Örebro Universitet
Institutionen för hälsovetenskap och medicin
Omvårdnadsvetenskap
Självständigt arbete, C-nivå, 15 högskolepoäng
Vårterminen 2012

Fysisk beröring

- Upplevelser inom omvårdnad

Physical touch

- Experiences within nursing care

Författare:
Zandra Cunow
Esther van der Wie

Sammanfattning

Bakgrund: Fysisk beröring är en central del i omvårdnad och ingår i arbetsuppgifterna dagligen. Under hela livet är fysisk beröring ett grundläggande behov. Patienters reaktioner av fysisk beröring bör omvårdnadspersonalen möta på ett respektfullt och ödmjukt sätt och det är skillnad mellan att bry sig om och ta hand om patienten. Det är för männen näst intill tabubelagt med det kroppsliga vårdarbetet.

Syfte: Syftet var att beskriva patienters och omvårdnadspersonals upplevelser av fysisk beröring inom omvårdnad.

Metod: Metoden var litteraturstudie med strukturerad litteratursökning med beskrivande design. 10 artiklar ingick och analysen inspirerades av innehållsanalys.

Resultat: Tio teman framkom: Två olika former av fysisk beröring, faktorer som kan påverka användningen av beröring, att respektera patientens signaler och gränser, kontaktskapande, att skapa förtroende och trygghet, att bekräfta patienten, att trösta och ge närhet, välbefinnande, svårigheter i mötet med patientens kropp och svårigheter relaterat till genus.

Slutsats: Patienter och omvårdnadspersonal kan uppleva den fysiska beröringen olika vilket är viktigt att ta hänsyn till. Den fysiska beröringen kan ge både positiva och negativa upplevelser men huvudsaken är att beröringen ges med tillåtelse från patienten och med respekt från omvårdnadspersonalens sida. Även genus påverkade upplevelsen av fysisk beröring.

Nyckelord: Fysisk beröring, omvårdnad, omvårdnadspersonal, patient, upplevelse

Innehållsförteckning

1 Bakgrund **4**
1.1 Fysisk beröring i omvårdnaden 4
1.2 Huden 4
1.3 Autonoma nervsystemet 5
1.4 Livslångt behov av fysisk beröring 5
1.5 Etik vid fysisk beröring 6
1.6 Genusperspektiv 7
1.7 Omvårdnadsrelation 7
1.8 Problemformulering 7

2 Syfte **7**

3 Metod **8**
3.1 Sökstrategi 8
3.2 Urval 9
3.3 Värdering 10
3.4 Analys 10

4 Resultat **11**
4.1 Två olika former av fysisk beröring 11
4.2 Faktorer som kan påverka användningen av beröring 11
4.3 Att respektera patientens signaler och gränser 12
4.4 Kontaktskapande 12
4.5 Att skapa förtroende och trygghet 13
4.6 Att bekräfta patienten 14
4.7 Att trösta och ge närhet 14
4.8 Välbefinnande 15
4.9 Svårigheter i mötet med patientens kropp 15
4.9.1 Intim fysisk beröring 15
4.9.2 Obehaglig eller obetydlig 16
4.10 Svårigheter relaterat till genus 17
4.10.1 Rädsla för missförstånd 17
4.10.2 Att som man fysiskt beröra en annan man 18
4.11 Resultatsyntes 18

5 Diskussion **18**
5.1 Metoddiskussion 18
5.2 Resultatdiskussion 20
5.3 Slutsats 25
5.4 Implikationer för förbättringsarbete och förslag på fortsatt forskning 25

6 Referenser **26**

Bilagor

Sökmatris ..... Bilaga 1
Artikelmatris..... Bilaga 2

1 Bakgrund

1.1 Fysisk beröring i omvårdnaden

Ardeby (2005) beskriver fysisk beröring som en central del i omvårdnad och att genomföra omvårdnad utan att fysiskt beröra patienten är omöjligt. Användningen av fysisk beröring kan fungera väl även om inte den emotionella dimensionen i form av sympati, värme och omtanke används. Däremot upplever patienten närhet, gemenskap samt fysiskt och emotionellt välbefinnande när den nämnda dimensionen är en del av den fysiska beröringen.

Varje gång personalen berör patienten har det ett syfte, syftet avgör på vilket sätt patienten berörs. Exempel på syften kan vara att etablera kontakt med patienten, att utföra en omvårdnadsåtgärd eller att behandla patienten (Roxendahl & Wahlberg, 1992). Såväl medveten som omedveten fysisk beröring ingår vid arbete i vård och omsorg där dagliga uppgifter är att ta hand om samt hjälpa, stötta, behandla, vårda och undervisa patienterna. Det skulle vara omöjligt att inte fysiskt beröra när patienten undersöks, förflyttas, duschas, tvättas samt matas (Ardeby, 2005). Fysisk beröring har flera olika syften inom sjukvården såsom att reducera stress och främja kroppsuppfattning, kommunikation, cirkulation och smärtlindring. Sjukvårdens händer är mycket viktiga vid omhändertagandet av patienterna då dessa lugnar och lindrar, t.ex. vid depression (Birkestad, 1999).

Katie Eriksson (2002) beskriver att det centrala i vårdandet är att ansa, leka och lära där ansandet är det grundläggande i vårdandet vilket handlar om värme, närhet och beröring. Att direkt vidröra är det sätt på vilket beröring sker. Genom ansandet kan vårdpersonalen visa att de bryr sig om patienten vilket kan visas genom att hålla patientens hand eller borsta dennes hår. Vidare beskrivs också att kärnan i vårdandet kan uttryckas i form av tro, hopp och kärlek.

Benner (1993) beskriver domänen *Den hjälpande rollen* där det beskrivs att sjuksköterskor såg att deras närvaro och fysiska beröring var viktig för kontakten mellan patient och sjuksköterska. Sjuksköterskornas fysiska beröring förmedlade ett budskap om relation och stöd. Den symboliska ”handpåläggningen” hade en central betydelse för omvårdnaden, dock kan fysisk beröring ha många innebörder och bör användas med omdöme från personalens sida.

1.2 Huden

Huden är människans största sinnesorgan då ytan är cirka två m^2 hos den vuxna människan. Receptorerna för fysisk beröring ligger i läderhuden som är det mellersta hudlagret och där finns också receptorer för kyla, värme, smärta, tryck och vibrationer (Birkestad, 1999). Det beskrivs att en yta stor som en cm^2 innehåller ungefär två värmereceptorer, 15 kylreceptorer, 25 tryckreceptorer, 200 smärtreceptorer samt 5000 beröringsreceptorer (Ardeby, 2005). Den viktigaste uppgiften för huden är att skydda människans inre organ och den fungerar också som ett utsöndringsorgan samt ett absorptionsorgan. Huden reagerar på kroppens inre tillstånd, t.ex. vid rodnad, feber, rädsla m.m. Fysisk beröring av huden ger också lust- och behagupplevelser vilket gör att det är viktigt att personalen i vården utför det dagliga arbetet, där fysisk beröring ingår, på ett varsamt sätt då fysisk beröring även kan uppfattas som obehagligt. Flest receptorer för fysisk beröring finns i handflatorna, på fingerblommorna, läpparna och fotsulorna vilket innebär att även sjukvårdspersonal blir fysiskt berörda i den dagliga omvårdnaden genom arbete med händerna (Birkestad, 1999).

1.3 Autonoma nervsystemet

Det autonoma nervsystemet delas in i det sympatiska nervsystemet, kamp- och flyktsystemet, och parasympatiska nervsystemet, lugn- och rosystemet. Hudens olika receptorer, d.v.s. mottagare av information och yttre påverkan, aktiverar de olika nervsystemen. Systemen har motsatt funktion och balanserar varandra. Effekterna av kamp- och flyktsystemet med adrenalin, när människan är utsatt för t.ex. ett hot eller upplever obehag, aktiveras omedelbart jämfört med effekterna av lugn- och rosystemet med oxytocin som inte kommer direkt utan efter en längre stund av behaglig fysisk beröring eller lugn och ro. Oxytocin och adrenalin har två verkningssätt, som signalsubstans i nerver och som ett hormon i blodet, vilket bidrar till flera olika effekter i det autonoma nervsystemet. Olika effekter av Oxytocin är t.ex. att det dämpar ångest, är lugnande, minskar aggression, lindrar smärta samt sänker puls och blodtryck. Lugn- och rosystemet är minst lika viktigt som systemet vid kamp och flykt, då det även är viktigt att kunna vara nära (Uvnäs Moberg, 2000).

1.4 Livslångt behov av fysisk beröring

Att få fysisk beröring är ett grundläggande behov hos alla människor (Uvnäs Moberg, 2009). Det har gjorts ett experiment för att ta reda på vad som skulle ske om fysisk beröring togs bort ur människors liv, dock påbörjades experimentet endast och slutfördes inte eftersom deltagarna inte kunde stå ut med att inte bli fysiskt berörda och dessutom blev psykiskt instabila (Ardeby, 2005).

Den fysiska beröringens betydelse i människors liv är densamma både i början av livet och i slutet. Det har visat sig att förtidigt födda barn, som sköttes av stressad personal med händer som ville vara effektiva och som ryckte och slet, ändrade färg, gnydde, fick andningsuppehåll och upplevdes besvärliga av personalen. Däremot blev de lugna i andningen, hade bra hjärtfrekvens och var röda och fina i färgen om de sköttes och matades av personal med händer som var lugna, varliga och lyhörda. Hos nyfödda är fysisk beröring viktigt för att stärka anknytningen mellan barn och föräldrar och att de får tidig kontakt är viktigt för anknytningen. Om föräldrarna inte får komma i fysisk kontakt med sitt barn störs anknytningen. Detta kan leda till att barnet har svårt med att binda sig till andra människor och svårt med distans, närhetsrelationer och kontakt. Om barnen i småbarnsåldern har tillgång till en vuxen person med en öppen och trygg famn växer de upp till trygga, lyhörda och lugna individer och deras lugn- och rosystem aktiveras. I vuxen ålder kan individen ha beröringsbrist vilket kan leda till att individen försöker få behovet tillfredsställt på annat sätt istället vilket kan innebära att personen börjar missbruka mat, tobak, tabletter, droger eller alkohol. I slutet av livet när inte kontakt kan skapas genom andra sinnen, t.ex. när hörsel och syn blir sämre, har kontakt via huden en unik verkan då det kan lindra, trösta och ge värme. Vidare beskrivs flera grupper där omvårdnadspersonalen inte har varit generösa med fysisk beröring såsom missbrukare, patienter med aids och individer som är utvecklingsstörda eller har varit utsatta för övergrepp (Ardeby, 2005).

Enligt Mattsson (2000) fungerar kroppen som en minnesreservoar, det individen förr har varit med om kan plötsligt utan förvarning komma upp till ytan när kamp- och flyktsystemet aktiveras eller när situationer uppstår som påminner om traumat. Inom sjukvården görs ibland fysiska intrång, t.ex. vid gynekologiska undersökningar, vilket kan kränka och skada patienten. Trauman, t.ex. sexuella övergrepp, åtföljs alltid av känslorna förödmjukelse, hot, hjälplöshet och att tappa kontrollen. Ardeby (2005) beskriver att upplevelsen av fysisk beröring påverkas av vilka erfarenheter en individ har av fysisk beröring. Vissa patienter kan ha erfarenheter av misshandel där all form av fysisk beröring kan ge adrenalinpåslag och

kamp- och flyktsystemet sätts igång medan andra kan ha haft en trygg och kärleksfull uppväxt där lugn- och rosystemet istället aktiveras vid fysisk beröring.

1.5 Etik vid fysisk beröring

Thorsén (2008) definierar ordet integritet genom att beskriva att integritet visar var gränsen går för en individs jag. Om någon överskrider den gränsen kränks individens integritet. Var gränsen går är individuellt och kan bero på faktorer som religion, kultur, uppfostran och ålder. Vidare talar han om *livsrumsjagets integritet* vilket innebär att människor behöver ha ett revir omkring sig, ett livsrum, vilket kan upplevas som att det kränks om någon kommer för nära. Detta är ofta kulturellt betingat eftersom olika grupper har olika gränser. Vidare beskrivs också *kroppsjagets integritet*. Här handlar det om att kroppen vanligen är en del av människans identitet och om människans kropp blir berörd av någon eller blottad inför andra kan detta upplevas som kränkande (Thorsén, 2008).

International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor beskriver att det är i vårdens natur att respektera mänskliga rättigheter, kulturella skillnader, rätten till liv, värdighet och att patienter ska behandlas med respekt (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), 2 §, fastställs att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet för att tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling.

När patienten möter personal inom sjukvården som denne inte känner sedan tidigare accepterar vanligtvis patienten att personalen berör kroppen och överskrider den gräns som normalt skulle ha kränkt individens integritet. Detta skulle då ha aktiverat kamp- och flyktsystemet istället för lugn- och rosystemet. Tillit gentemot sjukvårdspersonal kan uppstå i sådana situationer där individen är i behov av hjälp. En studie har visat att puls och blodtryck stiger om en sjuksköterska lägger handen på en frisk individ. Däremot sjunker puls och blodtryck om individen är sjuk och i behov av hjälp och sjuksköterskan aktiverar dennes lugn- och rosystem (Uvnäs Moberg, 2000). Ardeby (2005) beskriver att kamp- och flyktsystemet aktiveras om den fysiska beröringen upplevs som obehaglig, smärtsam eller förnedrande.

Patienters reaktioner av fysisk beröring bör vårdpersonalen möta på ett respektfullt och ödmjukt sätt. Det är även viktigt att vara varsam och lyhörd. Omvårdnadspersonalen bör använda sig av självreflektion och reflektera över var patientens gräns går för att patientens integritet inte ska kränkas (Ardeby, 2005). Självreflektion är, enligt Holm (2001), en del i den professionella hållningen och handlar om att se sig själv ur ett utifrånperspektiv, att granska den egna insatsen för att ta reda på varför det gick bra eller mindre bra i situationen. Ardeby (2005) beskriver att den fysiska beröringen bör ske på ett sådant sätt att mötet omges av tillit och trygghet och med tillåtelse från patienten.

Vårdpersonalen kan, omedvetet eller medvetet, visa sin makt över patienten genom fysisk beröring (Roxendahl & Wahlberg, 1992). Patienten inom vården befinner sig i beroendeställning där de inte själva kan påverka vem som vårdar och behandlar dem eller bestämma över sin livssituation (Ardeby, 2005). Thorsén (2008) beskriver att det vanligen uppstår ett makt- och beroendeförhållande i mötet mellan människor, det brukar sällan vara jämlikt i relationer. I varje möte görs val av sjukvårdspersonalen som handlar om huruvida patienten bemöts med respekt och uppmärksamhet eller behandlas mer som en arbetsuppgift som skall utföras. Ofta är patienten beroende av sjukvårdspersonalens insats och sjukvårdspersonalen har mer makt i situationen än patienten.

1.6 Genusperspektiv

Ekstrand (2006) beskriver att under tidigt 1900-tal i Sverige började sjuksköterskeyrket utformas och det föll sig naturligt att kvinnorna, men inte männen, fick uppdraget att vårda sjuka vilket är något som alltid, oavsett samhälle, har fallit på kvinnornas lott. Manliga sjuksköterskors yrkesidentitet är idag enligt Ekstrand instabil men att kvinnor arbetar som sjuksköterskor ifrågasätts inte. Strömberg (2006) beskriver att män som arbetar inom vården inte anses som traditionellt manliga, det är inte enligt normen eller den kulturella ordningen. Det är för kvinnor ett mer ”passande beteende” att vårda. Vidare beskriver Ekstrand (2006) att det för manliga sjuksköterskor finns stereotyper vilket kan orsaka problem vid fysisk beröring av patienterna. Det är för männen näst intill tabubelagt med det kroppsliga vårdarbetet eller den fysiska omvårdnaden som t.ex. personlig hygien. Detta är en bidragande orsak till att manliga sjuksköterskor ofta söker sig till mer tekniska och medicinska avdelningar såsom akutmottagningen.

1.7 Omvårdnadsrelation

Cronqvist, Theorell, Burns och Lutzén (2004) beskriver att omvårdnaden bygger på samhällets moraliska plikt att ta hand om dem som inte kan göra det själva och har därför en etisk dimension. Personal möts av etiska dilemman inom omvårdnad. Resultaten i artikeln visade på att den etiska dimensionen hela tiden var närvarande när omvårdnad av en patient utfördes, t.ex. att patienten inte blottas eller pratas om i tredje person. Omvårdnad innebär att vårda patienter med villighet för att vara öppen inför dessa som individer. När en patient ses som en hel människa med behov, önskningar, vilja och föreställningar blir relationen unik såväl för patient som för vårdpersonal. Det övergripande temat i artikeln var ”Caring about – caring for” (Bry sig om – ta hand om). Bry sig om inriktar sig på äkthet, känslor, intuition, föreställningar, insikt samt personliga värderingar. Det antyds att det hos vårdpersonalen finns en genuin önskan om välmående hos patienterna och insikt i deras sårbarhet. Ta hand om inriktar sig på organisation, rutiner, riktlinjer för praktisk, teknisk och medicinsk bedömning, hantering av utrustning samt miljön. Det är en uppgiftsorienterad omvårdnad som kontrolleras av anställda, överordnade, läkare m.fl. och det kan ses som en plikt att genomföra arbetet och omvårdnaden. Spänning uppstår när ”bry sig om” och ”ta hand om” en patient inte kan uppnås samtidigt.

1.8 Problemformulering

I den dagliga omvårdnaden ingår fysisk beröring omedvetet och medvetet i arbetsuppgifterna där den kan upplevas såväl positiv som negativ när omvårdnadspersonalen ger beröringen och patienten tar emot den. Den fysiska beröringens betydelse inom omvårdnaden och upplevelserna av den kan påverka omvårdnadsrelationen. Motiv till litteraturstudien var att belysa omvårdnadspersonals och patienters upplevelser av fysisk beröring då kunskaper samt erfarenheter om hur patienter och omvårdnadspersonal upplever fysisk beröring kan stödja omvårdnadspersonal i omvårdnaden då de får ökad förståelse för hur beröringen kan upplevas.

2 Syfte

Syftet var att beskriva patienters och omvårdnadspersonals upplevelser av fysisk beröring inom omvårdnad.

I denna litteraturstudie avses med patient individer som vårdas på sjukhus eller som i hemmet eller på boende behöver hjälp i sitt dagliga liv. Med omvårdnadspersonal avses

sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden samt individer som är under utbildning till tidigare nämnda professioner.

3 Metod

Vald metod var litteraturstudie med strukturerad litteratursökning med beskrivande design (Forsberg & Wengström, 2008).

Enligt Forsberg och Wengström (2008) innebär litteraturstudie att data söks systematiskt, kritiskt granskas och sammanställs inom det ämne som valts. Det handlar om att skapa en sammanställning av tidigare aktuell genomförd forskning som publicerats som artiklar i vetenskapliga tidskrifter.

3.1 Sökstrategi

De vetenskapliga artiklarna söktes i de valda databaserna: AMED, CINAHL, PubMed samt PsycINFO.

Författarna valde att söka i databasen AMED eftersom databasen inte endast har artiklar om komplementär medicin utan även har artiklar som inte innehåller komplementär medicin (Örebro Universitetsbibliotek, 2011). PubMed valdes eftersom databasen innehåller artiklar om omvårdnad och medicin, CINAHL valdes då databasen är specialiserad på omvårdnadsforskning och PsycINFO valdes eftersom där finns psykologisk forskning inom medicin och omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2008).

Sökord valdes utifrån meningsbärande ord i syftet vilka på svenska var beröring, upplevelse(r) och omvårdnad. Dock har inte orden patient och omvårdnadspersonal valts som sökord trots att dessa är meningsbärande ord i syftet. De meningsbärande orden skrevs in i databasen MeSh ämnesord (http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm) för att relevanta engelska ord skulle fås fram. Beröring blev touch och omvårdnad blev nursing care medan upplevelse(r) inte gick att översätta i MeSh ämnesord till ett ämnesord och inga bra synonymer hittades varför ordet översattes till sin engelska översättning vilket blev experience. Sökordet experience användes i samtliga sökningar i databaserna, dock som fritextsökning. Orden som MeSh ämnesord tog fram var relevanta för databasen PubMed enligt databasens hjälpavsnitt (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=mesh&term=) medan sökorden från MeSh ämnesord kontrollerades under Headings i databasen CINAHL, under Thesaurus i databasen PsycINFO och under Subjects i databasen AMED för att rätt sökord för de respektive databaserna skulle fås fram.

Vid samtliga sökningar i databaserna användes trunkering (*) på sökorden touch och experience för att inte artiklar med böjda former av sökorden skulle förloras. Den Booleska operatorn AND användes för att kombinera de olika sökorden och den booleska operatorn NOT för att exkludera (Forsberg & Wengström, 2008).

Synonymer söktes för nursing care i CINAHL genom att rutan ”suggest subject terms” klickades i och synonymen nurse-patient relations påträffades där men identifierades också som ett nyckelord i flera av det tidigare hittade artiklarna. Nurse-patient relations användes och identifierades som sökord även i de andra databaserna. Vilka sökorden blev för de olika databaserna, se Tabell 1. Hur de olika sökordskombinationerna blev utifrån de olika databasernas upplägg vid sökningar, se bifogad sökmatris i Bilaga 1. De övergripande sökordskombinationerna för alla databaser var:

- touch* AND experience* AND nursing care
- touch* AND experience* AND nurse-patient relations

Tabell 1. Sökordsöversikt

Svenska ord	**PubMed MeSh-termer**	**CINAHL Headings**	**PsycINFO Thesaurus**	**AMED Subjects**
Beröring	Touch	Touch	Touch	Touch
Omvårdnad Synonymt sökord till omvårdnad	Nursing care Nurse-patient relations	Nursing care Nurse-patient relations	Nursing Nurse-Patient interaction	Nursing care Professional-Patient Relations
Upplevelse	Experience	Experience	Experience	Experience

Begränsningar bestämdes vilka var att artiklarna skulle baseras på forskningsresultat som var vetenskapligt granskade (Peer Reviewed), vara publicerade mellan åren 2000-2012 och vara på språken svenska, norska och engelska. Språken valdes som begränsning i databaserna PubMed och PsycINFO och i de övriga databaserna valdes andra språk än de nämnda bort manuellt.

3.2 Urval

Övergripande urvalskriterier användes då det skiljde sig åt mellan de olika databaserna gällande begränsningar som kunde användas. Då en begränsning inte var möjlig att använda som inställning i databasen exkluderades artiklarna manuellt. Inklusionskriterier var att artiklarna skulle handla om enbart patienters eller omvårdnadspersonals upplevelser alternativt båda parters upplevelser av fysisk beröring. Exklusionskriterier var att artiklarna inte skulle handla om individer under 18 år eller barn varför sökordet ”NOT child*” lades in i sökningarna i de olika databaserna och om artiklar om barn ändå kom med exkluderades de manuellt. Artiklar som handlade om fysisk beröring vid ett specifikt sjukdomstillstånd, såsom t.ex. fibromyalgi, liksom artiklar om behandlingar eller metoder exkluderades manuellt. Artiklarna skulle inte vara litteraturstudier samt att de exkluderades om sammanfattning inte fanns tillgänglig.

Artiklar valdes ut med hjälp av urvalsprocessens olika steg (Forsberg & Wengström, 2008). Först genomfördes sökning i valda databaser. I första urvalet valdes relevanta artiklar utifrån titel och sammanfattning (abstract) vilket resulterade i totalt 38 artiklar varav flera artiklar fanns med i flera databaser respektive sökningar vilket resulterade i totalt 13 artiklar. I andra urvalet lästes de 13 artiklarna i sin helhet för att författarna skulle få fram dem som svarade på syftet. Av de 13 artiklarna som lästes i sin helhet exkluderades tre artiklar. En var en sekundäranalys av en studie från 1997, en svarade inte på syftet utan deltagarna hade lärt sig använda taktil massage eller stimulering och den sista var en litteraturstudie vilket aldrig framgick i sammanfattningen. I tredje urvalet gjordes en kvalitetsvärdering där valda artiklar granskades för vetenskaplig kvalitet genom användning av en granskningsmall för kvalitativa artiklar som finns som bilaga i Forsberg och Wengström (2008). Av de 10 artiklarna som slutligen valdes var två artiklar utifrån patienternas perspektiv och åtta ur omvårdnadspersonalens perspektiv.

3.3 Värdering

Granskningsmallen för vetenskaplig kvalitet bidrog till att systematiskt värdera bl.a. artikelns syfte, design, undersökningsgrupp, urval, metod för datainsamling, dataanalys, trovärdighet och pålitlighet, se bifogad artikelmatris i Bilaga 2 (Forsberg & Wengström, 2008). Eftersom författarna endast fann kvalitativa artiklar användes endast en kvalitativ granskningsmall. Det stod i alla artiklar att studierna hade blivit godkända av en etisk kommitté eller att etiska överväganden noggrant genomförts. Om det inte hade framgått i artiklarna att detta var gjort hade tidskriften som publicerat artikeln kontrollerats för att ta reda på om de endast publicerar artiklar som är etiskt godkända. Dock behövdes detta inte göras. Efter kvalitetsvärderingen föll ingen artikel bort.

3.4 Analys

Artiklarna analyserades och bearbetades med inspiration av innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). I första steget lästes artiklarna igenom flera gånger och resultat som svarade på litteraturstudiens syfte markerades med överstrykningspenna. Därefter översattes resultatet i de engelska artiklarna som svarade på syftet till svenska och i den norska artikeln översattes de ord författarna inte förstod. Översättningen fanns i ett dokument på dator. Därefter identifierades meningsenheterna i en utskriven version av den översatta texten, och markerades med överstrykningspenna, vilka bestod utav meningar eller stycken vilka hörde samman genom ett gemensamt innehåll och sammanhang. Efter detta kortades texten ner på dator vilket gjordes genom kondensering, d.v.s. att korta ner texten medan det centrala i innehållet behölls. Därefter gjordes abstraktion där vikten lades på att hitta logiken i beskrivningen av innehållet i de förkortade meningsenheterna som var relevant för litteraturstudien vilket handlade om att skapa koder, gemensamma kategorier och teman. Resultatet strukturerades genom att en färg utsågs åt varje artikel för att stycken och meningar skulle kunna flyttas om i dokumentet på datorn och blandas utan att källorna blandades ihop när resultaten sammanfogades under respektive teman. I detta skede skapades två teman och sex subteman. Därefter bearbetades och analyserade innehållet i resultatet samt temana och subtemana upprepade gånger för att resultat med gemensamt innehåll skulle bli placerade under passande teman respektive subteman. Resultatdelen skrevs ut och markeringspennor med olika färger användes vid identifiering av det resultat som hade ett gemensamt innehåll. Det bildades till slut tio teman och fyra subteman. Se översikt av teman i Tabell 2.

Tabell 2. Översikt av teman

TEMAN
Två olika former av fysisk beröring
Faktorer som kan påverka användningen av beröring
Att respektera patientens signaler och gränser
Kontaktskapande
Att skapa förtroende och trygghet
Att bekräfta patienten
Att trösta och ge närhet
Välbefinnande
Svårigheter i mötet med patientens kropp
Intim fysisk beröring
Obehaglig eller obetydlig
Svårigheter relaterat till genus
Rädsla för missförstånd
Att som man fysiskt beröra en annan man

4 Resultat

4.1 Två olika former av fysisk beröring

I studierna av Jensen (2001), Picco, Santoro och Garrino (2010) samt Gleeson och Higgins (2009) upplevdes det av omvårdnadspersonalen finnas två typer av fysisk beröring. Den första typen av fysisk beröring kallar sjuksköterskorna i studien av Picco et al. (2010) för beröring under rutinmässig vård vilket var en gemensam erfarenhet för alla sjuksköterskor i studien. Gleeson och Higgins (2009) samt Jensen (2001) kallar samma typ av fysisk beröring för instrumentell uppgiftsberöring. Den upplevdes av psykiatrisjuksköterskorna i studien av Gleeson och Higgins (2009) som känslokall och ”robotliknande” då den mest användes för att hjälpa patienterna med de dagliga grundläggande behoven. Främst användes den för patienter med fysiska funktionshinder samt patienter i ett akut psykiatriskt tillstånd. Den instrumentella uppgiftsberöringen upplevdes kunna göra upplevelsen för patienten negativ och den ansågs inte vara ett lika kraftfullt verktyg som den andra typen av fysisk beröring som i studien kallades för uttrycksfull beröring. Uttrycksfull beröring användes av psykiatrisjuksköterskorna för att ge trygghet och tröst till patienten. I studien av Jensen (2001) kallas denna typ av fysisk beröring för icke-instrumentell beröring och det var sjuksköterskorna i studien som tog initiativ till den, för att lugna, skapa kontakt med patienterna samt visa patienterna att de var närvarande mentalt i situationen. Den andra typen av fysisk beröring nämndes också av sjuksköterskorna i studien av Picco et al. (2010) och beskrevs som beröring som används för att lugna och trösta patienter och upplevdes vara ett mer naturligt sätt att röra patienterna på för sjuksköterskorna.

4.2 Faktorer som kan påverka användningen av beröring

I studien av Gleeson och Higgins (2009) upplevde sjuksköterskorna att patientens kulturella bakgrund påverkar användningen av fysisk beröring. Ytterligare påverkande faktorer som upplevdes i studien av Keogh och Gleeson (2006) var ålder, kön, medvetandegrad och hälsotillstånd hos patienten. Exempel på ett hälsotillstånd som påverkar användningen av fysisk beröring var i studierna av Gleeson och Higgins (2009) samt Keogh och Gleeson (2006) psykostillstånd. Ett annat exempel på hälsotillstånd som av psykiatrisjuksköterskorna upplevdes påverka den fysiska beröringen var i studien av Keogh och Gleeson (2006) kvinnliga patienter som diagnostiserats med personlighetsstörning och som hade ett manipulativt beteende och beroende. Detta upplevdes påverka den fysiska beröringen då sjuksköterskorna kunde känna sig hotade och obekväma. Även sjuksköterskorna i studien av Jensen (2001) upplevde att patientens tillstånd samt huruvida sjuksköterskorna kände till patienten eller inte var faktorer som påverkade den fysiska beröringen. Psykiatrisjuksköterskorna i studien av Gleeson och Higgins (2009) samt samtliga sjuksköterskor i studien av Keogh och Gleeson (2006) var försiktiga med fysisk beröring när de inte kände patienten. Alla sjuksköterskor i studien av Jensen (2001) upplevde att olika situationer samt patientens funktionsnivå kunde påverka den fysiska beröringen och en sjuksköterska belyste trygghet i den egna yrkesrollen som en betydande faktor. Andra faktorer i studien som upplevdes inverka på användningen av fysisk beröring var bristande tillit, bristande hygien hos patienten samt tidsbrist från sjuksköterskans sida. Sjuksköterskorna upplevde också att när patienterna såg att de var stressade och hade mycket att göra ville patienterna inte ta initiativ till fysisk beröring. Om patienterna var aggressiva, visade ilska mot sjuksköterskorna samt uppträdde sexuellt påverkade det också användningen av fysisk beröring.

4.3 Att respektera patientens signaler och gränser

I studien av Keogh och Gleeson (2006) var sjuksköterskorna överens om att de önskemål patienterna har alltid skall upprätthållas och bli respekterade. Det skall respekteras om patientens vilja är att omvårdnadspersonal av ett specifikt kön ansvarar för henne eller honom under sjukhusvistelsen med tanke på att fysisk beröring ingår. I studien av Harding, North och Perkins (2008) upplevdes att både manliga och kvinnliga patienter vägrade ta emot vård av omvårdnadspersonalen eftersom de var män. Detta var dock något som omvårdnadspersonalen accepterade. De tyckte det var patientens rättighet och förnekade att det på något sätt störde dem att bli avvisade. I studien av Sundin och Jansson (2002) fastställdes det att vid en vårdsituation där omvårdnadspersonalen hjälpte patienten att tvätta överkroppen var respekt för patienten nödvändigt. Den fysiska beröringen utfördes i samförstånd med den enskilda patientens behov av att fysiskt beröras. En omvårdnadspersonal i studien beskrev att det är viktigt att respektera patientens upplevelse på detta sätt "… It is important to feel if the patient does not want you to touch them, then leave it. You know immediately" (s. 111). Även i studien av Gleeson och Higgins (2009) beskrev psykiatrisjuksköterskorna vikten av att patienternas personliga utrymme upprätthålls medan sjuksköterskorna i studien av Jensen (2001) menade att patienternas gräns för fysisk beröring var viktigt att ta hänsyn till. Psykiatrisjuksköterskorna i studien av Keogh och Gleeson (2006) oroade sig över att skapa en behandlande relation med patienterna innan de fått kunskap om var gränsen går, för vad som är inkräktande på patientens personliga utrymme, när fysisk beröring används. Sjuksköterskorna i studien av Jensen (2001) uppmärksammade att alla patienter hade olika behov av att fysiskt beröras och därför är det viktigt att individualisera den fysiska beröringen genom att respektera patientens signaler. Sjuksköterskorna upplevde också att även den icke-instrumentella beröringen kunde kränka patienten.

I studien av Williams (2001) framkom att sjuksköterskan, genom fysisk beröring, upplevde sig vara lyhörd och känslig för situationen patienten var i. I studien av Evans (2002) upplevdes att ta patienten i hand och upprätthålla formalitet var ett sätt som hjälpte sjuksköterskan att bedöma patientens bekvämlighet i situationen. En sjuksköterska upplevde också att det gäller att vara försiktig och bedöma situationen samt ha kunskap om huruvida det är lämpligt eller olämpligt att röra olika delar av en patients kropp. Även i studien av Gleeson och Higgins (2009) menade alla psykiatrisjuksköterskor att de bedömde patientens verbala och icke-verbala signaler för att tolka hur bekväma patienterna var med fysisk beröring. Psykiatrisjuksköterskorna upplevde att bara vid en lätt fysisk beröring av patienten var de inställda på dennes gensvar.

4.4 Kontaktskapande

I studien av Harding et al. (2008) identifierades kommunikation som viktigt tillsammans med patienter vid fysisk beröring. Att omvårdnadspersonalen, för att skapa kontakt inför fysisk beröring, presenterade sig själva, frågade om tillåtelse och förklarade vad de gjorde var de kommunikationsmetoder som var mest gemensamma bland omvårdnadspersonalen i studien. Sjuksköterskorna i Jensens (2001) studie beskrev att de, särskilt till patienter de tidigare inte kände till så väl, gav information innan den instrumentella beröringen. Några sjuksköterskor i studien beskrev också att de gärna började den instrumentella beröringen med en icke-instrumentell beröring, såsom klapp på kinden eller att hålla patienten i handen. Fysisk beröring för att visa artighet och hälsa på patienten genom handslag var också något som användes.

Psykiatrisjuksköterskorna i studien av Gleeson och Higgins (2009) upplevde att den

uttrycksfulla beröringen var en viktig del av terapeutisk icke-verbal kommunikation. Det var ett sätt för dem att bryta ner hinder som fanns mellan sjuksköterskorna och patienterna samt kommunicera intresse, oro, empati och omsorg samt visa att de kände något i hjärtat för patienten. Psykiatrisjuksköterskorna beskrev hur de använder fysisk beröring för att förstärka deras verbala kommunikation när den upplevdes vara begränsad, otillräcklig eller onödig. Psykiatrisjuksköterskorna upplevde vikten av att använda fysisk beröring med den äldre patienten då de kognitiva funktionerna är nedsatta, fysisk beröring sågs ofta som den enda formen av kommunikation och användes främst för att få den äldre patientens uppmärksamhet.

I studien av Sundin och Jansson (2002) upplevde omvårdnadspersonalen att kommunikation underlättades mellan dem och patienten vid grundläggande omvårdnad under morgonen genom fysisk beröring. Dessutom pratade inte omvårdnadspersonalen mycket under morgonens omvårdnad utan de använde istället sina händer för att kommunicera genom fysisk beröring. Fysisk beröring upplevdes vara en form av tyst dialog och utgjorde en kommunikationskanal mellan omvårdnadspersonal och patient.

I studien av Sundin och Jansson (2002) upplevde omvårdnadspersonalen att kontakt skapades mellan dem och patienten när de rörde vid varandra. Alla sjuksköterskor i Jensens (2001) studie upplevde fysisk beröring var av betydelse för att skapa kontakt med patienten. I studien av Gleeson och Higgins (2009) framkom att sjuksköterskorna skapade en relation till patienterna genom uttrycksfull beröring. Omvårdnadspersonalen i studien av Sundin och Jansson (2002) upplevde att fysisk beröring ger en känsla till patienten att de är förbundna till denne och att hon eller han inte är övergiven vilket underlättar fysisk närhet och känslan av samhörighet mellan omvårdnadspersonal och patient. Omvårdnadspersonalens närvaro ansågs stärkt av fysisk beröring när det som sades till patienten inte nådde fram. Det upplevdes av omvårdnadspersonalen att det betydde mycket för patienterna att de inte var avvisande utan var fysiskt nära och att de inte var rädda för att fysisk beröra patienterna. Omvårdnadspersonalen i studien svarade på patienternas inbjudan till fysisk kontakt men de tog också själva initiativet då detta var lämpligt eftersom de tyckte om att vara med patienterna.

4.5 Att skapa förtroende och trygghet

Det upplevdes i studien av Evans (2002) att det bör läggas tid på att skapa förtroende innan fysisk beröring. Sjuksköterskorna i studien av Picco et al. (2010) påpekade också det faktum att uppmärksamheten som ges till patienternas kroppar är viktig eftersom det kan ge sjuksköterskorna en chans att lära sig mer om patienternas upplevelser och upptäcka svårigheter.

Det upplevdes av sjuksköterskorna i studierna av Williams (2001) samt Picco et al. (2010) att de genom den dagliga fysiska intima omvårdnaden fick upplysningar av patienten. I studierna av Sundin och Jansson (2002) samt Gleeson och Higgins (2009) upplevdes att fysisk beröring under vardagsomvårdnad hjälper patienten att anförtro sig till omvårdnadspersonalen. I studien av Jensen (2001) menade sjuksköterskorna att den fysiska beröringen kunde leda till öppenhet och ett tillitsförhållande med patienterna. Vidare beskrevs det i studien av Williams (2001) att fysisk beröring bidrog till att personlig och ibland privat information delades mellan sjuksköterskan och patienten vilket kunde framkalla en relation mellan dem. Sjuksköterskorna i studien av Picco et al. (2010) menade att de genom fysisk beröring av patienterna fick tillgång till deras privata liv. Dock måste patienterna först känna att de kan lita på sjuksköterskorna innan de vill överlämna sin kropp och information till dem annars

upplevde de att patienterna ”stängde sig”, blev blyga eller vägrade fysisk kontakt. I studien av Sundin och Jansson (2002) ansåg omvårdnadspersonalen att den fysiska närheten skapade förtroende hos patienterna gentemot omvårdnadspersonalen och gav patienterna modet att be om hjälp.

I studierna av Williams (2001) samt Jensen (2001) upplevde sjuksköterskorna att den fysiska beröringen främjade tryggheten hos patienterna. Då patienterna i studien av Borch och Hillervik (2005) inför personalen kände tillit och personalen var omsorgsfulla, hänsynsfulla och empatiska upplevde patienterna trygghet. Vid tillgänglighet och upprepad fysisk kontakt från personalens sida samt när de hade kunskap om de individuella behoven hos patienterna upplevdes också trygghet. Exempel är att patienterna litade på personalen och visste att det skulle gå bra och att personalen förstod hur patienten ville ha det samt att de inte behövde fråga utan visste hur de fysiskt skulle beröra patienten.

I studien av O’Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) upplevde patienterna att känslan av säkerhet och trygghet var viktig för dem i en utsatt situation. Traumateamet bidrog till dessa känslor när de övervakade patienten och fysiskt sökte efter skador. Det beskrivs att traumapatienterna upplevde att personalen visade att de brydde sig om dem med hjälp av fysisk beröring. Det var framförallt den fysiska beröringen som inte hade ett uppgiftssyfte som fick patienterna i studien att känna trygghet och omsorg om dem. Fysisk beröring beskrevs av en del av patienterna som en livlina, de upplevde att de genom fysisk beröring från traumateamet fick energi för att klara av situationen.

4.6 Att bekräfta patienten

I studien av Picco et al. (2010) upplevde sjuksköterskorna att fysisk beröring hjälper till för att få patienten att känna sig bekräftad. Fysisk beröring kan också förmedla acceptans av patienten och vara en bekräftelse på patientens värde enligt omvårdnadspersonalen i studien av Sundin och Jansson (2002). Sjuksköterskorna i studien av Jensen (2001) upplevde att fysisk beröring kunde bidra till att de äldre patienterna kände sig mer värdefulla. De upplevde också att självbilden och självtilliten kunde upprätthållas hos de äldre med hjälp utav fysisk beröring som förmedlade att någon brydde sig om dem.

Patienterna i studien av Borch och Hillervik (2005) upplevde att genom personalens fysiska beröring behövde de inte känna sig som bara en sjuk del av en kropp utan fick känna sig som hela människor och upplevde att de blev sedda som individer. Däremot upplevde de inte detta om de blev betraktade som ting eller som ofullständiga människor. Delaktighet var också en del i huruvida de blev sedda som människor eller inte, att patienterna själva fick avgöra i vilken mån de ville bli berörda och hjälpta. Det handlade om att personalen frågade och lyssnade på dem, t.ex. att personalen inte endast såg patienten som en trasig höft utan som en människa som de brydde sig om samt frågade om patienten ville ha hjälp.

4.7 Att trösta och ge närhet

I fem studier (Jensen, 2001; Williams, 2001; Sundin & Jansson, 2002; Evans, 2002; Gleeson & Higgins, 2009) upplevde omvårdnadspersonalen att fysisk beröring tröstade patienten. Sjuksköterskorna i studien av Jensen (2001) lyfte fram betydelsen av fysisk beröring för att lugna och trösta, t.ex. vid sorg. Sjuksköterskorna i studien av Williams (2001) uppmärksammade att fysisk närvaro kan vara ett uttryck för känslomässig närvaro framförallt vid kontakt med döende patienter där det fysiska upplevdes trösta, lugna och visade patienterna att sjuksköterskan ville hjälpa och var där för dem. Omvårdnadspersonalen i

studien av Sundin och Jansson (2002) använde händerna och berörde patienten fysiskt för att trösta samt förmedla glädje åt henne eller honom. Enligt psykiatrisjuksköterskorna i studien av Gleeson och Higgins (2009) finns uppmuntran i fysisk beröring, de beskrev hur de använde fysisk beröring för att uppmuntra patienter som led av depression och ångest. Det upplevdes också av sjuksköterskorna i studien av Williams (2001) att fysisk beröring verkade minska patienternas oro.

Sjuksköterskorna i studien av Williams (2001) upplevde att känslomässig närhet var relaterat till att vara fysiskt närvarande och den faktiska kroppskontakten. Fysisk beröring upplevdes som tecken på empati, omtanke och medkänsla för patienten från sjuksköterskan. Användningen av fysisk beröring och fysisk närvaro kan enligt sjuksköterskorna innebära ett uttryck för känslomässig närhet. Alla sjuksköterskor i Jensens (2001) studie beskrev att fysisk beröring kunde visa att sjuksköterskan ville patienterna väl, det visade förståelse samt vänskap. Psykiatrisjuksköterskorna i studien av Gleeson och Higgins (2009) uppfattade att patienterna kände att de var oroliga för dem och intresserade av att hjälpa samt ansåg att den fysiska beröringen visade mänsklighet och förmedlade värme.

Några sjuksköterskor i studien av Picco et al. (2010) beskrev dock att de föredrog att hålla sig på ett visst emotionell och fysiskt avstånd från patienten och inte ville använda sig utav fysisk beröring för att trösta och lugna, för att inte komma för känslomässigt nära patienterna.

4.8 Välbefinnande

Sjuksköterskorna i studien av Picco et al. (2010) föredrog att ge personlig omvårdnad såsom att hjälpa till med hårborstning och upprätthålla allmän hygien eftersom detta upplevdes hjälpa patienten att må bättre. Det var glädjande för patienten då det yttre är viktigt samt att patienterna upplevdes tacksamma. Sjuksköterskorna kände sig nyttiga och nöjda då patienterna reagerade positivt.

Det upplevdes av omvårdnadspersonalen i studierna av Sundin och Jansson (2002) samt Gleeson och Higgins (2009) att avslappning underlättas vid fysisk beröring genom framkallandet av lugn. I studien av Borch och Hillervik (2005) framkom att vid den fysiska beröringen upplevde patienterna välbefinnande då de kände sig avslappnade, var glada och kände lättnad. Detta skedde både genom att den fysiska beröringen medförde något i omvårdnaden, t.ex. när personalen hjälpte till att vända patienten så att denne kunde koppla av, och att det i sig var en upplevelse att fysiskt beröras, t.ex. när personalen var varsam i den fysiska beröringen. Patienterna i studien av O'Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) upplevde att fysisk beröring var viktigt och gjorde att de upplevde sig själva som mindre sårbara.

4.9 Svårigheter i mötet med patientens kropp

4.9.1 Intim fysisk beröring

Intim fysisk beröring upplevdes av de manliga och kvinnliga sjuksköterskorna i studien av Williams (2001) som en del av svårigheten inom omvårdnad. Det var speciellt den uppgiftsrelaterade beröringen som upplevdes vara ett intrång på patienternas privata utrymme. Som exempel av sjuksköterskorna gavs situationer där de hjälpte en manlig patient på toaletten eller fick hjälpa en patient efter följderna av inkontinens. Detta upplevdes som svårt och pinsamt av sjuksköterskorna, såväl för dem som för patienten. Sjuksköterskorna beskrev också den etiska svårigheten i att fysisk beröring för patienten kan upplevas annorlunda än för sjuksköterskorna då de utför samma omvårdnadsåtgärder flera gånger per dag medan det för

patienten kan vara en ny erfarenhet att behöva få hjälp med att tvätta sig. Patienterna kan vara mer benägna att uppleva en sådan situation som för fysiskt intim, alltså som något negativt och utlämnande. I studien av Picco et al. (2010) beskrev sjuksköterskorna liknande upplevelser där de kände emotionell eller fysisk oro då de känt sig påtagligt obekväma och stressade i vissa vårdsituationer eller aktiviteter.

En omvårdnadspersonal i studien av Harding et al. (2008) beskrev att han behöll sin professionella integritet genom att inte sätta sig själv i riskzonen då han undvek att göra något som patienten, oberoende av kön, kan uppfatta som sexuellt. I fyra studier beskrev omvårdnadspersonalen att de delegerade över uppgifter till en kollega när det handlade om intima omvårdnadsåtgärder (Evans, 2002; Picco et al., 2010; Harding et al., 2008; Keogh & Gleeson, 2006). I studien av Evans (2002) ville manliga sjuksköterskor garantera den egna säkerheten och den kvinnliga patientens välbefinnande genom att byta bort intima arbetsuppgifter med en kvinnlig kollega eftersom sådana situationer upplevdes riskabla. I studien av Picco et al. (2010) menade sjuksköterskorna att de undvek vissa situationer och de kunde tänkas be en kollega att ersätta dem. I studien av Keogh och Gleeson (2006) beskrev en sjuksköterska en tänkt situation, som skulle kunna uppstå, där han ska sätta kateter på en kvinnlig patient. Detta skulle leda till förlägenhet hos både honom själv och patienten varför det rationella vore att delegera uppgiften till en kvinnlig kollega. I studien av Harding et al. (2008) frågade den manliga omvårdnadspersonalen först patienten om tillåtelse att få utföra vården vilket kunde ge möjlighet för en kvinnlig kollega att ta över. Det framkom också i studien av Keogh och Gleeson (2006) att de manliga sjuksköterskorna skyddade sig mot sexuella anklagelser vilket gjordes genom att ha ett kvinnligt förkläde vid intima åtgärder. Sjuksköterskorna beskrev också att de ibland lät bli att delta i intima åtgärder. I studien av Harding et al. (2008) beskrevs att omvårdnadspersonalen ibland vid åtgärder efterfrågade ett förkläde i form av en kvinnlig kollega eller en familjemedlem till patienten som kunde vara närvarande. Det beskrevs också att de manliga sjuksköterskorna kunde arbeta tillsammans med en kvinnlig kollega i studien av Evans (2002). Det upplevdes även av sjuksköterskorna i studien av Picco et al. (2010) att om en kollega är med vid utförandet av omvårdnadsåtgärden kan situationen pratas bort och koncentrationen läggs på uppgiften istället för på den obehagliga upplevelsen. Det beskrevs också i studien av Evans (2002) att sjuksköterskan ändrade på tillvägagångssätt vid metoder eller tekniker för att undvika att patienten blottades och blev fysiskt berörd. En sjuksköterska gav ett tänkt exempel där han skulle ge en kvinnlig patient en intramuskulär injektion, dock skulle han ge injektionen i låret trots att bästa injektionsstället var sätesregionen.

4.9.2 Obehaglig eller obetydlig

Patienterna i studien av Borch och Hillervik (2005) beskrev att när den fysiska beröringen var något som patienten tvingades ta emot, något nödvändigt, kunde denne uppleva en känsla av att vara beroende. I studien av Jensen (2001) upplevde sjuksköterskorna att den instrumentella beröringen kunde medföra smärta för patienterna. I studien av Borch och Hillervik (2005) upplevde patienten obehag om denne vid den fysiska beröringen var orolig, spände sig eller kände smärta. Det kunde bero på att personalen var hårdhänta, stressade eller att patienten var rädd att den fysiska beröringen på något sätt skulle leda till skada, t.ex. kunde stressad personal vara för hastiga i rörelserna vilket orsakade smärta hos patienten. Patienterna i studien av O’Brien och Fothergill-Bourbonnais (2004) beskrev att de upplevde rädsla vid fysisk beröring från personalen när de inte visste vad de skulle förvänta sig som resultat av den fysiska beröringen. Patienterna i studien av Borch och Hillervik (2005) kunde även uppleva den fysiska beröringen som varken positiv eller negativ. De beskrev upplevelsen av den fysiska beröringen på ett neutralt sätt, de tyckte inte att den fysiska beröringen bekom

dem eller var något märkvärdigt. Betydelsen av fysisk beröring kunde också förnekas, patienten hade aldrig funderat på den eller tyckt att den var av betydelse.

4.10 Svårigheter relaterat till genus

I studien av Evans (2002) upplevde de manliga sjuksköterskorna att det inte var lika acceptabelt för manliga sjuksköterskor att röra såväl manliga som kvinnliga patienter trots att det var acceptabelt att kvinnliga sjuksköterskor gjorde detta. Flertalet av sjuksköterskorna beskrev också att manliga sjuksköterskor vanligen inte använder fysisk beröring i samma utsträckning som deras kvinnliga kollegor. Om det faktum att både manliga och kvinnliga patienter vägrade ta emot vård av manliga sjuksköterskor p.g.a. deras kön erkände omvårdnadspersonalen i studien av Harding et al. (2008) att de inte trodde att avvisandet hade sin grund i deras yrkesmässiga kompetens utan i en känslomässig reaktion som berodde på fördomar om den manliga sjuksköterskan. En omvårdnadspersonal beskrev att han tyckte kvinnliga sjuksköterskor tog för givet att de hade rättighet att vårda alla patienter medan män var mer medvetna i detta avseende.

4.10.1 Rädsla för missförstånd

Samtliga manliga sjuksköterskor, i studien av Keogh och Gleeson (2006), upplevde en allmän känsla av oro eller ångest vid vårdande av kvinnliga patienter eftersom vårdande åtgärder, där fysisk beröring ingår, kan anses vara sexuellt opassande. Det var enighet om att åtgärder hos det motsatta könet som handlar om att fysiskt beröra kan leda till missförstånd. Att fysisk beröring från manliga sjuksköterskor kan missförstås och anses vara sexuellt opassande återkom i studierna av Evans (2002), Harding et al. (2008) samt Gleeson och Higgins (2009). I studien av Evans (2002) var ett övergripande tema att det skulle kunna vara riskabelt för manliga sjuksköterskor att fysiskt beröra patienter, framförallt om de var av det motsatta könet, oavsett om syftet var en åtgärd eller att ge tröst. De manliga sjuksköterskorna var oroliga för att kvinnliga patienter skulle missförstå deras fysiska beröring eller känna sig obekväma vilket skulle kunna leda till att de blev anklagade för opassande beteende eller sexuellt ofredande. Vidare i studien beskrivs att känslan, hos de manliga sjuksköterskorna, av att vara utsatta när de ger vård förvärras då upplevelsen är att det inte är möjligt för manliga sjuksköterskor att försvara sig mot anklagelser från patienterna om olämpligt beteende. En sjuksköterska uttryckte sig att det var hans ord mot patientens och en annan berättade att han tyckte att det var svårt att försvara sig och att det fanns situationer där han tyckte att det var riskabelt att fysiskt beröra intimt.

I studierna av Evans (2002) och Harding et al. (2008) beskrev den manliga omvårdnadspersonalen att de är mycket sårbara, speciellt då en omvårdnadspersonal är ensam med en patient. I studien av Harding et al. (2008) medgav en omvårdnadspersonal att han alltid kände sig sårbar då han var ensam med patienten vilket var stressande men ändå ansåg han att detta var en del av hans jobb. Han menade också att när omvårdnadspersonal och patient är ensamma med varandra blir det omvårdnadspersonalens ord mot patientens vilket försvårar för denne att kunna försvara sig om anklagelser uppstår. De manliga psykiatrisjuksköterskorna som deltog i studien av Gleeson och Higgins (2009) hade en specifik oro och rädsla som samtliga upplevde i samband med fysisk beröring av kvinnliga patienter. Dock framkom det att detsamma inte verkade gälla kvinnliga kollegor när det gällde fysisk beröring av manliga patienter. Bara en kvinnlig sjuksköterska från studien beskrev att hon skulle uppleva det som obehagligt att röra manliga patienter, speciellt vid mer intima omvårdnadsåtgärder, då hon var rädd för att de manliga patienterna skulle uppleva det på ett sådant sätt att de började tänka på sexuella aspekter. En kvinnlig sjuksköterska i studien av Picco et al. (2010) beskrev en situation då hon varit tvungen att tvätta en ung manlig patient

intimt och hade känt sig illa till mods, obekväm, oduglig och ineffektiv som sjuksköterska. Sjuksköterskan upplevde också att förlägenheten överfördes till den unga patienten.

4.10.2 Att som man fysiskt beröra en annan man

I studien av Harding et al. (2008) upplevde omvårdnadspersonalen att det är problematiskt att utföra omvårdnad av intimt slag för manliga sjuksköterskor oberoende av patientens kön. Vid vårdande av kvinnor kan den manliga omvårdnadspersonalen anklagas för heterosexuellt opassande beteende och om det gäller manliga patienter kan misstankar uppstå om homosexualitet. En omvårdnadspersonal beskrev en svårighet som i ett fall uppstod för honom vid en intim åtgärd hos en man vilket gav sexuella associationer.

> I mean, as a teenager, it was quite embarrassing at times; you know, you get all the comments from patients. I had to put a suppository in an older gentleman and did the most appropriate procedural thing. I had him screened of, laid him on his side and put the suppository in, did a great job, and he got off the bed and said, “Hmm, I suppose this sort of thing makes you homosexual, does it?”. (Harding et al., 2008, s. 94-95)

I studien av Evans (2002) upplevde de manliga sjuksköterskorna att bedömning görs utifrån varje patients situation där det beslutas när fysisk beröring är säkert att ge samt vad för sorts fysisk beröring som skall ges. När det gäller manliga patienter styrdes beslutet av en maskulin norm vilket innebär att det finns en gräns och om denna gräns överskrids riskeras välbefinnandet hos patienten samt patientens acceptans för de manliga sjuksköterskorna som sjuksköterskor. Av den anledningen skulle manliga sjuksköterskor dra sig för att trösta en manlig patient genom en kram och hur långt det var möjligt att gå innan gränsen överskrids och patienten kränks beror på sjukdomen och hur patienten uppfattar den fysiska beröringen. Det spelade också roll vilken ålder den manliga patienten hade. En äldre man är mindre ”macho” och tar lättare emot sympati medan unga män, speciellt i tonåren, uppfattas fundera mer i banor kring att en manlig sjuksköterska skulle kunna vara homosexuell. Därför skulle deltagarna vara mer bekväma med att fysiskt beröra äldre män än yngre män.

4.11 Resultatsyntes

Det finns två former av fysisk beröring. Instrumentell uppgiftsberöring beskrevs som känslokall och ”robotliknande” och uppfattades kunna göra upplevelsen för patienten negativ. Uttrycksfull beröring upplevdes vara ett mer naturligt sätt att fysiskt beröra patienterna på. Att respektera patientens signaler identifierades som viktigt och att patientens personliga gräns för fysisk beröring inte överskrids var viktigt att ta hänsyn till. Fysisk beröring för att skapa kontakt med patienten var ett sätt att känna av denna gräns på. Att känna trygghet vid omvårdnaden var viktigt för patienterna, det upplevdes bl.a. vid hänsynsfull och omsorgsfull fysisk beröring. Fysisk beröring kunde också få patienterna att känna sig sedda som individer samt leda till välbefinnande. Fysisk beröring kan dock också upplevas som intim, obehaglig samt som ett intrång på patienternas personliga utrymme. Den manliga sjuksköterskan identifierades som sårbar då den fysiska beröringen kunde misstolkas av patienten som sexuellt opassande.

5 Diskussion

5.1 Metoddiskussion

Författarna valde att göra en litteraturstudie med strukturerad litteratursökning med

beskrivande design. Skälet till detta var att författarna ville göra en sammanställning av aktuell forskning om upplevelser av fysisk beröring och samtidigt visa på att forskning finns inom detta alltmer aktuella ämne som andra kan ta del av.

Författarna valda att söka artiklar i databasen PubMed istället för i Medline eftersom Forsberg och Wengström (2008) beskriver att PubMed är en gratisversion av Medline som kan publicera artiklar tidigare än Medline. Förutom i PubMed valde författarna också att söka i databaserna CINAHL, AMED och PsycINFO eftersom databaserna innehåller artiklar om omvårdnad vilket eftersöktes. Testsökningar gjordes i andra databaser, t.ex. i Cancerlit och SweMed, vilket inte resulterade i några nya relevanta artiklar.

Författarna valde att inte använda orden omvårdnadspersonal och patient som sökord trots att dessa var meningsbärande ord i syftet. Anledningen till att omvårdnadspersonal inte valdes var att flera olika professioner ingår i denna benämning och att alla artiklar inte benämner t.ex. sjuksköterskor som omvårdnadspersonal. Om då sökordet används kan det leda till att artiklar om enskilda professioners upplevelser faller bort vilket skulle leda till att artiklar missas. Valet att inte använda ordet patient som sökord beror på att artikelförfattare kan benämna individer olika beroende på om de bor på t.ex. sjukhus, bor på äldreboende eller får vård i hemmet varför användning av sökordet patient skulle kunna få artiklar att falla bort. Att inte använda orden alls gör att författarna fick fram alla artiklar om upplevelser av fysisk beröring och utifrån det manuellt kunde exkludera artiklar som handlade om fysisk beröring från andra perspektiv. Det ses som en styrka då ingen artikel förloras i processen.

Författarna använder i syftet benämningen fysisk beröring/physical touch men har i sökningarna valt att använda endast beröring/touch. Testsökningar resulterade i för få relevanta artiklar när sökordet fysisk beröring användes då flertalet artikelförfattare endast använde ordet beröring. Eftersom artiklar där fysisk beröring används även påträffas när sökordet beröring används bestämde sig författarna för att använda beröring som sökord och sedan manuellt exkludera artiklar som inte handlade om fysisk beröring. Detta ansåg författarna var ett tillvägagångssätt som resulterade i att alla artiklar om fysisk beröring som svarade på syftet var möjliga att påträffa. Sökordet nurse-patient relations som upptäcktes som synonym till omvårdnad/nursing care i CINAHL användes eftersom det också återkom som ett nyckelord i de tidigare utvalda artiklarna. Att då använda sökordet gjorde att ytterligare artiklar i ämnet kunde identifieras vilket gjorde att litteraturstudiens styrka kunde stärkas om fler relevanta studier kunde användas i resultatet. Författarna valde att söka på experience* med fritextsökning eftersom det, efter testsökning, visade sig kunna fungera som en begränsning då författarna ville finna artiklar som handlade om upplevelser. Genom att lägga in ordet experience* minskade antalet påträffade artiklar med ungefär 300 i en kontrollsökning som gjordes i CINAHL. Detta gjorde att författarna valde att använda experience* som ett sökord. Användningen av experience* kan ses som ett hjälpmedel men också som en svaghet då artiklar som handlar om upplevelser där artikelförfattarna inte använder just ordet experience kan ha missats.

Anledningen till att studier som handlade om fysisk beröring vid ett specifikt sjukdomstillstånd och studier som handlade om behandlingar eller metoder valdes bort manuellt av författarna berodde på att studier av mer allmän karaktär eftersöktes. Att studier som handlade om t.ex. massage valdes bort berodde på att denna form av fysisk beröring ger en annan upplevelse, vanligen inte ingår i den dagliga omvårdnaden och det från personalens perspektiv ges medvetet, med ett syfte. Att författarna inte ville använda sig utav litteraturstudier berodde på att den egna metoden var en litteraturstudie som skulle bygga på

forskningsresultat som redovisats och inte sammanställts.

Författarna valde att begränsa till Peer Reviewed eftersom författarna ville ha artiklar som var granskade för vetenskaplig kvalitet. Artiklarna skulle vara publicerade mellan 2000-2012 då författarna sökte aktuell forskning. Slutligen begränsades sökningarna till språken svenska, engelska och norska eftersom författarna förstår dessa språk.

Svagheter har identifierats i sökningen. Författarna fann endast två artiklar ur patientperspektiv vilket dels kan bero på användning av ordet experience* i sökningen men också på att författarna inte har valt att göra en manuell sökning. Exklusionskriteriet att inte ta med artiklar där abstract inte var tillgängligt i databasen kan ha medfört att artiklar har missats, dock genomfördes kontrollsökning i PubMed som visade att samma antal artiklar påträffades både när *abstract avaliable* valdes och inte valdes.

Författarna anser att urvalsförfarandet var väl utfört då titlarna på samtliga artiklar som påträffades i alla sökningar lästes och sammanfattningar lästes då titeln var av intresse för syftet. Därför anser författarna att artiklar inte bör ha missats. Efter genomläsning av artiklarna genomfördes värdering av samtliga relevanta artiklar där det framkom att fem artiklar värderades ha hög kvalitet och fem var av medelhög eller medellåg kvalitet, se artikelmatris i Bilaga 2.

I samband med analysen översattes de engelska artiklarna till svenska och i den norska artikeln översattes enstaka ord som författarna inte förstod. Författarna har, för att förhindra att orden översätts fel, använt sig av tre olika lexikon som finns tillgängliga på Internet. Dock kan översättningen ha blivit felaktig vilket kan ses som en svaghet i resultatet.

Författarna valde att göra en innehållsanalys för att hitta det gemensamma i alla artiklarna. Författarna valde vid analysen att inspireras av innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) för att få en struktur när innehållet i artiklarna, som svarade på syftet, placerades under teman. Dock utgick inte författarna exakt ifrån Graneheims och Lundmans analysmetod vilket kan ha medfört att resultatet kan se annorlunda ut mot vad det hade gjort om metoden hade följts. Eftersom det har varit svårt att kategorisera meningsenheterna under teman och subteman kan de olika temana gå i varandra men författarna har bearbetat resultatet upprepade gånger.

5.2 Resultatdiskussion

De flesta artiklarna som har inkluderats i litteraturstudien är inriktade på specifik omvårdnad vilket kan ha påverkat upplevelsen av fysisk beröring. Mer allmän forskning om upplevelser av fysisk beröring har inte hittats vilket författarna tolkar som att sådan forskning inte har gjorts. Olika patientgrupper såsom t.ex. psykiatripatienter, strokepatienter med afasi och äldre som bor på sjukhem har olika behov av fysisk beröring och därmed får de olika upplevelser vilket kan ha påverkat resultatet. Tre studier som utförts av Evans (2002), Harding et al. (2008) samt Keogh och Gleeson (2006) var samtliga endast ur manlig omvårdnadspersonals perspektiv. De beskrev dock allmänna upplevelser ur manlig omvårdnadspersonals perspektiv som arbetade inom olika områden. Manlig och kvinnlig omvårdnadspersonals upplevelser av att ge fysisk beröring kan skilja sig åt men syftet var att beskriva upplevelser av fysisk beröring, detta oberoende av om patienten eller omvårdnadspersonalen är man eller kvinna. Dock påverkas resultatet av det faktum att tre artiklar är ur manlig omvårdnadspersonals perspektiv eftersom det ger ett genusperspektiv på upplevelsen av fysisk beröring. Ytterligare något som kan ha påverkat resultatet är att studierna utförts i flera olika länder. Författarna vet

inte hur sjukvården ser ut i dessa länder men den kan skilja sig åt mellan de olika länderna och arbetsuppgifterna mellan olika yrkeskategorier kan skilja sig åt. Det har också visat sig att Gleeson är författare till två artiklar som används till resultatet, Gleeson och Higgins (2009) samt Keogh och Gleeson (2006), vilket kan ha påverkat resultatet. I studien av Harding et al. (2008) beskrivs att alla 18 manliga deltagare var eller var blivande sjuksköterskor utom en vars profession inte är beskriven. Detta kan ses som en svaghet och kan ha påverkat resultatet. Studien har ändå inkluderats eftersom den anses ha hög kvalitet och innehåller ett stort deltagarantal, 17 av 18, som stämmer överens med inklusionskriterierna där upplevelser av fysisk beröring väl beskrivs.

Det har i flera studier framkommit att omvårdnadspersonal upplever att det finns två olika former av fysisk beröring. Den ena formen av beröring används enligt sjuksköterskorna i studien av Picco et al. (2010) vid rutinmässig vård. Författarna anser att denna form av fysisk beröring är kopplad till omvårdnadsåtgärder och stämmer överens med både det som Cronqvist et al. (2004) beskriver är att ta hand om och bry sig om patienten. På så sätt handlar den fysiska beröringen både om att utföra uppgiften och samtidigt bidra till välmående där omvårdnadspersonalen kan sätta sig in patientens sårbarhet i situationen. Den andra formen av beröring används för att lugna och trösta enligt studien av Picco et al. (2010) samt Jensen (2001) och författarna anser att denna form av fysisk beröring enbart handlar om att bry sig om på ett sätt där Cronqvist et al. (2004) beskriver att det handlar om känslor och att få patienten att må bra.

I flera studier har omvårdnadspersonalen identifierat att respekt för patientens signaler är en nödvändighet. Harding et al. (2008) samt Keogh och Gleeson (2006) beskrev att patientens vilja skall respekteras när det gäller patientens önskan om ett visst kön som omvårdnadspersonal i samband med fysisk beröring. I studien av Sundin och Jansson (2002) beskrevs att respekt är nödvändigt vid fysisk beröring. Detta anser även litteraturstudiens författare är viktigt att beakta i samband med fysisk beröring, speciellt när det gäller patientens önskemål om omvårdnadspersonalens kön då det kan vara känsligt. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor beskriver att patienter skall behandlas med respekt (Svensk sjuksköterskeförening, 2008) vilket även är lagstiftat i Sverige där HSL (SFS 1982:763), 2 §, beskriver att patientens självbestämmande och integritet skall respekteras. I en artikel av Davidhizar och Giger (1997) framkommer att patienten, när hon eller han kommer till sjukhus, kan vara nervös och känna sig hotad p.g.a. upplevelsen av att omvårdnadspersonalen har mer makt. Detta kan påverka omvårdnadssituationen och patienten kan känna sig obekväm vid fysisk kontakt med sjuksköterskan, därför måste sjuksköterskan respektera patienten. Alla psykiatrisjuksköterskor i studien av Gleeson och Higgins (2009) bedömde patientens signaler för att tolka bekvämligheten med den fysiska beröringen. Detta överensstämmer med det som tas upp i artikeln av Davidhizar och Giger (1997) där det visade sig att det, för omvårdnadspersonalen, är viktigt att vara professionella i omvårdnadssituationer och känna igen när den fysiska beröringen inte är önskvärd av patienten. Detta framkommer också tydligt i citatet av en omvårdnadspersonal i studien av Sundin och Jansson (2002) där denne beskrev att det är viktigt att känna av om patienten inte vill bli berörd.

Det är viktigt att respektera patientens integritet. Thorsén (2008) beskrev *livsrumsjagets integritet* samt *kroppsjagets integritet* vilka kan kränkas om någon kommer för nära respektive om någon berör personen. Patienternas gräns för fysisk beröring beskrevs som

hindrande vid användning av fysisk beröring enligt studien av Keogh och Gleeson (2006). Sjuksköterskorna ville ha kunskap om var gränsen gick innan fysisk beröring användes. Detta överensstämmer med det Ardeby (2005) beskriver om att omvårdnadspersonalen ska reflektera för att patientens integritetsgräns inte ska kränkas. I studien av Evans (2002) upplevdes av sjuksköterskorna att om integritetsgränsen överskrids riskeras välbefinnandet hos patienten. Dock beskrevs att bedömning görs utifrån varje patients situation där det beslutas när fysisk beröring är säkert att ge samt vad för sorts fysisk beröring som skall ges. Detta anser författarna visar på att det är viktigt att bedöma hur patienten ställer sig till den fysiska beröringen innan den ges vilket kan göras genom att, som Cronqvist et al. (2004) beskriver, se patienten som en hel människa med behov och önskningar.

Den fysiska beröringen kunde upplevas som intim. Ardeby (2005) beskriver att fysisk beröring bör ske med tillåtelse från patienten vilket har identifierats i studien av Harding et al. (2008) där den manliga omvårdnadspersonalen frågade patienten om tillåtelse att få utföra vården där det var möjligt att kvinnlig omvårdnadspersonal kunde ta över. I en artikel av O'Lynn och Krautscheid (2011) beskrev en kvinnlig patient att hon föredrog att vårdas av manliga sjuksköterskor eftersom dessa frågade om tillåtelse innan de berörde henne vilket kvinnliga sjuksköterskor inte gjorde. Detta överensstämmer med åsikten som en manlig omvårdnadspersonal i studien av Harding et al. (2008) hade där han beskrev att manliga sjuksköterskor var mer medvetna när det gällde rätten att vårda patienter än kvinnliga. Detta anser författarna är ett intressant observandum eftersom det kan tänkas vara så att kvinnlig omvårdnadspersonal tar för givet att patienterna accepterar att bli berörda av dem under vårdande insatser medan det kan vara precis tvärtom och att de därför bör fråga patienten om tillåtelse. Att inte fråga patienten om tillåtelse, oberoende av kön, före fysisk beröring visar på bristande respekt för patienten. Genom att fråga om tillåtelse respekteras patientens självbestämmande och vården sker i enighet med HSL (SFS 1982:763), 2 §.

Att skapa kontakt innan fysisk beröring var av betydelse. I studien av Jensen (2001) gav sjuksköterskorna information innan den instrumentella beröringen vilket överensstämmer med studien av Harding et al. (2008) där kommunikation, av omvårdnadspersonalen, har identifierats som en viktig del när de förklarade vad de skulle göra. Att detta var viktigt kan påvisas eftersom patienterna i artikeln av O'Lynn och Krautscheid (2011) beskrev att kommunikation före intim fysisk beröring var ett måste, patienterna ville få information om vad sjuksköterskan skulle göra. Själva kommunikationen var ett tecken på respekt för patienten. Författarna anser att eftersom patienterna i artikeln av O'Lynn och Krautscheid (2011) tyckte kommunikation var ett måste bör det vara ett verktyg för alla sjuksköterskor oberoende av sjuksköterskornas kön och arbetsplats. Dessutom visar detta på att sjuksköterskan respekterar patienten vilket är ett ämne som redan diskuterats.

I studien av Gleeson och Higgins (2009) använde psykiatrisjuksköterskorna fysisk beröring för att förstärka den verbala kommunikation i likhet med i studien av Sundin och Jansson (2002) där omvårdnadspersonalens närvaro stärktes av fysisk beröring när patienten inte uppfattade det som sades. Även Birkestad (1999) nämner att kommunikationen kan förbättras genom fysisk beröring. Det framkom också i studien av Gleeson och Higgins (2009) att fysisk beröring sågs som den enda formen av kommunikation när patientens kognitiva funktioner var nedsatta. Detta överensstämmer med det som framkommer i artikeln av Davidhizar och Giger (1997) om att den fysiska beröringen är ett sätt att ersätta språklig kommunikation. Fysisk beröring är ett sätt att etablera samt upprätthålla kontakt, t.ex. när patienten inte kan prata. Författarna anser att fysisk beröring för att förstärka kommunikation är viktigt eftersom det inte alltid är lätt att nå fram till patienten verbalt. Medvetenhet om att fysisk beröring

underlättar kommunikation samt att det är ett hjälpmedel för att nå fram till patienten kan leda till att fysisk beröring kan vara ett verktyg i olika omvårdnadssituationer. Sundin och Jansson (2002) beskrev också själva att resultatet i deras studie är möjligt att överföra till andra situationer där kommunikationen är försvårad.

Fysisk beröring kunde innebära välbefinnande för patienten men också leda till obehag. Författarna anser att patienternas upplevelser av och syn på fysisk beröring från omvårdnadspersonalen är viktiga att belysa eftersom de finns för patienten. Ardeby (2005) beskriver att kamp- och flyktsystemet kan aktiveras om patienten upplever obehag vid den fysiska beröringen och Uvnäs Moberg (2000) menar att om den fysiska beröringen leder till välbefinnande aktiveras lugn- och rosystemet. I studien av Williams (2001) beskrevs av sjuksköterskorna att det är en etisk svårighet i att patienten kan uppleva en omvårdnadssituation på ett annat sätt än sjuksköterskorna som utför åtgärden dagligen. Patienterna i Borch och Hillerviks (2005) studie menade att de upplevde välbefinnande vid fysisk beröring när personalen var varsam och trygghet då personalen var omsorgsfull samtidigt som de kände obehag om personalen var stressad och hårdhänt. Detta kan visa på det Cronqvist et al. (2004) beskriver. När personalen bryr sig om patienten, är varsam och önskar denne välmående i situationen upplever patienten välbefinnande men när personalen ”bara” tar hand om och är hårdhänta upplever patienten obehag. Författarna anser även att Katie Erikssons (2002) omvårdnadsteori visar sig när omvårdnadspersonalen bryr sig om patienterna då hon menar att det grundläggande i vårdandet handlar om värme, närhet och beröring. I artikeln av O’Lynn och Krautscheid (2011) beskrev patienterna dessutom att för snabb fysisk beröring kunde innebära att det kändes smärtsamt och hårdhänt och att de uppfattade att sjuksköterskorna ville undvika situationen genom att vara snabba. Anledningen till att sjukvårdspersonalen är snabba kan enligt Cronqvist et al. (2004) bero på att de ser det som en plikt att ta hand om patienten och utföra omvårdnaden. När den fysiska beröringen var påtvingad och patienterna i studien av Borch och Hillervik (2005) inte fick vara delaktiga upplevde de beroende och att de inte blev sedda som individer. Vidare beskrev patienterna i artikeln av O’Lynn och Krautscheid (2011) att de inte fick en chans att uttrycka sina önskemål gällande den intima fysiska beröringen, att de kände maktlöshet, och ville vara delaktiga i beslutet huruvida det var nödvändigt. Patienterna ville själva kontrollera den intima fysiska beröringen och inte, som en kvinnlig patient beskrev sig ha blivit, bli överrumplade av att en kvinnlig sjuksköterska kommer in och drar av täcket och börjar tvätta intimt vilket ledde till ilska. Författarna anser att det har visat sig att patienterna i omvårdnaden märker skillnad mellan omvårdnadspersonal som bryr sig om och ”endast” tar hand om. Det verkar som att de som bryr sig om sätter sig mer in i patientens situation och är mer känslomässigt involverade och berör på ett mer medvetet sätt. Holm (2001) beskriver att empati är en del i den professionella hållningen som innebär att förstå patientens situation. Författarna anser då att om omvårdnadspersonalens bryr sig om visar det även på en professionell hållning eftersom det i likhet med empati handlar om att sätta sig in i patientens situation. Om omvårdnadspersonalen inte bara ta hand om utan också bry sig om patienterna tror författarna att vården blir bättre och att den fysiska beröringen upplevs mer positiv av båda parter. För att få omvårdnadspersonalen att bry om patienterna är det viktigt att de får mer tid för patienterna samt att information och utbildning ges om hur patienterna upplever vården och den fysiska beröringen när de endast tas om hand. Jensen (2001) beskrev dessutom att sjuksköterskorna upplevde att patienterna inte tog initiativ till fysisk beröring om sjuksköterskorna var stressade vilket är kopplat till tidsbrist.

Att fysisk beröring kan trösta beskrevs av omvårdnadspersonalen i de fem studierna utav Williams (2001), Sundin och Jansson (2002), Evans (2002), Jensen (2001) samt Gleeson och

Higgins (2009). Benner (1993) beskriver att den fysiska beröringen är viktig för kontakten mellan sjuksköterska och patient och kan förmedla stöd till patienten. Ardeby (2005) beskriver också att fysisk beröring används för att trösta. Vidare beskrivs att fysisk beröring på huden kan ha en alldeles särskild verkan då det kan lindra, trösta och värma patienten när dennes andra sinnen blir sämre t.ex. vid livets slut. Dock beskrev en del av sjuksköterskorna i studien av Picco et el. (2010) att de inte ville trösta och lugna genom fysisk beröring för att undvika att komma för emotionellt nära patienten. Ardeby (2005) menar att det hela tiden måste vara balans i den fysiska beröringen mellan närhet och distans. Balansen mellan närhet och distans anser författarna är viktig då det är viktigt att beakta skillnaden mellan att vara personlig och privat. Dock anser författarna att självkännedom är av betydelse i en situation där patienten tröstas genom fysisk beröring eftersom det, enligt Holm (2001), är grundläggande i det professionella förhållningssättet gentemot patienten. När omvårdnadspersonalen är medveten om sina egna behov och känslor är dessa hanterbara och kommer inte att påverka mötet med patienten. Författarna anser att självkännedom kunde hjälpa personalen att hantera sina egna känslor vilket underlättar för dem att trösta patienterna utan att komma för känslomässigt nära.

Vid fysisk beröring kunde svårigheter uppstå relaterat till genus. Omvårdnadspersonalen i studien av Harding et al. (2008) beskrev att både manliga och kvinnliga patienter vägrade ta emot vård, som inkluderade fysisk beröring, eftersom omvårdnadspersonalen var manlig. Detta berodde inte på kompetensen hos sjuksköterskan utan på könsfördomar. I artikeln av O'Lynn och Krautscheid (2011) beskrev de flesta av de kvinnliga patienterna, som aldrig hade blivit intimt berörda inom vården, att de föredrog kvinnliga sjuksköterskor medan unga manliga patienter var splittrade i frågan. Någon föredrog en sjuksköterska av samma kön medan en annan tyckte det gick bra så länge omvårdnaden inte blev intim. Flera unga manliga patienter menade också att de skulle känna sig obekväma i en situation där en öppet homosexuell manlig sjuksköterska fysisk skulle vårda dem. För övrigt tyckte andra patienter, manliga och kvinnliga, att sjuksköterskans kön inte spelade någon roll så länge de visade respekt, professionalitet och kompetens. Författarna anser att detta tyder på att vissa patienter hade könsfördomar medan andra respekterade de manliga sjuksköterskorna. När patienterna vägrar vård p.g.a. sjuksköterskans kön blir inte sjuksköterskan respekterad i sin profession som sjuksköterska. Vidare anser författarna att det som beskrivs visar på hur viktigt det är att anpassa sig efter patienten så att dennes integritet inte kränks och att faktorerna ålder och kön, som de manliga sjuksköterskorna i studierna av Evans (2002) samt Keogh och Gleeson (2006) beaktade, spelar in.

Det fanns en rädsla för att den fysiska beröringen skulle missförstås. I studien av Harding et al. (2008) framkom att vid manlig omvårdnadspersonals fysiska beröring av män kunde misstankar om homosexualitet uppstå. Enligt Ekstrand (2006) kan det bli problem när den manliga sjuksköterskan fysiskt berör patienten. Att manliga sjuksköterskors fysiska beröring kan uppfattas som sexuellt opassande och missförstås är något som har visat sig i studierna av Evans (2002), Harding et al. (2008), Gleeson och Higgins (2009) samt Keogh och Gleeson (2006). I studien av Evans (2002) gällde detta både manliga och kvinnliga patienter som den manliga sjuksköterskan vårdar. Detta gör den manliga sjuksköterskan sårbar vilket är en känsla som beskrivits i studierna av Harding et al. (2008) och Evans (2002) då vården kan missförstås. Författarna har insett att det kan vara svårt att vara manlig sjuksköterska eftersom de ständigt verkar behöva ha i åtanke att deras fysiska beröring kan missuppfattas. Detta skulle kunna bero på det som Ekstrand (2006) beskriver om att det är nästintill tabubelagt med den fysiska omvårdnaden för manliga sjuksköterskor och som Strömberg (2006) beskriver att det inte är traditionellt manligt att vårda.

5.3 Slutsats

Fysisk beröring kan ge både positiva och negativa upplevelser. Patienter och omvårdnadspersonal kan uppleva den fysiska beröringen olika vilket är viktigt att ta hänsyn till som omvårdnadspersonal. Att den fysiska beröringen ges med tillåtelse från patienten och med respekt från omvårdnadspersonalens sida har identifierats som betydelsefullt. Patienten upplever välbefinnande när omvårdnadspersonalen är varsam och omsorgsfull men upplever obehag när omvårdnadspersonalen är stressad och hårdhänt. Gränsen för fysisk beröring hos patienterna och deras personliga utrymme bör upprätthållas. Detta kan omvårdnadspersonalen göra genom att bedöma patienternas signaler för att tolka dennes bekvämlighet med den fysiska beröringen. Fysisk beröring bör utföras med tillåtelse från patienten, att fråga patienten om lov och kommunicera med patienten innan fysisk beröring identifierades som viktigt. Att kommunikationen stärktes, främst genom icke-instrumentell beröring, har också identifierats. Fysisk beröring kan också vara ett sätt att trösta och uttrycka närhet till patienten på, dock bör omvårdnadspersonalen vara professionella och inte privata. Genusrelaterade svårigheter har identifierats vid fysisk beröring, genus påverkade när omvårdnadspersonal gav fysisk beröring. Känslan sårbarhet upplevdes av den manliga omvårdnadspersonalen då deras fysiska beröring kan missförstås och uppfattas som sexuellt opassande.

5.4 Implikationer för förbättringsarbete och förslag på fortsatt forskning

Denna litteraturstudie kan bidra till att omvårdnadspersonal i omvårdnadssituationerna bär med sig att de ska reflekterar över hur, när och varför de berör patienterna samt att de gör det med tillåtelse från patienten. Den kvinnliga omvårdnadspersonalen kan få insikt i den manliga omvårdnadspersonalens situation och sårbarhet för att på så sätt kunna stötta dem i deras arbete. Manlig omvårdnadspersonal kan få hjälp med att reflektera över hur de ska hantera deras sårbarhet i omvårdnadssituationer och hur de kan gå tillväga för att minska denna sårbarhet.

Författarna till litteraturstudien eftersöker forskning på patienters upplevelser av fysisk beröring inom vården och omvårdnaden eftersom det föreligger brist på studier i ämnet. Det är viktigt att omvårdnadspersonal får kunskap om hur patienten vill bli fysiskt berörd för att de inte ska kränkas. Manlig omvårdnadspersonals upplevelser av att fysiskt beröra patienter har undersökts i flertalet studier men författarna saknar beskrivna upplevelser ur kvinnlig omvårdnadspersonals perspektiv av att fysisk beröra patienter, speciellt då manliga patienter. Det nämns att kultur kan påverka den fysiska beröringen men studier som beskriver detta har inte hittats och kan därför vara ett förslag på fortsatt forskning, både ur patient- och sjuksköterskeperspektiv.

6 Referenser

Ardeby, S. (2005). *Arbeta med beröring för friskvård och omvårdnad: Inspiration och kunskap för dig som medvetet vill använda beröring i omsorg*. Stockholm: Ambosantus.

Benner, P. (1993) *Från novis till expert: Mästerskap och talang i* omvårdnadsarbetet. Lund: Studentlitteratur.

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

Borch, E. & Hillervik, C. (2005). Experiences of physical touch in nursing care as narrated by patients. *Vård i Norden, 25*(4), 4-9. Hämtad från databasen CINAHL.

Cronqvist, A., Theorell, T., Burns, T. & Lützen, K. (2004). Caring about – caring for: Moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing. *Nursing Ethics, 11*(1), 63-76. doi:10.1191/0969733004ne667oa

Davidhizar, R. & Giger, J. N. (1997). When touch is not the best approach. *Journal of Clinical Nursing, 6*(3), 203-206. Hämtad från databasen CINAHL.

Ekstrand, P. (2006). Att vara eller arbeta som manlig sjuksköterska? I H. Strömberg & H. Eriksson (Red.), *Genusperspektiv på vård och omvårdnad* (s. 95-112). Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (2002). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber AB.

Evans, J. A. (2002). Cautious caregivers: Gender stereotypes and the sexualization of men nurses' touch. *Journal of Advanced Nursing, 40*(4), 441-448. Hämtad från databasen CINAHL.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Gleeson, M. & Higgins, A. (2009). Touch in mental health nursing: An exploratory study of nurses views and perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16*(4), 382-389. Hämtad från databasen PubMed.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today 24*(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Harding, T., North, N. & Perkins, R. (2008). Sexualizing men´s touch: Male nurses and the use of intimate touch in clinical practice. *Research and Theory for Nursing Practice:, An International Journal, 22*(2), 88-102. doi:10.1891/0889-7182.22.2.88

Holm, U. (2001). *Empati: Att förstå andra människors känslor* (2. uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.

Jensen, T. L. (2001). Use of touch in nursing related to elderly in nursing homes. *Norsk*

Tidskrift For Sykepleieforskning, 3(3), 131-143. Hämtad från databasen CINAHL.

Keogh, B. & Gleeson, M. (2006). Caring for female patients: The experiences of male nurses. *British Journal of Nursing, 15*(21), 1172-1175. Hämtad från databasen CINAHL.

Mattsson, M. (2000). Från övergrepp till begrepp: Om beröring vid sexuell traumatisering. *Nordisk Fysioterapi, 4*(3), 115-121. Hämtad från databasen AMED.

O'Brien, J.-A. & Fothergill-Bourbonnais, F. (2004). The experience of trauma and resuscitation in the emergency department: Themes from seven patients. *Journal of Emergency Nursing, 30*(3), 216-224. Hämtad från databasen PubMed.

O'Lynn, C. & Krautscheid, L. (2011). "How should I touch you?": A qualitative study of attitudes on intimate touch in nursing care. *American Journal of Nursing, 111*(3), 24-33. Hämtad från databasen CINAHL.

Picco, E., Santoro, R. & Garrino, L. (2010). Dealing with the patients body in nursing: Nurses ambiguous experience in clinical practice. *Nursing Inquiry, 17*(1), 39-46. Hämtad från databasen CINAHL.

Roxendal, G. & Wahlberg, C. (1992). *Vårdandets vardag: Händer i möte*. Lund: Studentlitteratur.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 26 februari, 2012, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763

Strömberg, H. (2006). Genus och teknik i sjukvården. I H. Strömberg & H. Eriksson (Red.), *Genusperspektiv på vård och omvårdnad* (s. 57-94). Lund: Studentlitteratur.

Sundin, K. & Jansson, L. (2003). Understanding and being understood as a creative caring phenomenon: In care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical Nursing, 12*(1), 107-116. Hämtad från databasen CINAHL.

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Thorsén, H. (2008). *Människosyn och etik*. Stockholm: Remus förlag.

Uvnäs Moberg, K. (2000). *Lugn och beröring: Oxytocinets läkande verkan i kroppen*. Stockholm: Natur och kultur i samarbete med Axelsons gymnastiska institut.

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

Williams, A. (2001). A study of practising nurses perceptions and experiences of intimacy within the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing, 35*(2), 188-196. Hämtad från databasen CINAHL.

Örebro Universitetsbibliotek. (2011). *Databaser vid Örebro universitetsbibliotek: Amed*.

Hämtad 21 maj, 2011, från Örebro Universitetsbibliotek,
http://bibl4.oru.se/dod3/result.html?sterm=amed

Bilagor

Bilaga 1. Sökmatris

Datum	Databas	Avgränsning	Sökord	Totalt antal träffar	Urval 1	Urval 2	Urval 3
12-01-26	CINAHL	2000-2012, peer reviewed	Touch* AND experience* AND nursing care NOT child*	97	9	6	6
12-01-26	AMED	2000-2012, abstract avaliable	Touch* AND experience* AND nursing care NOT child*	15	0	0	0
12-01-26	PubMed	2000-2012, engelska, svenska och norska items with abstract	Touch* AND experience* AND nursing care NOT child*	138	10 (varav 8 hittats i flera sökningar)	2	2
12-01-26	PsycINFO	2000-2012, Peer reviewed, engelska, svenska och norska	Touch* AND experience* AND nursing NOT child*	46	4 (varav 4 hittats i flera sökningar)	0	0
12-01-30	CINAHL	2000-2012, Peer reviewed	Nurse-Patient Relations AND touch* AND experience* NOT child*	52	9 (varav 7 hittats i flera sökningar)	2	2
12-01-30	AMED	2000-2012, abstract avaliable	Nurse-Patient Relations AND touch* AND experience* NOT child*	1	0	0	0
12-01-30	AMED	2000-2012, abstract avaliable	Professional-Patient Relations AND touch* AND experience* NOT child*	6	0	0	0
12-01-30	PsycINFO	2000-2012, peer reviewed	Nurse-Patient interaction AND touch* AND experience* NOT child*	0	0	0	0
12-01-30	PubMed	2000-2012, abstract	nurse-patient relations AND touch	32	6 (varav 6 hittats i	0	0

		avaliable	AND experience NOT child		flera sökningar)		
				387	38(13)	10	10

Bilaga 2. Artikelmatris

Artikelmatris

Författare, artikelns titel, tidskrift, land	**Syfte**	**Design**	**Värdering**	**Resultat**
Borch, E. & Hillervik, C. (2005). Experiences of physical touch in nursing care as narrated by patients. *Vård i Norden, 25*(4), 4-9. Hämtad från databasen CINAHL. **Land:** Sverige	Syftet med studien var att belysa hur patienter beskriver sina upplevelser av personalens kroppsliga beröring i den dagliga omvårdnaden.	**Metod och design:** Kvalitativ fenomenologisk-hermeneutisk metod med explorativ design. **Population:** Inklusionskriterier: vårdtid på minst fem dagar, behov av omvårdnad i dagliga livet, mentalt klara, finnas inom landstingskommunala institutionen. Exklusionskriterier: känd neurologisk sjukdom med känselnedsättning. **Urvalsförfarande:** Förteckning från enhets/avdelningschef erhölls över patienter som uppfyllde kriterierna, författaren kontaktade patienterna vid två tillfällen. Första tillfället: tillfrågan om deltagande och skriftlig information delades ut. Vid andra tillfället inhämtades skriftligt samtycke och tid för intervju bestämdes. **Urval:** 12 patienter tillfrågades, tre avböjde och en patient angav att hon inte längre var i behov av omvårdnad i sitt dagliga liv och exkluderades. **Studiegrupp:** Tre kvinnor och fem män, 62-82 år (medelålder 76), varierande behov av omvårdnad (hjälp med enstaka moment till hjälp med allt). **Datainsamligsmetod:** Ingångsfråga: ”Hur har du upplevt att personalen tar i/berör dig i samband med att du får hjälp med den dagliga omvårdnaden?”. Intervjuguide: stöd för att täcka in studiens syfte. Följdfrågor: T.ex. ”Kan du utveckla”, ”berätta mer”. Efter samtycke från deltagarna spelades intervjuerna in på band (30-60 min.).	**Styrkor:** Att patienter som dagligen berörs deltar, författarna anger sin förförståelse och citat som återger studiedeltagarnas ord presenteras regelbundet. Författarna presenterar att deras resultat överensstämmer med resultat från liknande studier. **Svagheter:** Inga svagheter hittades. **Kvalitetsvärdering**: Hög	**Patienterna beskrev att beröringen förmedlade något positivt:** Välbefinnande upplevdes genom att beröringen ledde till något och beröringen i sig. Det upplevdes när patienterna kände avslappning, glädje, lättnad. Trygghet upplevdes när patienterna inför personalen kände tillit och pålitlighet och personalen visade empati, hänsyn och omsorg gentemot patienterna. Det upplevdes också när personalen var tillgänglig, hade allmän kompetens och hade kompetens om de individuella behoven patienten hade. Att vara sedd som en individ upplevdes när patienterna kände sig betraktade som hela människor och inte som sjuka kroppsdelar samt när de fick vara delaktiga. **Patienterna beskrev att beröringen förmedlade något mindre positivt:** Obehag upplevdes när patienten var spänd och orolig för att beröringen skulle leda till skada. Oro och smärta upplevdes då personalen var hårdhänt, hade bråttom och var stressad. Beroende upplevdes om beröringen var nödvändig och patientens tvingades ta emot den. Att inte vara sedd som en individ upplevdes om patienten blev sedd som ett ting, ett objekt eller inte kände delaktighet i det som skedde. **Patienterna beskrev att beröringen inte förmedlade någo**t: Beröringen beskrevs på ett neutralt sätt som inte beskrev

		Analysmetod: Fenomenologisk-hermeneutisk. Naiv läsning, strukturanalys och tolkning av helheten.		något om hur beröringen kändes. Patienterna förnekar beröringsupplevelsen. De hade aldrig tänkt på beröringen och upplevelsen av den hade ingen betydelse.

Artikelmatris

Författare, artikelns titel, tidskrift, land	**Syfte**	**Design**	**Värdering**	**Resultat**
Evans, J. A. (2002). Cautious caregivers: Gender stereotypes and the sexualization of men nurses' touch. *Journal of Advanced Nursing*, *40*(4), 441-448. Hämtad från databasen CINAHL. **Land:** Kanada	Det övergripande syftet med denna undersökning var att undersöka manliga sjuksköterskors upplevelse och genusrelaterade och könsbestämda relationer som strukturerar olika upplevelser för kvinnor och män i samma yrke.	**Metod och design:** Kvalitativ metod med explorativ design. **Population:** Inklusionskriterie var manliga sjuksköterskor. Inga exklusionskriterier var beskrivna. **Urvalsförfarande:** X antal män valdes genom bekvämlighetsurval och intervjuades i ett tidigt skede för att andra deltagare skulle hittas som var intresserade av att delta i studien. **Urval:** Inget bortfall. **Studiegrupp:** Åtta manliga sjuksköterskor som arbetade i Nova Scotia, Canada, och var i åldern mellan sena 20-årsåldern och mellersta 50-årsåldern som hade arbetat 7-32 år. De arbetade som sjuksköterskor inom de olika områdena "community health nursing, mental health nursing, medical-surgical and general duty nursing". Tre hade en ledarroll och två hade en kandidatexamen. Sex var gifta, två hade partner och en var öppet homosexuell. **Datainsamligsmetod:** Två ronder av semistrukturerade intervjuer. Data från första intervjun analyserades för att få fram teman vilka undersöktes djupare i den andra intervjun. **Analysmetod:** Tematisk analys underättad av feministisk teori och maskulin teori.	**Styrkor:** Att deltagarna hade arbetat 7-32 år innebär att de har erfarenhet av ämnet och eftersom de arbetade inom olika områden blir inte resultatet kopplat till ett område. Citat används regelbundet som återger studiedeltagarnas ord. **Svagheter:** Dåligt beskrivet urvalsförfarande. Analysen dåligt beskriven. **Kvalitetsvärdering**: Medel	**Bekräftelse på vårdande:** Manliga sjuksköterskor använder vanligen beröring mindre än deras kvinnliga kollegor **Den problematiska naturen av manliga sjuksköterskors beröring:** Oavsett syftet är det potentiellt farligt att beröra kvinnliga patienter för manliga sjuksköterskor. Deltagarna var oroliga över att kvinnliga patienter kan vara obekväma och/eller misstolka deras beröring vilket kan leda till anklagelser om olämpligt beteende. Deltagarnas känsla av att vara utsatta när vård ges förvärras av uppfattningen att manliga sjuksköterskor är oförmögna att försvara sig mot patienternas anklagelser om olämpligt beteende **Bedöma när det är säkert att beröra:** Noggrann bedömning av varje patients situation görs innan beröring. Vid manliga patienter var beslut om beröring styrt av en norm och om den inte följs skulle det äventyra patientens välbefinnande och acceptans för dem som sjuksköterskor. Mannens ålder påverkade också. Deltagarna var mer bekväma med äldre män som var mer mottagliga för uttryck för medkänsla och mindre bekväma med yngre som de uppfattade var mer upptagna med möjligheten att en man som sjuksköterska kan vara homosexuell. Deltagarna kommenterade att trots att det är acceptabelt för kvinnliga sjuksköterskor att röra manliga och kvinnliga patienter så var det inte lika acceptabelt för manliga sjuksköterskor att göra detsamma. **Strategier för att skydda sig från anklagelser:** Bygga förtroende innan beröring, särskilt med kvinnliga patienter. Att upprätthålla formalitet. Att arbeta tillsammans med kvinnliga sjuksköterskor vid osäkra situationer. Delegera uppgifter som kräver intim beröring av kvinnor. Ändra proceduren på tekniker för att minimera exponering av patienten.

Artikelmatris

Författare, artikelns titel, tidskrift, land	**Syfte**	**Design**	**Värdering**	**Resultat**
Gleeson, M. & Higgins, A. (2009). Touch in mental health nursing: An exploratory study of nurses views and perceptions. *Jornal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16*(4), 382-389. Hämtad från databasen PubMed. **Land:** Irland.	Syftet med denna studie var att undersöka psykiatrisjuksköterskors perspektiv av fysisk beröring med människor som upplever psykiska hälsoproblem.	**Metod och design:** Kvalitativ metod med deskriptiv och explorativ design. **Population:** Inklusionskriterie var psykiatrisjuksköterskor. Inga exklusionskriterier var beskrivna. **Urvalsförfarande:** Skriftlig information skickades ut till 47 psykiatrisjuksköterskor med förfrågan om deltagande i studien. 18 svarade att de var intresserade och genom randomiserar urval valdes 11 sjuksköterskor ut. **Urval:** En av de 11 valdes ut för en pilotintervju för att forskarna skulle försäkra sig om att de hade rätt intervjuformat. Dessa svar kom inte med i studien och personen exkluderades. Kvar blev 10 personer. **Studiegrupp:** 10 registrerade psykiatrisjuksköterskor, sex män och fyra kvinnor. De hade 10-20 års erfarenhet av psykvården. Bland deltagarna fanns både psykiatrisjuksköterskor med chefspositioner och psykiatrisjuksköterskor som arbetade kliniskt som arbetade både dagtid och nattetid. **Datainsamligsmetod:** Semistrukturerade intervjuer som var bandinspelade samt intervjuguide. Bandinspelningarna skrevs ned i text. **Analysmetod:** Burnard's 14 stegs analysmetod som innebär att läsa, läsa om igen, koda, göra om koder till teman	**Styrkor:** Lång erfarenhet hos alla studiedeltagarna, citat används regelbundet. Pilotintervjun gjorde att utformningen på intervjun blev optimal samt att forskaren fick känna sig bekväm med frågorna. Både manliga och kvinnliga deltagare. **Svagheter:** Inga svagheter hittades. **Kvalitetsvärdering**: Hög	**Det är ett väldigt mäktigt verktyg:** Beröring användes för att tillgodose patienternas grundläggande behov. Dock är den instrumentala beröringen inte ett lika kraftigt verktyg som den uttrycksfulla beröringen. **Värna om patientens personliga sfär:** Sjuksköterskorna var mer försiktiga med fysisk beröring med patienter som upplevde psykos, mot patienter med olika kulturer. Sjuksköterskorna bedömde även de verbala och icke-verbala signalerna. **Den verbala delen är bara en bråkdel: använda beröring i praktiken:** Sjuksköterskorna använde beröring för att ansluta sig till patienterna på en emotionell nivå samt förstärka den verbala kommunikationen, speciellt för att uppmuntra och trösta. **Gör att jag känner mig obekväm: att vara försiktig:** Oro och rädsla att röra kvinnliga patienter, beröringen kan misstolkas som en sexuell olämplighet.

Artikelmatris

Författare, artikelns titel, tidskrift, land	**Syfte**	**Design**	**Värdering**	**Resultat**
Harding, T., North, N. & Perkins, R. (2008). Sexualizing men´s touch: Male nurses and the use of intimate touch in clinical practice. *Research and Theory for Nursing Practice, An International Journal, 22*(2), 88-102. doi:10.1891/0889-7182.22.2.88 **Land:** Nya Zeeland	Studien undersöker manliga sjuksköterskors upplevelser av att ge fysisk intim omvårdnad inom en diskussion som har sexualiserat mäns beröring.	**Metod och design:** Kvalitativ metod med explorativ design. **Population:** Inklusionskriterier var att deltagarna skulle vara män och ha/haft anställning som sjuksköterskor på Nya Zeeland och ha mottagit eller vara på väg att få sjuksköterskelegitimation. Inga exklusionskriterier var beskrivna. **Urvalsförfarande:** Strategiskt urval och snöbollsurval. Flera valdes p.g.a. sin kunskap. Samtal med sjuksköterskekollegor och deltagare ledde till inklusion av andra deltagare. **Urval:** Forskarna begränsade sig till 18 deltagare eftersom analysen grundligt skulle kunna genomföras på utsatt tid. **Studiegrupp:** 18 manliga deltagare som alla, utom en, hade tagit eller var på väg att ta sin sjuksköterskelegitimation i New Zeeland. Totalt fyra stycken var inskrivna på olika universitetsprogram, två gick kandidatprogram i omvårdnadsvetenskap och två gick mastersprogram i omvårdnadsvetenskap. Deltagarnas specialitet eller arbetsområden inkluderade vårdavdelningar, utbildning, administration, barnmorskor, psykiatri och armén. Deltagarna sträckte sig mellan de som nyligen gått klart sin sjuksköterskeutbildning till dem som skulle gå i pension efter 40 års arbete. **Datainsamligsmetod:** Djupgående semistrukturerade intervjuer. Resulterade i 278 sidor data. **Analysmetod:** Diskuterande analys. Intervjuerna lästes, omlästes, tematiska noteringar gjordes, koder identifierades, teman gjordes.	**Styrkor:** Citat används regelbundet som återger studiedeltagarnas ord, antalet deltagare är stort och sträcker sig inom ett brett område gällande deltagare och specialiteter. Resultatet kan ge förståelse för manliga sjuksköterskor upplevelser enligt studiens författare. **Svagheter:** Det är en deltagare vars profession inte beskrivs. **Kvalitetsvärdering**: Hög	**Sexualisering av mäns beröring och sjukvårdens inflytande på den diskussionen.** Både manliga och kvinnliga patienter vägrade vård från de manliga sjuksköterskorna. Deltagarna accepterade det som patientens rättighet och förnekade att avvisanden besvärades dem. Flera medgav dock att avslaget berodde på könsfördomar snarare än på deras professionella kompetens. **Utsatthet och stress vid användning av beröring som del i kroppsarbete:** Män kan bli anklagade för sexuellt tjänstefel då intim beröring av patienter kan missförstås. Associerad känsla var sårbarhet. Detta berodde på att sjuksköterska och patient ofta är ensamma vilket försvårar försvar. Patientens kön spelar ingen roll. Vård av kvinnor leder till risk för anklagelser om heterosexuella tjänstefel och vård av män leder till risken att bli misstänkt för homosexualitet. **Hålla sig säker:** Kommunikation är den viktigaste delen av en strategi. Att presentera sig, be om tillåtelse och förklara var mest gemensamma bland deltagarna. Andra strategier var att be en kvinnlig/en annan kollega överta vården och ha ett förkläde. Att inte ta för givet att de hade rätt att vara där med alla patienter framträdde också vilket de tyckte kvinnliga sjuksköterskor tog för givet.

Artikelmatris

Författare, artikelns titel, tidskrift, land	Syfte	Design	Värdering	Resultat
Jensen, T. L. (2001). Use of touch in nursing related to elderly in nursing homes. *Norsk Tidskrift For Sykepleieforskning*, *3*(3), 131-143. Hämtad från databasen CINAHL. **Land:** Norge	Syftet med denna studie var att fånga upp sjuksköterskors erfarenheter av beröring av äldre på sjukhem.	**Metod och design:** Kvalitativ fenomenologisk-hermeneutisk metod med explorativ design. **Population:** Inklusionskriterier och exklusionskriterier finns inte beskrivna. **Urvalsförfarande:** Författaren skickade ut informationsbrev till valt sjukhem och före intervjuerna inhämtades samtycke från deltagande sjuksköterskor. **Urval:** Inget bortfall beskrivet. **Studiegrupp:** Fyra sjuksköterskor deltog som utgjorde sjuksköterskestaben vid två avdelningar vid valt sjukhem. Två deltagare hade mer än 10 års erfarenhet inom geriatrik och de andra två hade ca tre års erfarenhet inom geriatrik. **Datainsamligsmetod:** Semistrukturerade intervjuer som hade ett fast innehåll som återspeglade tema och problemformulering där intervjuerna bandinspelades och skrevs ner. Intervjuerna varade 40-80 minuter (i genomsnitt 50 min.). **Analysmetod:** Fenomenologisk-hermeneutisk. Söker efter berättelsens centrala betydelse. De kategoriserar, finner kärnan och beskriver och definierar fenomen.	**Styrkor:** Citat beskrivs regelbundet, två deltagare hade lång erfarenhet. **Svagheter:** Deltagare är dåligt beskrivna angående kön osv., inga inklusions- eller exklusionskriterier beskrivna och urvalsförfarandet är dåligt beskrivet. **Kvalitetsvärdering:** Medel.	**Instrumentell beröring:** Instrumentell beröring var något nödvändigt som följde med arbetet. Information innan beröringen var viktigt. **Icke-instrumentell beröring:** Icke-instrumentell beröring visade patienterna att sjuksköterskan var närvarande och används för att lugna och trösta patienterna. **Betydelse av beröring:** Alla sjuksköterskor menade att beröring har betydelse för att skapa kontakt med patienten. Det visade att man vill väl, är där för dem samt bryr sig om patienterna. **Främjande faktorer:** Faktorer var olika situationer, tillstånd hos patienten, hur väl sjuksköterskan kände patienterna. Beröring är ett sätt att kommunicera när orden inte räcker till. **Hindrande faktorer:** Dålig kännedom om patienterna, lite tillit, dålig hygien och tid.

Artikelmatris

Författare, artikelns titel, tidskrift, land	**Syfte**	**Design**	**Värdering**	**Resultat**
Keogh, B. & Gleeson, M (2006). Caring for female patients: The experiences of male nurses. *British Journal of Nursing, 15*(21), 1172-1175. Hämtad från databasen CINAHL. **Land:** Irland	Syftet med intervjuerna var att försöka beskriva de manliga sjuksköterskornas upplevelser av deras omvårdnadsåtgärder med kvinnliga patienter, med särskild hänsyn till åtgärder som involverar fysisk beröring.	**Metod och design:** Kvalitativ metod med deskriptiv design. **Population:** Inklusionskriterier var manliga sjuksköterskor. Inga exklusionskriterier var beskrivna. **Urvalsförfarande:** Strategiskt urval. **Urval:** Inget bortfall. **Studiegrupp:** Fem manliga allmänsjuksköterskor och sex manliga psykiatrisjuksköterskor. **Datainsamligsmetod:** Semistrukturerade intervjuer. **Analysmetod:** Burnard´s 14-stegs analysmetod användes. Kodning och kategorisering användes för att analysera data. Teman skapades från studierna och de vanligaste temana från båda studierna presenteras. Processen resulterade i tre teman.	**Styrkor:** Det är två olika grupper, allmänsjuksköterskor och psykiatrisjuksköterskor. Citat används regelbundet. 11 deltagare stärker resultatet. **Svagheter:** Beskriver inte studiegruppen alls mer än att de är män och antal, inget tydligt beskrivet fältarbete gällande datainsamling. **Kvalitetsvärdering**: Medel	**Rädsla för sexuell anklagelse vid vårdande av individer av motsatt kön:** Manliga sjuksköterskor känner oro/ångest vid vård av kvinnliga patienter, åtgärder som involverar beröring kan misstolkas och ses som sexuellt olämpliga. Allmänsjuksköterskor behövde använda beröring men psykiatrisjuksköterskorna använde det endast offentligt och vid behov. Samtliga skyddade sig genom att ha ett kvinnligt förkläde eller undvika intima åtgärder. En kvinnlig kollega kunde också ta över. **Faktorer som påverkar vid omvårdnadsåtgärder av det motsatta könet**: Patientens ålder, kön, hälsotillstånd samt hur väl sjuksköterskan kände patienten påverkade vid fysisk beröring. Psykiatrisjuksköterskorna ville veta vad som var intrång på patientens personliga utrymme vid fysisk beröring innan de utvecklade en behandlande relation. Psykiatrisjuksköterskorna var försiktiga med fysisk beröring om patienten hade psykotisk sjukdom eller personlighetsstörning. Allmänsjuksköterskorna menade att patientens medvetandegrad påverkade och de undvek intima åtgärder oberoende av ålder. Samtliga ansåg att patientens önskemål om specifikt kön som vårdare skall respekteras.

Artikelmatris

Bilaga 2
7(10)

Författare, Artikelns titel, tidskrift, land	**Syfte**	**Design**	**Värdering**	**Resultat**
O'Brien, J.-A. & Fothergill-Bourbonnais, F. (2004). The experience of trauma and resuscitation in the emergency department: Themes from seven patients. *Journal of Emergency Nursing*, *30*(3), 216-224. Hämtad från databasen PubMed. **Land:** Kanada	Syftet med denna studie var att bestämma (1) patienternas perspektiv av upplevelsen av traumaåterupplivning på akutmottagningen; (2) om patienter har perspektiv på sårbarhet under traumaåterupplivning på akutmottagningen; och (3) om det finns faktorer som influerar patienternas upplevelse.	**Metod och design:** Kvalitativ fenomenologisk metod med explorativ design. **Population:** Inklusionskriterier var över 18 år, traumaalarm på akutmottagningen, poäng över 13 på Glasgow Coma Scale, över 10 poäng på Revised Trauma Score och fysiskt och kognitivt kapabla att delta i en intervju på engelska. Inga exklusionskriterier var beskrivna. **Urvalsförfarande:** Konsekutivt urval. **Urval:** Inget bortfall vid första intervjun, vid andra intervjun, 7-12 månader efter den första, var det tre intervjuer som inte blev klara. **Studiegrupp:** Sju traumapatienter, fyra män och tre kvinnor. Åldern var 31-55 år. Modersmålspråket var för fem patienter engelska och för två franska. Fyra patienter hade råkat ut för en bilolycka och tre hade råkat ut för fall. **Datainsamligsmetod:** Bandinspelade semistrukturerade intervjuer 2-7 dagar efter trauma med sju patienter som började med den öppna frågan "tell me what happend to you before you came to the emergency room". En andra intervju gjordes 7-12 månader efter traumat med fyra patienter. **Analysmetod:** Fenomenologisk. Meningsbärande enheter formulerades från patienternas ord och grupperades in i kategorier som sedan bildade teman med subteman.	**Styrkor:** Studien beskriver patientens perspektiv, citat används regelbundet. **Svagheter:** Tre av de sju intervjuerna som genomfördes efter 7-12 månader blev aldrig klara. **Kvalitetsvärdering**: Medel	**Jag var rädd – inte veta:** Känsla av rädsla vid beröring när patienterna inte visste vad de skulle förvänta sig. **Beröring fick mig att känna mig bättre:** Beröring gjorde att patienterna kände sig säkra när beröringen förmedlade omsorg och trygghet. Beröring var en livlina.

Artikelmatris

Författare, Artikelns titel, tidskrift, land	Syfte	Design	Värdering	Resultat
Picco, E., Santoro, R. & Garrino, L. (2010). Dealing with the patients body in nursing: Nurses ambiguous experience in clinical practice. *Nursing Inquiry, 17*(1), 39-46. Hämtad från databasen CINAHL. **Land:** Italien	Målet med denna studie var att på en vårdavdelning undersöka en liten grupp sjuksköterskors upplevelser i deras dagliga relation med patienternas kroppar som de har hand om.	**Metod och design:** Kvalitativ fenomenologisk metod med explorativ design. **Population:** Inklusionskriterier var att deltagarna skulle ha en sjuksköterskelegitimation, arbeta på en allmän intern medicinvårdavdelning, neurologivårdavdelning eller geriatrisk vårdavdelning och patienterna som de normalt hade hand om skulle ha medel till högt hjälpbehov och ha en lång sjukhusvistelse för att de skulle få en relation till personalen. Inga exklusionskriterier var beskrivna. **Urvalsförfarande:** Deltagandet var frivilligt. **Urval:** Inget bortfall. **Studiegrupp:** 14 sjuksköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna och arbetade på två olika sjukhus i Turin. **Datainsamligsmetod:** Ostrukturerade intervjuer. Inga frågor ställdes under intervjun utan endast påståenden för att en diskussion skulle komma igång. Intervjuerna bandinspelades och skrevs sedan ner. **Analysmetod:** Fenomenologisk. Allt material lästes och lästes sedan igen för att meningsbärande enheter skulle hittas. Därefter gjordes kategorier och teman.	**Styrkor:** Stort antal deltagare är med i studien och citat används regelbundet. Intervjun genomfördes i tyst isolerat rum där deltagaren var ensam med intervjuaren och det blev mer en dialog än en intervju. **Svagheter:** Studiegruppen var inte detaljerat beskriven när det gäller ålder, kön etc. **Kvalitetsvärdering**: Medel	**Ta hand om kroppen:** Beröring har en central roll i omvårdnaden, hjälper till när det gäller att få patienten att känna sig viktig, samt att det kan hjälpa sjuksköterskan att lära sig mer om patienternas upplevelser. **Att röra patientens sjuka kropp:** Sjuksköterskorna identifierade två typer av kontakt, rutinmässig och tröstande/lugnande kontakt, vilket var ett mer naturligt sätt att röra patienten. **Svårigheter i att ta hans om kroppen:** Sjuksköterskorna identifierade vårdaktiviteter eller situationer som ger en känsla av emotionell eller fysisk oro hos dem.

Artikelmatris

Författare, artikelns titel, tidskrift, land	**Syfte**	**Design**	**Värdering**	**Resultat**
Sundin, K. & Jansson, L. (2003). Understanding and being understood as a creative caring phenomenon: In care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical Nursing, 12*(1), 107-116. Hämtad från databasen CINAHL. **Land:** Sverige	Syftet med studien var att belysa meningen av förståelse och att vara förstådd i vården av patienter med afasi efter stroke.	**Metod och design:** Kvalitativ fenomenologisk-hermeneutisk metod med explorativ design. **Population:** Inklusionskriterier: sjuksköterskor som jobbade på en strokerehabilitering avdelning. Patienter som deltog skulle ha afasi efter stroke. Inga exklusionskriterier beskrivs. **Urvalsförfarande:** Vårdpersonalen på avdelningen samlades och informerades om studien av förste författaren och frågades om deras villighet att delta. De ombads också att skriftligen rekommendera en eller två kollegor som de ansågs vara ”särskilt framgångsrika på att kommunicera” med patienter med afasi efter stroke. De fem som fått mest rekommendationer av sina kollegor valdes in i studien. Tre patienter som tillfrågades om deltagande direkt när de lades in på rehabiliteringsavdelningen, alla tre tackade ja. **Urval:** Inget bortfall beskrivs. **Studiegrupp:** Vårdpersonalen, två legitimerade sjuksköterskor och tre undersköterskor, i ålder mellan 27-64 hade arbetat med strokepatienter och afasi i 4-12 år. Patienterna var tre män som hade haft en stroke och fått afasi. Alla tre hade vänstersidig cerebrovaskulär stroke, två multipel och en singel. Patienterna kunde ibland svara ja eller nej dock blev det inte alltid rätt. De led också av varierande grad av apraxi och förlamning. Ålder 62, 79 och 80 år. **Datainsamligsmetod:** Studien framskred från andra till sjätte veckan efter afasin debut. Vårdpersonalen filmades av förste författaren, som stod i ett hörn, tillsammans med var och en av de tre patienterna under övre toalett i	**Styrkor:** Att vårdpersonalen fick se sitt eget utförande på video och reflekterade samt diskuterade utifrån detta, då de ser hur de berör patienterna. Resultaten kan enligt författarna överföras till liknande situationer där kommunikationen är svår. Citat finns. **Svagheter:** Enbart manliga patienter. **Kvalitetsvärdering**: Hög	Kommunikation mellan vårdpersonal och patient underlättades genom beröring vid omvårdnad under morgonen. När parterna rörde vid varandra skapades en förbindelse, patienten får genom beröringen en känsla av att inte vara övergiven utan vet att vårdpersonalen är ansluten. Närhet och känsla av samhörighet underlättas då. Närheten skapar förtroende hos patienten och denne får mod att försöka kommunicera och be om hjälp. Patientens behov av beröring beaktas vid beröringen och vårdpersonalen säger inte mycket utan kommunicerar med händerna genom beröring. Känslan av kontakt omfattar även vårdpersonalen och det fastställs att det är viktigt att respektera patienten. Beröring beskrevs vara en form av tyst dialog och utgjorde en kommunikationskanal mellan patient och vårdpersonal. Vårdpersonalen berör patienten med sina händer för att trösta, få patienten att känna glädje och för att underlätta kommunikationen. Beröring underlättar möjligheten till att förstå och förstås och till avslappning

		badrummet. Kameran fokuserades både på patient och vårdpersonal hela tiden. Deltagarna ombads utföra vården/bestyren som vanligt. Det blev totalt 15 videoinspelningar som varade 15-25 min var. Direkt efter videoinspelningarna gjordes en bandinspelad berättande och reflekterande intervju med vårdpersonalen. Vårdpersonalen ombads att berätta hennes upplevelse av den videoinspelade vårdsituationen och hennes syn på patientens upplevelse följt av uppklarande frågor. Vårdpersonalen och förste författaren kommenterade och reflekterade tillsammans över videon. De 15 intervjuerna som varade 50-70 min var skrevs ner i text. **Analysmetod:** Fenomenologisk-Hermeneutisk. Naiv läsning i syfte att få en känsla av helheten och sedan naiv förståelse för att få förslag inför nästa fas den strukturella analysen där textens meningsfulla delar eller mönster identifierades. I sista fasen görs en tolkning av texten som helhet där den naiva förståelsen och strukturella analysen tillsammans med författarens förförståelse kombinerades till en ny övergripande förståelse.		genom att känslorna lugn, komfort och trygghet framkallas. Beröring förmedlar också acceptans av patienten och bekräftar dennes värde. Vårdpersonalen tycker om att vara med patienten och berör denne när hon eller han själv anser att det är lämpligt efter inbjudan om kroppskontakt från patienten. Vårdpersonalens närvaro stärks genom beröring.

Artikelmatris

Bilaga 2
10(10)

Författare, Artikelns titel, tidskrift, land	**Syfte**	**Design**	**Värdering**	**Resultat**
Williams, A. (2001). A study of practising nurses perceptions and experiences of intimacy within the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, *35*(2), 188-196. Hämtad från databasen CINAHL. **Land:** Storbritannien.	Det övergripande syftet med denna studie är att undersöka utövande sjuksköterskors syn och erfarenheter av intimitet inom sjuksköterske-patientrelationen.	**Metod och design:** Kvalitativ metod med explorativ och deskriptiv design. **Population:** Inklusionskriterier var att sjuksköterskorna skulle vara legitimerade och arbetande samt gå en kurs inom institutionen för omvårdnadsvetenskap på ett stort universitet. Inga exklusionskriterier finns beskrivna. **Urvalsförfarande:** Deltagarna valdes efterhand de hittades. Forskaren arrangerade möten med de studerande sjuksköterskorna där syftet förklarades och deltagarna tillfrågades om deltagande. **Urval:** Forskaren fick endast tillbaka fem av tio dagböcker, **Studiegrupp:** Fyra män och sex kvinnor som var anställda på stora akuta vårdenheter som varit aktiva sjuksköterskor i 5-15 år. **Datainsamligsmetod:** Bandinspelade semistrukturerade intervjuer som varade i 30-45 min. var. Varje deltagare fick en dagbok och riktlinjer för vad forskaren ville skulle noteras. Intervjuerna skrevs ner i text. **Analysmetod:** Innehållsanalys användes som metod. Texten lästes flera gånger för att kodas och teman skulle hittas som gjordes till kategorier.	**Styrkor:** Jämnt mellan könen bland deltagarna. Regelbunden användning av citat. Både intervjuer och dagböcker. **Svagheter:** Forskaren fick endast tillbaka fem av de tio dagböckerna. Att studien endast fokuserade på ämnet intimitet enligt författaren. **Kvalitetsvärdering**: Hög	**Upptäcks/avslöjande:** Det framkom att beröring kunde leda till avslöjande av personlig information mellan sjuksköterska och patient. **Dela personliga upplevelser:** Det fanns tecken på att fysiskt närvarande och den faktiska kroppskontakten kunde leda till en känslomässig närhet. **Patientens beroende och sårbarhet:** Beröring beskrivs som tecken på empati samt omtanke. Beröring kan också reducera oro och främja trygghet. **Instrumentell beröring och intimitet:** Beröringen beskrivs som en svårighet inom omvårdnad som kan leda till att man som sjuksköterska gör inträde i patientens intima zon. Samt att patienterna troligen upplever beröringen annorlunda än sjuksköterskan.