

MJUK MASSAGE

En omvårdnadsåtgärd vid demenssjukdom

FÖRFATTARE	Ida Sandin Alexander Westberg
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad Vårterminen 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lars Engen
EXAMINATOR	Lars-Olof Persson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	MJUK MASSAGE En omvårdnadsåtgärd vid demenssjukdom
Titel (engelsk):	SOFT MASSAGE A nursing intervention for dementia
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp Examensarbete i omvårdnad
Kursbeteckning:	OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	53 sidor
Författare:	Ida Sandin Alexander Westberg
Handledare:	Lars Engen
Examinator:	Lars-Olof Person

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Allt fler personer drabbas av demens. Sjukdomen påverkar inte bara den drabbade, utan även anhöriga. Beteendemässig, kognitiv, kroppslig och psykiatrisk problematik framträder i sjukdomsbilden, något som resulterar i lägre livskvalitet och sämre hälsa. Mjuk massage som komplementär metod har visat sig effektiv och användningen inom vården har kommit att öka. Sjuksköterskan kan med hjälp av beröring förmedla omsorg, lugn, närhet och lindra uppkomna symtom. **Syfte:** Syftet med litteraturstudien var att närmare undersöka om mjuk massage kan användas som omvårdnadsåtgärd vid demenssjukdom. **Metod:** Litteraturstudie som bygger på 11 artiklar, både kvalitativa och kvantitativa, vilka har identifierats genom artikelsökning i databaserna PubMed, Cinahl, Scopus och PsychINFO. **Resultat:** Resultatet uppvisar utifrån samtliga 11 valda artiklar att olika metoder inom mjuk massage kan inverka på beteendemässiga demenssymtom hos demenssjuka. Mjuk massage kan användas som omvårdnadsåtgärd och komplement till andra vedertagna metoder för symtomlindring och ge välbefinnande, förbättrad sömn samt lindring av oro. **Slutsats:** Mjuk massage har visat sig ge flertalet gynnsamma effekter på den demenssjuka, varvid sjuksköterskan i sin profession bör överväga valet av mjuk massage som komplement till vedertagna medicinska och omvårdande åtgärder för den demenssjuka.

Nyckelord: Mjuk massage, demens och omvårdnad

Hela kroppen behövs
Ögon kan se och öron kan höra,
men händer vet bäst hur det känns att röra.
Huden vet bäst när någon är nära,
hela kroppen behövs för att lära.
Hjärnan kan tänka och kanske förstå,
men benen vet bäst hur det är att gå.
Ryggen vet bäst hur det är att bära,
hela kroppen behövs för att lära.
Om vi ska lära oss nåt om vår jord,
så räcker det inte bara med ord.
Vi måste få komma riktigt nära,
hela kroppen behövs för att lära.

Okänd lärare

ARBETA MED BERÖRING och bemötande (Ardeby, 2007, s. 24)

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	5
2. BAKGRUND	5
2.1 Komplementära metoder i omvårdnad	5
2.2 Lagar	6
2.3 Beröring	7
2.3.1 Portteorin	7
2.4 Hormoner	8
2.5 Massage	8
2.6 Demens	9
2.7 Forskningsöversikt	10
2.8 Teoretisk referensram	11
2.9 Problemformulering	11
3. SYFTE	12
4. METOD	12
4.1 Vald metod	12
4.2 Datainsamling	12
4.3 Analys	13
5. RESULTAT	14
5.1 Aggressivitet	14
5.2 Agitation	15
5.3 Övriga beteenden	16
5.4 Kommunikation	17
5.5 Sömn	17
5.6 Välbefinnande	18
5.6.1 Illabefinnande	19
5.7 Fysiologiska faktorer	19
5.7.1 Kromogranin A	19
5.7.2 Kortisol	19
5.7.3 Pulsfrekvens	19
5.8 Vårdpersonalens erfarenheter och iakttagelser	19
6. DISKUSSION	20
6.1 Metoddiskussion	20
6.2 Resultatdiskussion	23
6.2.1 Personcentrerad vård	26
6.3 Slutsats	27
7. REFERENSER	29
BILAGOR	
1. Ordlista	
2. Artikelsök	
3. Artikelgranskning	
4. Artikelöversikt	

1. INLEDNING

Enligt personliga erfarenheter präglas den svenska hälso- och sjukvården av en skepsis gentemot användningen och implementeringen av komplementärmedicin, trots en global trend där allt fler letar sig utanför den skolmedicinska behandlingens ram. För att kunna bemöta detta fenomen krävs ökad kunskap om och erfarenhet av vad komplementärmedicin innebär, vad det är och hur det används.

Intresset för mjuk massage som komplementär metod har växt fram under grundutbildningen till sjuksköterska. Begrepp såsom närhet och beröring har återkommit i flertalet moment, både vid lärotillfällen på universitetet och under omvårdnadssituationer i de verksamhetsförlagda delarna. Kursen integrativ vård i termin fem gav fördjupad kunskap om mjuk massage, då främst gällande beröringens effekt och inverkan på människan i olika åldrar och skeden i livet.

Under utbildningens verksamhetsförlagda delar har en nyfikenhet väckts kring sättet att kommunicera med demenssjuka, en utmanande och tidvis mycket problematisk uppgift. Med detta som bakgrund fattades beslutet att slå ihop mjuk massage och demens för att undersöka huruvida mjuk massage som komplementärmedicinsk metod och omvårdnadsåtgärd kan integreras i vården av demenssjuka och vara ett komplement till den idag rådande skolmedicinen.

2. BAKGRUND

2.1 Komplementära metoder i omvårdnad

Det är svårt att ge ett exakt svar på vad alternativ- och komplementärmedicin är, men vanligtvis är det något som utförs utanför skolmedicinen (SOU 2004:123). Carlson och Falkenberg (2007, s. 16) definierar komplementär medicin på följande vis:

"Komplementär medicin har en förklaring, diagnos och behandling som i stort sett är förenlig med skolmedicinen och kan användas som ett komplement till den vanliga sjukvården. Exempel är naturläkemedel eller taktill massage. Komplementära metoder erbjuds ibland som en del av hälso- och sjukvården".

Termen alternativmedicin har använts flitigast det senaste decenniet, även om "komplementär medicin" blivit allt vanligare. Innebörden av termerna är egentligen densamma, men "komplementär medicin" syftar i högre grad till att redogöra för i vilken kontext behandlingen utförs, nämligen i tillägg till etablerad hälso- och sjukvård, till skillnad från behandlingar som endast fungerar som ett alternativ till hälso- och sjukvården. Massage är en metod som anses som komplementär, men som ändå används av hälso- och sjukvårdspersonal. En alltmer använd term är "integrativ medicin", vilken precis som "komplementär medicin" ämnar återge ett närmande mellan skolmedicinen och verksamheten utanför densamma. Skillnaderna mellan olika alternativa och komplementära verksamheter är stora, varför lämpligheten i att betrakta dessa som en grupp kan ifrågasättas (SOU 2004:123).

Komplementära metoder kan användas i vården av äldre. En kombination av komplementära metoder och farmaka är fördelaktig, eftersom det kan resultera i lägre analgetikados, kortare behandlingstid och färre biverkningar, något som minskar människans lidande (Kragh, 2005).

2.2 Lagar

Hälso- och sjukvårdspersonal ska följa både socialtjänstlagen (2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Det finns även bestämmelser för de komplementärmedicinska metoderna inom hälso- och sjukvården. För legitimerad vårdpersonal finns det tre kriterier gällande användning av den komplementärmedicinska metoden i överensstämmelse med hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Det första kriteriet är att patientens egna initiativ ska ligga till grund för behandling, det andra syftar på en riskfri behandling och det tredje har sin grund i att etablerade metoder ska vara uttömda (Carlson & Falkenberg, 2007).

Målsättningen med hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) beskrivs i 2 §:

"Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården".

Äldre människor som grupp behandlas i socialtjänstlagen (2001:453) och lyder enligt 5 kap. 4 § "Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund)".

Personer med demenssjukdom har en funktionsnedsättning vilket hindrar dessa personer från att leva som de tidigare gjort. I socialtjänstlagens (2001:453) 5 kap. 7 § står skrivet: "Socialnämnden skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra".

En distinktion mellan alternativ- och skolmedicin har i Sverige funnits genom lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYSH) (SOU 2004:123). Denna ersattes första januari 2011 av patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). I patientsäkerhetslagen 6 kap. 1 § regleras hur personal inom hälso- och sjukvården ska arbeta:

"Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt".

Socialstyrelsen är den instans vars uppgift är att interpretiera lagrummet ovan, något som inte är helt enkelt. Önskvärt hade varit existensen av en lista över tillgängliga och tillåtna behandlingsmetoder för alla tillstånd i vården. Detta är på grund av föränderligheten i vetenskapen inte möjligt. Därför måste varje fall bedömas utifrån dess specifika förutsättningar. Det lämpligaste sättet för att bedöma en methods (såsom taktill massage) användbarhet är enligt Socialstyrelsen att i den aktuella verksamheten utföra en studie där tillämpbarheten prövas (Carlson & Falkenberg, 2007).

2.3 Beröring

Fysisk beröring är av stor betydelse för människan. Beröring kan öka välbefinnandet och förbättra självbilden. Det mest basala av människans sinnen är beröringssinnet, vilket visar på en viktig form av kommunikation från livets början till livets slut. Sjuksköterskan kan med hjälp av beröring förmedla omsorg, lugn och närhet (Jahren Kristoffersen & Breievne, 2005). Huden har stor betydelse för människans överlevnad, eftersom den har många viktiga funktioner. Huden är som en kontaktbrygga mellan omgivningen och individen. Huden är ett viktigt sinnesorgan eftersom det är via olika receptorer i huden som individen får information från omvärlden. Kroppen visar på en rad olika fysiologiska effekter då hudens receptorer påverkas av den massage som ges. Receptorerna som finns i huden ligger olika djupt. En av receptorernas tre huvudgrupper är mekanoreceptorer, taktila receptorer, vilka reagerar på vibration, beröring och tryck (Granath, 2006). Betydelsen av beröring är mångdimensionell. Beröring kan bland annat innebära förbindelse, kommunikation, anknytning och närhet. När huden blir berörd uppstår någon form av kommunikation (Wigforss Percy, 2006). Inom hälso- och sjukvården lyfts kommunikation fram allt oftare. För att mötet ska bli effektivt mellan vårdtagare och vårdgivare är ömsesidig förståelse av betydande vikt (Fossum, 2013). Människors hälsa påverkas av en rad olika faktorer och förbättrad kommunikation är en av dem. Behandling inom hälso- och sjukvården ska leda till minskad ohälsa eller till ökad livskvalitet hos patienten (Vinthagen, 2013).

Att främja ett fysiskt, känslomässigt, kroppsligt och själsligt välbefinnande är syftet med den taktila beröringen. För att terapeuten ska kunna utföra taktil beröring på bästa möjliga vis bör en holistisk människosyn finnas, där den som får beröring sätts i fokus. Det är av stor betydelse att som terapeut veta vilka personens tidigare erfarenheter av beröring är. Innan terapeuten ger behandling så måste personen som mottar behandling känna tillit och veta att terapeuten inte vill något illa med behandlingen. Beröring som behandlingsmetod innebär ett steg in i den andra personens privata svär, vilket terapeuten bör vara väl medveten om (Henricson & Billhult, 2010).

2.3.1 Portteorin

Det finns nervceller som blockerar smärta. Dessa aktiveras vid bland annat beröring, tryck och vibration. Effekten visar sig i att nervimpulsernas överföring till smärtbanan hindras. I det dagliga livet används denna mekanism till exempel när stortån är skadad och smärtområdet masseras. I nutid är denna mekanism väl omtalad. Om beröringen sker i det område varifrån smärtan utgår, kan smärtimpulserna hämmas (Lännergren, Westerblad, Ulfendahl & Lundeberg, 2012). Den så kallade portteorin ger en förklaring till den bakomliggande mekanismen på följande sätt: "Enligt denna teori aktiverar impulser i berörings-, tryck- och vibrationsfibrer hämmande nervceller (interneuron) i ryggmärgens bakhorn. Dessa celler hämmar i sin tur överföringen av nervimpulser från A-delta och C-fibrer till nästa nervcell i smärtbanan" (a a, s. 123).

Det finns underlag till beröringens fysiologiska effekt och inte bara den omsorgsfulla förmedlingen. Fast tryck på kroppen genom beröring påverkar impulsöverföringen i centrala nervsystemet, vilket kan förklara beröringens lindrande effekt (Jahren Kristoffersen & Breievne, 2005).

2.4 Hormoner

I början av 1900-talet upptäcktes oxytocin av den engelska forskaren Sir Henry Dale. Oxytocinfrisättning har genom forskning visat sig ge goda effekter vid olika somatiska, farmakologiska och psykologiska studier, som visat sig stimulera bland annat psykiskt välbefinnande och fysisk avslappning (Wigforss Percy, 2006). Även i fysiologiska studier har det framkommit att hormonet oxytocin frisätts genom taktil beröring (Asp & Ekstedt, 2009). Oxytocinfrisättningens effekter visar sig exempelvis genom välbefinnande, lugn och ro, samt sänkt puls och blodtryck. Det finns även en ångestdämpande effekt (Wigforss Percy, 2006; Uvnäs Moberg, 2007). Även stresshormonet kortisol tros påverka kroppens avslappning vid lätt massage och taktil beröring, genom en lägre kortisolnivå. Kortisol finns i binjurebarken och nivån förändras under dygnet. På morgonen är nivån av kortisol som högst och vid midnatt som lägst (Henricson & Billhult, 2010). Sammantaget finns studier som visar att beröring ger lägre kortisolnivåer samt frisättning av oxytocin. Dessa effekter hör troligtvis samman med beröringens aktivering av lugn och ro-systemet (Uvnäs Moberg, 2007).

2.5 Massage

Den mjuka massagen inbegriper ett flertal olika metoder och fungerar därför som ett samlingsbegrepp för exempelvis aromaterapimassage, taktil massage, taktil stimulering, effleurage, hudmassage och beröringsmassage (SBU, 2002). Ordet "mass" betyder på arabiska beröra, känna på och ta i sett utifrån forntidens Främre Orient. Det grekiska ordet "massein" betyder knåda och härstammar från antikens Grekland. Det svenska ordet "massage" har sitt ursprung i latinets "massa" eller grekiskans "massein". I Hippokrates (460 - ca 377 f.kr.), läkekonstens fader, skrifter finns de första exemplen på massage som medicinsk behandlingsmetod (Wigforss Percy, 2006).

Alla kulturer har under alla tider använt sig av massage. Massagens främsta syfte har varit att ge smärtlindring, en avstressande behandling och muskelavslappning. Pehr Henrik Ling utarbetade den klassiska svenska massagen under 1800-talets början. I västvärlden har den blivit den mest använda massagetekniken (SOU 2004:123). I Nationalencyklopedin definieras massage som strukturerad beröring som ges i ett bestämt syfte (Elmström, 2013). En mekanisk bearbetning av kroppens mjuka vävnader åstadkoms med hjälp av olika handgrepp. Utövningen av massage förekommer i många olika former och vilken metod som används beror på massagens syfte. Massagemetod väljs utefter egenskapen hos den kroppsvävnad som ska masseras, vilket kan handla om allt ifrån avancerad massageterapeutisk behandling till lätt beröring (SOU 2004:123).

Mjuk massage syftar till att antingen stimulera huden ytligt och mjukt eller manipulera dess djupare delar. Den mjuka massagen kan utföras på kroppens olika delar av anhöriga och vårdpersonal (SBU, 2002). Valet av massage som behandlingsmetod för funktionsstörning, sjukdom eller skada kan användas ensamt eller i kombination med andra åtgärder inom komplementärmedicinen (SOU 2004:123). För att lindra plågsamma symtom kan beröring användas som en behandling. Oro, illamående och smärtor är exempel på plågsamma symtom hos en person. Metoden taktil stimulering eller terapeutisk beröring kan användas för att lindra symtomen (Jahren Kristoffersen & Breievne, 2005).

Taktil massage, även kallat "Taktipro", är en form av beröring som syftar till att ge huden en mjuk omslutande beröring. Taktil stimulering är en annan form av taktil massage där huden berörs på ett medvetet och strukturerat sätt. För att metoden ska vara igenkännbar följer strykningarna ett bestämt mönster. Taktipro och taktil stimulering är för den icke erfarna mycket lika i tillvägagångssättet, vilket gör det svårt att skilja dem åt. Massagemetodernas gemensamma nämnare är att skapa välbefinnande för människan. Händerna är ett verktyg som utan tvekan ska användas på ett förnuftigt sätt (Wigforss Percy, 2006).

Patientens egna önsningar och behov styr den terapeutiska beröringen (Jahren Kristoffersen & Breievne, 2005). Utförandet av taktil massage koncentreras främst till hand, arm, nacke, skuldror, rygg, fötter och fingrar. Miljön vid taktil massage ska vara rogivande och lugn. Tidsåtgången varierar från drygt sex till 30 minuter (Socialstyrelsen, u.å.). Musik används många gånger i samband med terapeutisk beröring eftersom kroppen då har lättare för att koppla av och finna ro (Jahren Kristoffersen & Breievne, 2005).

2.6 Demens

Demens är ett kliniskt syndrom som karaktäriseras av "en övergripande försämring av mental funktionalitet i dess kognitiva, känslomässiga och beteendemässiga aspekter" (SBU, 2008a). Kognitiva symtom och besvär kan ha sin orsak i ordinärt åldrande eller i ett omfattande urval av neurologiska, internmedicinska eller psykiatriska orsaker (SBU, 2008b). För att kunna ställa en säker klinisk diagnos på en människa som drabbats av demens, följer ett visst antal kriterier. Symtom ska ha varit märkbara under minst sex månader samt orsakade av skador på hjärnan. Den genomsnittliga överlevnaden efter att diagnosen är ställd är ungefär fyra år (Skog, 2012). Demenssjukdom definieras enligt ICD 10:

"Demenssjukdom är en hjärnsjukdom av vanligtvis kronisk eller fortskridande art. De högre kortikala funktionerna, inkluderande minne, tänkande, orientering, förståelse, räkneförmåga, inlärningsförmåga, språk och omdöme är störda. Medvetandet är inte grumlat. Försämringen av kognitiva funktioner åtföljs ofta och föregås ibland av försämring av känslomässig kontroll, socialt beteende eller motivation. För diagnos skall symtomen ha funnits under åtminstone 6 månader" (Dehlin & Rundgren, 2007, s. 369).

Demens är en folksjukdom. De intellektuella funktioner som personen tidigare haft minskar successivt. I många fall påverkar minnesförsämringen den demenssjuke, vilket skapar en upplevelse av oro och otrygghet (Ragneskog, 2011). Demenssjukdomen påverkar även personens emotionella funktioner och personlighet. Personen får en stadigvarande nedsättning av sitt minne, vilket är ett syndrom vid demens (Marcusson, Blennow, Skoog & Wallin, 1997). Det är vanligt att dela in demenssjukdomarna i tre grupper: primärdegenerativa, vaskulära och sekundära demenssjukdomar (Larsson & Rundgren, 2010). Vanligt förekommande symtom för en demenssjuk är oro och agitation, som medför ett stort lidande (Edvardsson & Wijk, 2009). I Socialstyrelsen (2010) fastställs: "Ett viktigt mål för vården och omsorgen om den demenssjuke är att minska dennes illabefinnande och öka välbefinnandet, det vill säga livskvaliteten".

Andelen äldre med demenssjukdom har växt sedan 1980-talet, vilket beror på ett ökat antal äldre i populationen. I takt med stigande ålder ökar också riskerna att drabbas av demenssjukdom. Det finns skillnader vad gäller kön. Kvinnan är den som oftast drabbas (Socialstyrelsen, 2001). På grund av en förväntad livslängdsökning kommer antalet människor som insjuknar i demens att öka snabbt, både i I- och U-länder. Mer än 25 miljoner människor jorden runt led år 2000 av demenssjukdom. Den siffran beräknas till år 2030 ha stigit till 63 miljoner (SBU, 2008a). I Sverige drabbas årligen cirka 24 000 människor av demenssjukdom. Det är ovanligt att människor under 65 år drabbas av demens (Skog, 2012; SBU, 2008a). Sedan år 1987 har dödligheten i demens stigit påtagligt, något som delvis skulle kunna härledas till en större benägenhet hos läkarna att ange demens som orsak till död (Socialstyrelsen, 2011).

2.7 Forskningsöversikt

Förekomsten av komplementär medicin har analyserats på uppdrag av Världshälsoorganisationen, WHO, i 191 av deras medlemsstater. Den slutgiltiga kartläggningen tyder på en ökning i flera av medlemsstaterna och betydelsen ur ekonomisk synpunkt. Inom hälso- och sjukvården har den naturvetenskapliga medicinen, skolmedicinen, varit normen sedan början av 1900-talet. Fler människor vill idag använda sig både av skolmedicin och komplementära metoder på grund av att en ny syn på behandling växt fram. En motion lämnades in 2003 med önskan om att speciella resurser skulle fördelas till uppbyggnaden av alternativ- och komplementärmedicin (Carlson & Falkenberg, 2007).

Carlson och Falkenberg (2007, s. 38) skriver:

"Taktill massage är en metod som idag används av flera personalkategorier. Studier har visat att mjuk beröring har en avslappnande effekt genom att kroppens eget lugn och ro hormon (oxytocin) stimuleras vid beröringen".

I början av 1990-talet gav Socialstyrelsen specialistsjuksköterskan Siv Ardeby i uppdrag att genomföra ett forskningsprojekt. Projektet gick ut på att förtydliga begreppet beröring för att vidare kunna använda det i forskning. Ardeby har arbetat tillsammans med Touch Research Institute i Miami (Ardeby, 2007), där forskning kring begreppet beröring bedrivs. Institutet var det första i världen som kom att ägna sig åt enbart studier av beröring och dess tillämpning inom vetenskap och medicin (Touch Research Institute, u.å.).

Nittonhundra nittiosju kom rapporten Taktill massage (Socialstyrelsen, 1997). Syftet med rapporten var: "att genom införande av Taktill massage förbättra gravt dementa vårdtagares välbefinnande och personalens engagemang och lyhördhet för dessa patienter" (s. 3). Det framkom att personalen fick ökad kontakt med och bättre förståelse för vårdtagarna. Dessutom påvisades positiva effekter hos de boende som fick taktill massage. Det senaste utlåtandet om mjuk massage vid demens från SBU kom 2002 och har sedan dess inte uppdaterats. Då skrevs: "Det finns ringa* vetenskaplig dokumentation kring effekten av mjuk massage till demenssjuka patienter" ("*Detta är en värdering av den vetenskapliga dokumentationens kvalitet och bevisvärde för den aktuella frågeställningen. Bedömningen görs på en fyrgradig skala; (1) god, (2) viss, (3) ringa eller (4) ingen") (SBU, 2002, s. 1).

2.8 Teoretisk referensram

Teoretisk referensram är personcentrerad vård. Världen över är begreppet personcentrerad vård numera synonymt med god omvårdnad. Till en början uppkom begreppet i äldreården och i vården av funktionshindrade, därefter började det nå övriga vårdområden. Även inom den psykologiska disciplinen kom begreppet att användas på ett tidigt stadium, bland annat av psykologen Carl Rogers under 1960-talet (Svensk sjuksköterskeförening, 2010a).

Personcentrerad vård som begrepp och förhållningssätt kan sägas ha sin grund i olika fenomen inom vården under den senare hälften av 1900-talet. Dels uppkom en reaktion på att den tekniska utvecklingen gjort att fokus flyttats från patienten, dels väckte ekonomiska begränsningar intresset för olika synsätt och organisatoriska strukturer där patienternas beslut avgör hur resurser skall fördelas. Innebörden av begreppet i sig är omfattande och svår att förstå, även om uttrycket i sig används i stor skala (Socialstyrelsen, 2009b).

Kitwood beskrivs generellt som grundaren av personcentrerad demenssjukvård, vilken utvecklades som svar på ett biomedicinskt synsätt av demens. Enligt det biomedicinska synsättet nedgraderades personen med demens till bärare av en obotlig sjukdom och därmed ignorerades personens erfarenheter av välbefinnande, värdighet och glädje. Vård som enbart baseras på ett biomedicinskt perspektiv är olämplig. En fenomenologisk förståelse av personlig erfarenhet måste inkluderas i vården vid all slags demens (Edvardsson, Winblad & Sandman, 2008).

I en deklARATION från WHO (1978) fastslås att människan har rättighet och skyldighet att medverka, individuellt och gemensamt, i planeringen och genomförandet av sin sjukvård. Detta tankesätt speglas i dagens demensvård. I de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom anser Socialstyrelsen: "all vård, omvårdnad och omsorg för personer med demenssjukdom bör bygga på ett personcentrerat förhållningssätt och multiprofessionellt teambaserat arbete" (Socialstyrelsen, 2010, s. 8).

Forskning tyder på bättre vårdresultat då patienten är delaktig i planeringen och genomförandet av sin egen vård. Det finns tecken som påvisar att hälso- och sjukvårdslagen inte efterlevs vad gäller patientens rätt till att få information och att diskutera behandlingsalternativ. Dock har olika åtgärder vidtagits för att stärka patientens position: lagar har reviderats, nationell vårdgaranti och fritt vårdval har införts och i allt större skala tas patientupplevelser tillvara för utformningen av diverse verksamheter (Socialstyrelsen, 2009b).

2.9 Problemformulering

Personer som drabbas av demens hamnar i en helt ny livssituation där de inte längre kan leva det liv de tidigare levde, vilket inte bara påverkar personens egen identitet och autonomi utan även anhöriga. Beteendemässig, kognitiv, kroppslig och psykiatrisk problematik framträder i sjukdomsbilden vilket resulterar i lägre livskvalitet och sämre hälsa. Lindring av både synliga och dolda symtom kan inte bara reducera den medicinska behandlingen, utan även främja hälsa, välbefinnande och stärkt självbild. Som sjuksköterska är det relevant att uppmärksamma och förstå personens upplevelse av mjuk massage. För ett bättre omhändertagande bör sjuksköterskan ta hänsyn till personens individuella behov och känslor. Detta kan generera en

medvetenhet hos sjuksköterskan så att mjuk massage kan ges på ett patientsäkert sätt.

3. SYFTE

Syftet med litteraturstudien är att närmare undersöka effekten av mjuk massage som omvårdnadsåtgärd vid demenssjukdom.

4. METOD

4.1 Vald metod

Den vetenskapliga metod som valts för detta examensarbete är litteraturstudie. Litteraturstudier är lämpliga då problemområdet fokuserar på erfarenheter och människors upplevelser. Vården behöver evidensbaserad forskning som har sin grund i både kvalitativ och kvantitativ forskning (Dahlborg Lyckhage, 2012). Artiklar som inkluderats i studien har både varit kvalitativa och kvantitativa. En litteraturstudie kan utmynna i kunskap som inte tidigare visat sig vara ett ämne för forskning eller komma att påverka det praktiska arbetet inom vården (Segesten, 2012).

4.2 Datainsamling

Den inledande artikel- och litteratursökningen byggde på en framarbetad plan med utgångspunkt i arbetets problemformulering och angivna begränsningar (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Den inledande litteratursökningen gjordes för att skapa en överblick över forskningsområdet, där olika informationskällor undersökts, vilket ledde arbetet vidare till den egentliga litteratursökningen, under vilken den slutgiltiga litteraturen söktes fram. Tillvägagångssättet i litteratursökningen har planerats och dokumenterats från början av arbetet i syfte att få fram den litteratur som det slutliga arbetet ska grunda sig på (Östlundh, 2012).

Databaserna Cinahl, PsycINFO, PubMed och Scopus har använts. Valda artiklar har påträffats i flera av databaserna.

Sökningar gjordes inledningsvis i de olika databasernas ämnesordlista, för att hitta passande sökord. Relevanta sökord har använts i databasen för att sortera bort irrelevanta artiklar. Ämnesordlistan ger en definition på uppkomna sökord, vilket varit till stor hjälp i sökandet efter rätt orddefinition (Willman et al., 2011). Denna ämnesordlista gav endast ett fåtal sökord som senare använts i artikelsökningarna. Artikelsökningens redovisning återfinnes i en strukturerad mall (Bilaga 2).

Följande sökord har använts från ämnesordlistan: Dementia, Alzheimer disease, Touch, Massage, Therapeutic touch, Cognition Disorders och Aromatherapy. Andra sökord som använts har varit: Tactile Massage, Tactile, Effect, Dementia Senile, Agitation, Effleurage, Aromatherapy Massage, Care och Nurse. Ord som inte överensstämde med sökord från ämnesordlistan har istället framkommit i referenslistor genom manuell sökning samt idéer från sakkunniga personer. Med hjälp av dessa sökord har ett flertal relevanta artiklar hittats. I syfte att få fram den mest aktuella forskningen var den första begränsningen att inkludera artiklar som blivit publicerade de senaste fem åren. Detta resulterade i ett fåtal lämpliga artiklar. Begränsningen utökades till att istället inkludera artiklar från tio år tillbaka, vilket heller inte

resulterade i tillräckligt antal artiklar. Begränsningarna ändrades då gradvis år för år, varvid ett tillfredsställande sökresultat kunde uppnås då artiklar från 1999 och framåt inkluderades. Samtliga artikeltitlar har lästs igenom under sökningarna i de olika databaserna. Utefter relevansen i artikelns titel har abstrakten lästs igenom och därefter har artiklar valts ut för noggrann granskning och läsning. En manuell sökning har genomförts, som ett komplement till artikelsökningen (Willman et al., 2011). Inga artiklar utöver de som påträffades i den egentliga litteratursökningen återfanns i den manuella sökningen.

Granskning av den vetenskapliga kvalitén i artiklarna har gjorts med hjälp av ett konstruerat protokoll med tillhörande tregradig bedömningsskala: LÅG, MEDEL och HÖG (Bilaga 3). Utvalda artiklar har sammanställts i en artikelöversikt (Bilaga 4) (Willman et al., 2011). Följande inklusions- och exklusionskriterier har valts ut:

Inklusionskriterier:

Artikeln ska behandla personer med någon demenssjukdom
Artiklar publicerade mellan åren 1999-2013
Artiklarna ska vara vetenskapligt granskade
Artiklarna ska vara skrivna på engelska
Mjuk massage ska förekomma

Exklusionskriterier:

Barn <19 år
Litteraturöversikter och pilotstudier
Terapier som inte kan klassificeras som mjuk massage
Mjuk massage som inte är definierad
Artiklar som inte håller tillräcklig vetenskaplig standard
Artiklar som kostat pengar

4.3 Analys

Litteratursökningen genomfördes för att uppnå hög specificitet och hög sensitivitet i arbetet. Alla sökord som kan tänkas knyta an till problemformuleringen har undersökts samtidigt som sökord utan betydelse har exkluderats (Willman et al., 2011). Fokus har legat på utförandet och innehållet av mjuk massage vid demenssjukdom.

Efter den egentliga litteratursökningen har 31 vetenskapliga artiklar valts ut. Till att börja med gjordes en ostrukturerad läsning av artiklarna för att skapa en överskådlig förståelse av innehållet. Artiklarna har sedan lästs flera gånger, granskats och sorterats (Willman et al., 2011), varefter 11 stycken artiklar inkluderats. Artiklarna har sedan granskats var och en för sig för att undersöka om de svarar på studiens syfte. Artiklarnas resultat har översatts och samlats i ett gemensamt dokument för vidare analys. Resultatmaterialet har gått igenom på ett strukturerat sätt för att identifiera olika kategorier. Resultatgranskningen har resulterat i åtta huvudkategorier, vilka under analysprocessens gång även genererat fyra underkategorier.

5. RESULTAT

I artiklarna har det funnits olika benämningar av den demenssjuke patienten. Därför kommer huvudsakligen benämningen person att användas under resultatdelen, då det anses vara mest neutralt. Olika mätinstrument och statistiska test förklaras i bifogad ordlista. Genom analys av de 11 utvalda artiklarna har huvud- och underkategorier vuxit fram. Huvudkategorierna är: aggressivitet, agitation, övriga beteenden, kommunikation, sömn, välbefinnande, fysiologiska faktorer samt vårdpersonalens erfarenheter och iakttagelser. Underkategorierna är: illabefinnande, kromogranin A, kortisol och pulsfrekvens.

5.1 Aggressivitet

I en Japansk interventionsstudie tydliggjordes effekterna av taktil massage under sex veckor. Detta rörande förändringar i fysisk och mental funktion, symtom av beteende och psykologiska symtom av demens (BPSD). Artikeln innehåller både en kvantitativ och kvalitativ del. Deltagarna i interventionsgruppen fick massage vid 30 tillfällen, varje behandling tog 20 minuter. För fysisk och psykisk utredning användes tre olika mätinstrument, där de olika symtomen gav poäng. Aggressivitet bedömdes med hjälp av E-BEHAVE-AD. Interventionsgruppen visade en signifikant förbättring på E-BEHAVE-AD-skalan för aggressivitet, från 2,50 (+- 1,21) före interventionen till 1,21 (+- 1,58) efter interventionen ($p = 0,048$), samtidigt som inga synliga förändringar fanns i kontrollgruppen. I den kvalitativa delens båda fallrapporter minskade poängen för paranoia och vanföreställningar från fem till fyra, respektive tre till noll. Den ena deltagarens våldsamt försvann. I övrigt fanns ingen förändring för aggressivitet, affektiva störningar eller rädslor och fobier. Den andra deltagarens starka illusioner om att människor stal ifrån henne försvann. Hennes poäng för aggressivitet minskade och hon gick från att ha haft lätt för att bli ilsken innan interventionen, till att le mer frekvent efteråt (Suzuki et al., 2010).

I en amerikansk studie från 2005 undersöktes effekten av mjuk massage på ett vårdhem. Boende med demens valdes ut av studiens projektledare med hjälp av MDS2. Deltagarna fick mjuk massage två gånger i veckan under tre månaders tid. Artikeln har både en kvalitativ och kvantitativ del där data samlats in av respektive ansvarig sjuksköterska. I den kvalitativa delen upptäckte en vårdare att om hon gick jämte den demenssjuka och samtidigt masserade hennes rygg så blev hon lugn och fridfull. Vårdaren sade vidare att hon var mer bekväm med att vårda den demenssjuka eftersom hon funnit ett sätt att bryta hennes aggressiva beteende. Det behövdes heller inte längre medicin för att kontrollera de aggressiva utbrotten (Sansone & Schmitt, 2000).

I den kvantitativa studien från Kanada undersöktes hur agiterat beteende påverkades av favoritmusik och handmassage både vad gäller typ och incidens. Deltagarna valdes slumpmässigt ut till antingen kontroll- eller interventionsgruppen. Under tio minuter fick deltagarna i interventionsgruppen antingen handmassage, lyssna till sin favoritmusik eller båda delar. Mätningar genomfördes före-, efter- samt vid uppföljning av studien. Parvisa jämförelser bekräftar signifikanta skillnader ($p < 0,001$) mellan före-, efter- samt uppföljningsmätningarna. Behandlingen visade sig påverka icke aggressiva beteenden och uppvisning av verbal agitation signifikant. Det fanns en signifikant ($F = 123,38$, $p = 0,001$) effekt över tid för de icke-aggressiva beteendena, men inte över de tre interventionsgrupperna eller med interaktionsperioden ($F = 0,47$, $p = 0,63$) (Hicks-Moore & Robinson, 2008).

I artikeln Remington (2002) visade sig en signifikant olikhet i poäng ($F_{cons} = 3,78$, $p < 0,01$) för fysiskt icke-aggressivt beteende i de fyra interventionsgrupperna.

5.2 Agitation

Användbarheten av aromaterapimassage på demenspersoners förvirringstillstånd undersöktes på en demensavdelning i Storbritannien. Artikelns 21 deltagare valdes ut från en demensavdelning och randomiserades till tre olika interventionsgrupper; aromaterapimassage, massage med olja eller konversation med spridning av arom i rummet. Studien omfattar tre veckor, två där basvärde mäts ut och en där intervention utförs. Inga generella gruppskillnader observerades. Dock fanns en trend av en mer ihållande reduktion av agiterat beteende följt av aromaterapimassage, jämfört med massage och konversation var för sig. En signifikant interaktion observerades med tid ($F(2,15) = 3,721$, $p = 0,05$). I studien har det även gjorts en jämförelse med hjälp av Sheffes test, som visar på en tidsskillnad mellan klockan 15.00 och 16.00 för aromaterapimassage och konversation med spridning av arom i rummet ($p = 0,05$) (Smallwood, Brown, Coulter, Irvine & Copland, 2001).

I USA gjordes en kvantitativ studie år 1999 för att undersöka effekten av långsamma strykningar. I studien deltog 14 deltagare med Alzheimers sjukdom som rekryterades under en tolv månaders period. De långsamma strykningarna utfördes av anhängvårdare som hade utbildats i att ge långsamma strykningar. Studien omfattade tre veckor, första och sista veckan fastslogs deltagarnas basvärden och under vecka två genomfördes interventionen. Det nattliga agiterade beteendet som stört sömnen för fem deltagare minskade under interventionsveckan markant från 8,2 till 3,8. Under vecka tre, omedelbart efter avslutad intervention, upplevde de fem deltagarna en påtaglig ökning av antalet agiterade beteenden, som per natt steg till ett genomsnitt på 10,8. I studien identifierades ingen signifikant skillnad inom deltagarna mellan basvärdesveckorna och interventionsveckan. Dock, visade medelvärdena under massagens interventionsfas en trend av agitationsminskning för alla beteenden (manuell manipulation, vandringsbeteende, sökbeteende) utom vokalisering (Rowe & Alfred, 1999).

I en av studierna från USA var syftet att undersöka massagens potential för att minska agitation hos kognitivt nedsatta äldre. Studien utfördes på två vårdhem där deltagarna i studien fungerade som sina egna kontroller. Fem olika aspekter av agitation observerades under studiens gång; vandringsbeteende, verbalt agiterat beteende, fysiskt agiterat beteende, socialt opassande beteende och vårdmotstånd. Den svenska massagetechniken effleurage utfördes av en sjukgymnastassistent vars utbildning inkluderade massagetechniker. Skillnader i agitationsgrad före, under och efter massageinterventionerna var statistiskt signifikant för fyra av de fem symtomen (förutom det socialt opassande beteendet), vid analysen av alla deltagare. I ytterligare en analys ingick de deltagare som hade två poäng eller mer i ett eller fler av de fem symtomen vid basvärdesmätningen. Samma statistiska signifikans påvisades (Holliday-Welsh, Gessert & Renier, 2009).

I en annan studie från USA undersöktes om handmassage, musik eller båda delar kunde påverka graden av agitation hos personer med demens. Studien genomfördes på 68 deltagare vilka slumpmässigt delades in i fyra olika interventionsgrupper. Varje grupp fick antingen handmassage, lugnande musik, båda delar eller ingen behandling alls. Data registrerades vid fyra tillfällen á tio minuter under studiens upprepade mätningar. En signifikant skillnad ($F_{cons} = 6,47$, $p < 0,01$) i nivå av

agitation över tid fanns bland de fyra interventionsgrupperna. Uppföljningsjämförelser genomfördes och avslöjade att kontrollgruppens deltagare var signifikant ($p < 0,05$) mer agiterade än deltagarna i interventionsgrupperna under varje behandlingsperiod (Remington, 2002).

I den Kanadensiska kvantitativa studien behöll kontrollgruppen liknande höga agitationspoäng i alla tidsmätningar. Det fanns inga signifikanta skillnader i aggressionspoäng över tid ($F_{corr} = 1,91$, $p = 0,17$) eller mellan de tre behandlingstyperna ($F_{corr} = 2,97$, $p = 0,08$). Vidare, var det ingen signifikant interaktion mellan intervention och tid. Ingen av de tre behandlingstyperna minskade signifikant det fysiskt aggressiva beteendet. Däremot kunde en signifikant minskning av verbalt agiterat beteende över tid ($F_{corr} = 24,74$, $p = 0,001$) påvisas. Deltagarnas poäng i interventionsgruppen minskade kraftigt från före till efter behandling. Parvisa jämförelser utfördes och visade signifikanta skillnader ($p < 0,001$) mellan före och efter behandling/uppföljning (Hicks-Moore et al., 2008).

5.3 Övriga beteenden

I den japanska artikelns kvalitativa del visade deltagarna, fall A och fall B, förbättring vad gäller deras beteendemässiga symptom. Den ena kvinnans poäng för aktivitetsstörningar minskade från sju till tre (intervall noll till nio). Dessutom fanns en minskning gällande vandringsbeteende och aktivitet utan mål jämfört med innan interventionen (Suzuki et al., 2010).

I den kvantitativa artikeln från Sydkorea var syftet att undersöka effekten av expressiv fysisk beröring (EPT/V) hos personer med demens. I artikeln används begreppet "dysfunktionellt beteende" enligt Reisberg, Borenstein, Salob, Ferris, Franssen och Georgotas (1987). Artikeln omfattade tre olika delar där en och samma grupp genomgick alla delar (basvärde, intervention, uppföljning). Deltagarna fick handmassage på båda händer under två och en halv minut och mjuk beröring på arm och skuldra både före och efter handmassagen under en och en halv minut. I studien ökade den genomsnittliga E-BEHAVE-AD efter interventionens slut. Detta innebär att EPT/V korrelerade med en minskning i dysfunktionellt beteende och en ökning i samma, när EPT/V slutade. Resultaten visar att jämförelsen av basvärde och femdagarsinterventionen samt basvärde och ti dagarsinterventionen är signifikant olika. EPT/V pekar på att för fem dagar och tio dagar minskade nivån av dysfunktionellt beteende. I studien visar ANOVA en signifikant linjär trend ($F = 29,24$, $p < 0,001$), detta tyder på att ju längre interventionstiden är desto större blir minskningen av dysfunktionellt beteende (Kim & Buschmann, 1999). Analysjämförelsen av basvärdet med fem dagars "wash-out" (tidsperiod för tillbakagång) visar signifikant skillnad ($F = 6,42$, $p = 0,034$) i nivåerna av dysfunktionellt beteende. Slutsatsen är att EPT/V fortsätter ha en effekt på dysfunktionellt beteende för de fem dagar som kommer efter att interventionen slutat, men med signifikant minskad effekt. Likväl, analysjämförelsen av basvärdet med tio dagars "wash-out" visar ingen signifikant skillnad ($F = 11,17$, $p = 0,67$) i nivån av dysfunktionellt beteende. Detta indikerar på att nivån av dysfunktionellt beteende återgår till basvärde tio dagar efter att interventionen slutat (Kim et al., 1999).

År 2005 genomfördes i USA en studie i syfte att undersöka effekten av terapeutisk beröring på personer med beteendemässiga demenssymtom. De 65 personer som deltog i studien randomiserades till antingen intervention, placebo eller

kontrollgrupp. En statistisk signifikant minskning gällande de övergripande poängen av beteendemässiga demenssymtom (frekvens och intensitet) framträdde då interventionsgruppens före- och eftervärden jämfördes med placebo- och kontrollgruppens. En trend av ökad vokalisering är uppenbar från interventions- till kontrollgrupp. Endast manuell manipulation ($p = 0,02$) och vokalisering ($p = 0,03$) var signifikant olika när interventionsgruppen jämfördes med kontrollgruppen. Det fanns inga signifikanta skillnader när placebogruppen jämfördes med interventions- eller kontrollgruppen (Woods, Craven & Whitney, 2005).

I en kvantitativ amerikansk studie minskade rastlöst beteende signifikant för grupp ($F 2,61 = 3,03$, $p = 0,05$) och tid ($F 4,23 = 11,04$, $p < 0,0001$). Parvis jämförelse visade en signifikant skillnad i rastlöshet när interventionsgruppen jämfördes med kontrollgruppen ($p = 0,03$), vid tidsperiod fyra (andra interventionsperioden) men inte vid tidsperiod två eller tre. Det fanns ingen signifikant skillnad när placebogruppen jämfördes med interventions- eller kontrollgruppen. Med andra ord visade interventionsgruppen en signifikant minskning vad gäller rastlöshet jämfört med kontrollgruppen under den andra interventionsperioden. Inga andra beteenden var signifikant avvikande. En trend av minskad rastlöshet fanns från tidsperiod ett till fyra (basvärde till intervention två) i alla grupper, även om den är mer tydlig i interventionsgruppen (Woods, Beck & Sinha, 2009).

5.4 Kommunikation

Två tusensex genomfördes i Sverige en kvalitativ studie där syftet var att utifrån dokumentation beskriva taktil stimulering ur vårdgivarens perspektiv, samt se förändringar hos demenspersoner med aggressiva och rastlösa tendenser. Det framkom att en av deltagarna uppskattade den taktila stimuleringen och kommunicerade att han ville att stimuleringen skulle fortsätta. Deltagaren, som hade svårt att uttrycka sig verbalt, klappade vårdgivaren på båda kinderna och log varmt första gången han gavs taktil stimulering (Skovdahl, Sörlie & Kihlgren, 2007). I ytterligare två studier (Sansone et al., 2000; Suzuki et al., 2010) visade sig mjuk massage påverka kommunikationsförmågan. En person med demens, som hade en historia av att knappt inte kommunicera med någon, blev mer verbal (Sansone et al., 2000). I en annan studie blev en person betydligt lugnare och bättre på att kommunicera efter interventionen och en tredje började svara på frågor, vilket möjliggjorde konversation (Suzuki et al., 2010).

I studien från Japan bjöd en deltagare sin hand frivilligt inför den taktila massagen. Även om hon hade hallucinationer var hennes ansiktsuttryck avslappnat, hon kunde ibland skratta högt och observerades efter interventionen säga: "You're getting good at this" (s. 685). Taktilt beteende, såsom att stryka den masserande sjuksköterskan på kinden observerades också (Suzuki et al., 2010).

5.5 Sömn

I den kvalitativa svenska artikeln visade sig fyra av dem fem deltagarna somna under stimuleringen och en av deltagarna kunde sova upp till 150 minuter efteråt. En deltagare visade positiva känslor kring den taktila stimuleringen och uttryckte njutning flertalet gånger. En gång skrek deltagaren av lycka då hans vårdare erbjöd honom taktil stimulering. Efter fyra veckor stängde han sina ögon omedelbart då han lade sig ner på sin säng. Han somnade nästan varje gång (26 av 28 gånger) och sov

mellan 15 och 150 minuter (medelvärde 110 minuter) efter den taktila stimuleringen. Den kvinnliga deltagaren var nöjd när den taktila stimuleringen utfördes på hennes villkor, vilket medförde att hon lättare slappnade av och somnade. En annan av de manliga deltagarna somnade de flesta gångerna. Likväl kunde vårdgivaren känna att det var konstigt att ge mannen taktil stimulering när han sov och inte kunde ge respons. Vårdgivarna ansåg att en av de manliga deltagarna generellt var mer rastlös och aggressiv under de 28 veckorna som han fick taktil stimulering, men han kunde fortfarande slappna av och somna när han fick stimuleringen. Ibland somnade han omedelbart, särskilt under studiens sista del (ungefär från vecka 20 och framåt) (Skovdahl et al., 2007).

I den kvalitativa delen av artikeln från USA, 2000, rapporterade en vårdare om en demenssjuks historia av insomni. Mjuk beröring på hennes armar och ben vid sänggående gjorde att hon somnade (Sansone et al., 2000).

I den japanska studiens kvalitativa del framkom att den ena av de två deltagarna uppskattade taktil massage och kunde rulla fram med sin rullstol och fråga: "Are you doing the massage today?" (s. 684). Från ungefär den fjärde interventionsveckan sade den kvinnliga deltagaren: "The circulation in my hands is better, and it's nice having warm hands. I always used to wake up in the night but these days I've been sleeping right through till the morning, and it's because of this massage" (s. 684). Vad gäller störningar i dygnsrytmen, minskade poängen från ett till noll för de båda deltagarna. Sömnkvaliten blev dessutom bättre under natten (Suzuki et al., 2010).

5.6 Välbefinnande

I den amerikanska artikeln från 2000 förmedlar en demenssjuks dotter sin moders förändrade beteende. Dottern gav lätt beröring till sin moder för första gången, vilket var svårt då modern aldrig under livets gång varken kysst, kramat eller sagt att hon älskat sin dotter. Modern var gravt demenssjuk, trots detta förmedlade dottern att modern efter beröringen uttryckt: "I probably should have told you this when you were younger and not waited until I am in my 80s, but I hope you know how much I love you" (s. 306). I samma studie berättar en demenssjuks man om hur han suttit jämte sin fru och givit mjuk beröring, som gjort att hon slutade med sina upprörda rörelser och satt lugn (Sansone et al., 2000).

I den kvalitativa svenska studien visade en av de fem deltagarna en känsla av välbefinnande vid taktil stimulering. Vid sådana tillfällen var den kvinnliga deltagaren öppen för kontakt med sina vårdgivare och pratade oavbrutet. Vårdgivarna uppgav då att hon blev ovanligt lugn, trevlig och positiv i samband med den taktila stimuleringen. De fick också en närmre relation till henne. Hon kunde ge dem positiv respons och uttryck för sin tillfredsställelse. En av de manliga deltagarna uttryckte att han hade svårt att förstå varför vårdgivarna rörde vid honom. Detta ändrades efter första gången och de följande gångerna visade han både glädje och känslor av välbefinnande samt tacksamhet över vårdgivarnas beröring (Skovdahl et al., 2007).

Vidare återfinns i den svenska kvalitativa studien, enligt vårdpersonalen, tecken på att den taktila stimuleringen i hög grad var positiv på en av personerna. Denne uttryckte att han kände att tiden var lugnande och avslappnande (Skovdahl et al., 2007).

5.6.1 Illabefinnande

Efter 24 veckors taktill stimulering blev en kvinnlig deltagare i den svenska studien signifikant försämrad fysiskt och mentalt. Kvinnan beslutade att på egen hand avbryta den taktilla stimuleringen, utan att ange varför (Skovdahl et al., 2007).

5.7 Fysiologiska faktorer

I ett antal artiklar kunde man se fysiologiska reaktioner på mjuk massage.

5.7.1 Kromogranin A

I den japanska artikeln utvärderades den fysiologiska stressen med hjälp av proteinet kromogranin A. Basmedelvärdet pekar på en stegring vad gäller kromogranin A hos interventionsgruppen, från 0,465 (+- 0,232) ng/mg protein klockan 16.00 till 0,497 (+- 0,248) ng/mg protein klockan 17.00 ($p = 0,478$). Efter interventionen fanns en ringa minskning av protein hos alla deltagare, från 0,580 (+- 0,290) ng/mg till 0,211 (+- 0,105) ng/mg ($p = 0,029$). Mätningar genomfördes även på kontrollgruppen från klockan 16.00 till 17.00, vid samma tid som interventionsgruppens före och eftermätningar, och en ringa ökning kunde noteras av protein (Suzuki et al., 2010).

5.7.2 Kortisol

I Woods et al. (2009) var syftet att undersöka effekten av terapeutisk beröring vad gäller förekomst och intensitet hos personer med demens. En dubbelblindad studie uppdelad i tre olika grupper (intervention, placebo, kontroll), där interventionsgruppen fick terapeutisk beröring på nacke och skuldror. Deltagarnas beteende registrerades var 20:e minut mellan klockan 08.00 till 18.00 av utbildade forskarassistenter. I studien noterades en signifikant skillnad vad gäller morgonkortisol bland grupperna över tid ($p < 0,0001$) när skillnader i homogeniteten testades. Studiens konstruktion har varit enligt följande; basvärde (fyra dagar), intervention ett (tre dagar), uppföljning (fem dagar), intervention två (tre dagar), uppföljning (fem dagar). En sjunkande trend finns i både interventions- och placebogruppen, men mest noterbar är den från tidsperiod ett till två i interventionsgruppen.

5.7.3 Pulsfrekvens

I den sydkoreanska artikeln från 1999 mättes oro genom pulsfrekvens. Det framkom att EPT/V resulterade i en signifikant minskning av pulsfrekvens, från före till efter interventionen (Kim et al., 1999).

5.8 Vårdpersonalens erfarenheter och iakttagelser

I Woods et al. (2005) var responsen på terapeutisk beröring positiv från både personal och de boende. Personalen noterade en klinisk minskning av beteendemässiga demenssymtom. Kommentaren från en i personalen som varit på semester och var omedveten om studien var: "It sure is a lot less wound up around here" (s. 72). En annan personal noterade en minskning i agitationsnivån på hela

enheten. De boende var mycket mottagliga för interventionen och uttryckte sig bland annat på följande vis: "that feels good" (s. 72) eller "my back has such ease" (s. 72) (a a).

I Skovdahl et al. (2007) var syftet att beskriva taktil stimulering utifrån vårdgivarnas perspektiv. Vårdgivarna hävdade att de generellt sett kunde interagera med deltagarna på ett bättre sätt och de fick en närmre relation efter starten av den taktila stimuleringen. De tyckte också att deltagarna blev mer avslappnade och lugna. Några av vårdgivarna beskrev att de kunde njuta av tiden då de gav taktil stimulering. En av deltagarna beskrev tillfällena med den taktila stimuleringen som "'good', 'quiet' and 'warm'" (s. 166), för de båda. Alla deltagarna visade tecken på att de kände att den taktila stimuleringen var positiv och avslappnande. Vårdgivaren till en av deltagarna uttryckte att det var positivt att ge taktil stimulering på armar, fötter och ben och kände att det fungerade tillfredsställande på alla delar. Vårdgivaren beskrev även tillfällena av taktil stimulering som "'peaceful', 'beautiful' and 'lovely'" (s. 166). En annan vårdare kände att hon kunde ha en väldigt nära, varm, fin tid tillsammans med en deltagare, vilket gjorde det möjligt för henne att lära känna honom bättre. Vårdgivaren beskrev vidare sin vårdtagare som mindre aggressiv och betydligt mer pratsam under veckorna han fick taktil stimulering. Efter några veckor kunde han visa ett sinne för humor och vara full av glädje. Vårdgivaren kände även att han kunde vara mer ledsen och gråta lättare. Den taktila stimuleringen verkade förbättra hans välbefinnande och han verkade istället bli tröstad. Vidare förmedlade vårdgivarna att de kände hur interaktionen med den kvinnliga deltagaren blev mer positiv och att de fick en närmre relation. De upplevde att det var mer fördelaktigt att ge henne stimulering då hon varit upprörd och arg, eftersom det gjorde henne signifikant lugnare. Hon beskrevs ibland av vårdgivarna som "'unusually calm' and 'nice'" (s. 166).

I den amerikanska artikeln från 2000 fanns en person som varit mycket deprimerad och vägrat att äta. En hand på personens rygg, lätt massage och erbjudande om mat fick personen att äta (Sansone et al., 2000).

6. DISKUSSION

6.1 Metoddiskussion

Litteraturstudien har varit en systematisk process som varit både givande och berikande. Sökning, analys och bearbetning av material har överlappat varandra i avsikt att besvara litteraturstudiens syfte.

Målet har varit att frambringa ett brett urval av relevanta artiklar. Olika varianter av sökningar har utförts i kombination med ett flertal olika sökord. Antalet sökträffar var till en början omfattande. Olika kombinationer av valda sökord gav ett mer relevant sökresultat. Artiklar som framkommit i de första sökningarna visade sig återkomma även i de mer snävare sökningarna. Valda artiklar har påträffats i flera av de använda databaserna. Detta kan tyda på att antalet artiklar i valt ämne är uttömt i relation till uppsatta inklusions- och exklusionskriterier samt att antalet artiklar i ämnet är begränsat. Anledningen till de stora sökträffarna i början kan ha sin grund i sökordens mångtydiga innebörd. Vissa artiklar handlade till exempel om olika kvalitet på oljor, andlig massage och massage på djur. Dessa artiklar exkluderades direkt efter genomläsning av abstrakten. En generell uppfattning har varit att

artiklarna innehållit begrepp/ord som inte alltid förklarats eller som varit problematiska att översätta. Dessa artiklar lästes igenom ett flertal gånger varefter en bredare förståelse kunde skapas och en gemensam innebörd tydliggöras. Artikelsökningen resulterade även i ett flertal pilotstudier, vilka exkluderades.

Under artikelsökningens gång växte olika sökordskombinationer fram som gav flest relevanta sökträffar i relation till syftet. I den första strukturerade sökningen gjordes en avgränsning på artiklar publicerade de senaste fem åren, vilket inte frambringade tillräckligt många artiklar. Vidare ändrades denna begränsning till att innefatta artiklar publicerade tio år tillbaka, vilket genererade fler artiklar, dock inte tillräckligt många. Vidare sökning efter fler relevanta artiklar resulterade i en gradvis tillbakagång år för år. Då artikelsökningen expanderades till artiklar publicerade mellan 1999 och 2013, framkom ett tillräckligt antal artiklar. Artiklarna var till att börja med 31 till antalet. Artiklar valdes bort då de inte svarade på studiens syfte, till exempel då mjuk massage beskrevs som att bara hålla handen ovanför kroppen. Till artikelanalysen sorterades 11 artiklar ut för att ingå i studien. Artikelöversikten har varit ett funktionellt arbetsmaterial igenom hela studiens gång, särskilt under sammanställningen av artiklarnas resultat.

Litteraturstudien omfattar åtta kvantitativa, två kvantitativa/kvalitativa och en kvalitativ artikel. Artikelsökningen resulterade inte i ett stort antal kvalitativa artiklar, vilket kan ha sin grund i svårigheten av att utföra kvalitativa studier på demenssjuka. Trots detta kompletterar och styrker de kvalitativa delarna de kvantitativa delarna. Svårigheter kring kategorisering har förekommit med tanke på artiklarnas spridda resultat, vilket har gjort det svårt att genomföra en mer ingående kategorisering. Detta avspeglar sig i studiens resultat. Artiklarna har bedömts utefter tre olika nivåer: LÅG, MEDEL och HÖG (Willman et al., 2011). Denna bedömning grundar sig till en början i ett resonemang som förts kring likvärdiga bedömningskriterier. Det har varit betydelsefullt att bedöma alla artiklarna utefter en och samma mall för att undvika en subjektiv bedömning.

Artiklarna är utförda i Kanada, Japan, Storbritannien, Sverige, Sydkorea och USA. Trots artiklarnas olika ursprung har inte någon skillnad i sjuksköterskans möte med den demenssjuke kunnat identifieras, inte heller har det framkommit kulturella skillnader eller skillnader i sjuksköterskeprofessionen. Sex av de valda artiklarna kommer ifrån USA, önskvärt hade varit ett större antal artiklar från övriga delar av världen.

I Skovdahl et al. (2007) har den valda kvalitativa metoden haft samma riktning som de kvantitativa artiklarna. Artikelns kvalitativa resultat har varit betydelsefullt i analysen och underbyggt litteraturstudiens resultat. I en av de kvantitativa artiklarna (Rowe et al., 1999) fanns nio deltagare. Detta har beaktats och bidragit till artikelns klassificering som LÅG på bedömningsskalan.

I Smallwood et al. (2001) valdes deltagarna ut med utgångspunkt i att ha en demensdiagnos och deras individuella lämplighet för aromaterapi. Det var problematiskt att förhålla sig till detta med tanke på målet i Hälso- och Sjukvårdslagen (1982:763) 2 § "Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen". Detta medvetna urval skulle kunna leda till resultatbias.

I artikeln Sansone et al. (2002) mäts förutom symtom vid demens även smärta hos äldre utan demensdiagnos. Artikelns resultat är uppdelat i två delar, varvid endast den del som berör litteraturstudiens syfte inkluderats. I artikeln Rowe et al. (1999) ställs tre olika hypoteser varvid alla tre knyter an till symtom vid demens sett utifrån olika perspektiv; Vilken typ av agiterat beteende som uppkommer mest frekvent och i vilket sammanhang och mönster? Vilka (om några) personliga karakteristika hos patienter med Alzheimers sjukdom associeras med agiterat beteende? Vilken effekt har massageterapi på det agiterade beteendet hos demenspatienter i kommunalt boende? Endast den sista av dessa hypoteser är aktuell för litteraturstudiens syfte. De andra två hypotesernas data har inte inkluderats i resultatet, de har dock bidragit med fördjupad kunskap kring demenspersoners beteende.

Sex av artiklarna (Holliday-Welsh et al., 2009; Kim et al., 1999; Rowe et al., 1999; Smallwood et al., 2001; Woods et al., 2005 & Woods et al., 2009) är utförda i tre faser. De består av en tids basvärdesmätning, följt av en tids intervention och avslutas med en tids uppföljning. Artiklarnas uppdelning i dessa tre steg har givit en sammanhållen helhetsbild och gjort det lättare att skapa förståelse kring hur behandlingen påverkat deltagarna i artiklarna. Vi tycker att dessa sex artiklar visar på den mjuka massagens tillfälliga effekter och att en kontinuerlig behandling bör eftersträvas för att sjuksköterskan ska kunna upprätthålla personens välbefinnande.

Artikeln Kim et al. (1999) har använt sina data från en tidigare artikel. Den tidigare artikeln är tillgänglig på nätet men inte gratis. Att artikelns data är hämtad från en tidigare artikel anses inte vara en svaghet för studiens resultat.

Värt att notera är att sjuksköterskan Diana Woods är författare i två av artiklarna (Woods et al., 2005 & Woods et al., 2009). Båda artiklarna är kvantitativa med interventions-, placebo- och kontrollgrupp. Den ena artikeln undersöker förekomst och intensitet av terapeutisk beröring och den andra undersöker effekter av terapeutisk beröring på BPSD samt kortisolnivån på personer med demens. Artiklarnas metodologiska förfaringssätt är i vissa avseenden lika. Vi anser dock inte att de föreligger risk för publikationsbias.

I alla artiklar utom Skovdahl et al. (2007) har de flesta deltagarna varit kvinnor. För oss var detta till en början svårt att förhålla sig till, eftersom det kan vara svårt att dra några generella slutsatser när det är en skev könsfördelning. Dock verkar det finnas en förklaring till den sneda könsfördelningen. I Socialstyrelsens folkhälsorapport (2009a) beräknas 142 000 personer ha någon form av demens i Sverige. Andelen kvinnor med demens är större än andelen män. Detta har sin grund i att det finns fler kvinnor än män bland de äldsta. Dessutom löper kvinnor större risk att drabbas av demenssjukdom än män. Därmed menar vi att snedfördelningen emellan könen verkar ha sin grund i en naturlig förklaring. Hur det numeriska förhållandet mellan könen ser ut i realiteten har vi inte kunnat finna.

I sju av artiklarna fanns bortfall (Hicks-Moore et al. 2008; Holliday-Welsh et al. 2009; Woods et al. 2005; Suzuki et al. 2010; Smallwood et al. 2001; Sansone et al. 2000; Rowe et al. 1999 & Kim et al. 1999), dock är bortfallsanalysen endast beskriven i två av dessa (Holliday-Welsh et al. 2009 & Suzuki et al. 2010). I tre av artiklarna (Rowe et al. 1999; Suzuki et al. 2010 & Hicks-Moore et al. 2008) översteg bortfallet 20 procent. I Hicks-Moore et al. (2008) och Rowe et al. (1999) finns inte bortfallsanalysen beskriven. I Suzuki et al. (2010) är bortfallsanalys genomförd och

beskriven. Artikeln är från början uppdelad i två grupper om 20 personer. I grupperna har varje deltagare en korresponderande motpart. Varje specifikt bortfall har kompensrats genom uteslutning av den korresponderande motparten. På så vis har potentiella skillnader grupperna emellan eliminerats. Vi anser inte att bortfallet i någon av artiklarna kunnat påverka resultatet nämnvärt.

Alla artiklar förutom två har varit etiskt godkända. Artikeln Kim et al. (1999) bygger på data från en tidigare artikel, huruvida den är etiskt godkänd framkommer inte. I artikeln Sansone et al. (2000) är deltagarnas medgivande inhämtat från ansvarig part, dock framgår inte om artikeln är etiskt godkänd.

6.2 Resultatdiskussion

Litteraturstudiens syfte var att närmare undersöka om mjuk massage kan användas som omvårdnadsåtgärd i vården av personer med demens. Det har framkommit att mjuk massage som administreras till personer med demens medför flera goda effekter, exempelvis avslappning, bättre dygnsrytm, minskad vokalisering, oro, agitation, rastlöshet och aggressivitet, samt ökat välbefinnande.

I litteraturstudiens samtliga artiklar har kunskap hos utföraren kring den valda metoden inom mjuk massage betonats. Utförarna har antingen varit legitimerade inom området, genomgått en grundkurs i utförandet eller varit under utbildning inom området. Detta anser vi ha ökat artiklarnas trovärdighet, både vad gäller metod- och resultatdel. Användningen av mjuk massage som omvårdnadsåtgärd kan ligga till grund i den förståelse som sjuksköterskan har inom ämnet. En fördel med mjuk massage är dess låga kostnad och att den inte tar mycket tid i anspråk. Metoden är dessutom lätt för sjuksköterskan och andra vårdgivare att använda och har få kontraindikationer. Detta kan kopplas samman med Harris och Richards (2010), som menar att statistiskt signifikanta förbättringar uppkommer efter endast tre minuter långsam ryggmassage eller tio minuter handmassage. Dessa vården kan fungera som rimliga mått för introduktion i klinisk verksamhet. I SBU:s rapport (2002) står att mjuk massage ger smärtlindring, ökar välbefinnande och minskar stress, vilket i sin tur kan minska oro och aggressivitet. Vi har diskuterat huruvida sjuksköterskans och andra vårdgivares eventuella tidsbrist och arbetsbörda kan inverka på användningen av mjuk massage. Vi menar att om sjuksköterskan känner sig stressad kanske mjuk massage inte används som omvårdnadsåtgärd trots dess ringa tidsåtgång. Sjuksköterskans och andra vårdgivares arbetssituation anser vi idag som problematisk med tanke på det antal patienter som varje vårdgivare ansvarar för. Problematiken kan till viss del tänkas ha sin grund i organisatorisk utformning.

I Sansone et al. (2000) framkom att de fyra manliga deltagarna verkade obekväma då de blev berörda av en manlig vårdgivare. En av de manliga deltagarna kränkte en manlig vårdare sexuellt genom tilltal. Detta, bland annat, har gjort att tankar väckts kring kvinnors och mäns olikheter vad gäller uppfattningen om beröring. Vi tror att män och kvinnor har ett annorlunda synsätt på och upplevelse av mjuk massage. Detta tror vi har sin grund i att det finns en större acceptans av att kvinnor ger beröring än att män ger beröring. Vår generella uppfattning är att kvinnor dessutom i större utsträckning än män accepterar beröring. Denna snedfördelning tror vi inte beror på mäns och kvinnors olika behov av att bli berörda. Snarare tror vi att det sociala arvet kan bidra till könens olika acceptans av beröring. Som sjuksköterska är det därför viktigt att försöka introducera mjuk massage men samtidigt vara lyhörd för patientens reaktioner och respektera den personliga integriteten. Det kan dessutom

finnas skillnader vad gäller hur lätt vårdgivare har för att ge mjuk massage. Det sociala arvet kan vara en bidragande faktor även i detta fall. Trots att vårdgivare har olika skyldigheter så menar vi att det kan finnas personliga skäl för att inte vilja utföra vissa omvårdnadsåtgärder, däribland mjuk massage. Vårdgivare kan även tänkas ha lättare eller svårare för att ge mjuk massage till olika personer med demenssjukdom, beroende på personlighet och karaktäristika. Detta är ett komplext problemområde där vi tror att det nästintill alltid kommer finnas situationer där olika omvårdnadsåtgärder kan komma att påverkas av vårdgivarens integritet.

I Skovdahl et al. (2007) kände en vårdgivare att det var konstigt att stimulera en deltagare som sov och inte gav respons. Utifrån dokumentationen, vilken artikeln bygger på, framkom att det fanns individuella skillnader mellan deltagarnas reaktioner. En deltagare kände sig känslomässigt sårad när taktil stimulering gavs på höger arm och föredrog vänster arm. I Woods et al. (2005) fanns en deltagare som inte ville bli berörd på huvudet. I Skovdahl et al. (2007), Suzuki et al. (2010) och Sansone et al. (2000) tar man upp betydelsen av deltagarnas tidigare erfarenheter av beröring och mjuk massage vilket i många avseenden varit en påverkande faktor i utfallet av den mjuka massagen. Detta har även varit en faktor som beaktats i artiklarna för att bemöta varje deltagare individuellt samt utefter behov. Detta anser vi vara en styrka ur en etisk och moralisk synvinkel i litteraturstudiens resultat.

I Sansone et al. (2000) och Suzuki et al. (2010) iaktogs en förbättrad kommunikativ förmåga som följd av mjuk massage, vilket var positivt. Detta kan kopplas samman med Holm-Pedersen (2008), som menar att om kommunikationssvårigheter kan åtgärdas med hjälp av mjuk massage, kan personens situation förbättras. Samtycke är viktigt men det är problematiskt att som personal få samtycke ifrån en person med demens. Vidare skriver Edberg (2009) att patienter beskriver svårigheten att kommunicera som obehaglig; att se och höra vårdaren prata utan att kunna förstå eller tyda innebörden. Vi menar att kommunikation är en betydande del i sjuksköterskans relation med patienten.

I artikeln skriven av Skovdahl et al. (2007) rapporteras det att stimulering värmden en deltagares iskalla fötter, varvid efter 26 veckors taktil stimulering var deltagaren kapabel att flytta en stor del av det förlamade benet. Den taktila stimuleringen frambringade även liv i deltagarens fötter. Vi menar att dessa noteringar varit intressanta, eftersom det kan leda till ökad rörlighet i den demenssjukes dagliga aktiviteter. I sin tur kan detta frambringe personens självbestämmande och självständighet. Två faktorer som är betydelsefulla för att det patientnära arbetet ska främja hälsa och delaktighet. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2005) finns fyra olika ansvarsområden som är grundläggande i sjuksköterskans arbete. Det första ansvarsområdet är att främja hälsa och vidare följer att förebygga sjukdom, lindra lidande och återställa hälsa. I FoU-rapporten menar Lindell och Ek (2010) att självständighet kan skapa förutsättningar för diverse faktorer i den demenssjukes liv. Sjukhusinläggningar kan förebyggas genom användandet av komplementära metoder. Vidare kan läkemedelsanvändning minska och effekten av andra vedertagna metoder förbättras. Rapporten visar även på att den komplementära metoden kombineras med andra vedertagna metoder och aldrig enskilt. I samband med detta vill vi belysa metoden mjuk massage i sig. Det är betydelsefullt att den mjuka massagen inte blir en omvårdnadsåtgärd som utförs på rutin. Vi menar att sjuksköterskan hela tiden måste se till helheten.

I Skovdahl et al. (2007) berättas det om att deltagarna till en början visat sig misstänksamma till vad som pågick, trots att vårdgivarna gett information och upprepade beskrivningar av den mjuka massagen. Dessa deltagare behövde taktill stimulering två gånger innan de kunde slappna av. En av deltagarna uttryckte vid vissa tillfällen att stimuleringen var störande, vilket medförde att stimuleringen avbröts. En annan deltagare beskrevs som svår att interagera med på grund av agiterat och utåtagerande beteende, men visade sig kapabel att slappna av under behandlingen. I SBU rapporten (2002) står att läsa om att mjuk massage inte på något vis får kännas påträngande för patienten eller för den del tvingande för vårdaren. Detta kan även kopplas samman med vad Ekebergh (2012) skriver om Husserls syn på livsvärlden. Livsvärlden ligger till grund för att människan ska kunna tillgodogöra sig kunskap. Husserl menar att människans förhållningssätt till dagliga aktiviteter relateras till livsvärlden som är subjektiv; människans erfarenheter, vårt synsätt på det som ska tillägnas samt förståelse för hur människan förvärvar sig någonting. Vi har funnit att det är betydelsefullt för sjuksköterskan att sätta sig in i den demenssjukes livsvärld och anpassa bemötandet efter livssituationen. Patienter med demenssjukdom har en låg autonomi, vilket gör att den fria viljan och samtycke hos både anhöriga och patienten bör ses som en central del i sjuksköterskans val av omvårdnadsåtgärd.

I Sansone et al. (2000) berättar en deltagares dotter om sin demenssjuka moders första beröring. Dotterns beröring ledde till att modern för första gången berörde sin dotter och gav verbalt uttryck för sina känslor. Uvnäs Moberg (2009) menar att utebliven beröring kan medföra risk för ohälsa, varvid positiv beröring påverkar personens välbefinnande och välmående. Studier visar även på att beröring inte ges till äldre i så stor utsträckning. De människor som finns i den äldres omgivning, ofta vårdpersonal, måste många gånger ersätta bristen på beröring. Beröring som komplementär metod påverkar i olika former äldre människor positivt, genom förbättrad livskvalitet och sömn samt bättre relation till vårdpersonal. Vi menar att detta tydligt visar på beröringens betydelse, oavsett ålder. Det är inte svårt att tänka hur livet kan bli som äldre och demenssjuk. I takt med ökad ålder och demenssjukdomens progression avtar efter hand betydelsefulla relationer. I detta skede i livet anser vi att beröring kan ha en betydande påverkan på välbefinnandet. Beröringen kan även komma att främja sjuksköterskans relation med den demenssjuke.

I artiklarna (Sansone et al., 2000; Skovdahl et al., 2007 & Suzuki et al., 2010) visar sig beröring ha effekt på deltagarnas sömn, både vad gäller kvalité och duration. Asp och Ekstedt (2009) berättar om omvårdnadsprocessens delmål, varvid sömn och vila är betydelsefulla. Patienten är i behov av sömn och optimal vila och det är sjuksköterskans omvårdnadsansvar att tillgodose det. Sjuksköterskan kan genom att vara uppmärksam, både planera och genomföra passande omvårdnadsåtgärder för att gynna välbefinnande och hälsa. Detta kan knytas an till Bergbom (2012), som skriver att inom vårdvetenskapen förknippas känslan av välbefinnande och personens situation med hälsobegreppet. Fagerström (2012) menar att kärnan i hälsobegreppet sägs vara livskraft. Bekräftelse och känslan av värdighet medverkar till att göra livskraften starkare, vilket innebär att människans önskan möts med kärlek som utgångspunkt. Vi menar att sjuksköterskan i sin profession ska arbeta för att främja hälsa. Som ett led i sjuksköterskans arbete kan mjuk massage användas som omvårdnadsåtgärd för att uppfylla omvårdnadsprocessens mål.

I artikeln av Kim och Bushmann (1999) togs deltagarnas pulsfrekvens i beaktande vid interventionen. Om deltagarna varit med om någon händelse såsom slagsmål, sjukdom eller alkoholdrickande, som kunnat påverka deras känslor och beteende, så fick interventionen vänta. Valet av tillvägagångssätt förklaras genom att deltagarnas agiterade beteende skulle minska. Vi menar att detta kan ha inverkat på litteraturstudiens resultat. Funderingar har väckts kring relevansen av att invänta en minskning av deltagarens agiterade beteende, samt syftet med mjuk massage som omvårdnadsåtgärd. Vi menar att artikeln endast undersöker om mjuk massage kan påverka personens habitualtillstånd och inte om ett tillfälligt demenssymtom kan lindras. Dessutom anser vi det oetiskt att inte sätta in tillgängliga omvårdnadsåtgärder. Vi menar att det är sjuksköterskans ansvar att lindra lidande, då vi kan tänka oss att patienten lider om de varit med om en händelse som påverkat deras beteende.

Artiklarna (Suzuki et al., 2010; Kim et al., 1999 & Woods et al., 2009) tar upp olika fysiologiska effekter av mjuk massage. Detta tycker vi underbygger och förstärker artiklarnas resultat, såväl som litteraturstudien.

I artikeln av Rowe et al. (1999) rapporteras att vårdarna själva hade ett betydande vårdbehov på grund av stress. Stressnivån för vårdarna redovisas på en tregradig skala, från ett (ingen eller mild) till tre (svår), med ett genomsnittligt värde av 2,33. Vidare identifierades fler hälsoproblem bland vårdarna, såsom hypertension, oro och högt kolesterol. Sex (46 procent) av vårdgivarna rapporterade att de hade högt blodtryck och tre (23 procent) att de hade höga kolesterolvärden. Vi anser att det bör finnas en ömsesidighet mellan sjuksköterskan och patienten vid utförandet av mjuk massage. Om varken sjuksköterskan eller patienten känner sig stressade kan omvårdnads kvalitén förbättras.

I Skovdahl et al. (2007) beskrivs taktil stimulering som rogivande och stressreducerande, inte bara hos de som blir berörda, utan även hos de som berör. Även andra studier, såsom Lindell et al. (2010), talar för att effekt av beröring även kan uppkomma hos utövaren. Detta talar för att mjuk massage med fördel kan användas i vården, med positiv effekt på vårdtagare såväl som vårdgivare. I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2005) redogörs för sjuksköterskans ansvar gällande sin egen hälsa: "Sjuksköterskan sköter sin hälsa så att förmågan att ge vård inte äventyras" (s. 5). Vi menar att sjuksköterskan har ett egenansvar, där det vitala är att se till sin egen hälsa och välbefinnande. En förutsättning för att kunna ge god omvårdnad så väl som mjuk massage, är att sjuksköterskan känner harmoni och är närvarande i nuet.

6.2.1 Personcentrerad vård

Tankar och funderingar har väckts under och efter resultatanalysen. Vår uppfattning är att samtliga artiklar belyst personcentrerad vård på ett övergripande sätt. De huvud- och underkategorier som framkommit kan i hög grad knytas an till personcentrerad vård. I Socialstyrelsens ordlista för Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (u.å.), står att personcentrerad vård bygger på ett förhållningssätt som utgår ifrån den som är sjuk. På så vis blir vården och dess miljö mer individuellt anpassad och den som drabbats av demens ges möjlighet till att aktivt delta i sin egen vård genom beslutsfattande utifrån sina egna förutsättningar. Vi tycker att artiklarna överlag utgått ifrån ett individuellt förhållningssätt. Vi menar att sjuksköterskan har ett ansvar när det handlar om att arbeta personcentrerat och tror att de mest fördelaktiga besluten fattas av patienten själv. Patientansvarig

sjuksköterska och övriga professioner som arbetar med patienten har i uppgift att stödja och motivera patienten. Detta kan relateras till mjuk massage som på grund av att alla människor är unika, måste utföras personcentrerat. I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (2005) beskrivs synen på människan utifrån ett helhetsperspektiv. När det handlar om sjuksköterskans ansvar kring utförandet av omvårdnadsåtgärder, bör de andliga, kulturella, fysiska, psykiska och sociala behoven uppmärksammas hos patienten.

Svensk sjuksköterskeförening (2010b) skriver att det i alla människans val finns en dimension av etik. Det är omöjligt att frånsäga sig ansvaret för det vi gör eller inte gör. Den personcentrerade vården förutsätter en åskådning som präglas av öppenhet för patienten och det han/hon vill förklara. Ett öppet förhållningssätt och beaktande av personperspektivet gör att förståelse för patientens subjektiva hälsa kan uppnås. I korthet är innebörden av personcentrerad vård att patienten involveras i den egna vården. Vi vet att ett av sjuksköterskans mest omfattande omvårdnadsansvar är att lindra eventuellt lidande hos patienten. Vi tror vidare att det är betydelsefullt att sjuksköterskan har förmågan att visa respekt för patienten för att detta ska bli möjligt.

Av erfarenhet menar vi att sjuksköterskan måste se den demenssjuke patienten i ett helhetsperspektiv och samtidigt ha god kunskap om patientens demenssjukdom. Detta kan vi relatera till litteraturstudiens artiklar, som visar att demenssjuka reagerar och agerar olika, vilket medför att sjuksköterskan bör bemöta och kommunicera på ett individuellt sätt. I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2010) står det skrivit att symtom vid demens inkluderar kommunikationssvårigheter och besvär med självkänsla och identitet. Vidare innebär detta att det är viktigt för vårdpersonal att utgå från personens förmåga för stunden. Vi anser att hänsyn även måste tas till patientens aktuella hälsostatus. Utifrån Erikssons (1990) resonemang om hälsokorset beskrivs hur graden av hälsa kan variera; 1) Personen uppvisar dysfunktionella tecken men känner sig frisk, 2) Personen uppvisar inga tecken på dysfunktionalitet och känner välbefinnande, 3) Personen uppvisar inga dysfunktionella tecken men upplever ohälsa/illabefinnande, 4) Personen uppvisar dysfunktionella tecken och upplever ohälsa.

Slutligen menar vi att omsorg måste genomsyra sjuksköterskans arbete vad gäller patientens omvårdnadsprocess. Watson (1993) menar att omvårdnadens moraliska måttstock är omsorg och att syftet med omsorgen är att bevara mänsklig värdighet, samt stärka och beskydda. Pionjären Rogers (1961) hävdar att om människan kan skapa en relation till sig själv, vara medveten om och ha acceptans för sina egna känslor, ökar sannolikheten för att kunna skapa en god relation till sin medmänniska.

6.3 Slutsats

Examensarbetet har skapat en förståelse kring den demenssjukes sätt att kommunicera med omvärlden. Många demenssjuka har svårt att förstå och uttrycka sig verbalt men beröring kan innebära ökad känsla av att bli förstådd och sedd. Den mjuka massagens beröring innebär respekt för den demenssjuke, vilket skapar en god relation. Sammanfattningsvis skulle kommunikationen öka vilket skulle kunna leda till ökad delaktighet i den demenssjukes egen vård. Sjuksköterskan kan då genom sin lyhördhet få den demenssjuke att känna sig unik.

Vi finner att en ökad kunskap om och förståelse av mjuk massage och dess betydelse inom demenssjukvården kan lindra olika demenssymtom och förmodligen minska läkemedelsförskrivningen. För att mjuk massage ska kunna användas istället för förskrivning av läkemedel, krävs kunskap om den mjuka massagens effekt men även ett tätt samarbetet mellan sjuksköterskan och övriga professioner. Utöver sjuksköterskans bemötande anser vi att beröringen är betydelsefull. Om sjuksköterskor ger mjuk massage, kan det leda till minskat aggressivt beteende och oro hos den demenssjuke. Till detta följer naturligtvis även ökat välbefinnande och stressreducering. Sjuksköterskan kan därmed bättre tillgodose god omvårdnad och ett bättre omhändertagande, vilket är två stora ansvarsområden i omvårdnadsprocessen.

En bättre specialiserad utbildning för sjuksköterskan skulle innebära förändringsmöjligheter vad gäller den individuella vården. Utökad kunskap inom mjuk massage kan skapa förståelse för dess betydelse och inverkan på den demenssjukes livskvalitet och välbefinnande. Den utbildning som sjuksköterskan idag får inom personcentrerad vård på Göteborgs universitet skulle komma till betydande nytta. Det primära i sjuksköterskans arbete är att göra den demenssjuke så delaktig som möjlig i sin egen vård för att stärka självbestämmande och självbild. Vilket innebär att den demenssjukes egna behov och önskemål tillgodoses.

Forskningen inom mjuk massage vid demenssjukdom är inte tillräcklig, vilket kan vara en bidragande orsak till dagens ringa användning av mjuk massage. Vi önskar därför mer vetenskaplig forskning kring mjuk massage. Förslag till vidare forskning är att undersöka vilken inverkan den mjuka massagens duration och frekvens har på effektens kontinuitet. Det skulle även vara intressant att undersöka vilken tid på dygnet mjuk massage bäst lindrar beteendemässiga demenssymtom. Till sist menar vi att metoden i sig inte ska användas ensam, utan i kombination med annan medicinsk behandling och omvårdnad. Implementering av mjuk massage som omvårdnadsåtgärd kan ha en betydande inverkan på den demenssjukes hälsa.

7. REFERENSER

Ardeby, S. (2007). *ARBETA MED BERÖRING och bemötande*. Örebro: Trio Tryck AB.

Asp, M., & Ekstedt, M. (2009). Trötthet, vila och sömn. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens Grunder: Hälsa och Ohälsa*. (s. 417-485). Lund: Studentlitteratur.

Bergbom, I. (2012). Konsensusbegrepp som epistemologiska begrepp. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 47-63). Lund: Studentlitteratur AB.

Buschmann, M.T., Hollingen-Smith, L. M., & Peterson-Kokkas, S. E. (1999). Implementation of Expressive Physical Touch in Depressed Older Adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, 5(4), 291-300.

Carlson, P., & Falkenberg, T. (2007). *Integrativ vård med konventionella, alternativa och komplementära metoder*. Stockholm: Gothia förlag.

Dahlborg Lyckhage, E. (2012). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - VÄGLEDNING FÖR LITTERATURBASERADE EXAMENSARBETEN* (s. 17-26). Författarna och Studentlitteratur.

Dehlin, O., & Rundgren, Å. (2007). *Geriatrik*. Lund: Studentlitteratur AB.

Edberg, A-K. (2009). Minnessvårigheter och förvirringstillstånd. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens Grunder: Hälsa och Ohälsa* (s. 749-791). Lund: Studentlitteratur AB.

Edvardsson, D., & Wijk, H. (2009). Omgivningens betydelse för hälsa och vård. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens Grunder: Hälsa och Ohälsa* (s. 173-203). Lund: Studentlitteratur.

Edvardsson, D., Winblad., B., & Sandman, P-O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 4, 362-367.

Ekebergh, M. (2012). Tillämpning av vårdvetenskapliga begrepp i vårdandet. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 487-502) Lund: Studentlitteratur AB.

Elmström, R. (2013). Massage. I Nationalencyklopedin. Tillgänglig: <http://www.ne.se/lang/massage>

Eriksson, K. (1990). *Hälsans Idé*. Stockholm: Nordstedts.

Fagerström, L. (2012). Livskraft och livshållning. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 391-404). Lund: Studentlitteratur AB.

- Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (2. uppl). (s. 25-50). Lund: Studentlitteratur AB.
- Granath, E. (2006). Fysiologiska effekter av massage. I A. Wigforss Percy (Red.), *Massage och hälsa* (s. 25-54). Lund: Studentlitteratur.
- Harris, M., & Richards, K. C. (2010). The physiological and psychological effects of slow-stroke back massage and hand massage on relaxation in older people. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), 917-926.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2010). Förberedelse, tillvägagångssätt, effekter och påverkan. I M. Henricson & A. Billhult (Red.), *Taktil beröring och lätt massage från livets början till livets slut* (s. 15-30). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hicks-Moore, S. L., & Robinson, B. A. (2008). Favorite music and hand massage. *Dementia*, 7(1), 95-108. doi: 10.1177/1471301207085369
- Holliday-Welsh, D. M., Gessert, C. E., & Renier, C. M. (2009). Massage in the Management of Agitation in Nursing Home Residents with Cognitive Impairment. *Geriatric Nursing*, 30(2), 108-117. doi: 10.1016/j.gerinurse.2008.06.016
- Holm-Pedersen, P. (2008). Oral hälsa. I M. Bondevik & H. Nygaard (Red.), *Geriatrisk: ur ett tvärprofessionellt perspektiv* (s. 329-340). Malmö: Holmbergs AB.
- HSL 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Jahren Kristoffersen, N., & Breievne, G. (2005). Lidande, hopp och livsmod. I N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *GRUNDLÄGGANDE OMVÅRDNAD* (s. 157-205). Stockholm: Liber AB.
- Kim, E. J., & Bushmann, M. T. (1999). The effect of expressive physical touch on patients with dementia. *International Journal of Nursing Studies*, 36(3), 235-243. doi: 10.1016/S0020-7489(99)00019-X
- Kragh, A. (2005). Vanliga hälsoproblem hos äldre. I A. Kragh (Red.), *Äldres läkemedelsbehandling - orsaker och risker vid multimedcinering* (s. 113-158). Lund: Studentlitteratur AB.
- Larsson, M., & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lindell, L., & Ek, A-M. (2010). *Komplementära metoder i psykiatriska verksamheter - och brukares upplevelser och erfarenheter*. (FoU-rapport, 2010:5). Malmö: Hälsa och samhälle, Malmö Högskola.
- Lännergren, J., Westerblad, H., Ulfendahl, M., & Lundeberg, T. (2012). *FYSIOLOGI*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Marcusson, J., Blennow, K., Skoog, I., & Wallin, A. (1997). *Demenssjukdomar*. Stockholm: Liber AB.

- Ragneskog, H. (2011). *Omvårdnad och Omsorg vid demens*. (2. uppl). Göteborg: Printema Förlag.
- Remington, R. (2002). Calming Music and Hand Massage With Agitated Elderly. *Nursing Research*, 51(5), 317-323. doi: 10.1097/00006199-200209000-00008
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. London: Constable.
- Rowe, M., & Alfred, D. (1999). The effectiveness of slow-stroke massage in diffusing agitated behaviors in individuals with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(6), 22-34.
- Sansone, P., & Schmitt, L. (2000). Providing Tender Touch Massage to Elderly Nursing Home Residents: a Demonstration Project. *Geriatric Nursing*, 21(6), 303-308. doi: 10.1067/mgn.2000.108261
- SBU. (2002). *Mjuk massage vid demenssjukdom*. Stockholm: SBU.
- SBU. (2008a). *Dementia - Etiology and Epidemiology: A Systematic Review: June 2008 Volume 1*. Stockholm: SBU.
- SBU. (2008b). *Dementia - Diagnostic and Therapeutic Interventions: A Systematic Review: June 2008 Volume 2*. Stockholm: SBU.
- Segesten, K. (2012). Att välja modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - VÄGLEDNING FÖR LITTERATURBASERADE EXAMENSARBETEN* (s. 85-88). Författarna och Studentlitteratur.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Skog, M. (2012). *Vård och omsorg vid demenssjukdomar*. Stockholm: Sanoma Utbildning AB.
- Skovdahl, K. (2010). Personer med demenssjukdom. I M. Henricson & A. Billhult (Red.), *Taktil beröring och lätt massage från livets början till livets slut* (s. 95-106). Lund: Studentlitteratur AB.
- Skovdahl, K., Sörlie, V., & Kihlgren, M. (2007). Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care. *International Journal of Older People Nursing*, 2(3), 162-170. doi: 10.1111/j.1748-3743.2007.00056.x
- Smallwood, J., Brown, R., Coulter, F., Irvine, E., & Copland, C. (2001). Aromatherapy and behavior disturbances in dementia: a randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(10), 1010-1013. doi: 10.1002/gps.473
- Socialstyrelsen. (1997). *Taktil massage*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2001). *Folkhälsorapport 2001*. (2. uppl). Stockholm: Modin-Tryck.

- Socialstyrelsen. (2009a). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009b). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011). *Dödsorsaker 2011: Causes of Death 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (u.å.). *Ordlista för Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*. Hämtad 2013-02-17, från <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom/ordlista>
- SoL 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2004:123. *Ett nationellt register över yrkesutövare av alternativ- och komplementärmedicin*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Suzuki, M., Tatsumi, A., Otsuka, T., Kikuchi, K., Mizuta, A., Makino, K., & Saruhara, T. (2010). Physical and psychological effects of 6-week tactile massage on elderly patients with severe dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 25(8), 680-686. doi: 10.1177/1533317510386215
- Svensk sjuksköterskeförening. (2005). *ICN:s ETISKA KOD FÖR SJUKSKÖTERSKOR*. Stockholm: Danagårds Grafiska.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010a). *PERSONCENTRERAD VÅRD*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010b). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Touch Research Institute. (u.å.). *About*. Hämtad 2013-03-08, från <http://www6.miami.edu/touch-research/About.html>
- Uvnäs Moberg, K. (2007). *Lugn och beröring: Oxytocinets läkande verkan i kroppen*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Uvnäs Moberg, K. (2009). *Närhetens hormon: oxytocinets roll i relationer*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Vinthagen, S. (2013). Kommunikation ur ett maktperspektiv. I B. Fossum (Red.). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. (2. uppl). (s. 73-110). Lund: Studentlitteratur.
- Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad: Omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur AB.

WHO. (1978). *Alma-Ata 1978: Primary Health Care*. Geneva: WHO.

Wigforss Percy, A. (2006). *Massage och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *EVIDENSBASERAD ÖMVÅRDNAD: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (3. uppl). Lund: Studentlitteratur AB.

Woods, D. L., Beck, C., & Sinha, K. (2009). The Effect of Therapeutic Touch on Behavioral Symptoms and Cortisol in Persons with Dementia. *Forschende Komplementmedizin*, 16(3), 181-189. doi: 10.1159/000220479

Woods, D. L., Craven, R. F., & Whitney, J. (2005). The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 11(1), 66-74.

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - VÄGLEDNING FÖR LITTERATURBASERADE EXAMENSARBETEN* (s. 57-79). Författarna och Studentlitteratur.

BILAGA 1

ANOVA	Analysis of Variance. Samling av statistiska metoder vilka tillämpas i syfte att analysera medelvärdeskilnader.
E-BEHAVE-AD	Empirical Behavioral Rating Scale in Alzheimer's disease. Valid och reliabel skala som används i syfte att undersöka beteendemässig patologi vid Alzheimer's sjukdom och liknande demenstillstånd.
F-test	Statistiskt test som används i jämförelsen av statistiska modeller.
GBS	The Gottfries Bråne and Steen Scale. Semistrukturerad kvantitativ värderingsskala för demenssymtom.
MDS2	Minimum Data Set 2. Övergripande bedömning av funktionen hos bosatta på vårdhem. Hjälper personal att identifiera hälsoproblem.
MMSE	The Mini Mental State Exam. Frågeformulär som används vid undersökning av kognitiv nedsättning. Används vanligen för att kontrollera demens.
Sheffe's Test	Statistiskt test som används för att göra oplanerade jämförelser.

BILAGA 2

Sökning Cinahl 20130201							
Sökord	Träffar	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Valda artiklar
Dementia	23884						
Touch*	6744						
Tactile Massage	13						
Therapeutic Touch	1174						
Touch* AND Dementia	114	Peer reviewed, Research article, 1999-2013	24	24	7	5	1
Therapeutic Touch AND Dementia	32	Peer reviewed, Research article, 1999-2013	8	8	5	3	0
Massage AND Cognition Disorders	11	Peer reviewed, Research article, 1999-2013	1	1	1	1	1
Effect* AND Massage AND Dementia	27	Peer reviewed, Research article, 1999-2013	15	15	11	9	2
“Dementia Senile”	491	Peer reviewed, Research article, 1999-2013	160	160	3	0	0
Agitation AND Dementia AND Touch*	15	Peer reviewed, Research article, 1999-2013	8	8	5	4	0

Sökning Cinahl 20130207							
Sökord	Träffar	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Valda artiklar
Aromatherapy	1299						
Aromatherapy AND Dementia	59	Peer reviewed, Research article, 1999-2013	21	21	7	1	0
Aromatherapy AND Massage AND Dementia	18	Peer reviewed, Research article, 1999-2013	6	6	4	1	0
Aromatherapy Massage AND Dementia	4	Peer reviewed, Research article, 1999-2013	2	2	1	1	0

Sökning PsychINFO 20130131							
Sökord	Träffar	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Valda artiklar
Touch* AND Dementia	196	Peer reviewed	153	153	6	4	1

Sökning Scopus 20130207							
Sökord	Träffar	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Valda artiklar
Dementia	112910						
Touch	51391						
Dementia OR Alzheimers AND Massage OR Touch OR Effleurage	358	1999-2013, English, journal	236	236	23	13	1
Dementia OR Alzheimers OR Alzheimers Disease AND Massage OR Touch OR Effleurage	316	1999-2013, English, journal	222	222	21	12	1

Sökning Pubmed 20130131							
Sökord	Träffar	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Valda artiklar
Dementia	137323						
Touch	23568						
Tactile Massage	41						
Therapeutic Touch	1857						
Touch AND Dementia	201	1999-2013, human, English	102	102	13	5	2
Tactile AND Dementia	73	1999-2013, human, English	26	26	2	2	0
Massage AND Dementia	63	1999-2013, human, English	33	33	13	9	1
Massage AND Cognition Disorders	8	1999-2013, human, English	5	5	2	2	0
(Touch OR Tactile OR Massage) AND (Dementia OR Alzheimers)	301	1999-2013, human, English	143	143	34	11	1

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

Sammanfattande bedömning av kvaliteten
 Hög Medel Låg

Kommentar

Granskare (sign)

BILAGA H

EXEMPEL PÅ PROTOKOLL FÖR KVALITETSBEDÖMNING AV STUDIER

MED KVALITATIV METOD

Beskrivning av studien, t.ex. metodval
 Ja Nej Vet ej

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej

Patientkarakteristika Ja Nej Vet ej

Antal
 Ålder

Man/kvinna

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Ettiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval Ja Nej Vet ej

- Relevant? Ja Nej Vet ej

- Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

- urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

- datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

- analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Glömlighet Ja Nej Vet ej

- Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej

- Råder datamättnad? (om tillämpligt) Ja Nej Vet ej

- Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet Ja Nej Vet ej

- Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

- Redovisas resultatet i förhållande till Ja Nej Vet ej

en teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

Genereras teori? Ja Nej Vet ej

BILAGA G

EXEMPEL PÅ PROTOKOLL FÖR KVALITETSBEDÖMNING AV STUDIER
MED KVANTITATIV METOD, RCT & CCT

Beskrivning av studien

Forskningsmetod RCT CCT (ej randomiserad)
 multicenter, antal center
 Kontrollgrupp/er

Patientkaraktäristika Antal
 Alder
 Man/Kvinna

*Kriterier för inkludering/exkludering*Adekvat inkludering/exklusion Ja Nej*Intervention**Vad avsåg studien att studera?*

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått

Urvalsförfarandet beskrivet? Ja Nej
Representativt urval? Ja Nej
 Randomiseringsförfarande beskrivet? Ja Nej Vet ej
 Likvärdiga grupper vid start? Ja Nej Vet ej
 Analyserade i den grupp som de randomiserades till? Ja Nej Vet ej
 Blindning av patienter? Ja Nej Vet ej
 Blindning av vårdare? Ja Nej Vet ej
 Blindning av forskare? Ja Nej Vet ej

Bortfall

Bortfallsanalysen beskriven? Ja NejBortfallsstorleken beskriven? Ja NejAdekvat statistisk metod? Ja NejEitiskt resonemang? Ja Nej*Hur tillförlitligt är resultatet?*Är instrumenten valida? Ja NejÄr instrumenten reliabla? Ja NejÄr resultatet generaliserbart? Ja Nej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning)

Sammanfattande bedömning av kvaliteten

 Hög Medel Låg

Kommentar

Granskare sign:

BILAGA 4

Författare År Land Tidsskrift	Syfte	Design	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Kommentarer
Hicks-Moore & Robinson 2008 Canada Dementia: The international journal of social research and practise	Syftet var att undersöka effekten av favoritmusik och handmassage på agiterat beteende hos patienter med demens, både vad gäller typ och incidens. Studien genomfördes på tre specialvårdsenheter.	Kvantitativ. Experimentell studie med upprepade mätningar. Deltagarna i studien delades slumpmässigt in i antingen kontroll- eller interventionsgrupp. Deltagarna i interventionsgruppen genomgick alla de tre olika behandlingarna, varje behandling á 10 minuter. Deltagarna delades slumpmässigt in i de olika behandlingsgrupperna. Kontrollgruppen fick ingen behandling. Deltagarna i interventionsgruppen fick antingen handmassage, lyssna till sin favoritmusik eller båda delar. En forskarassistent utförde handmassagen. Etiskt godkänd.	n = 56 (15) K = 78 procent	Visar ingen signifikant skillnad i poäng för aggressivitet över tid eller mellan de tre olika behandlingstyperna. Ingen signifikant skillnad i interaktionen mellan behandling och tid. En signifikant skillnad vad gäller reducering av verbalt agiterat beteende över tid. För icke aggressivt beteende finns signifikant effekt över tid men inte över de tre olika behandlingstillstånden.	MEDEL Bortfallsanalysen är inte beskriven.

n = antal deltagare

() = storlek av bortfall

K = antal kvinnor

Författare År Land Tidsskrift	Syfte	Design	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Kommentarer
Holliday-Welsh, Gessert & Renier 2009 USA Geriatric Nursing	Syftet var att undersöka massagens potential för att minska agitation hos kognitivt nedsatta äldre på två vårdhem.	Kvantitativ. Prospektiv studie. Agitationen bedömdes utefter ett basvärde (preinterventionsfas), massagens interventionsfas och en uppföljningsfas (postinterventionsfas). Deltagarna i studien fungerade som sina egna kontroller. Fem olika aspekter av agitation observerades vid varje observationstillfälle. I studien användes den svenska massagemetoden effleurage. En sjukgymnastassistent utförde massagen. Etiskt godkänd.	n = 52 (3) K = 39 M = 13	Agitationsnivån som observerades vid basvärdet visade i genomsnitt mindre än ett (av ett möjligt totalvärde av sex) för fem av de bedömda symtomen. Nivåerna av agitation var lägre under massageinterventionen än under basvärdet för fyra av de fem symtomen och lägre under studiens uppföljningsdagar för alla fem symtomen.	HÖG

n = antal deltagare

() = storlek av bortfall

K = antal kvinnor

M = antal män

Författare År Land Tidsskrift	Syfte	Design	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Kommentarer
Kim & Buschmann 1999 Sydkorea International Journal of Nursing Studies	Syfte var att undersöka effekten av expressiv fysisk beröring tillsammans med verbalt uttryck (EPT/V) på dysfunktionellt och oroligt beteende hos personer med demens.	Kvantitativ. Studie med upprepade mätningar på patienter med demens på ett vårdhem. En och samma grupp genomgick studiens tre olika delar (basvärde, intervention och en avslutande del på tio dagar efter sista interventionen). Deltagarna fick handmassage under två och en halv minut, både före och efter denna fick de mjuk beröring på arm och skuldra. Data i studien är baserad på olika kombinationer av beröring och verbala uttryck (Buschmann, Hollinger-Smith & Peterson-Kokkas, 1999). Ovisst om vilken yrkeskategori som utfört den expressiva fysiska beröringen.	n = 30 (1) K = 25 M = 4	Minskad oro (mätt genom pulsfrekvens) direkt efter EPT/V samt färre episoder av dysfunktionellt beteende.	MEDEL

n = antal deltagare

() = storlek av bortfall

K = antal kvinnor

M = antal män

EPT/V (Expressive physical touch with verbalization) = Uttrycksfull fysisk beröring med verbalt uttryck

Författare År Land Tidsskrift	Syfte	Design	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Kommentarer
Remington 2002 USA Nursing Research	Syftet var att undersöka om en förändring i omgivningen beträffande stimuli i form av handmassage, musik eller båda delar kan påverka graden av agitation hos patienter med demens.	Kvantitativ. En interventionsstudie med upprepade mätningar på fyra olika interventionsgrupper. Varje grupp fick antingen handmassage, lugnande musik, båda delar eller ingen intervention alls. Deltagarna delades slumpmässigt in i en av grupperna (n=17 i varje grupp). Ovisst om vilken yrkeskategori som utfört handmassagen. Etiskt godkänd.	n = 68 K = 59 M = 9	En signifikant skillnad kunde ses över tid i alla fyra interventionsgrupper. Vid uppföljning visade sig deltagarna i kontrollgruppen signifikant mer agiterade än deltagarna i interventionsgrupperna. Vid upprepade mätningar mellan de fyra grupperna fanns signifikanta skillnader i det fysiskt icke-aggressiva beteendet. Det fysiskt icke-aggressiva beteendet minskade i varje enskild interventionsgrupp. Handmassage reducerade verbalt agiterat beteende mer än någon av de andra behandlingarna.	HÖG

n = antal deltagare

K = antal kvinnor

M = antal män

Författare År Land Tidsskrift	Syfte	Design	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Kommentarer
Rowe & Alfred 1999 USA Journal of Gerontological Nursing	Syftet var att undersöka effektiviteten av långsamma strykningar för att minska frekvensen eller graden av agiterat beteende hos patienter med Alzheimers sjukdom.	Kvantitativ. En studie med upprepade mätningar. Studien utfördes under tre veckor (helgerna bestod av vila/ingen behandling). Interventionen gavs vecka två. Under vecka ett och tre fastslogs deltagarnas basvärden. Deltagarna rekryterades under en tolv månadersperiod. Behandlingen utfördes av anhörigvårdare som tränats i att ge långsamma strykningar. Forskarteamet höll träningslektioner i långsamma strykningar till familjevårdare och vårdgivare. Etiskt godkänd.	n = 14 (5) K = 4 M = 9	Ingen signifikant skillnad var synlig hos deltagarna emellan studiens tre delar. Dock fanns en trend till reducerad agitation under interventionsdelen (vecka 2) gällande alla beteenden förutom vokalisering. Vokalisering var det mest förekommande beteendet under alla tre delar.	LÅG Saknar bortfallsanalys, generaliserbarhet, samt adekvata inklusions- och exklusionskriterier.

n = antal deltagare

() = storlek av bortfall

K = antal kvinnor

M = antal män

Författare År Land Tidsskrift	Syfte	Design	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Kommentarer
Sansone & Schmitt 2000 USA Geriatric Nursing	Syftet var att undersöka effekten av mjuk massage bland patienter med kronisk smärta och patienter med demens som uppvisar ett oroligt eller agiterat beteende. Studien genomfördes på ett vårdhem.	Både kvalitativ och kvantitativ. Studien är uppdelad i tre delar och genomförd på ett vårdhem. Vårdhemmet hade 6 våningar där deltagare i studien valdes ut från samtliga. I varje enskild del hade vårdtagare/vårdgivare/familjemedlemmar från två våningar involverats i mjuk massage under tre månader, minst 15 minuter 2 gånger i veckan. Data samlades in av respektive ansvarig sjuksköterska varje vecka för att mäta smärta, oro, agitationsnivå och möjlig förändring i medicineringen. Vårdpersonal och intresserade familjemedlemmar utbildades av en professionell massageterapeut i mjuk massage. Medgivande för deltagande inhämtat från ansvarig part.	n = 71 (12) Övervägande kvinnor	Kvalitativa fynd: Den vårdpersonal med formell kompetens som involverades i behandlingen med mjuk massage uppskattade det. En deltagare som tidigare visat sig aggressiv kunde snabbt lugnas genom mjuk massage. Kvantitativa fynd: Inga konsekvenser kunde ses vad gäller skalan för oro för de 34 deltagare som var involverade i grupp två (14 i del ett, 9 i del två och 11 i del tre). Medelvärde för nivån av oro är mycket högre i fas ett än i fas två och tre därför att deltagarna i del ett bodde på en demensavdelning där de boende uppvisade de mest problematiska beteendena. En liten variation i utskrivningen av psykotropiska läkemedel förekom. Det rapporteras att en allvarligt deprimerad deltagare som tidigare vägrat äta åt om en hand hölls på hennes rygg. 84 % av vårdpersonal med formell kompetens rapporterade att deltagarna uppskattade att få mjuk massage och 71 % tyckte att denna typ av massage förbättrade deras förmåga att kommunicera med deltagarna.	MEDEL Bortfallsanalysen är inte beskriven.

n = antal deltagare

() = storlek av bortfall

Psykotropiska läkemedel = Läkemedel med antikolinergisk effekt

Författare År Land Tidsskrift	Syfte	Design	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Kommentarer
Skovdahl, Sörlie & Kihlgren 2007 Sverige International Journal of Older People Nursing	Studiens syfte var att utifrån dokumentation beskriva taktil stimulering från vårdgivares perspektiv samt se förändringar hos demenspatienter med aggressiva och rastlösa tendenser.	Kvalitativ. Fenomenografisk innehållsanalys. Insamling av data från omvårdnadsdokumentation under 28 veckor. Data bestod av erfarenheter av att ge taktil stimulering till fem slumpmässigt utvalda patienter med demens. Deltagarna fick taktil stimulering minst en gång i veckan, av max två personer per deltagare. Detta för att främja kontinuitet. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys. I denna artikel presenteras data utifrån 5 deltagare. Huvudstudien omfattar 20 deltagare som fick taktil stimulering. Kvalificerad instruktör utbildade vårdpersonalen i taktil stimulering. Etiskt godkänd.	n = 5 K = 1 M = 4	Alla deltagare visade tecken på positiva känslor och avslappning. Vårdgivarna uttalade att de kände sig kapabla att interagera med de boende på ett mer positivt sätt och att de fick en hjärtligare relation till dem.	HÖG

n = antal deltagare

K = antal kvinnor

M = antal män

Författare År Land Tidsskrift	Syfte	Design	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Kommentarer
Smallwood et al. 2001 Storbritannien International Journal of Geriatric Psychiatry	Syftet var att undersöka den avslappnande effekten av aromaterapimassage på demenspatienters förvirringsbeteende.	Kvantitativ. Enkelblindad randomiserad kontrollerad studie. Deltagarna blev utvalda från en demensavdelning och randomiserades till en av följande tre interventioner, aromaterapimassage, massage med olja eller konversation med spridning av arom i rummet. Behandling och observation med videokamera genomfördes under olika perioder på dagen. Studien omfattar tre veckor. Patientens basvärde mättes ut under två veckor, därefter följde en interventionsvecka. En och samma aromaterapeut utförde varje behandling. Etiskt godkänd.	n = 21 (1) K = 12 M = 9	Det fanns en trend som visade på reducering av agitationsbeteende följt av aromaterapiinterventionen än efter de andra båda interventionerna. En signifikant interaktion vad gäller tid observerades. Enligt Sheffetestet visade sig en skillnad mellan aromaterapimassage och konversation med spridning av arom i rummet mellan klockan tre och fyra på eftermiddagen. Konversation med spridning av arom i rummet hade sämre effekt vid denna tidpunkt.	MEDEL Svaghet i urvalsprocessen av deltagare där deltagare bland annat bedömdes utifrån personlig lämplighet för aromaterapi.

n = antal deltagare

() = storlek av bortfall

K = antal kvinnor

M = antal män

Författare År Land Tidsskrift	Syfte	Design	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Kommentarer
Suzuki et al. 2010 Japan American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias	Syftet med denna studie var att tydliggöra effekterna av en sexveckorsbehandling med taktill massage på förändringar i fysisk och mental funktion, symptom av beteende och psykologiska symptom av demens (BPSD) bland patienter med demens.	Kvantitativ och kvalitativ. Interventionsstudie med två grupper, en kontrollgrupp som får normal vård utan taktill massage och en interventionsgrupp som får taktill massage. Deltagarna delas in i varje grupp utefter demografisk matchning, 20 deltagare inkluderas i varje grupp. Deltagarna i interventionsgruppen fick massage vid 30 tillfällen á 20 minuter mellan 16:00 och 17:00. Sjuksköterskor och forskande sjuksköterskor som utfört den taktilla massagen. Etiskt godkänd.	n = 40 (12) I studien finns inte könsfördelningen beskriven.	Kvantitativa fynd: I kontrollgruppen minskade medelpoängen för intellektuell och känslomässig funktion signifikant efter sex veckor. Förändringar observerades i interventionsgruppen. Både aggressivitetspoäng och nivån av kromogranin A* minskade signifikant efter sex veckor i interventionsgruppen. Kvalitativa fynd: Båda deltagarna visade förbättring vad gäller beteendemässiga symtom. Dels blev en deltagare mycket lugnare och bättre på att kommunicera.	HÖG

n = antal deltagare

() = storlek av bortfall

* = ett protein som tillsammans med olika hormoner förekommer i kroppens neuroendokrina celler

Författare År Land Tidsskrift	Syfte	Design	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Kommentarer
Woods et al. 2005 USA Alternative Therapies in Health and Medicine	Syftet var att undersöka effekten av terapeutisk beröring på förekomst och intensitet av beteendemässiga demenssymtom hos patienter med demens.	Kvantitativ. En dubbelblind studie med tre grupper (intervention, placebo och kontroll) med före-/eftertestskonstruktion. Deltagarna i interventionsgruppen fick terapeutisk beröring på nacke och skuldror. Under studien registrerades deltagarnas beteende var 20:e minut mellan kl. 08.00-18.00. Studiens totala längd var 20 dagar. Deltagare fördelades slumpmässigt till en av de tre grupperna med hjälp av numerär randomiseringsmetod. Data samlades in under 3 dagar före och 3 dagar efter interventionsdelen. Studien genomfördes på tre specialvårdsenheter för demenspatienter. Sjuksköterskor och vårdbiträden utförde den terapeutiska beröringen. Etiskt godkänd.	n = 57 K = 46 M = 11	Statistisk analys indikerar en signifikant skillnad i övergripande beteendemässiga symtom vid demens, manuell manipulation och vokalisering när interventionsgruppen jämfördes med placebo- och kontrollgrupp. Interventionsvården var signifikant mer effektiv avseende förbättring av beteendemässiga symtom vid demens än sedvanlig omvårdnad. I placebogrupperna indikerades en trend i förbättring av beteendemässiga demenssymtom i jämförelse med sedvanlig vård.	HÖG

n = antal deltagare

K = antal kvinnor

M = antal män

Författare År Land Tidsskrift	Syfte	Design	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Kommentarer
Woods et al. 2009 USA Forschende Komplementärmedizin	Syftet var att undersöka effekten av terapeutisk beröring på patienter med beteendemässiga demenssymtom och deras kortisolnivå.	Kvantitativ. Randomiserad kontrollerad studie med dubbelblindning. Forskarna delade slumpmässigt in deltagarna i en av studiens tre grupper (intervention, placebo och kontroll) med hjälp av numerär randomiseringsmetod. Deltagarna i interventionsgruppen fick terapeutisk beröring på nacke och skuldror, två gånger per dag under tre dagar. Fyra dagars basvärdesmätning, därefter följer 3 dagars intervention, sedan fem dagars basvärdesmätning och tre dagars intervention, därefter fem dagars basvärdesmätning. Beteende registrerades var 20:e minut mellan kl. 08.00-18.00 under studiens gång. Studien genomfördes på tre olika sjukhem. Tre forskningsassistenter som utfört den terapeutiska beröringen. Etiskt godkänd.	n = 65 (1) Uppskattningsvis är förhållandet man/kvinna, 1:4.	Rastlöshet minskade signifikant i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Ingen signifikant skillnad mellan grupperna vad gäller basvärde av kortisolnivå och beteende fanns, trots detta var medelvärdet i beteendepoäng lägre i interventionsgruppen jämfört med de andra två grupperna. En signifikant skillnad visar sig i nivån av kortisol på morgonen mellan de olika grupperna över tid.	HÖG

n = antal deltagare

() = storlek av bortfall