



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bacheloroppgave
SYK 180 11H
Kandidatnummer: 17 og 69
Innleveringsdato: 11.04.2014
Antall ord: 8517

Berøring



1 Innhold

2	Innledning.....	3
2.1	Valg av tema og aktualitet.....	3
2.2	Problemformulering	3
2.3	Avgrensning	4
2.4	Teoretisk referanseramme	4
3	Metode.....	5
3.1	Om metode og metodiske retninger	5
3.2	Kildesøk.....	5
3.3	Kildekritikk	6
3.4	Funn.....	6
4	Teori	9
4.1	Psykiske lidelser	9
4.2	Berøring.....	10
4.2.1	Ulike former for berøring	10
4.2.2	Hva skjer i kroppen ved berøring?	11
4.2.3	Påvirkende faktorer ved opplevelsen av berøring	12
4.2.4	Viktige elementer som bør være tilstede ved bruk av berøring.....	13
4.2.5	Historie og kultur.....	15
4.3	Etikk	15
4.3.1	Konsekvensetikk.....	16
4.3.2	Nærhetsetikk.....	16
4.3.3	Dydsetikk.....	16
4.3.4	Etisk dilemma og etisk vanskelige situasjoner	16
4.4	Sykepleieaspekter fra Kari Martinsens tenkning.....	17
4.4.1	De spontane livsytringene	17
4.4.2	Tillit	17
4.4.3	Omsorgens dimensjoner	18
5	Diskusjon.....	20
5.1	Bevisst berøring.....	20
5.2	Det usynelige gjerdet.....	21
5.3	Berøring og relasjoner	22
5.4	Pasientens signaler	23
5.5	Skjønnmessig vurdering.....	24
5.6	Konsekvenser for praksis	25

5.7	Oppsummering	26
6	Litteraturoversikt	27
6.1	Selvvalgt litteratur	28

2 Innledning

2.1 Valg av tema og aktualitet

I vårt yrke som sykepleier vil fysisk kontakt med pasientene være en naturlig del av jobben vår. Hvordan berøringen utøves kan variere mye og har ulik betydning for pasienten. Vi har valgt å se på sykepleierens bruk av berøring i møtet med mennesker med psykiske lidelser. Vi ønsker å finne ut hvordan sykepleieren bruker berøring og hvordan det oppleves for pasienten. Berøring kan føles riktig eller galt for både sykepleier og pasient avhengig av situasjonen og hvilke minner berøringen fremkaller (Ertner, 2014). Vi synes berøring er et viktig tema fordi det er situasjoner man som sykepleier møter daglig.

Berøring er en naturlig del av sykepleien (Borch & Hillevik 2005, Routasalo og Isola 1996), gjennom stell, trøst og støtte, ulike prosedyrer eller bare medmenneskelig kontakt. Berøring regnes som en form for kommunikasjon, og er en viktig del av sykepleiepraksis (Routasalo og Isola 1996). Autton (1990) sier at berøring er en av de sansene vi opplever mest personlig og er en av de mest grunnleggende kommunikasjonsformene vi har. I vår teknologiske hverdag er det kanskje blitt et enda større behov enn tidligere. Da man ikke trenger å møtes personlig for å kommunisere med andre. Videre skriver han at våre hender er de mest taktile instrumenter vi har (Autton, 1990). Salzmann-Erikson og Eriksson (2005) beskriver at behovet for berøring blir sterkere hos pasienter ved poliklinisk avdeling når den mentale helsen blir dårligere, og de lengter etter berøring fra blant annet helsearbeidere. I følge Martinsen sin teori er mennesker avhengige av hverandre, og dette kommer særlig frem ved sykdom og lidelse (Kirkevold, 1998). Mennesker med psykiske lidelser kan ha et stort behov for anerkjennelse fordi de ofte blir utstøtt fra mange sosiale sammenhenger (Salzmann-Erikson og Eriksson, 2005). Pasientene kan ha ulik opplevelse av når berøring er greit, og på hvilken måte som er greit (Borch og Hillevik 2005). Vi synes derfor det er interessant å se på hvordan sykepleieren bruker berøring i møtet med mennesker med psykiske lidelse.

2.2 Problemformulering

- Hvordan kan sykepleieren bruke berøring i møte med mennesker med psykiske lidelser – når er det rett og når er det galt?

2.3 Avgrensning

I denne studien skal fokuset være på hvordan sykepleieren kan bruke berøring i sin kontakt med mennesker med psykiske lidelser.

Vi har valgt å avgrense oppgaven til voksne mennesker med psykiske lidelser. Vi ser at berøring kan forveksles med det å bli følelsesmessig berørt, men i denne oppgaven snakker vi om fysisk berøring. Berøringen omfatter spontan kroppslig berøring som ikke er planlagt. Da vi utførte litteratursøk oppdaget vi at "therapeutic touch" handlet om alternativ behandling og å jevne ut energifelt, noe vi ikke ønsket å skrive om. I oppgaven har vi sagt noe om kulturforskjeller, men legger ikke vekt på mennesker med annen etnisk bakgrunn.

2.4 Teoretisk referanseramme

Vi ønsker å se nærmere på "fenomenet" berøring. Fenomenologien blir derfor sentral for oss i arbeidet med denne oppgaven. Hovedbudskapet i fenomenologien er å la fenomenet vise seg og å se det som det er uten forstyrrelser eller fordommer. Fenomenologien er en viktig premissleverandør for moderne hermeneutikk. Den moderne hermeneutikken som sier noe om at en handling (berøring i vårt tilfelle) kan oppfattes annerledes enn hva intensjonen var, og vi har derfor ingen kontroll over dens følger (Aadland, 2004)

Vi har et holistisk menneskesyn i denne oppgaven hvor vi ønsker å se hele mennesket. Holismens teori er at helheten er mer enn summen av delene. Dette betyr at man har en helhetsforståelse, hvor man ser hele mennesket som en helhet (Odland, 2008). Dette gjenspeiler seg i Martinsen (1996) sin tenkning hvor hun sier at kroppen er skapt som en helhet. I sykepleien er det viktig å kunne se hele mennesket fordi psyke og kropp påvirker hverandre (Odland, 2008). Martinsen (1990) setter omsorgsbegrepet høyt. Hun sier at omsorg er en grunnleggende forutsetning i menneskers liv og utgjør en viktig del av sykepleie (Tomey og Alligood, 2011).

3 Metode

”Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.”

(Aubert sitert i Dalland, 2007: 83)

3.1 Om metode og metodiske retninger

I valg av metode er det ofte to hovedretninger, kvantitativ og kvalitativ orienterte metoder. Kvantitativ metode brukes for å få oversikt og vise til det gjennomsnittlige. Kvalitativ metode brukes for å se på det som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2007). Denne oppgave er basert på en kvalitativ metode hvor karaktertrekk fra emnet skal komme fram ved at man jobber med tekster som skal fortolkes. Det må analyseres og man må finne hovednevnerne. Forskeren må være åpen, nysgjerrig og fleksibel, og veien blir på mange måter til underveis. Datasamlingen begynner tidlig i arbeidet. Hoveddelen av arbeidet skjer når dataene er samlet inn, og arbeidet består i å finne det essensielle i dataene, noe som kan være krevende. Man må tilstrebe og møte forskningsfeltet så teoriløst og fordomsfritt som mulig (Aadland, 2011). Vi bruker litteraturstudie som metode. Litteraturstudie kalles også litteraturgjennomgang, litteraturoppgave, litteraturprosjekt og sammenfatningsartikkel (Støren, 2013). Litteraturstudie er en gjennomgang av skriftlig materiale hvor man presenterer hvordan en gruppe mennesker tenker og mener om et emne (Aadland, 2011). Man studerer det som er undersøkt og skrevet om emnet, altså litteraturen. Ofte gjengir lærebøker forskningsresultater, teorier og faglige argumenter, noe som kan vanskeliggjøre det å være selvstendig og dra egne synspunkter. Gjennom litteraturstudien systematiserer, vurderer og sammenfatter man nyttig kunnskap for den aktuelle yrkesgruppen. Vår oppgave er en oversiktsartikkel. Dette betyr at den må inneholde minimum to artikler. Man bruker da kunnskap som allerede eksisterer og kommer dermed ikke med ny kunnskap, men kan derimot dra nye konklusjoner (Støren, 2013).

3.2 Kildesøk

Artiklene vi har brukt fant vi gjennom å søke i databasene Pedro, OTseeker, Chinal, SveMed+, Cocrane library, PubMed og EMBASE. Vi brukte søkeord som “touch”, ”therapeutic touch”, ”berøring”, ”touch mental disorder”, ”touch anxiety”, ”touch psychiatry”, ”psychiatry nursing” og ”psychiatric methods”. Vi kombinerte noen av søkene

ved å bruke "AND" funksjonen. En del av litteraturen, både artikler og bøker, fant vi gjennom kildelistene til litteraturen vi leste.

3.3 Kildekritikk

I denne prosessen har vi sett at det er lite forskning og litteratur om berøring. Vi har derfor valgt å bruke det vi har funnet, uavhengig av årstall. En del av litteraturen vi har funnet er sekundærlitteratur. Det vil si at den er basert på annen litteratur, og har blitt tolket flere ganger. Det beste er å bruke primærlitteratur som kommer direkte fra forskningsfeltet. Vi har forsøkt å bruke primærkilder så langt det går, men ikke all litteraturen har vært like tilgjengelig. Derfor har vi også brukt sekundærkilder. Mye av litteraturen er også basert på hverandre. Vi har derfor forsøkt å få tak i primærlitteraturen, men en del av det har vi ikke tilgang til. Mye av forskningen som er gjort om berøring omhandler massasje, og derfor er noe av litteraturen vi bruker hentet fra forskning gjort på fysioterapi og massasje.

3.4 Funn

Her presenterer vi funnene fra de mest aktuelle artiklene vi har brukt i oppgaven.

I 2008 publiserte psykolog Nissen en artikkel hvor han fant at trening på berøring og utdanning innen berøring hadde god effekt. Han fant også at en testgruppe på fem personer som ikke kunne se med stor presisjon kunne si hvilke følelser som ble formidlet av en fremmed som skulle formidle ulike følelser gjennom berøring. Et tredje funn han gjorde var at etter 20 sekunders omfavelse hadde testpersonene målt økt mengde oxytocin og mindre kortisol, noe som kan gi en følelse av glede.

I Dahle sin fagartikkel "*Profesjonell berøring*" fra 1996 diskuterer hun hva berøring betyr i behandlingsrelasjoner. Hun sier en del om tabuisering og skamfølelse rundt kroppen, og at berøring kan være risikofylt og kan lett overskride grenser. Individets identitet konstrueres av grensene rundt oss og overskridelse av disse grensene kan ha dramatiske konsekvenser for individet ifølge Dahle (1996).

I 2005 publiserte Eriksson og Salzman-Erikson en kvalitativ studie hvor de intervjuet fire pasienter som har vært innlagt for psykose. Målet med studien var å undersøke betydningen av fysisk kontakt for pasienter som har blitt behandlet for psykose. Funnene i studien var at pasientene trengte og lengtet etter fysisk kontakt, at fysisk kontakt var med på at de følte seg

tilknyttet og hadde tilhørighet, det var og med på å formidle følelser, og fysisk kontakt var med på at pasientene følte seg erkjent. Det kommer også fram i artikkelen at en god relasjon er avgjørende for om fysisk kontakt skal ha en god effekt.

Isola og Routasalo publiserte i 1996 en intervju-studie med 25 pasienter og 30 sykepleiere. De ønsket å finne ut hvordan eldre pasienter opplevde berøring i behandlingen med sykepleiere, og hvordan sykepleierne opplevde den samme berøringen. Deres funn var at relasjonen mellom pleier og pasient hadde noe å si for hva berøringen betød for pasientene. Når de hadde kjent hverandre lenge og hadde en god relasjon ga ”den ikke nødvendige berøringen” en positiv opplevelse for pasientene som de beskrev som varm, følsom og trøstende. Hadde de kjent hverandre lenge var det greit å bli strøket over håret og kinnene eller å bli klappet på rumpa. Sykepleierne beskrev berøringen som enkel og naturlig.

Tommasini (1990) utførte observasjon av sykepleiere på tre psykiatriske enheter ved et universitetssykehus i USA i litt over ett døgn. Det hun observerer som avgjørende for om sykepleieren bruker berøring, er pasientens behov for beroligelse og oppmerksomhet, pasientens oppførsel, sykepleierens kjennskap til pasienten og sykepleierens komfortabelhet med berøring. Sykepleierens intensjon for bruk av berøring ble observert som å vise at man er tilgjengelig, oppfylle spesielle behov hos pasienten som nærhet, hvordan pasienten reagerer på sykepleieren og på berøring, etablere varig kontakt og å fremme ikke-sykdoms fokus.

En studie basert på intervju med psykiatriske sykepleiere utført av M. Gleeson og A. Higgins (2009) hadde som mål å utforske sykepleieres oppfatning av fysisk berøring i møte med pasienter med psykiske helseproblemer. Funn: 1) Berøring er et svært kraftig verktøy, 2) å respektere pasienten sine intimgrenser, 3) den verbale kommunikasjon er bare en liten prosentandel.

Ellen Borch og Charlotte Hillervik (2005) har utført intervjuer av åtte pasienter. Resultatet av studien utspringer seg i at berøringen oppleves som positiv og negativ for pasientene. Positive opplevelser innebar at pasienten følte velbehag, trygghet og å bli sett, og negativ opplevelse av berøringen kunne være smerte, uro og å føle seg som et objekt.

Hunt, Stramrud og Johannessen (2008) har gjennom intervjuer, egne erfaringer og litteraturgjennomgang kommet fram til noen holdninger, oppfatninger og erfaringer

sykepleiere har med bruk av berøring i psykiatrisk behandling. Det å spørre om pasienten trenger berøring fremkommer som viktig. Andre ting som påpekes som viktig å tenke på i en berøringssituasjon er pasientens alder og kjønn.

I en artikkel utført av Shattel, Starr og Thomas (2007) fant de tre tema som var viktig for å skape en god relasjon mellom behandler og mennesker med psykiske lidelser. 1) forholde seg til meg, 2) kjenn meg som person og 3) finn løsninger. En pasient opplevde det som om en barriere ble brutt når man hadde berørt hverandre, for eksempel ved et håndtrykk. En annen pasient opplevde det som stor hjelp når behandleren brukte berøring, og følte det formidlet at behandleren gjorde det beste han kunne for pasienten. Det formidlet også at ”dette kommer til å gå bra”. En tredje pasient opplevde at berøring fra behandler fikk henne til å føle at hun kom ut av et mørkt og ensomt rom.

4 Teori

Vi deler dette kapittelet inn i psykiske lidelser, berøring, etikk og sykepleierteoretisk forankring. I den første delen vil vi si noe om hva psykiske lidelser er. I andre del vil vi noe om hva berøring kan gjøre med individet, hva som kan påvirke opplevelsen av berøring, ulike former for berøring og hva som kjennetegner god og mindre god berøring. I tredje del vil vi si noe om etikken rundt berøring og hvilke holdninger som bør være tilstede i møtet med menneskene med psykiske lidelser. I siste del tar vi for oss Kari Martinsens tanker og meninger rundt hva god sykepleie er.

4.1 Psykiske lidelser

Alle mennesker har en psykisk helse, og psykiske lidelser er svært vanlig. I Norge er det om lag 800 000 personer med psykiske lidelser, og i tillegg berøres pårørende til disse menneskene (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). Vi har valgt å bruke betegnelsen ”psykisk lidelse” og ikke ”psykisk sykdom” fordi det lett kan objektivisere og gi et utenfra-perspektiv ved å kalle det sykdom. Det er lettere å relatere seg til en lidelse, og det gir et innenfra-perspektiv. Utenfra-perspektiv handler om å se personer utenfra. Man betrakter altså personens adferd og ser tilstanden utenfra. For oss som sykepleiere og i forbindelse med berøring ønsker vi å se pasienten innenfra. Altså hvordan pasienten har det. Innenfra-perspektiv handler her om å få frem det særegne i situasjonen, og få en opplevelse av pasientens psykiske smerte. Alle opplever smerte, og det er en del av livet. Hvordan vi erfarer og håndterer smerten er forskjellig. Det er en flytende grense mellom smerte og følelser, og det å ha en diagnose definert som psykisk lidelse. Det er like mange måter å ha psykiske lidelser på som det fins måter å være menneske på. Psyke og kropp påvirker hverandre, og det er ikke alltid man vet hva som er årsaken til problemene. Psykiatriske symptomer og lidelser er at man er dysfunksjonell følelsesmessig og tankemessig, og over tid vil evnen til å fungere skades. Psykiske lidelser er en smerte som hemmer evnen til å skape og opprettholde relasjoner, noe som på sikt vil bidra til at man havner utenfor. Man kan mistolke, stenge andre ute, engste seg og lage sin egen verden av vrangforestillinger. Psykiske lidelser kan oppleves som vonde og ødeleggende, men kan også bidra til identitet og en form for mestring, noe som vil ha betydning for pasientens motivasjon til endring (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

4.2 Berøring

Berøring er et non-verbalt språk som er svært uttrykksfullt (Ertner, 2014, Hummelvoll 2012). I følge Autton (1990) minner taus berøring om moderlig omsorg, og viser ømhet og medfølelse. I følge Ertner (2014) kan ordet *berøring* uttrykke og bety tre viktige sider ved vår tilværelse: 1) *det å føle*, 2) *det å forstå* og 3) *det å handle*. *Taktil* betyr at noe kan oppleves gjennom berøringssansen i huden (Ertner, 2014). I følge Autton (1990) ble begrepet *takt* adoptert fra Fransk på tidlig 1900-tallet, og betydde opprinnelig *å ta forsiktig på*.

I følge Ertner (2014) er det flere studier som viser at berøring er livsviktig, og spesielt for den sosiale, kognitive og fysiske utviklingen. Studier (Montagu 1986, Ellneby 1994, Fyrand 2002, Servan-Schreiber 2008 og Langøen 2012 gjengitt i Ertner 2014) viser at spedbarn som ikke får fysisk kontakt dør, og behovet avtar ikke med alderen. Behovet for berøring vil alltid være til stede, og er ekstra viktig i enkelte faser av livet og i sårbare situasjoner. Berøring viser seg også å være viktig for resiliens, som betyr å ha psykologisk motstandskraft (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). Det fins forskjellige måter å berøre på, og i neste avsnitt skal vi se nærmere på dette.

4.2.1 Ulike former for berøring

Berøring kan kategoriseres på flere måter. Vi velger å bruke samme kategorisering av berøring som Ertner (2014):

- Selvberøring: egenstimulans
- I kontakt med omverdenen: funksjonell berøring, ekspressiv berøring og bevisst stimulering

Vi skal gå nærmere inn på berøring i kontakt med omverdenen. Den funksjonelle berøringen handler om nødvendig berøring som for eksempel stell, mating og prosedyrer, og kan utføres personlig og upersonlig (Ertner, 2014). I artikkelen "*Det gode håndlag*" (Jensen, 2004) beskrives viktigheten av måten berøringen utøves på. Sykepleieren kan bruke berøring bevisst for å skape kontakt, tillit, trygghet og håp. Måten man berører og steller pasienten på kan kommunisere medfølelse, omtenkksomhet, faglig dyktighet og engasjement. På den annen side kan sykepleieren bruke berøring ureflektert, og pasienten blir tingliggjort. Da kan man framstå som hardhendte, hensynsløse, truende og krenkende uten selv å være klar over det.

Ekspressiv berøring karakteriseres hos Autton (1990) som aktiv berøring. Den ekspressive berøringen omhandler spontan, affektiv og følelsesmessig berøring, både bevisst og ubevisst. Affektiv berøring er det som handler om å formidle følelser som omtanke, omsorg og sympati, og det å holde en hånd, omfavne eller lett massasje for å lindre smerte (Ertner, 2014). Den ekspressive berøringen karakteriseres av Routasalo og Isole (1996) som ikke nødvendig berøring, og at den avhenger av pasienten, sykepleieren og situasjonen. Den ikke nødvendige berøringen er intuitiv og avhengig av gjensidighet, og blir vanligvis akseptert og sett på som viktig. Ettersom vår kunnskap om berøring øker, kan man i større grad velge hvordan man vil bruke berøring eller om man vil avstå fra berøringen (Ertner, 2014).

Bevisst stimulering viser seg i form av konkrete tiltak og alternativ til medikamentell behandling. Utilfredsstilt behov for nærhet og kontakt kan være indikasjon for slike tiltak. Imidlertid er viktig at det ikke blir en erstatning for ekspressiv berøringen og den ekte relasjonen, og at man ivaretar den mellommenneskelige nærheten (Ertner, 2014). Massasje er et eksempel på bevisst stimulering. Hummelvoll (2012) snakker om målrettet berøring, og at dens hensikt er å trøste og berolige med hendene.

Videre er det i følge Autton (1990), er det fire grunnleggende berøringskvaliteter:

- Lokalisering: hvor på kroppen man blir berørt.
- Intensitet: varierer fra hvor dypt berøringen gjøres.
- Handling: stryking, gniing, holding og klemming gir ulik stimulering til huden, og sender derfor ulike beskjeder og impulser til nervesystemet.
- Varighet: fra initiativet til berøringen tas, til berøringen avbrytes av en av partene.

4.2.2 Hva skjer i kroppen ved berøring?

Ved taktil berøring berøres huden. Den mest direkte kontakten med verden utenfor kroppen formidles gjennom hudsansene. Huden er utstyrt med ulike sanseceller. De frie nerveendene registrerer smerte og temperatur, og de dekkede nerveendene registrerer trykk og berøring. Tettheten av de ulike sansecellene varierer på ulike steder på kroppen. Fingertuppene er en av de hudområdene med størst overlappning av taktile sanseceller, mens for eksempel ryggen har få taktile sanseceller (Sand, Sjaastad, Haug og Bjålie, 2006). Ved berøring skiller kroppen ut mer av neurotransmitteren dopamin og hormonet oxytocin som kan gi en følelse av glede og påvirke våre relasjoner til andre. De beroligende effektene etter berøring kan vare noen timer.

Samtidig reduserer oxytocin hormonet kortisol som er et stresshormon (Nissen, 2008). Oxytocinet senker blodtrykk, puls og kortisolnivå, samt at det påvirker immunforsvaret, vekst og smertetoleranse. Disse effektene kommer tydeligst til uttrykk i kjente, rolige og trygge omgivelser. Oxytocin kalles også for nærhetens hormon, fordi det er med på å skape, forsterke og vedlikeholde gode relasjoner. Hormonet bedrer altså vår evne til å søke kontakt og nærhet, noe som øker vårt velbehag.

4.2.3 Påvirkende faktorer ved opplevelsen av berøring

Ertner (2014) presenterer ulike faktorer som kan være med på å påvirke opplevelsen av berøringen. De faktorene vi ser på som viktig for vår oppgave er type berøringsstimuli og lokalisasjon, kontekst og forhold ved enkeltindividet.

4.2.3.1 Type berøringsstimuli og lokalisasjon

Hvordan man blir berørt har betydning for opplevelsen av berøringen. Belønningscenteret i hjernen blir sterkest aktivert ved direkte hudkontakt med bevegelse, når denne berøringen oppleves som positiv (Ertner, 2014). Rygg og arm er områder på kroppen som er mindre følsomme, og gir derfor svakere inntrykk av berøringen i motsetning til ansikt eller hånd, som kan gi et skarpt lokalisert inntrykk (Routasalo og Isola, 1996 og Autton, 1990).

4.2.3.2 Kontekst

Samme berøring kan oppleves ulik i forskjellige situasjoner (Ertner, 2014). I følge Autton (1990) har type berøring, intensitet, lengde og frekvens, samt alder, rolle og kjønn betydning for opplevelsen av berøringen. Kultur har også betydning for vår opplevelse av berøring og det kan oppstå kulturelle forskjeller mellom personer, for eksempel mellom kvinne og mann, pleier og pasient, eller personer med ulik status, alder og tilhørighet (Ertner, 2014, Hummelvoll, 2012). Antakeligvis kan tidligere hendelser også påvirke opplevelsen av berøringen (Ertner, 2014).

4.2.3.3 Forhold ved enkeltindividet

I følge Ertner (2014) kan gutter ha større effekt av berøring enn jenter. Grunnen til dette kan være at menn og kvinner oppfatter og bearbeider berøring forskjellig. Avhengig av vår emosjonelle tilstand kan lik stimulering oppfattes ulik hos samme person. Berøring kan også vekke tidligere erfaringer, positive så vel som negative. Hver person kan også ha mestringsstrategier for å unngå å bli berørt av andre.

4.2.4 Viktige elementer som bør være tilstede ved bruk av berøring

Hvordan man velger å bruke taktil berøring avhenger av situasjon og relasjon. Der berøringen er upassende kan det utløse reaksjoner som angst, frykt og vemmelse hos pasienten, noe som gjør at man avstår fra berøring (Ertner, 2014).

4.2.4.1 Passende og hjelpende situasjoner

- *”Når en person er deprimert eller engstelig og ikke reagerer på verbal kommunikasjon*
- *Når en person trenger oppmuntring til å ta et vanskelig skritt*
- *Når en person er redd*
- *Når helsepersonell ønsker å vise at de deler en annens glede*
- *Når helsepersonell sympatiserer med en annens sorg eller fortvilelse*
- *Når en person trenger ”moderlig omsorg”*
- *Når en person ”rekker ut en hånd” i perioder med stress eller trenger en bekreftelse på at han er akseptert*
- *Når en person har smerter, føler seg avvist, ensom eller sansemessig berøvet”*

(Ertner, 2014: 59)

4.2.4.2 Upassende situasjoner:

- *Berøring med seksuelle undertoner*
- *Når en person har en aversjon mot sex eller berøring*
- *Når berøring ikke formidler en ”ekte” beskjed*
- *Når en person ser fysisk kontakt som en kommunikasjonsmåte forbeholdt barn eller funksjonshemmede*
- *Når en helsearbeider føler det ”unaturlig” eller flaut å ta på en bestemt person”*

(Ertner, 2014: 59)

4.2.4.3 Hinder i kommunikasjonen

- *” Vi ønsker ikke å påføre den andre mer lidelse*

- *Vi er opptatt av vår egen sannhet*
- *Vi har behov for å beskytte oss selv mot den andres lidelse*
- *Har vi selv et avklart forhold til temaet som bør taes opp?*
- *Vi er redd for å gå den andre for nær - trå over hans grenser...*
- *Vi er usikre på egen evne og kompetanse til å kommunisere*
- *Vi dømmmer den andres valg eller meninger*
- *Vi er redd for å bli avvist*
- *Vi har ikke tid – tidsklemma!”*

(Wiig, 2013: 16)

4.2.4.4 Relasjon

Begrepet relasjon brukes om forhold, kontakt og forbindelse mellom mennesker (Eide og Eide, 2007). I denne oppgaven bruker vi relasjonsbegrepet om sykepleierens forhold til pasienter og pårørende. God kroppskontakt kan skape relasjon med trygghet, mening og bekreftelse. Dette kan også gjøre at sykepleier og pasient kommer nærmere hverandre. For å skape relasjon der kommunikasjonen er nedsatt kan man bruke berøring (Eide og Eide, 2007).

I artikkelen til Shattell, Starr og Thomas (2007) viser de at for å skape en god relasjon til pasienten er personlige egenskaper hos sykepleieren sentral. Dette er egenskaper som å være ikke-dømmende, tålmodig, ha en vennlig talemåte, være åpen, genuin, rolig og stabil. Sykepleieren kan også bruke kommunikasjonsteknikker for å skape en god relasjon til pasienten. Dette kan være å ta pauser i samtalen, stille åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål, oppsummere, oppklare, berolige, være sympatisk og reflektert. Å ha øyekontakt, full oppmerksomhet, og uttrykke følelser er andre aspekter ved kommunikasjonen som kan styrke relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. I artikkelen beskrives det at pasientene følte seg sett når sykepleieren relaterte seg til dem, og når de følte seg sett følte de seg spesielle, noe som var særlig viktig for mennesker med psykiske lidelser. Fysisk kontakt som et håndtrykk eller en klem kan hjelpe pasienten til å føle at sykepleieren relaterer seg til dem, og det var positivt for relasjonen dersom sykepleieren delte sine egne problemer med pasienten. Det gjorde at pasienten følte at sykepleieren kom til dem som en person og ikke som en behandler. Det er av betydning for pasienten å bli sett av sykepleieren som en person og ikke en pasient eller en diagnose. Det å bli behandlet som en voksen og at meningene sine har noe å si, at man ikke blir sett på som gal eller rar, gjør at pasienten føler seg sett. Det er viktig for pasienten at

sykepleieren genuint bryr seg, er oppriktig, viser forståelse, har ferdigheter, er en god lytter og er tålmodig. Tid, ferdigheter og forståelse må være tilstedet for at en god relasjon skal kunne utvikle seg. Å lytte og å ta hensyn til pasientens behov er vesentlig for at relasjonen mellom sykepleier og pasient skal nå dets fulle potensial.

4.2.5 Historie og kultur

Ved forrige århundreskifte ble berøring ansett som ødeleggende for forholdet mellom pleier og pasient. Berøring var forbudt i all psykologisk terapi i frykt for å fremkalle seksuelle følelser og utløse sinneutbrudd (Autton, 1990). Historisk sett så er det to akser i den terapeutiske berøringen. Den ene omhandler det overnaturlige fenomenet, og den andre om den helbredende kraften som fins i for eksempel fysioterapien. Etter hvert ble berøringen ganske borte i medisinsk praksis, og ble stort sett bare brukt i forbindelse med undersøkelser og diagnostisering (Ertner, 2014). Den aktive bruken av berøring har sklidd ut av sykepleiefunksjonen, til fordel for tekniske kunnskaper og ferdigheter, og den aktive berøringen i dag utspringer seg i form av nødvendig stell fremfor å brukes til avspenning, trøst, ro og omsorg (Hummelvoll, 2012).

I den vestlige verden blir berøring ofte ansett som en alternativ behandlingsform (Ertner, 2012), og interessen for berøring som uttrykksmiddel og terapi er voksende (Hummelvoll, 2012). Samtidig ser vi i dag at berøringsbehandlinger som tidligere ble sett på som uortodoks oftere brukes i forbindelse med velvære. Massasjeterapi er den behandlingsformen som er basert på berøring som har fått størst oppmerksomhet i kroppsbehandlinger (Ertner 2014). Det er kulturelle forskjeller på hvordan berøring brukes. Nærhet og avstand oppfattes forskjellig, og måten man forholder seg til hverandre varierer i ulike kulturer (Ertner, 2014 og Bunkan, 1997).

4.3 Etikk

Det er flere etiske teorier, og i forbindelse med denne oppgaven har vi valgt å se på konsekvensetikk, nærhetsetikk, dydsetikk og etiske dilemma. Disse omhandler personlige egenskaper og holdninger hos sykepleieren, noe som er av stor betydning for at berøringen skal oppleves som noe positivt. Pliktetikk og de fire prinsippers etikk ser vi som mindre relevant når vi skriver om berøring.

4.3.1 Konsekvensetikk

Nytteetikk er en form for konsekvensetikk der konsekvensene vurderes ut fra nytteverdien. Positive og negative konsekvenser overveies. Når det er overvekt av gode konsekvenser kan konsekvensetikken vurderes som en moralsk riktig handling (Brinchmann, 2008).

4.3.2 Nærhetsetikk

Nærhetsetikk, også kalt relasjonsetikk, fundamental etikk, omsorgsetikk og holdningsetikk, baserer seg på at sykepleier og pasient er likestilt. Målet med denne tenkningen er at man skal unngå et distansert forhold mellom pasient og sykepleier, og at man som sykepleier skal ha en forståelse for situasjonen og det særegne ved det enkelte møtet. Sykepleierens holdninger er viktig i møte med pasienten, og kan være avgjørende for pasientens opplevelse av tilværelsen. Sykepleieren står i en etisk fordring som ikke forteller hvordan man skal handle, og det blir hennes ansvar selv å finne ut hva som blir riktig i den enkelte situasjonen (Brinchmann, 2008).

4.3.3 Dydsetikk

Dydsetikk er på samme måte som nærhetsetikk en relasjonsetikk, og har med personlige egenskaper å gjøre. Dyder kan være mot, klokskap, fortrolighet, tålmodighet, barmhjertighet, medfølelse og måtehold, og må integreres i den enkelte sykepleier. Handlingen i seg selv er viktigere enn målet. Man må altså utføre handlingen med den rette innstillingen uten å nøle. Dyder og holdninger vil alltid være med å prege utøvelsen av sykepleie. Holdningene våre påvirker handlingene våre, og gjentatt adferd påvirker holdningene våre. Det nytter ikke å kopiere og etterligne andre, man må finne sin egen stil og utvikle sine dyder på sin måte. Ved å ha et bevisst forhold til høflighet og folkeskikk kan man endre holdningene ved å innøve dydene gjennom gjentatte handlinger. Skal man få en god situasjonsforståelse må sykepleieren være bevisst ulikheter blant pasientene (Brinchmann, 2008).

4.3.4 Etisk dilemma og etisk vanskelige situasjoner

Etiske dilemma handler om handlingstvang, og er et faglig moralsk spørsmål. Sykepleieren må altså ta et faglig valg, om hva som er til pasientens beste, samtidig som man må ta ett valg om hvilke etiske prinsipper som i situasjonen veier tyngst. Det handler altså om å måtte ta et ubehagelig valg mellom to eller flere verdier der begge er ønsket eller medfører uønskede konsekvenser. En etisk vanskelig situasjon er når verdier står på spill som det av ulike grunner er vanskelig å få realisert, for eksempel på grunn av økonomi eller tid (Slettebø, 2008).

4.4 Sykepleieaspekter fra Kari Martinsens tenkning

Videre tar vi for oss hva Kari Martinsen sin sykepleieteori sier. Martinsen har et holistisk menneskesyn. Martinsen (1990) stiller spørsmål ved den teoretiske og vitenskaplige kunnskapens plass og betydning i sykepleien. Hun spør seg om vårt trente håndlag og lydhørhet overfor pasientens problemer ikke er like viktig som den vitenskaplige kunnskapen. Den praktiske kunnskapen og faglig dyktighet ligger sentralt i Martinsens teori. Hun ser at den ikke kan læres, og utspringer fra hvordan vi er som mennesker.

4.4.1 De spontane livsytringene

Løgstrup sier at det er noe grunnleggende fenomener i oss som han kaller livsytringene. Dette er tillitt, medlidenhet, barmhjertighet, talens åpenhet og håp. Videre sier han det å være medmenneske hører med til menneskets liv, og fordringen ligger i møtet med vårt medmenneske. Livsytringene er grunnleggende for at menneskelig samvær kan bestå og utfolde seg, og er spontane og umiddelbare, og viser seg gjennom våre handlinger. Livsytringene er målet i seg selv, og dersom det er en intensjon bak blir de ødelagt. Fordringen i livsytringen er å ta vare på det du har ansvar for i den andres liv. Det kan være noe av stor betydning for pasientens liv, eller det kan være noe lite og forbigående. Om livsytringen snakker Martinsen (1990) snakker om situasjonsbundet fornuft, som hun også kaller dagliglivets fornuft. Dette er situasjonsbetinget, og er knyttet til hva vi gjør, samtidig som det formidler det vi er felles om, nemlig livsytringene. Hun sier også at man ikke kan lage regler om hvordan man skal oppføre seg eller handle, men man er avhengig av regler som kan minne oss på hvilke verdier som må bevares. På denne måten kan reglene hjelpe oss å handle riktig, særlig i omsorgsrelasjoner hvor situasjonen byr oss imot. Vår lydighet til holdningene vi møter pasienten med, blir i en slik situasjon særlig viktig. På den måten kan reglene ta vare på livsytringene. For best å kunne handle i forhold til livsytringene må vi lære å vurdere ut fra klokskap, innsikt, forståelse og erfaring.

4.4.2 Tillit

Tillit er fundamentalt, og sentralt i sykepleierens omsorg, og en forutsetning i møte med andre. Våre holdninger i møte med pasienten er avgjørende for om pasienten vil oppleve møtet som truende eller trygt. Løgstrup sier at i møte med pasienten holder man en bit av den andres liv i sin hånd. Tillit krever at man utleverer seg, og det fordrer at man tar vare på den

andre og viser seg tilliten verdig. Et dilemma vi alltid vil stå ovenfor er balansen mellom åpenhet og det å beskytte seg i sosiale relasjoner (Martinsen, 1990).

4.4.3 Omsorgens dimensjoner

I følge Martinsen er omsorgens relasjonelle, moralske og praktiske sider sammenvevd når man står i en sykepleier-pasient situasjon, og det er umulig å skille disse fra hverandre. Martinsen presenterer de likevel hver for seg (Kristoffersen, 2005). Den moralske dimensjonen i omsorgen er den overordnede, og viser seg i den måten som arbeidet utføres på (Martinsen, 1990).

4.4.3.1 Omsorgens relasjonelle dimensjon

Martinsen sier at for å oppnå en god relasjon er det nødvendig at sykepleieren er engasjert og villig til å sette seg inn i pasientens situasjon. Hun fremhever at utfordringen er å finne ut hva pasienten er best tjent med. Livsytringene er et uttrykk for kjærlighet mellom mennesker, og er fundamentale også i yrkesmessig omsorg. Tillitt er grunnleggende for en god relasjon mellom pasient og sykepleier, og er uunnværlig i all omsorg (Kristoffersen, 2005).

4.4.3.2 Omsorgens moralske dimensjon

I følge Martinsen er det en nær forbindelse mellom omsorg og moral. Moral er gode sykepleierholdninger og man må lære å handle moralsk. Våre handlinger er moral, og kan forklares med etikk, men ifølge Martinsen er det ikke noe skille mellom etikk og moral. Moralen og etikken er i relasjoner mellom mennesker, og dette er den spontane livsytring. Moralen har ingen normer og regler, og handler om å gjøre det beste for pasienten med omsorg. Normer og regler trenger vi først når det har skjedd et sammenbrudd i moralen (Kristoffersen, 2005).

4.4.3.3 Omsorgens praktiske dimensjon

Omsorgens praktiske dimensjon handler om dagligdagse situasjoner. Sykepleieren skal bruke egne erfaringer om for eksempel smerte, sult og personlig hygiene til å forstå pasientens behov. Man skal ikke kjenne hva pasienten kjenner, men gjenkjenne det. På den måten kan man se pasienten som et medmenneske for å ivareta hans behov. Som sykepleier har man i tillegg fagkunnskap om ulike lidelser, som gjør en i stand til å ivareta pasienten på en faglig og hensynsfull måte. Det er viktig at pasienten ikke føler seg umyndiggjort, men at omsorgen

blir tilrettelagt slik at pasienten opplever anerkjennelse. Sykepleieren skal unngå interne faguttrykk, og bruke et språk som pasienten forstår (Kristoffersen, 2005).

5 Diskusjon

Under arbeidet med oppgaven har vi sett at det er vanskelig å lage regler for hvordan berøring kan utføres, noe nærhetsetikken også peker på. Man kan skape holdninger som bør være tilstede i møte med pasienten, om hvordan man burde tenke om berøring. Dette kan hjelpe sykepleieren i å vite om man går for langt eller hvordan man skal bruke berøring. Som Martinsen sier kan reglene fungere som påminnelse om verdien som skal bevares, men de må vurderes skjønnessig i forhold til situasjonen.

Vi skal diskutere berøring under temaene bevisst berøring, menneskers usynelige gjerde, relasjoner, signaler fra pasienten, skjønn og konsekvenser for praksis.

5.1 Bevisst berøring

Sent på 1900-tallet var det mest fokus på språklig kommunikasjon i psykisk helsevern, og det er i de senere år blitt rettet mer oppmerksomhet rundt berøring. Slik vi ser det er dette en positiv utvikling. I arbeidet med denne oppgaven har vi sett at berøring kan ha mange positive effekter, som vi har nevnt tidligere. Så vel som positive opplevelser med berøring, kan det også gi negative opplevelser. Kroppen er et privat område og kan true identiteten til den som mottar berøring (Dahle, 1996). I situasjoner hvor pasient og sykepleier er av ulikt kjønn, er det noen som mener at det kan oppstå konflikt mellom oppfattelsen av erotisk og ikke-erotisk berøring, spesielt i psykiatrien (Dahle, 1996, Hunt, Stramrud og Johannessen, 2008). Dette kjenner vi igjen fra praksis, der særlig mannlige sykepleiere bevisst ikke oppholder seg sammen med kvinnelige pasienter med lukket dør i frykt for å bli seksuelt anklaget. Dette gjenspeiler seg i artikkelen til Gleeson og Higgins (2009) hvor mannlige sykepleiere uttalte at de var særlig forsiktig med berøring av kvinnelige pasienter. Konsekvensetikken overveier positive og negative verdier, i situasjoner som dette velger sykepleieren å beskytte seg selv framfor å risikere å gi nærhet i fare for å bli misstolket. Noen områder på kroppen er mer sosialt akseptert for berøring, mens andre områder er forbundet med seksualitet (Dahle, 1996 og Autton, 1990). Som nevnt tidligere kan berøring være flertydig og mistolkes. Ertner (2014) understreker at mennesker med psykiske lidelser ofte er sårbare, og berøring kan lettere mistolkes. Som sykepleier er det derfor viktig å tenke på hvordan man bruker berøring i møte med disse menneskene. Det kan derfor være grunn til å være tilbakeholden med berøring så lenge man ikke har tilstrekkelig forståelse om positive og problematiske sider ved berøringen (Dahle, 1996). Vi tenker at dersom man ikke har tilstrekkelig med kunnskap om berøring, så

vil det være viktig å oppsøke kunnskap om emnet. I tråd med Hunt, Stramrud og Johannessen mener vi det er viktig å kommunisere med pasienten om berøring, og at man kan spørre om pasienten ønsker en klem eller å bli holdt i hånden. For å tilegne seg kunnskap er det imidlertid nødvendig med erfaring. Som nevnt tidligere blir berøringen mer troverdig når den som berører er komfortabel i situasjonen. Martinsen (1990) sier at det å vise tillitt er å utlevere seg, og da må man våge seg fram for å bli imøtekommet. Autton (1990) påpeker imidlertid at berøring er en risikofylt mellommenneskelig kontakt. Dette fordi man er mer sårbar og ikke kan skjule seg bak ord, og man viser mer av seg selv enn man kanskje ønsker. Samtidig er berøring den kommunikasjonsformen som under rette omstendigheter er mest trøstende og oppmuntrende. Vi ser det slik at trøst med berøring er mer troverdig enn trøst med bare ord. Dette understøttes av Hertenstein m.fl. (2006) som mener at man kan formidle flere positive følelser gjennom berøring enn via ansiktsuttrykk. Vi mener at vi som sykepleiere må våge å gi av oss selv, og oppsøke berøring og utlevere oss til fordel for de positive effektene vi har sett at berøringen kan ha. Vi må også ta lærdom av tidligere erfaringer, og kjenne våre egne begrensninger. Ved berøring er det også viktig at vi bruker skjønn, og vurderer hver enkelt situasjon individuelt. Dette understøttes av Martinsen (1990: 66) som påpeker at:

”våre moralske handlinger krever overveielser og skjønnessige vurderinger for best å finne ut hvordan man i hver enkelt situasjon best handler i overensstemmelse med livsytringene”.

5.2 Det usynelige gjerdet

Dahle (1996) sier at man i vår vestlige kultur lever med et ”usynelig gjerde” rundt kroppen. Dette ”gjerdet” holder andre mennesker på en avstand som føles mest behagelig for oss selv. Vi tror derfor mange er redd for å oppleves som sær dersom man kontakter eller slipper fremmede innpå seg. Dette tenker vi kan føre til at det blir en større barriere for folk å bruke berøring, og man blir dermed mer avhengig av en god relasjon før man berører hverandre. Vi tror dette ”gjerdet” er en form for forsvarsmekanisme, for eksempel for å unngå ubehagelige situasjoner. Ved å slippe andre mennesker innenfor ”gjerdet” sitt, krever det mer av en selv og man blir mer sårbar. Når man holder andre mennesker på trygg avstand, kan det tenkes at man opplever større kontroll over sine egne følelser. Vi tenker at ”gjerdet” som forsvarsmekanisme kan være et hinder for noen pasienter, ved at pasienten undertrykker andre behov som nærhet og tilknytning til fordel for den kjente tryggheten ”gjerdet” gir. Martinsen (1990: 72) uttrykker at

”vi må ha respekt for hverandres forbeholdenhet og bruk av konvensjonelle normers beskyttelse.”

Med dette forstår vi at det er viktig å respektere pasientens intime grenser, og forholde seg til samfunnets normer. I møte med pasienter vil man sanse den andre, og allerede her står man i et etisk forhold til pasienten (Martinsen, 2000). Dydsetikken legger vekt på mot, medfølelse og barmhjertighet, som er viktig for hvordan sykepleieren velger å ivareta sanseintrykkene fra pasienten. I et prosjekt av Sønning (2004) om bevisst berøring, finner hun at berøring gir velvære, ro og avslapping. For eksempel var det en pasient som ikke ønsket nærhet eller berøring i noen grad. Etter prosjektet oppsøkte pasienten nærhet på eget initiativ da berøringen hadde foregått på hennes premisser. Ut fra dette tenker vi at det er viktig å oppfatte pasientens signaler, og ta hensyn til disse. Slik vi ser det kan det være at man som sykepleier blir avvist første gangen, men det kan bli riktig å bruke berøring utover i relasjonen. Det er imidlertid viktig å være klar over at hver pasient kan ha ulike assosiasjoner og erfaring med berøring. Vi ser det som viktig å ta hensyn til dette og at berøringen foregår på pasientens premisser. Med dette i betraktning tenker vi at det kan skape en positiv relasjon om man vet om pasientens gode og de dårlige berøringserfaringer. Man kan unngå de dårlige, og jobbe ut fra de gode. Martinsen (1990) sier at man må ta skjønsmessige vurderinger i hver situasjon.

5.3 Berøring og relasjoner

Som tidligere nevnt er relasjonen mellom sykepleier og pasient viktig. Relasjonen blir styrket når sykepleieren forholder seg til pasienten, ser henne som person og finner gode løsninger sammen med henne. Slik vi ser det er det viktig at sykepleieren tar hensyn til pasientens perspektiv, opplevelse, erfaringer og finner de gode løsningene for den enkelte. Dette er også sentralt i Martinsens (1990) tenkning. I praksis har vi sett at det kan være lett å henvende seg til andre personer enn direkte til pasienten, særlig når pasienten har nedsatt evne til å få med seg hva som blir sagt. Det kan for eksempel være i situasjoner det pasienten er medisinpåvirket, har redusert almenntilstand, er angstfull eller psykotisk. I følge Martinsen (1990) er tillit fundamentalt, og hvilke holdninger vi har i møtet med pasienten er avgjørende for hvordan pasienten opplever møtet. Vi ser dette som svært viktig fordi tillit er avgjørende for å skape en god relasjon. Dersom pasienten ikke har tillitt til sykepleieren, tror vi behandlingen kan bli vanskeligere og ta lengre tid. Selv om det kan ta tid å skape en god relasjon, tenker vi det vil være tjenelig for alle parter å bruke tid på nettopp relasjonsbygging.

Dette understøttes av Shattel, Starr og Thomas (2007). I arbeidet med denne oppgaven har vi sett viktigheten av å skape en god relasjon slik at man kan bruke berøring på en god måte. Dersom man har en relasjon som har vart over tid, vil man kunne ha større kunnskap om den enkeltes ønsker og behov rundt berøring. Samtidig kan berøring være viktig i byggingen av relasjoner, for eksempel i form av et hilsende håndtrykk eller berørende trøst. I praksis har vi sett at mennesker med psykiske lidelser kan være ekstra følsomme for signaler og overanalysere situasjoner. For eksempel var det en pasient som uttrykte at det å få en klem fra en sykepleier føltes oppriktig og godt, mens det fra en annen sykepleier opplevdes som påtvunget og tilgjort. Denne situasjonen viser at egne følelser om situasjonen overføres via berøringen. Derfor mener vi det er viktig å være bevisst egne begrensninger, og ikke bruke berøring som man selv ikke er komfortabel med. Martinsen (1990) påpeker også viktigheten av å ha et trent håndlag og lydhørhet overfor pasientens problemer. Vi mener dette gjør oss som sykepleiere bedre i stand til å tolke om det er riktig å bruke berøring i den konkrete situasjonen. Nissen (2009) og Sønning (2004) viser i sine studier viktigheten av å trene på berøring og det å være bevisst på egne begrensninger, noe vi vil drøfte senere.

5.4 Pasientens signaler

Berøring oppleves forskjellig ettersom hvor på kroppen man blir berørt. Hudsensitiviteten varierer fra individ til individ, og følsomheten til huden er påvirkelig (Ertner, 2014). Som sykepleiere må vi være klar over at alle mennesker er forskjellige, og har ulike forutsetninger for å tolke situasjoner med berøring. Dermed blir opplevelsen også forskjellig. Dydsetikken peker på at for å få god situasjonsforståelse må man være bevisst ulikheter mellom pasientene. Vi kan derfor ikke uten videre overføre hva en pasient opplevde som positiv berøring over til en annen. Berøring kan vekke til live følelser fra tidligere berøringserfaring, positive som negative, og kan også skape nye erfaringer. Gode følelser som gjenskapes ved berøring kan for eksempel oppstå ved noe så enkelt som at man som barn ble strøket over neseryggen av foreldrene da man skulle sove, og at denne berøringen i voksen alder gjør at en føler ro. Disse små gode berøringsopplevelsene tror vi kan være nyttige å finne. Samtidig tenker vi at man også skal være forsiktige slik at man ikke missbruker denne gode opplevelsen for pasienten, og dermed gjør den til noe negativt. Det er ikke sikkert det er tjenelig for pasienten at berøringen overdrives. Det er også andre faktorer som spiller inn på om berøringen oppleves som god. For eksempel virker også den emosjonelle tilstanden inn på opplevelsen av berøringen. Derfor må man ta med i vurderingen om pasienten for eksempel er trist eller sint i situasjonen der man vurderer bruk av berøring. Eide og Eide (2012) påpeker at man skal være

bevisst på at man ikke skal invadere pasienten med berøring ut fra at man som sykepleier har tro på det i forbindelse med behandlingen. Man ser fort hvem som ikke ønsker slik intim kontakt, og må tolke disse signalene fra pasienten og respektere de.

5.5 Skjønnmessig vurdering

Berøring kan være flertydig og kan misforstås av mottaker (Hummelvoll, 2012), og kan også misbrukes og brukes som maktstrategi hvor man får en ovenfra og nedposisjon som man nødvendigvis ikke er bevisst selv (Eide og Eide, 2007). Relasjoner kan være basert på forskjeller og likheter. Eide og Eide (2007) presenterer symmetriske og komplementære relasjoner. I en symmetrisk relasjon har man lik innflytelse og respekt for hverandre. Dette baserer også nærhetsetikken seg på, nettopp at sykepleier og pasient er likestilt. I en komplementær relasjon utfyller partene hverandre ved at det er basert på forskjeller hvor den ene gjerne tar styringen, og den andre overlater ansvaret og lar seg styre. Vi mener sykepleieren må være bevisst dette maktforholdet og hele tiden tilstrebe å bruke denne makten til pasientens beste. Vi må ikke misbruke vår posisjon, og som Martinsen (1990) sier har vi ansvar for en del av den andres liv og det må behandles med forsiktighet. Hun er også opptatt av sykepleierens personlige ferdigheter og skjønnmessige vurderinger i møtet med pasientene. Vår skjønnmessige vurdering vil gi oss en følelse av om berøring er riktig, men det er ikke alltid det er åpenbart hva som blir rett. Dersom sykepleieren er usikker på om det er rett å bruke berøring, mener vi hun bør spørre pasienten om hun ønsker det. Dette understøttes av Hunt, Stramrud og Johannessen (2008). Da får man ett direkte svar fra pasienten, og berøringen skjer dermed med samtykke fra pasienten. Det kan være at pasienten sier ja på spørsmål om hun ønsker berøring hvor hun egentlig ikke ønsker det. Man kan tenke seg at pasienten ikke ønsker å skuffe sykepleieren eller at hun er redd for å avvise sykepleieren og på den måten skade relasjonen. Det kan også være at pasienten sier nei på spørsmål om hun ønsker berøring, men innerst inne ønsker det. Vi tenker oss at grunner til dette for eksempel kan være forakt for sin egen kropp eller sjenanse. Sykepleieren kan altså ikke stole blindt på svaret, men må også her bruke skjønn, erfaring og faglig kunnskap i vurderingen, og være oppmerksom på at det som føles riktig for seg, ikke nødvendigvis er riktig for pasienten. Det kan også tenkes at det avhenger av hvilken sykepleier som tilbyr berøring, og dermed skal man ikke ta for gitt at pasienten ikke ønsker berøring fra noen dersom hun har avvist en sykepleier. I tråd med Hummelvoll (2012) mener vi at hver enkelt sykepleier må opparbeide seg erfaring om berøring i ulike situasjoner, og hvor mye nærhet som er tjenelig for pasienten. Borch og Hillervik (2005) har kommet fram til at berøring kan gi positive opplevelser som

trygghet og velbehag, og negative opplevelser som smerte, uro og objektivisering. Med utgangspunkt i dette kan vi tenke oss at dersom vi møter en utrygg og usikker pasient, kan det være tjenelig for pasienten og for eksempel få en klem. Da signaliserer vi som sykepleiere trygghet og anerkjennelse.

5.6 Konsekvenser for praksis

Martinsen (1990) sier som nevnt tidligere at sykepleierens praktiske omsorgsarbeid har fått lavere prioritet enn den teoretiske og vitenskaplige kunnskapen, som hun karakteriserer som en teknisk instrumentell livsforståelse. Dette kommer til hinder for de spontane livsytringene, og for omsorgen og relasjonen til pasienten. Hun mener sykepleieren trenger bedre å utvikle erfarings- og verdigrunnlagene sine fremfor den vitenskaplige kunnskapen. Med dette forstår vi at den spontane omsorgen kommer i skyggen av prosedyrer og medikamentell behandling. Dette har vi selv opplevd i praksis, hvor vi for eksempel har måttet gå forbi gråtende pasienter til fordel for en antibiotika kur eller en legevisitt, noe vi opplever som en etisk vanskelig situasjon.

Som tidligere nevnt gir undervisning i berøring trygghet til helsepersonell. De sykepleierne som var med på undersøkelsen til Sønning (2004) sier at de fikk økt praktisk kompetanse, ble mer oppmerksom og fikk nærmere relasjon til pasienten. Vi tenker det er viktig å vite hvordan det føles både å gi og motta berøring for at berøringen skal bli gitt på en hensynsfull måte. Til sammenlikning øver vi i utdannelsen på å mate og pusse tennene til hverandre. Dette gjør at vi både vet hvordan det føles å utføre prosedyren og hvordan det føles å være mottaker. Vi anser berøring som like viktig å øve på, slik at man får kjenne på de forskjellige berøringskvalitetene. Man får oppleve å bli berørt forskjellige steder på kroppen, samt å berøre andre. Sykepleiere har selv stor nytte av å øve på berøring og det er viktig å være bevisst seg selv og sine egne reaksjoner. I en undersøkelse av Tommasini (1990) finner hun at sykepleierens komfortabelhet med berøring er avgjørende for om hun velger å bruke det i praksis. Vi kan derfor tenke oss at det vil være gunstig å øve på berøring, fordi man er mer komfortabel med det man har øvd på. Nissen (2009) viser til begrepet "total touch", der psykologen Blumenthal arbeider med å utdanne terapeuter i opplevelser rundt berøring. Det Blumenthal konkluderer med, er at når man trener på berøring får man en bedre evne til å tolke klientens behov, respektere grenser og være bevisst sine egne begrensninger som behandler. Han påpeker at dette er særlig viktig når man arbeider med mennesker med psykiske og somatiske lidelser ettersom man kan ha et mer komplekst forhold i forbindelse

med berøring. Vi mener det bør bli rettet mer fokus på berøring i utdannelsen av sykepleiere også for å bedre forstå pasientens ønsker og behov.

5.7 Oppsummering

Vi ser at det er lite forskning som er gjort om berøring, og den forskningen som er gjort er stort sett eldre enn ti år. Mye av litteraturen konkluderer også med at det trengs mer forskning. Av den litteraturen som fins på feltet, er også mye basert på hverandre. Det er lite forskning som retter seg mot berøring med mennesker med psykiske lidelser, og etter å ha jobbet med denne oppgaven ser vi at det er nødvendig med mer informasjon på dette området. Berøring kan gi mange ulike følelser, og mennesker med psykiske lidelser er ekstra utsatt for å misstolke berøringen fra sykepleier. Martinsen (2000) peker på viktigheten av å lære å lytte og være nærværende i situasjonen, slik at sykepleien blir utført til det beste for pasienten. Skjønnmessige vurderinger er viktig i vurderingen om hvorvidt berøring vil være riktig i situasjonen (Martinsen, 1990).

Vi har sett at undervisning om berøring til sykepleiere er positivt, og dette bør få mer oppmerksomhet i utdanningsløpet. Å øve på hvordan det er å gi og motta berøring vil gjøre sykepleiere mer bevisst på hvordan berøringen føles. Sykepleieren blir også bedre på å tolke pasientens signaler og mer bevisst sine egne grenser. Ved å være bevisst sine egne grenser, kan man bruke berøring mer konstruktivt. Noe vi ser går igjen i litteraturen, er at relasjonen er viktig for opplevelsen av berøring. Derfor ser vi det som viktig med god relasjonsbygging for å kunne nyttegjøre seg de positive effektene ved berøring. Berøring kan gjøre mye positivt for en person eller en relasjon. Som sykepleier må man være varsom med bruk av berøring, samtidig som man må ha mot til å gi av seg selv. Det er viktig å være bevisst på at bruk av berøring kan gi positive og negative opplevelser.

6 Litteraturoversikt

- Aadland, E. (2004). ”Og eg ser på deg...” *Vitenskapsteori i helse og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Autton, N. (1990). *Berøring. Berøringens bruk i omsorg og terapi*. Øyslebø: Eiksten forlag.
- Borch, E. og Hillervik, C. (2005). Upplevelser av kropplig berøring i omvårdnadsarbeidet – pasienter berättar. *Vård i nord*, 78(25), 4-9.
- Brinchmann, B.S. (Red.). (2008). *Etikk i sykepleien* (2.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bunkan, B.H. (1997). Den tvetydige berøringen. *Fysioterapeuten*. 4, 21-23
- Dahle, R. (1996). Profesjonell berøring. *Kvinneforskning*. 1, 21-31
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag.
- Ertner, L. D. (2014). *Berøring –i omsorg og lindring*. Bergen: Fagbokforlaget
- Gleeson, M. & Higgins, A. (2009). Touch in mental health nursing: an exploratory study of nurses' views and perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 382-389.
- Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt – ikke stykkvis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hunt, C., Johannessen, B. & Stramrud, S. (2008). Bruk berøring bevisst. *Sykepleien*, 5.
- Jensen, T.L. (2004). Det gode håndlag. *Sykepleien*. 21, 45-47
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal.
- Kristoffersen, N.J. (2005) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I Jensen, K. (Red.), *Moderne omsorgsbilder* (1. utgave, side 61-97). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Martinsen, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger med etterord av Katie Eriksson*. Otta: Engers boktrykkeri A/S.

- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nissen, M. (2008). Berøre og bli berørt. *Fysioterapeuten*, 4, 28-31
- Routasalo, P. og Isola, A. (1996). The right to touch and be touched. *Nursing Ethics*. 3(2), 165-176
- Sand, O., Sjaastad, Ø.V., Haug. og Bjålie, J.G. (2009). *Menneskekroppen. Fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Salzmann-Erikson, M. og Eriksson, H. (2005). Encountering touch: a path to affinity in psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*. 26, 843-852
- Shattell, M.M., Starr, S.S. og Thomas, S.P. (2007). "Take my hand, help me out": Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*. 16, 274-284
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal
- Støren, I. (2013). *Bare søk. Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm.
- Tomey, M. og Alligood, M. R. (2011). *Sygeplejeteoretikere – bidrag og betydning i moderne sygepleje*. København: Munksgaard Danmark
- Tommasini, N.R. (1990). The use of touch with the hospitalized psychiatric patient. *Archives of psychiatric nursing*. 4, 213-220
- Sønning, H.E. (2004). Bevisst berøring. *Sykepleien*. 21, 48-49
- Wiig, H. S. (2013). *Trygghet og tillitt ved livets slutt. Det gode møtet*. Oslo-universitetssykehus.

6.1 Selvvalgt litteratur

- 120 sider** Autton, N. (1990). *Berøring. Berøringens bruk i omsorg og terapi*. Øyslebø: Eiksten forlag.

- 6 sider** Borch, E. og Hillervik, C. (2005). Opplevelser av kropplig berøring i omvårdnadsarbeidet – pasienter berättar. *Vård i norden*, 78(25), 4-9.
- 3 sider** Bunkan, B.H. (1997). Den tvetydige berøringen. *Fysioterapeuten*. 4, 21-23
- 10 sider** Dahle, R. (1996). Profesjonell berøring. *Kvinneforskning*. 1, 21-31
- 81 sider** Ertner, L. D. (2014). *Berøring –i omsorg og lindring*. Bergen: Fagbokforlaget 25-106
- 8 sider** Gleeson, M. & Higgins, A. (2009). Touch in mental health nursing: an exploratory study of nurses' views and perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 382-389.
- 23 sider** Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt – ikke stykkvis og delt*. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal akademisk.
- 3 sider** Hunt, C., Johannessen, B. & Stramrud, S. (2008). Bruk berøring bevisst. *Sykepleien*. 5, 67-69
- 2 sider** Jensen, T.L. (2004). Det gode håndlag. *Sykepleien*. 21, 45-47
- 4 sider** Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal.
- 80 sider** Martinsen, K. (1996). Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger med etterord av Katie Eriksson. Otta: Engers boktrykkeri A/S.
- 37 sider** Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- 4 sider** Nissen, M. (2008). Berøre og bli berørt. *Fysioterapeuten*, 4, 28-31
- 12 sider** Routasalo, P. og Isola, A. (1996). The right to touch and be touched. *Nursing Ethics*. 3(2), 165-176
- 9 sider** Salzmann-Erikson, M. og Eriksson, H. (2005). Encountering touch: a path to affinity in psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*. 26, 843-852
- 10 sider** Shattell, M.M., Starr, S.S. og Thomas, S.P. (2007). "Take my hand, help me out": Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*. 16, 274-284

- 7 sider** Støren, I. (2013). *Bare søk. Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm.
- 2 sider** Sønning, H.E. (2004). Bevisst berøring. *Sykepleien*. 21, 48-49
- 22 sider** Tomey, M. og Alligood, M. R. (2011). *Sygeplejeteoretikere – bidrag og betydning i moderne sygepleje*. København: Munksgaard Danmark
- 8 sider** Tommasini, N.R. (1990). The use of touch with the hospitalized psychiatric patient. *Archives of psychiatric nursing*. 4, 213-220
- 1 side** Wiig, H. S. (2013). *Trygghet og tillitt ved livets slutt. Det gode møtet*. Oslo-universitetssykehus.

Sum selvvalgt litteratur: 452