berörda, vilket måste respekteras. För att kunna utföra terapeutisk beröring är det viktigt att ha så som vid annan sjukvårds behandling specifika kunskaper och skicklighet i beröringsteknik, så att den utförs korrekt.

Skall sjuksköterskan i den svenska sjukvården praktisera terapeutisk beröring i sitt omvårdnadsarbete? Terapeutisk beröring är ett värdefullt redskap. För att det skall kunna bli en integrerad del i omvårdnaden krävs mera forskning och att sjuksköterskan tar del av denna forskning. Terapeutisk beröring som komplementär behandlingsmetod ingår som en del i sjuksköterskeutbildningen på mer än 30 universitet i USA (Philcox, Rawlins & Rodgers, 2002). Kanske skulle det kunna vara en utmaning för de svenska sjuksköterskeutbildningarna att införa beröringsteknik som en obligatorisk del. Detta skulle medverka till att göra beröring till en naturlig del i sjuksköterskans omvårdnadsarbete. Terapeutisk beröring är fortfarande relativt nytt och främmande inom den svenska sjukvården. Det kommer säkert att ta tid innan den får full genomslagskraft och används som komplement till övrig behandling. Men förhoppningsvis, med ökat intresse och ökad kunskap, kan terapeutisk beröring inom en inte alltför avlägsen framtid användas också av svenska sjuksköterskor som komplementär behandlingsmetod vid olika typer av smärta.

REFERENSER

Ardeby, S. (1997). Taktil massage i vård och omsorg. *Sjuksköterskетidningen,* 12(4): 107-12.

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

Berg, E. (2002). *Smärtförvandling.* Lund: Studentlitteratur.

Bjålie, J G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Q V. & Toverud, K C. (1998). *Människokroppen*. *Fysiologi och anatomi*. Stockholm: Liber.

Brattberg, G. (1995). *Att möta långvarig smärta.* Stockholm: Liber Utbildning.

Carleson, B. (1999). *Cancerrelaterad smärta. Riktlinjer för smärtbedömning, patientundervisning och komplementär smärtbehandling.* Stockholm: svensk sjuksköterskeförening (SSF): Spri: 1999, Omvårdnad 7.

Carruthers, A-M. (1992). A force to promote bonding and wellbeing. Therapeutic touch and massage. *The professional nurse,* 297-300.

Ching, M. (1993). The use of touch in nursing practice. *Australian Journal of Advanced Nursing,* 10(4):4-9.

Connell Meehan, T. (1993). Therapeutic touch and postoperative pain: A Rogerian research study. *Nursing science quarterly,* 6(2): 69-78.

Francis, C. & Biley, R-N. (1995). Rogerian science, phantoms and therapeutic touch: exploring potentials. *Nursing science quarterly,* 9(4): 165-169.

Hawthorn, J. & Redmond, K. (1999). *Smärta – bedömning och behandling.* Lund: Studentlitteratur.

Humle, J., Waterman, H. & Hillier, V.F. (1999). The effect of foot massage on patients´ perception of care following laparoscopic sterilization as day case patients. *Journal of Advanced Nursing,* 30(2): 460-468.

Jelvéus, L. (1998). *Berör mig. Massage för små och stora barn.* Stockholm: Utbildningsradion.

Järhult, J. & Offenbartl, K. (1997). *Kirurgiboken. Vård av patienter med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomar.* Stockholm: Hagmans.

Krieger, D. (1975). Therapeutic touch. *American journal of advanced nursing,* (7): 784-787.

Kao, J., Wesolowski, J. & Lema, M. (1997). Phantom pain: current insights into its neurophysiology and therapy. *Pain digest,* (7): 333-345.

Leskowitz, E. (2000). Phantom limb pain treated with therapeutic thouch: A case report. *Archives of physical medicine and rehabilitation,* 81(4): 522-524.

Lidén, Y. & Rytterström, H. (2001). *Fotmassage. Kan fotmassage som ges till sövd patient påverka det postoperativa analgetika behovet ?* (C-uppsats). Röda Korsets Högskola.

Mc Caffery, M. & Pasero, C. (1999). *Pain. Clinical manual.* Second edition. St. Louis, Missouri: Mosby.

Medicinska kvalitetsrådet, (2000). *Behandling av postoperativ smärta. Riktlinjer och kvalitetsindikatorer.* Stocholm: Svenska Läkaresällskapet.

Nixon, M., Teschendorff, J., Finney, J. & Karnilowicz, W. (1997). Expanding the nursing repertoire: the effect of massage on post-operative pain. *Austalian Journal of Advanced Nursing,* 14(3): 21-26.

Nystrand, A. & Röhl, A. (1999). *Smärta. Aktuell medicinsk forskning.* Stockholm: Medicinska forskningsrådet.

Philcox, P., Rawlins, L. & Rodgers, L. (2002). Therapeutic touch and its effects on phantom limb and stump pain. *Jarna,* 5(1): 17-21.

Ulvnäs Moberg, K. (2000). *Lugn och beröring.* Stockholm: Natur och kultur.

Vortherms, R-C. (1991). Clinically improving communication through touch. *Journal of Gerontological Nursing,* 17(5):6-10.

Ädel 50. (1997). *Taktil massage.* Stockholm: Socialtyrelsen.

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