



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Terapeutisk berøring som komplementær behandling  
for kreftrelaterte symptomer**

**Therapeutic touch as a complementary treatment of  
cancer-related symptoms**

**Samvik Lela**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 63**

**Molde, 19.11.2010**



**Høgskolen i Molde**  
Vitenskapelig høgskole i logistikk

# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Terapeutisk berøring som komplementær behandling for kreftrelaterte symptomer**

**Tittel på engelsk: Therapeutic touch as a complementary treatment of cancer-related symptoms**

**Forfatter(e): Lela Samvik**

**Fagkode: SAE00**

**Studiepoeng: 15**

**Årstall: 2010**

**Veileder: Cecilie Grønvik**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja  nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja  nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 25.10.10**

Antall ord: 11 813

## Forord

The real voyage of discovery consists  
not in seeking new lands but in seeing  
with new eyes.

Marcel Proust  
(Sayre-Adams og Wright 1995,2)

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Tema for studien var terapeutisk berøring som komplementar behandlingsmetode og sykepleieintervensjon hos pasienter med kreft som rammes av kreftrelaterte symptomer som smerte, fatigue og psykiske plager. Tidligere forskning viste lovende resultater innen lindring og omsorg og mange kreftsyke bruker terapeutisk berøring i tillegg til medisinsk behandling.

**Hensikten** med litteraturstudien var å undersøke hvilke effekter har terapeutisk berøring som komplementær behandling på kreftrelaterte symptomer, uavhengig av sykdomsstadiet og kreftbehandling pasienter mottar.

**Metode:** Litteraturstudie som innebærer systematiske søk og kritisk vurdering av aktuell forskning innenfor et valgt tema. Søkene ble foretatt i databasene: AMED, Ovid Nursing, Embase, Cochrane: Clinical Trials og PubMed. Litteraturstudiens funn baseres på resultater fra åtte kvantitative og tre kvalitative forskningsartikler.

**Resultat:** Effekt av terapeutisk berøring på smerter varierer. Terapeutisk berøring reduserer fatigue, trøtthet, angst, stress, frykt og depresjon. Fremmer trygghet, avslapping og håp. Fører til klarhet i tankene og forbedrer søvn. Terapeutisk berøring øker styrke, mestring, velvære og livskvalitet og gir opplevelse av nærhet og omsorg

**Konklusjon:** Litteraturstudien viser at terapeutisk berøring har god effekt på kreftrelaterte symptomer, uten bivirkning. Derfor kan terapeutisk berøring med fordel implementeres i sykepleiepraksis som supplerende tiltak. Mer forskning på området er nødvendig.

**Nøkkelord:** Terapeutisk berøring, sykepleie, kreft, kreftrelaterte symptomer, effekt

## Summary

**Background:** The theme of the study was therapeutic touch, as complementary treatment method and nursing intervention for patients with cancer who suffer from cancer-related symptoms such as pain, fatigue and psychological distress. Previous research showed promising results in the relief and care, and many cancer patient use therapeutic touch in addition to medical treatment.

**Intention:** Intention with this literature study was to investigate what effects has therapeutic touch as complementary therapy on cancer-related symptoms, regardless of disease stage and cancer treatment that patients receive.

**Method:** A literature study that involves systematically search and critical evaluation of current research within a chosen theme.

The searches were undertaken in the following databases: Ovid: AMED, Ovid NURSING, Embase, Chocraine: Clinical Trials og PubMed.

Literature study findings are based on the results from 8 quantitative and 3 qualitative research articles.

**Result:** The effects of therapeutic touch on pain varies. Therapeutic touch reduces fatigue, anxiety, stress, fear and depression. Promotes confidence, relaxation and hope. Leads to clarity of mind and improves sleep. Therapeutic touch increases strength, master skills, well being and quality of life and provides experience of intimacy and care.

**Conclusion:** Literature study shows that therapeutic touch has good effects on cancer-related symptoms without side effects. Therefore, therapeutic touch can advantageously be implemented in the nursing practice, as supplemental measure.

More research in this area is necessary.

**Keywords:** therapeutic touch, nursing, cancer, cancer symptoms, effects

## Innhold

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	3
1.1 Hensikt .....	3
1.2 Problemstilling .....	3
1.3 Begrepsavklaring.....	3
<b>2.0 TEORI</b> .....	5
2.1 Sykepleieteoretisk bakgrunn .....	5
2.2 Kreft, kreftrelaterte symptomer og sykepleie ved kreft .....	5
2.3 Terapeutisk berøring .....	6
2.3.1 Historisk bakgrunn; fra håndpåleggelse til sykepleieintervensjon.....	6
2.3.2 Hva er terapeutisk berøring? .....	8
2.3.3 Måter å utøve terapeutisk berøring på.....	9
2.3.4 Tidligere forskning på terapeutisk berøring .....	9
<b>3. METODE</b> .....	11
3.1 Datainnsamling .....	11
3.1.1 PICO- skjemaet .....	11
3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier ved litteratursøk .....	12
3.1.3 Litteratursøkestrategi.....	13
3.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn .....	15
3.3 Dataanalyse .....	16
<b>4. RESULTAT</b> .....	20
4.1 Effekter av terapeutisk berøring på smerter varierer.....	20
4.2 Terapeutisk berøring reduserer fatigue .....	20
4.3 Terapeutisk berøring reduserer angst, stress, frykt og depresjon.....	20
4.4 Terapeutisk berøring fremmer trygghet og avslapping, fører til klarhet i tankene og forbedrer søvn .....	21
4.5 Terapeutisk berøring fremmer håp.....	21
4.6 Terapeutisk berøring øker styrke, mestring, velvære og livskvalitet .....	22
4.7 Terapeutisk berøring gir opplevelse av nærhet og omsorg .....	23
<b>5. DISKUSJON</b> .....	24
5.1 Metode diskusjon .....	24
5.1.1 Datainnsamling, litteratursøkstrategi. ....	24
5.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	25
5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn .....	27

5.1.4 Dataanalyse .....	28
5.2 Resultat diskusjon .....	29
5.2.1. Effekter av terapeutisk berøring på smerter varierer.....	29
5.2.2 Terapeutisk berøring reduserer fatigue .....	32
5.2.3 Terapeutisk berøring reduserer angst, stress, frykt og depresjon.....	32
5.2.4 Terapeutisk berøring fremmer trygghet og avslapping, fører til.....	34
klarhet i tankene og forbedrer søvn.....	34
5.2.5 Terapeutisk berøring fremmer håp.....	35
5.2.6 Terapeutisk berøring øker styrke, mestring, velvære og livskvalitet.....	36
5.2.7 Terapeutisk berøring gir opplevelse av nærhet og omsorg .....	37
5.2.8 Behandlerens erfaring .....	39
5.2.9 Konsekvenser for praksis .....	40
<b>6. KONKLUSJON</b> .....	41
<b>Litteratur</b> .....	42
VEDLEG 1 Oversikt over litteratursøk for inkluderte artikler .....	1
Vedlegg 2 eksempler på forskjellige prøvesøk .....	1
Vedlegg nr 3 Tabellen over artiklenes innhold og kvalitet.....	1

## **1.0 INNLEDNING**

Forekomsten av kreft i Norge har økt med ca 80 % fra 1950 til 2000. Over 20 000 nye tilfeller av kreft rapporteres hvert år. 26 121 krefttilfeller ble oppdaget i Norge i 2008 (Cancer registry of Norway 2009).

Kreft forbindes ofte med smerter, lidelse og død. Dagens konvensjonelle behandling består av operasjon, stråling, cellegift, genterapi, hormonbehandling eller ved en kombinasjon av disse. Både sykdommen og behandlingen kan gi sterke og svært ubehagelige symptomer. De kreftrelaterte symptomer som: smerte, fatigue/trøtthet, kvalme, psykiske plager som angst, stress, frykt, depresjon rammer pasienter med kreft og reduserer deres velvære og livskvalitet (Knutstad 2008). For å kunne gi pasienter med kreft en helhetlig behandling og hjelpe dem med symptomlindring, ble komplementær/supplerende metoder innført som en del av behandlingstilbudet (Risberg 2010). Terapeutisk berøring er en metode som pasienter med kreft bruker i tillegg til klassisk medisinsk behandling (Knutstad 2008). Tidligere forskning innen terapeutisk berøring viste lovende resultater innen lindring og omsorg. Derfor bør det være plass innen norsk helsevesen for terapeutisk berøring som en sykepleieintervensjon (Johannessen 2008). Som fremtidig sykepleier vil jeg komme i kontakt med pasienter med kreft. Derfor ønsker jeg å øke min kunnskap om terapeutisk berøring og de effekter det har på kreftrelaterte symptomer. Dette kan være nyttige sykepleietiltak i min fremtidige sykepleiepraksis.

### ***1.1 Hensikt***

Hensikten med litteraturstudiet var å undersøke hvilke effekter har terapeutisk berøring som komplementær behandling på kreftrelaterte symptomer hos pasienter med kreft, uavhengig av sykdomsstadiet og den kreftbehandling de mottar.

### ***1.2 Problemstilling***

Hvilke effekter har terapeutisk berøring på kreftsymptomer hos pasienter med kreft?

### ***1.3 Begrepsavklaring***

**Healing** er i følge Johannessen (2008) intervensjon i kroppens energifelt – biofeltterapi.



**Terapeutisk berøring;** Artikler med forskning etter Krieger- Kunz og Rodgers modell brukes i oppgaven, selv om bare *kontakt terapeutisk berøring* etter såkalt Århus-modellen er anerkjent til bruk innenfor det norske helsevesenet.

**Begrepet offisiell medisin** betegner kunnskap og yrkesaktivitet basert på en vestlig, naturvitenskapelig, biomedisinsk forståelsesmodell som utøves av autorisert helsepersonell.

**Komplementær medisin;** Komplementær medisin er helsehjelp som faller utenfor og er et motstykke til den offisielle medisinen. Har oftest en holistisk (helhetlig) tilnærming og legger vekt på en personlig interaksjon mellom pasient og behandler. Behandlingen er lite invasiv og er orientert mot sykdommens grunnleggende årsaker mer enn dens symptomer. Kravene til vitenskapelighet, dokumenterbarhet og systematisert erfaring er ofte ufullstendige. Den brukes i tillegg til den offisielle medisinen som et supplement (Helsedepartementet 2002).

**Kreftrelaterte symptomer som:** kreftmerter, fatigue, kvalme, angst, depresjon, frykt, nedsatt humør, velvære og livskvalitet (Knutstad 2008), legges vekt på i oppgaven.

## **2.0 TEORI**

I teorikapitlet presenteres det sykepleieteoretiske grunnlaget til Kari Martinsen. Kreft, kreftrelaterte symptomer og sykepleie ved kreft skal gjøres rede for og terapeutisk berøring som komplementær behandling/sykepleieintervensjon skal introduseres.

### ***2.1 Sykepleieteoretisk bakgrunn***

Sykepleieteoretiker Kari Martinsen`s omsorgs teori med ubetinget omsorg for de svake, danner sykepleie teoretisk bakgrunn til oppgaven.

Ut i fra et fenomenologisk grunnsyn, mener Martinsen at mennesket ikke kan forstås eller betraktes isolert fra sine omgivelser. De er intimt forbundet med hverandre og utgjør en enhet. Alle situasjoner mennesket befinner seg i, er kontekstavhengige og den enkelte situasjon blir følgelig unik (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2006).

Martinsen (1989) sier at ubetinget omsorg som sykepleier skal yte er et mål i seg selv, står sentralt og har flere sider: den relasjonelle, den praktiske og den moralske. Det er naturlig at når en lider, lider den andre sammen med og vil sørge for å lindre smerten. Omsorgen bør sikre at pasienten skal ha det bedre, slik at livsmotet og de helbredende kreftene får virke.

Sykepleier må rette sitt virke mot og yte mest til de svakeste av de svake pasienter som trenger pleie og omsorg. Akkurat pasienter med kreft, med alle sine lidelser, smerter, angst og fare for livet er eksempel på en av de svakeste og mest sårbare og trengende pasientgrupper.

Omsorg, relasjon mellom mennesker og forståelse for andre står sentralt i sykepleieutøvelse og kan tilegnes gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. Derved utvikles felles erfaringer og forståelse for de situasjonene vi har erfaringer fra.

I tillegg til de erfaringene og allmenn kunnskap sykepleier har, er fagkunnskap høyst nødvendig for å kunne sørge for og hjelpe til den syke (Martinsen 1989).

### ***2.2 Kreft, kreftrelaterte symptomer og sykepleie ved kreft***

**Kreft** er en felles betegnelse på sykdom som skyldes en sykkelig forstyrrelse i regulering av vekst, deling og differensiering av celler (Wyller 2006).

Det er mange fysiske, psykiske og psykososiale symptomer knyttet til en kreftsykdom.

Smerter, fatigue, kvalme, angst og andre psykososiale plager er de vanligste.

Kreftmerter er, som smerter for øvrig, en sammensatt subjektiv opplevelse for den enkelte (Wyller 2006). 70 % av kreftmerter utløses av en grunnsykdom, mens resterende skyldes sekundære følgetilstander eller bivirkning av behandling. Sykepleie ved smertelindring består hovedsakelig i administrering av smertestillende medikamenter, praktisk tilrettelegging, støtte og omsorg (Knutstad 2008).

Fatigue er en subjektiv følelse som beskrives av pasienter som trøtthet, svakhet, kraftløshet, energiløshet, utmattelse, døsighet, depresjon, konsentrasjonsvansker, utilpasshet, kjedsomhet, søvnighet og mangel på motivasjon som reduserer deres fysiske aktivitet, mestring og reduserer velvære. Målet med sykepleie er å forminske tretthetens negative virkninger på pasientens livskvalitet ved å gi informasjon om fatigue og skape balanse mellom hvile og aktivitet, samt styrke pasientens mestring av opplevelse av trøtthet (Knutstad 2008).

Seksualitet og pasientens oppfatning av eget kroppsbilde forverres ved kreft (Mekki 2007). Dette forverrer forholdet til partner og reduserer pasientens livskvalitet. Sykepleier bør informere om det og gi veiledning om seksualitet og forslag til konkret, individuell tilpasset tiltak (Knutstad 2008).

I følge Engelstad Snoek og Engedal (2009) og Mekki (2007) reduserer psykososiale vansker som angst, stress, frykt, depresjon og søvnforstyrrelse som oppstår ved sykdom, livskvaliteten hos den syke pasienten. Sykepleie som fremmer trygghet, mestring, håp og omsorg er avgjørende for å øke velvære og livskvalitet hos pasienter som er rammet (Hummelvoll 2008).

## ***2.3 Terapeutisk berøring***

I følgende avsnitt gjøres rede for utvikling, definisjon og tidligere forskning på terapeutisk berøring.

### **2.3.1 Historisk bakgrunn; fra håndpåleggelse til sykepleieintervensjon**

Berøring i et healingkonsept er en universal metode kjent og brukt over hele kloden gjennom alle tider. Terapeutisk bruk av hender er fremstilt på en huleveggtegning i Pyreneene allerede for 15 000 år siden mens skriftlige spor går 5 000 år tilbake i tid i India,

Tibet og Kina og i tidlig steinalder i Egypt og Kaldea (dagens nord Irak). Den nevnes i det Nye og det Gamle Testamentet. Tidlig i Frankrike og England var håndspåleggelse kjent som "kongens berøring". Spanske erobrere rapporterte på seksten hundre tallet om bruk av hendene i healing blant indianere i Nord- Amerika. I middelalderen ble håndspåleggelse anerkjent som en kirkelig affære, mens utførelse utenfor kirken ble tilskrevet hekseri og okkultisme og straffet med brenning (Krieger 1979). I Europa, under puritanismen, ble berøring forbundet med seksualitet og opprinnelig menneskesynd og dermed uakseptabelt. På 1950 tallet ble berøring som terapeutisk metode utforsket. I USA, Universitetet i New York, tidlig på syttitallet, ble terapeutisk berøring utviklet som komplementær behandling av professor i sykepleie Dolores Krieger og hennes mentor Dora Kunz, en anerkjent healer. Terapeutisk berøring ble definert som terapeutisk teknikk, utenfor religiøs kontekst som kan utøves av alle som har som intensjon å hjelpe. Metoden ble videre utviklet av professor i sykepleie Marta Rodgers, kjent sykepleieteoretiker innen systemteori (Sayre-Adams og Wright 1995).

I sykepleiedokumentasjonssystemet NANDA , NIC og NOC er *forstyrret energifelt* en sykepleiediagnose mens *terapeutisk berøring* står oppført som sykepleieintervensjon i NIC;

I overensstemmelse med det universelle helbredelsesfelt, søke å handle som et hjelpemiddel med helbredende virkning, med bruk av naturlig følsomhet i hendene til å fokusere forsiktig på og lede intervensjonsprosessen (Johannesen 2008, 215).

På 80- tallet ble terapeutisk berøring introdusert til norske sykepleiere ved at en dansk sykepleier holdt kurs i ikke- medikamentelle metoder for symptomlindring på Radiumhospitalet.

Terapeutisk berøring i Norge, som en del av alternativ og eller komplementær behandling, reguleres i Lov om alternativ behandling av sykdom (2003).

I Norge, siden 1997 har sykepleiere med utdanning i og/eller arbeid innen alternative/komplementære behandlingsformer, organisert seg i Sykepleiernes Faggruppe i Alternativ medisin SFA ([www.alternativ.no](http://www.alternativ.no)).

NAFKAM- Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin ble etablert ved Universitet i Tromsø i 2000 og er de nasjonal informasjonsbank for alternativ behandling NIFAB (Norheim 2009).

### ***2.3.2 Hva er terapeutisk berøring?***

Flere definisjoner av terapeutisk berøring ble utviklet gjennom tidene. Den tidligste nedskrevne definisjon er av Krieger (1975). Hun sier at terapeutisk berøring som metode består i at en som vil hjelpe eller helbrede den syke legger hendene i ca 10-15 minutter på eller veldig nær kroppen til en syk person. Dette fører til energiutveksling og interaksjon mellom pasient og behandler. Terapeutisk berøring oppfattes som et naturlig potensial i en enhver fysisk frisk person som er veldig motivert til å hjelpe andre mennesker og utføres utenfor enhver religiøs kontekst.

Seinere beskriver Krieger (1979) terapeutisk berøring som en handling hvor behandler med vilje ved meditasjons prosess, fungerer som kanal for universal livsenergi som aktualiseres som healing prosess i den behandlende. Transfer energi fra healer til pasient betegnes som en hjelp inntil pasientens eget friske system tar over. Healing bare forskynder helbredelsesprosessen.

Konsept av essensiell livsenergi som ramme for terapeutisk berøring tar utgangspunktet i indisk filosofi basert på prana (Sanskrit). En frisk persons prana forestiller overskudd, mens fravær av prana demonstreres i sykdom (Krieger 1979).

I følge Meehan (2001) er professor Marta Rodgers og hennes etterfølgere, basert på teori fra *The Science of Unitary Human Beings* (Vitenskap om enhetlige mennesker), overbeviste om at energifeltet er unikt, en enestående enhet av det levende (mennesker) og ikke levende fra omgivelser (det materielle). Terapeutisk berøring betegnes som en vitenskapelig og målrettet metode, en prosess i pasientens energifelt hvor sykepleiervirke oppnår maksimal helbredelse og velvære hos pasienten.

I tillegg til indisk filosofi som forklaringsmodell for virkning av terapeutisk berøring er fysikkens lover og forskning innenfor: energifeltteori, relativitetsteori, Quantumteori og Bell's interkoneksjonsteori en viktig del av bakgrunnsforståelsen av terapeutisk berøring. Mennesket betraktes som en flerdimensjonal organisme bestående av fysiske og cellulære systemer i dynamisk samhandling med komplekse energifelt. Helbredelse oppnås ved å manipulere energifeltene ved å lede energi til kroppen i stedet for å manipulere celler via medisin og kirurgi. Selv om begrepet energifelt står sentralt i det teoretiske grunnlaget for terapeutisk berøring, har naturen til det teoretiske energifeltet ennå ikke blitt vitenskapelig

definert og bevist. dette skaper utfordringer ved forskningsarbeid innenfor feltet og er ofte kilde til kritikk fra naturvitere (Sayre-Adams og Wright 1995).

### ***2.3.3 Måter å utøve terapeutisk berøring på***

Krieger (1979) spesifiserer fire faser ved utførelse av terapeutisk berøring:

- sentrere, stabilisere seg selv fysisk og psykisk, - bruke naturlig følsomhet i hendene for å vurdere pasientens energifelt og merke forskjellen på kvaliteten av energiflyt, - mobilisere områder i pasientens energifelt som har dårlig energiflyt; svake, overflytende eller statiske,
- å dirigere bevisst healers overskudd av kroppens energi til pasienten da den hjelper å gjenopprette pasientens egen energi.

Terapeutisk berøring, beskrevet av Krieger (1975) utøves som taktil stimulering ved at behandler planlagt eller spontant berører pasienten i en bestemt tid, ca 10-15 min av gangen. Dette kalles Tactil Therapeutic touch - taktil terapeutisk berøring. Terapeutisk berøring kan utføres som en enkelt behandling eller i serie.

Terapeutisk berøring uten direkte kontakt, kalles Mimic therapeutic touch eller non-contact Therapeutic touch og er definert av Quinn (1982).

Terapeutisk berøring kan i følge Krieger (1997) utføres av alle og kan praktiseres i team eller at flere behandlere jobber synkront med en pasient og som selvbehandling.

### ***2.3.4 Tidligere forskning på terapeutisk berøring***

Forskning på effekten av terapeutisk berøring ble foretatt på flere områder innen human helse.

Terapeutisk berøring viste seg å ha god effekt på velvære og livskvalitet hos pasienter (Jan og Mills 2010, Newshan og Schuller-Civitella 2003), reduserer stress (Engle, Marshall og Graney 2000), spenning, forvirring og angst (Lafraniere et al. 1999 og Coks og Hayes 1997) men det kreves mer forskning innenfor emne (Robinson Biley og Dolk 2007).

Terapeutisk berøring økte velvære hos overarbeidende sykepleiere (McElligott et al. 2003) og skapte nærhet mellom pasient og behandler (Ventegodt, Morad og Merrick 2004).

Terapeutisk berøring reduserte smerter og angst hos pasienter med brannskader (Turner et al. 1998) og ved fibromyalgi (Denison 2004). God effekt på smerter er også påvist av Abbot et al (2001) og So, Jing og Qin (2009). Reduksjon av pre og postoperative smerter

påvist av Coakley og Duffy (2010), mens Mehan (1993) og Leskowitz (2000) kunne ikke påvise effekt av terapeutisk berøring på postoperative smerter.

Terapeutisk berøring har positiv effekt på pasienter i intensiv pleie (Cox og Hayes 1999, Henricson et al. 2009, Henricson et al. 2008), er verdifull i eldreomsorg (Gregori og Verdouw 2005) og kan anbefales som en del av kognitiv atferdsterapi (Smith et al. 2002). Terapeutisk berøring reduserer kreftrelatert fatigue (Tsang, Carlson og Olson 2007) og økte betydelig hemoglobin- og hematokritnivå (Movaffaghi et al. 2006).

### **3. METODE**

Metoden i denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie besvarer i følge Forsberg og Wengstrom (2008) tydelig formulerte spørsmål ved å identifisere, velge, vurdere og analysere systematisk relevant forskning innen et område.

En litteraturstudie innebærer systematisk litteratursøk, kritisk granskning og sammenstilling av litteraturen innenfor et tema eller problemområde (Forsberg og Wengstrom 2008).

For at en systematisk litteraturstudie skal bli vellykket, må flere kriterier oppfylles. Forskningsspørsmål må defineres klart og tydelig. Kriterier og metoder for utvalg og artikkelsøk må beskrives. Studier kvalitetsbedømmes, de som er relevante og med god kvalitet inkluderes, analyseres og kombineres i sammenheng med hverandre. Alle viktige kliniske konsekvenser betraktes og alle funn, uavhengig av resultat presenteres (Forsberg og Wengstrom 2008).

Krav i Retningslinjer for Bacheloroppgave i sykepleie (2009) har gitt fagramme for oppgavens utforming, struktur og innhold.

#### ***3.1. Datainnsamling***

Søkestrategi og valg av artikler inkludert i dette studiet, baseres på søkeresultater presentert i vedlegg 1.

##### **3.1.1 PICO- skjemaet**

Etter at problemstillingen ble ferdig formulert, for å oppnå mer relevante og hensiktsmessige søkeresultater, ble standard PICO skjemaet ( Population, Interventione, Comparison, Outcome), fylt ut. (Nortvedt et al. 2007)

For å markere populasjon/ pasient gruppe, inneholder P-kolonne norsk søkeord kreft og engelske søkeord cancer, neoplasm, palliative care. For å utvide søkegrunlaget og sette fokus på effekten av terapeutisk berøring, plasseres norske ordene smerter, smertelindring og de engelske ordene pain, pain relief, outcome, effect, result, evaluation, anxiety, fatigue, moud, disstress i O- kolonne. I -kolonne består av norsk søkeord terapeutisk berøring og engelske ord: therapeutic touch, alternative medicine, complementary



medicine, complementary treatment, alternative treatment. C-kolonne (comparison ) utelates, siden hensikten med oppgaven er å finne ut virkningen av TT på kreftrelaterte symptomer hos pasienter, og ikke sammenligne TT med andre behandlingsformer eller andre pasientgrupper.

Søkeord 2010	P	I	O
Norsk	Kreft	Terapeutisk berøring	Smerter Smertelindring
Engelsk	Cancer Neoplasm, Palliative care MeSH term exp: ( <i>Death or Aged or Colonic Neoplasms or Adult or Cancer Patients or Diagnosis or Breast Neoplasms or Databases or cancer\$ neoplasms\$ palliative\$ care\$ mp</i>	Therapeutic touch, alternative medicine, complementary medicine, complementary treatment, alternative treatment  MeSH term: <i>Therapeutic Touch</i>	Pain Pain relief , evaluation, Outcome, effect, result, Anxiety, fatigue moud, distress

### 3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier ved litteratursøk

Inklusjons kriterier:

Originale artikler som er refereevurderte. Både kvalitativ og kvantitativ artikler inkluderes.

Publiseringsår; f.o.m 2000 og frem til Oktober 2010

Språk: engelsk, norsk, svensk og dansk.

Forskningsutvalg; pasienter over 18 år uavhengig av kjønn.

Pasienter med kreft uavhengig av årsak, stadium og type kreft, oppholdssted i helseinstitusjon eller hjem, kan inkluderes.

Har vært åpen for etnisk tilhørighet og geografisk beliggenhet av gjennomførte studier.

Artikler som er godkjent av etisk komité inkluderes.

Eksklusjonskriterier:

Review artikler. Artikler vurdert til grad 3- av dårlig kvalitet etter Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) gradering. Forskning på dyr. Forskning på pasienter under 18 år.

### 3.1.3 Litteratursøkestrategi

Valg av databaser ble foretatt ut fra oppgavens tema og fagområder de enkelte databasene dekker. Hovedkilde for søk av primærartikler som er inkluderte i oppgaven, har vært følgende internasjonale databaser: Ovid AMED, Ovid Nursing, Embase og Cochrane: Clinical Trials, PubMed via HiMolde online bibliotekdatabase (vedlegg 1). I tillegg til nevnte databaser ble det gjort prøvesøk i Medline, British Nursing Index, SweMed og PubMed (se vedlegg 2). Avansert søk ble brukt konsekvent framfor enkelt søk for å kunne kombinere søkeordene fra PIO-skjemaet og få et systematisk søk (Nortvedt et al. 2007).

Databasene The Cochrane Library -Cochrane Central Register of Controlled Trials inneholder primær studier, originale artikler av høy kvalitet som viser utfall, effekt, resultat av bestemte tiltak og behandling. Siden hensikten med oppgaven var å presentere virkninger av terapeutisk berøring i forhold til kreftrelaterte symptomer, er denne internasjonale databasen en relevant base å søke i. Ordene: *therapeutic touch*, *alternative medicine*, *complementary medicine*, *complementary treatment*, *alternative treatment* ble , markert med ” – anførsels tegn som frase, søkt som Keywords og kombinert med OR. Ordene: *cancer*, *neoplasm* , ble søkt i Title, Abstract or Keywords, trunkert med \*- stjerne og kombinert med OR. Ordene: *effect*, *outcome*, *result* , ble søkt i Title, Abstract or Keywords, trunkert med \*-stjerne og kombinert med OR. Deretter, ble kombinasjonene; ("therapeutic touch" OR "alternative medicine" OR "complementary medicine" OR "complementary treatment" OR "alternative treatment"), (cancer\* OR neoplasms\*), (effect\* OR outcome\* OR result\*) kombinert med AND og begrenset med utgivelses år; 2000 -2010. Søket ble ikke begrenset i forhold til *Record Status*, ”all” - avmerkes. Ni artikler ble funnet, fire av dem inkluderes (vedlegg 1).

AMED via Ovid er internasjonal database som publiserer originale artikler innenfor alternativ medisin. I og med TT klassifiseres under alternativ/komplementær medisin, er AMED naturlig valg.

AMED via Ovid –søk 1

Ordene *therapeutic touch* trunkeres med \$-tegn, søkes i mp. og de ble søkt som både keywords og MeSH term (Subject Headings; therapeutic touch), limitert 1995 –Current. Ordene *cancer*, *neoplasms*, trunkeres med \$, søkes i mp., limiteres 1995- Current. Therapeutic\$ touch\$.mp. or Therapeutic touch/limit 1 to yr="1995–Current kombineres

med (cancer\$ or neoplasms\$).mp. Limit 3 to yr="1995 –Current. Seksten artikler ble funnet, to av dem inkluderes (tabell 1).

AMED via Ovid –søk 2

Ordene: *cancer, neoplasm, palliative care* ble søkt i mp.-(abstract, heading words, title), trunkert med \$- tegn, kombinert med OR og begrenset med publiserings år 2000-current. Ordene: *pain, anxiety, fatigue, moud, distress* ble søkt i mp., trunkert med \$, kombinert med OR, publiserings år; 2000-current. Ordene: *effect, autcom, result* ble søkt i mp., trunkert med \$, kombinert med OR, fra 2000-current. Ordene: *therapeutic touch*, ble trunkert med \$-tegn og søkt som keyord og MeSH ord;*Therapeutic touch* samtidig, uten begrensning for publikasjonsdato. Deretter ble (cancer\$ or neoplsms\$ or palliative\$ care\$).mp. limitert til 2000-current og (pain\$ or anxiety\$ or fatigue\$ or moud\$ or distress). mp. limitert til 2000-curent, kombinert med OR. Resultatet av dette og kombinasjonen av (effect\$ or outcome\$ or result\$).mp. limitert til 2000-curent, samt (therapeutic\$ touch\$.mp. or Therapeutic touch/) ble videre kombinert med AND. Seksten artikler ble funnet, 1 artikkel inkluderes (vedlegg 1).

EMBASE 1980 to 2010 Week 38 via Ovid

Selv om EMBASE hovedsakelig publiserer forskning innenfor biomedisin og farmakologi og derfor ikke skulle være prioritert database, ble relevante artikler om virkning av terapeutisk berøring funnet under prøvesøk og disse ble inkludert.

Ordene:*therapeutic touch*, ble trunkert med \$ tegn, søkt i mp. som keyword, limitert 2000-current. Ordene: *cancer, neoplasm, palliative care*, ble søkt i mp. [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer], trunkert med \$-tegn og limitert til 2000-current. Deretter, kombineres *therapeutic\$ touch\$.mp.* limit 1 to yr="2000 -Current" AND (cancer\$ or neoplasms\$ or palliative\$ care\$).mp, limit 3 to yr="2000 -Current". Seksten artikler ble funnet, 1 inkluderes i studiet (vedlegg 1).

NURSING Ovid 1950 to September Week 3 2010

Ovid Nursing database publiserer forskning relevant for sykepleiepraksis og gir grunnlag for sykepleieforskning i fremtiden. I og med TT betraktes som sykepleietiltak, ble søk i Nursing databas aktuelt.

Ordene *therapeutic touch* ble trunkert med \$ tegn, søkt i mp. som MeSH term *Therapeutic Touch* or *therapeutic\$ touch\$ mp.* as keywords) og limitert 1995 –Current

Ordene: *cancer, neoplasms, palliative care* ble trunkert med \$- tegn og søkt i mp som nøkkelord og MeSH term exp: ( *Death or Aged or Colonic Neoplasms or Adult or Cancer Patients or Diagnosis or Breast Neoplasms or Databases or cancer\$ neoplasms\$ palliative\$ care\$ mp.*). Limitert 1995 –Current.

Ordene *effect, outcome, evaluation* ble trunkert med \$, søkt i mp. og limitert med 1995-current. Funnene fra de tre søk, ble kombinert med AND og begrenset med "Clinical Trial"-Publication Type. Tjuefem artikler ble funnet, 1 inkluderes (vedlegg 1).

Elleve artikler ble inkludert; åtte artikler ble funnet gjennom strukturert litteratursøk og tre via PubMed fra referanselister (vedlegg 3).

Selv om flere artikler kom frem under søk, mange måtte velges bort. Det var flere grunner til det: andre pasientgrupper enn kreftsyke og under 18 år, andre typer terapeutisk berøring enn Krieger, Kunz og Rogers modell, reviewartikler.

### **3.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn**

For å sørge for at de utvalgte artiklene hadde tilfredsstillende kvalitet, ble de vurdert etter Protokoll for kvalitetsbedømming av studier med kvantitativ metode - Bilag G og Protokoll for kvalitetsbedømming av studier med kvalitativ metode – Bilag H. Hovedvekt i protokollene legges på: vurdering av forskningsutvalg/pasientgrunnlag, forskningsmetode, om resultatene er valide, hva de forteller og om de kan anvendes i praksis. Med bakgrunn i resultat fra Protokoll, graderes hver enkelte artikkel etter Kvalitetsgradering med hjelp av prosent inndeling. Hvert positiv svar på billag G og H gir et poeng, mens hvert negativ svar gir null poeng. Femten poeng kan oppnås maksimalt noe som gir 100%. Dermed et positiv svar utgjør 6,67 %. (Willman, Stoltz og Bahtsevani. 2006).

På bakgrunn av prosentskåring, deles artiklene til:

Grad 1 80-100% skåring - Bra kvalitet

Grad 2 70- 79% skåring - Middels kvalitet

Grad 3 60- 69% skåring - Dårlig kvalitet (Willman, Stoltz og Bahtsevani. 2006).

Ni av mine inkluderte artikler fikk mellom 80-100% og ble vurdert til bra kvalitet, mens tre artikler fikk mellom 70-79% og ble vurdert til middels kvalitet.

## Refereevurdering

Det ble sjekket i Database for statistikk om høyere utdanning, Publiseringskanaler, om tidsskrifter de inkluderte artiklene ble publisert i var refereevurdert. Databasen gir opplysninger om aktuelle tidsskrifter er fagfelleverdert og hvilket grad av vitenskapelig kvalitet de har. Grad 1 gjelder ordinære vitenskapelige publiseringskanaler mens grad 2 er tidsskrifter med høyest internasjonal prestisje (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste 2010).

## Etiske hensyn

Artikler som tar hensyn til etiske krav i forskning inkluderes i oppgaven (vedlegg 3).

Elleve artikler, inkludert i oppgaven har følgende egenskaper

Metode	Kvantitative	8
	Kvalitative	3
Publiseringsnivå	Nivå 1	10
	Nivå 2	1
Kvalitet	Bra	8
	Middels	3
Godkjent etisk komite	Ja	6
	Uklart	5

## 3.3 Dataanalyse

Artiklene som er inkluderte i oppgaven er dataanalysert etter Tematisk analyse, som i følge Braun og Clarce (2006) er en metode for identifisering, analysering og rapportering av temaer/emner innenfor og på tvers av data. Dette hjelper å organisere og beskrive data i detaljer og gir en strukturert oversikt over temaer som kan belyse oppgavens hensikt og problemstilling. Tematisk dataanalyse har pågått gjennom følgende seks trinn;

1. Å gjøre seg kjent med data.

Relevante artikler ble lest flere ganger. For å få et systematisk oversikt over artiklene, ble navn, forfattere, årstall, opprinnelsesland og metode for hver artikkel notert på et ark, samt interessante funn ble notert i marginen (vedlegg 3).

2. Generere koder;

Under dataanalyse ble det holdt fokus på funnene relatert til effekt av terapeutisk berøring, uttrykt både via empirisk/vitenskapelig måling eller pasientens egen vurdering og opplevelse som ble presentert i hver enkelte artikkel. For å få overblikk over funn i artiklene, hvert nytt emne som kom i teksten ble det notert i margin og på et eget papir. Hver ny kode er i følge Braun og Clarce (2006), tekst organisert i meningsfulle grupper innenfor hvert tema som oversettes til norsk og markeres med egen fargekode. Utvalgte koder var: smerter, fatigue, trøtthet, smertelindring, angst, uro, lidelse, trygghet, depresjon, dårlig komfort, velvære, kvalme, oppkast, livskvalitet, humør, omsorg, nærvær, sykepleierens/ utøverens erfaringer, placeboeffekt, bivirkninger, anbefalinger. Fargekoder har hjulpet å identifisere enkelte tekstkode på en effektiv måte ved å gjøre dem godt synlige.

### 3. Søke etter temaer og sortere koder under hvert tema

Identifiserte tekstkoder plasseres under flere temaer; -smerter, smertelindring, - kvalme, oppkast, -fatigue, trøtthet, -lidelse, angst, humør depresjon, -velvære, livskvalitet, dårlig komfort, -omsorg, nærvær, -sykepleierens/utøverens erfaringer, - placebo, -bivirkning, - anbefalinger

### 4. Skaffe oversikt over temaer;

Siden flere av temaer går inn i hverandre, omgrupperes de på bakgrunn av likhet i innholdet og reduseres til tre overordnede temaer som følger:

Effekter av terapeutisk berøring på smerter

Effekter av terapeutisk berøring på psykiske plager; angst, stress, frykt, depresjon, fatigue, trøtthet, trygghet, avslapping, søvn, bevissthet/ klarhet i tankene, håp, lidelse, humør,

Andre effekter av terapeutisk berøring ;

-styrke, mestring, velvære og livskvalitet, -kroppslige opplevelser, -opplevelse av nærhet og omsorg, -gjensidig påvirkning

### 5. Definere og navnsette temaene;

Overfor nevnte temaer ble omformulert, omplasseres og presenteres som følgende resultat i oppgaven:

- Effekt av terapeutisk berøring på smerter varierer
- Terapeutisk berøring reduserer fatigue, trøtthet
- Terapeutisk berøring reduserer angst, stress, frykt og depresjon
- Terapeutisk berøring fremmer trygghet og avslapping, fører til klarhet i tankene og forbedrer søvn

- Terapeutisk berøring fremmer håp
- Terapeutisk berøring øker styrke, mestring, velvære og livskvalitet
- Terapeutisk berøring gir opplevelse av nærhet og omsorg

## 6. Skrive rapport





## **4. RESULTAT**

### ***4.1 Effekter av terapeutisk berøring på smerter varierer***

Studien til Aghabati (2008) viste at pasienter med kreft som gjennomgikk kjemoterapi og fikk terapeutisk berøring hadde mindre smerter målt på VAS skala enn pasienter som fikk placebo/falsk terapeutisk berøring. De rapporterte betydelig mindre smerter enn kontrollgruppen som kun fikk vanlig medisinsk behandling. Dette støttes i studien til Weze, Leathard, Grange, Tiplady og Stevens (2004), som fant at pasienter vurderte smerter på VAS skala som mindre intense etter terapeutisk berøring og det kom frem at 23 % av pasienter brukte mindre smertestillende.

Samarel (1998) derimot, fant ikke forskjellen på smerteintensitet mellom eksperimental og kontrollgruppe i forhold til terapeutisk berøring utført før - og etter operasjon. Dessuten, smertenivå, generelt sett, målt med VAS skala hos begge grupper ble rapportert som relativt lavt.

### ***4.2 Terapeutisk berøring reduserer fatigue***

Aghabati (2008) sier at fatigue er det oftest rapporterte symptomet på kreft. Dette rapporteres å påvirke pasientens daglig liv mest og har en negativ virkning på livskvalitet. I følge Aghabati (2008), ble fatigue hos pasienter som fikk terapeutisk berøring redusert målt på RFS – Rhoten fatigue skala, i forhold til placebo/falsk terapeutisk berøring og kontroll gruppe.

### ***4.3 Terapeutisk berøring reduserer angst, stress, frykt og depresjon***

Hallet (2004) presenterer at terapeutisk berøring hadde positiv effekt på angst. En pasient som gjennomgikk beinmargtransplantasjon og hadde angst for at kreften skulle komme tilbake forteller at etter behandling med terapeutisk berøring, ble angsten borte;

*”... jeg føler meg svak eller avslappet” ... ”Jeg prøver å forklare at det var angst og belastning av bekymring som kommer fra ingen plass og forsvant på merkelig måte”*

Weze et al.(2004) fant i sin studie at pasienter med kreft, behandlet med terapeutisk berøring økte betydelig psykisk funksjonalitet med positiv effekt på livskvalitet.

Avslapping og mestringsnivå ble økt. Særlig forbedring i forhold til stress, frykt, depresjon

og angst, målt etter Wilcoxon Signed Ranks test, ble registrert. Best effekt av terapi hadde pasienter med de sterkeste symptomene. Også i følge Samarel (1998) kvinner med brystkreft som fikk terapeutisk berøring før brystoperasjon, fikk statistisk sett betydelig mindre angst, målt med STAI skala, enn kvinner i kontrollgruppe. Forskjellen i humøret målt før og postoperativt og mellom pasienter i de to gruppene ikke ble påvist. Dessuten, generelt bedre humør blant de to gruppene ble markert. Dette er ikke i samsvar med funn fra Samarel (1998) som ikke kunne påvise statistisk betydelig forbedring i forhold til angst og humør mellom eksperimentell og kontrollgruppe etter operasjon.

#### ***4.4 Terapeutisk berøring fremmer trygghet og avslapping, fører til klarhet i tankene og forbedrer søvn***

Kvinner med brystkreft som fikk terapeutisk berøring, ga uttrykk for trygghetsfølelse og beroligelse under terapi. Både kvinner i eksperimentgruppe og kontrollgruppe rapporterte følelse av ro, avslapping, trygghet, behaglighet og følelse av bevissthet /klarhet (Kelly, Sullivan, Fawcett og Samarel 2004). Klarhet i tankene, god søvn og følelse av "å lade batteri" og føle seg fornyet, rapporteres også i Hallet (2004). Dette støttes i studie til Smith (2003) som påviser at terapeutisk berøring oppfattes som nyttig og øker totalt komfort; som innbefatter følelse av behag, smertenivå, avslapping, hvile, søvn og velvære av pasienter med kreft som gjennomgår beinmargstransplantasjon. Lignede opplevelse av avslapping, behag og å være i fred med seg selv, ved terapeutisk berøring, ble også beskrevet av pasienter med kreft i terminal fase i studiet til Giasson og Bouchard (1998).

#### ***4.5 Terapeutisk berøring fremmer håp***

Oliffe, Davison, Pickles og Mroz (2009) beskriver pasienter med prostatakreft som bruker komplementar/alternativ medisin for å "gjøre noe ekstra" i psykologisk forstand og med håp om å øke velvære og forsinke sykdomsutvikling om mulig. En pasient beskriver at han spurte seg selv "Hva kan jeg gjøre for meg selv?" Deltakelse på terapeutisk berøringsseminar førte til at han utførte terapeutisk berøring på seg selv hver kveld. Både menn og deres familie har nytte av psykologisk forbedring som oppstår. Pasient med dårlig prognose (Hallet 2004) mener at å bruke terapeutisk berøring i forhold til sykdomsstadiet, er ikke noe å tape på. Tidlig, etter påbegynt behandlingsserie, kunne pasienten slappe av og følte seg styrket.

#### **4.6 Terapeutisk berøring øker styrke, mestring, velvære og livskvalitet**

”Når jeg får tilbakefall, det virker som at terapeutisk berøring, berører en plass dypt inn i meg og gir meg styrke til å gå videre” (Hallet 2004). Lignede opplevelse har en annen pasienten hvis følelse beveget seg fra sjokk til aksept av kreftdiagnose (Hallet 2004). Hun sier at terapeutisk berøring ga henne et startsjokk som gjorde at hun kunne gå regelmessig til vanlig medisinsk behandling.

Hallet(2004) fant at økt mestring av dagligliv er en positiv effekt av terapeutisk berøring. Pasient med kreft i ovarier forteller at

”behandling har hjulpet meg til å forbli rolig, stabil og hold meg fokusert på viktige ting i mitt liv... fordel er at i det siste, er jeg klar til å mestre hverdagsproblemer i hjemmet”.

Pasienter som fikk utført terapeutisk berøring av sine partnere, som fikk opplæring i terapeutisk berøring, opplevde behandlingen som en omsorgsgivende handling som økte livskvalitet og fornøyelse, samt økte kvaliteten i parforholdet (Collinge, Kahn, Yarnold, Bauer-Wu og McCorkle 2007). Dette støttes i resultater i studiet til Giasson og Bouchard (1998), som fant ut at opplevelse av velvære hos pasienter med kreft i terminal fase økte etter behandling med terapeutisk berøring. Også Levenson, Levenson, Ventegodt og Merrick (2009) fant ut at livskvalitet hos pasienter med kreft, behandlet med fysiodynamisk psykoterapi kombinert med terapeutisk berøring ble bedret. Dette innbefattet:

- å endre liv; finne ny jobb, selge hus, skille seg,
- å forbedre seksualliv, ekteskap, eller forholdet til partner, inklusiv utvikling av seksuelle forbindelse og tettere forhold til partner,
- å knytte relasjoner til venner og familie og ta i mot berøring,
- å adoptere positiv, ansvarlig livsfilosofi
- å videreutvikle god livskvalitet,
- å finne personlig mening med livet,
- å føle mindre irritasjon,
- å forstå sykdom som en *lærdom for sjelen*
- å utvikle sans for sammenhenger
- å gjennomgå Levenson`s terapi (psykodynamisk terapi) inkludert terapeutisk berøring.

#### ***4.7 Terapeutisk berøring gir opplevelse av nærhet og omsorg***

Opplevelse av nærhet og omsorg ble rapportert i studier til Kelly et al. (2004), hvor kvinner med brystkreft som fikk terapeutisk berøring, oppfatter sykepleier som empatisk og omsorgsfull person som gir støtte og vil hjelpe. Samlet sett, oppfatter de sykepleieintervensjonen som en positiv erfaring som gir følelse av behag, avslapping, trygghet og klarhet. Kvinner med brystkreft beskriver kroppslig opplevelse under terapeutisk berøring; ”jeg kan føle noe”, ”merkelig følelse”, ”magnetisk felt”, ”som at noe ble avledet ut av meg”, ”som at noen berører meg”, selv om dette ikke var direkte kontakt terapi. En av kvinnene sa at terapeutisk berøring var på en måte en merkelig prosedyre, men av en eller annen grunn, var det noe veldig rolig, uvanlig betryggende med det, som å bygge en skjold mot ytre verden som gir følelse av spesiell beskyttelse (Kelly et al. 2004). Lignede erfaringer har pasient som sier at

jeg sluttet å tenke på tingene som ble i mine tanker... og ble bevisst en skånsom puls i mitt hode. Det er merkelig forvirring. Jeg kan føle meg selv avslappet, men det er en liten del av meg som er vitne til forandring. Jeg slutter å tenke på tidligere bekymringer, jeg bare observerer hva som skjer i min kropp og tanker. Jeg er klar over min kropp og mitt sinn er mer avslappet, som å være i dyp søvn (Hallet 2004,36).

Dette støttes i studie til Collinge et al (2007) som fant ut at terapeutisk berøring, gitt av partnere eller ektefelle, styrket forholdet mellom dem og pasientene følte seg støttet og mer fornøyde.

I studier av Smith (2003), støttes bruk av terapeutisk berøring, grunnet påvist økt komfort etter terapeutisk berøring hos pasienter med kreft som gjennomgår beinmargstransplantasjon. Også studier av Weze et al. (2004) merker at helsepersonell, ved å utføre terapeutisk behandling, har store potensialer til å støtte pasienter og redusere sykkelighet og frykt hos pasienter med kreft.

Smith (2003) påviser gjensidig påvirkning og fordel mellom utøver av terapeutisk berøring og pasienter. Utøvere beskriver behandlingstid som spesiell og verdifull og forbindelsen som skapes er intens og autentisk uten overfladiske sperrer som blokkerer nærheten. Kelly et al. (2004) rapporterer at kvinner med brystkreft opplevde sykepleier som at en venn sitter hos dem.

## 5. DISKUSJON

Diskusjonskapittelet består av metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjon skal litteraturstudiets fremgangsmåte, samt styrke og svakhet med metoden diskuteres. I resultatdiskusjon skal litteraturstudiens funn diskuteres opp mot hensikt, problemstilling, relevant teori og ny forskning. Relevante erfaringer fra praksis skal trekkes inn.

### 5.1 Metode diskusjon

I metodediskusjon skal fremgangsmåte diskuteres gjennom alle trinnene. Utfordringene og positive erfaringer, samt læringsutbytte gjennom arbeidet skal diskuteres.

#### 5.1.1 Datainnsamling, litteratursøkstrategi.

Valg av temaet terapeutisk berøring gjenspeilet min faglige og personlig interesse for sykepleie innenfor et helhetlig perspektiv som inkluderer også komplementære metoder i tillegg til dagens medisinske behandling. Problemstillingen ble endret under veis. Fra virkning av terapeutisk berøring på smerter hos pasienter med kreft, utvidet jeg til effekter av terapeutisk berøring på kreftrelaterte symptomer. Årsaken var at jeg fant få artikler relatert til virkning på smerter. Det kom frem at også flere andre kreftrelaterte symptomer ble tatt med og effekt av terapeutisk berøring ble påvist også på de andre symptomene. Derfor var min vurdering at å skrive om funnene var hensiktsmessige og en styrke for oppgaven.

Søket, startet med trunkerte norske ord; *kreft, smerter, smertelindring og terapeutisk berøring*, søkt i SweMed og Norart, ga ikke funn som tilfredsstillte krav for inkludering i oppgaven. En svakhet i forhold til det søket var at søkeordene ikke ble oversatt til svensk eller dansk. Deretter, har jeg konsentrert meg om søk med de engelske søkeordene; *therapeutic touch, cancer, neoplasm, palliative care*. Da problemstillingen ble endret fra *effekter av terapeutisk berøring på smerter hos pasienter med kreft*, til *effekter av terapeutisk berøring på kreftsymptomer*, ble utvidelse av søkeordene nødvendig. For å utvide søkegrunnet, ble flere engelske ord søkt på; *pain, pain relief, outcome, effect, result, evaluation, anxiety, fatigue, mood, distress, alternative medicine complementary medicine, complementary treatment alternative treatment*. For å få med alle ordbøyingene, ble ordene trunkert og søkt i mp. som keyword og enkelte ganger som MeSH term; (Death or Aged or Colonic Neoplasms or Adult or Cancer Patients or Diagnosis or Breast

Neoplasms or Databases or cancer\$ neoplasms\$ palliative\$ care\$) (vedlegg 1). Det viste seg gjennom søkeprosessen at manglende kunnskap og erfaring med strukturert litteratursøk, særlig ved avansert datasøk, sannsynligvis har påvirket antall treff ved artikkelsøk. Det var en styrke for studiet at søkeordene ble trunkert og søkt som både nøkkelord og MeSH term. På den måten ble søkegrunnlaget utvidet. For å få frem terapeutisk berøring framfor andre alternative/ komplementære behandlingsmetoder, ble terapeutisk berøring søkt som frase, noe som viste seg å være effektivt.

Selv om søkestrategien ble endret, utvidet og mer avansert underveis, ble relevante artikkelfunn begrenset. Derfor ble artikkelsøk foretatt i flere databaser. Det viste seg at artikkelfunnene i de databasene, inneholdt stort sett de samme artiklene (vedlegg 1). For å få bedre artikkelgrunnlag, inkluderte jeg i tillegg tre artikler funnet i referanselister via PubMed (vedlegg 1). Bøkene til Nortvedt et al. (2007), Bjørk og Solhaug (2008), Forsberg og Wengstrom (2008), samt databasebeskrivelse via høyskolens bibliotek, ga meg grunnleggende kjennskap til de enkelte databasenes innhold og fagfelt. Jeg mener det er en styrke for oppgaven at anerkjente og velegnede databaser har vært anvendt i studien (vedlegg 1). Jeg valgte databasen Cochrane som inneholder artikler som presenterer effekter av tiltak og Ovid Nursing som har artikler knyttet til sykepleie, samt AMED med artikler innenfor alternativ, komplementær medisin. Denne måten å søke på, krevde mye tid og var kanskje ikke den mest effektive søkestrategien, men jeg betrakter det som nyttig læringsprosess som ga meg kjennskap til forskjellige databaser og erfaring i avansert søk innenfor de databasene.

### **5.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Elleve originale artikler er inkludert i studien; åtte kvantitative og tre kvalitative. Overrepresentasjon av kvantitative artikler kan skyldes søkestrategi som holdt fokus på å finne *effekten* av terapeutisk berøring. Effekter i de artiklene ble målt med VAS-visual analogue skale – for smerter, Spielberg State-trait Anxiety Inventory for angst, Affect Balance scale, EuroQoL for livskvalitet, Well-being Scale for velvære. Kvalitative artikler, baseres på intervju og pasientfortellinger. Kvalitative artikler viste som regel effekter knyttet til psykologiske symptomer.

Å inkludere både kvalitative og kvantitative artikler er en styrke i oppgaven fordi resultatene i de kvantitative artiklene kunne underbygge og støtte de kvalitative funnene (vedlegg 3).

Jeg fant flere artikler innen forskning av terapeutisk berøring på barn, som ikke kunne brukes pga inklusjonskriteriene, dvs. over 18 år. Dette er en svakhet som reduserte datagrunnlaget.

Alle inkluderte artikler er på engelsk, noe som har vært utfordrende. Siden verken engelsk eller norsk er mitt morsmål. Ordvalg, ordforråd og språkstil kunne ha begrenset min uttrykksmåte og dermed senket kvaliteten på oppgaven. Selv om oversettelse ikke anses som problematisk, finnes det alltid en mulighet for feiltolkning. Jeg kunne ikke bruke dataoversetter, siden nesten alle artikler fantes kun i papirform.

Inkluderte artikler var publisert og utført i USA, Storbritannia, Canada, Østerrike, Danmark. Studien til Aghabati (2008), baseres på forskning fra Iran. Siden de artiklene har tilfredsstillende kvalitet og er relevante til problemstillingen, ble de inkludert. Jeg vurderer at forskningsresultatene fra disse landene er overførbare til norske forhold.

Krav fra Høyskolens Retningslinjer om Bacheloroppgave, om at inkluderte artikler har blitt publisert siste fem år, ble ikke overholdt. Flere prøvesøk foretatt i 2009 og 2010, viste at det ikke er så mange originale artikler som kan gi svar på problemstilling innen terapeutisk berøring etter Krieger, Kunz og Rogers metode. Mange artikler om vanlig berøring, terapeutisk healing, terapeutisk massasje, reiki og andre berørings terapi ble funnet. Selv om de metodene har mye til felles med terapeutisk berøring, kunne jeg ikke bruke dem i oppgaven, siden terapeutisk berøring var tema for oppgaven.

For å holde meg til den metoden og pasientgruppen, måtte jeg endre publiseringsår i litteratursøk; f.o.m. 2000 og frem til oktober 2010. Ni artikler fra den perioden ble inkludert. Resultater fra artikkelsøk (vedlegg 1) og prøvesøk (vedlegg 3) peker på begrenset antall originale forskningsartikler innenfor terapeutisk berøring hos pasienter med kreft. Selv om søket ble foretatt i ti forskjellige databaser (vedlegg 1 og 3), de samme artiklene, kom opp. For å utvide søkegrunnlaget ytterligere, har jeg endret publiseringsåret til 1995- 2010. Flere relevante artikler ble funnet, valgte å inkludere to fra 1998 (vedlegg 1).

Selv om nyere forskning, grunnet stadig utvikling i forskningsmetoder og bruk av nye dataprogrammer, kan gir bedre sikkerhet i forhold til resultater og forståelse av problemstilling, viser mine funn at resultatene fra 1998 og nyere artikler samsvarer med hverandre. Derfor vurderer jeg at bruken av eldre artikler ikke er en svakhet i oppgaven, siden de artiklene var fagrelevante og utført etter anerkjente forskningsmetoder.

Forskningsutvalg i inkluderte artikler er pasienter med kreft under kjemoterapi, pasienter med lesjon i brystene som gjennomgår brystbiopsi, kvinner med brystkreft i pre og – postoperativ fase, pasienter med brystkreft, lymphoma eller leukemi under beinmargtransplantasjon, pasienter i terminalfase, menn med prostatakreft og andre uspesifiserte kreftformer. Dette mangfoldet er en styrke for oppgaven siden det gir bredde i pasientgrunlaget. Samtidig, effekt av terapeutisk berøring på pasienter i forskjellige sykdomsstadier som mottar forskjellig behandling, kan være vanskelig å sammenligne. Dette kan være en svakhet i oppgaven.

Pasienter som mottok terapeutisk berøring under oppholdet på helseinstitusjoner og hjemmeværende pasienter med kreft, ble representert i artikler. Dette er en styrke for oppgaven, siden det viser at terapeutisk berøring kan utføres hjemme hos pasienten og på institusjon.

I fleste inkluderte artikler, utføres terapeutisk berøring av sykepleiere eller andre behandlere med opplæring. I studie til Collinge et al. (2007) fikk partnere opplæring og utførte terapeutisk berøring, mens hos Olliffe et al. (2009) utførte pasienten selv behandlingen. I studie til Pohl (2007) utøves terapeutisk berøring av selvoppnevnt healer. Dette viser at terapeutisk berøring kan utføres av sykepleiere, pårørende eller pasienten selv.

### **5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn**

Det er en styrke for oppgaven at flertallet av inkluderte artikler er vurdert til å ha bra kvalitet. Ni av inkluderte artikler ble på bakgrunn av Willman, Stoltz og Bahtsevani's (2006)protokoller: Bilag G og Bilag H vurdert til bra kvalitet, mens tre til middels. Selv om vi fikk undervisning i kvalitetsbedømming av artikler, manglende erfaring i kritisk



vurdering av studier, åpner muligheten for feilvurdering og dermed subjektiv og upresis kvalitetsgradering.

Alle artiklene ble refereevurderte i Database for statistikk om høgre utdanning; Publiseringskanaler (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste 2010). Åtte artikler, ble utgitt i publikasjoner av grad 1 som gjelder ordinære vitenskapelige publiseringskanaler, mens en i tidsskrift med høyeste internasjonal prestisje av grad 2. Siden referanser for tidsskrifter for to artikler ikke ble funnet (vedlegg 3), tok jeg kontakt med Databasen for statistikk om høgre utdanning og fikk svar at de tidsskriftene er også vitenskapelige tidsskrifter, men at registrering av de, ble ikke foretatt. I tilfelle en ønsker å få de tidsskriftene registrert, må en søknad for refereevurdering sendes til Databasen for statistikk om høgre utdanning. Allikevel, ble jeg informert at de to artiklene er utgitt i vitenskapelige tidsskrifter av grad 1.

I forhold til tiske hensyn, i følge Aadland (2004) skal personvern, taushetsplikt og anonymisering legges til grunn ved forskning. Erklæring med informert frivillig samtykke bør underskrives fra pasienter/deltagere. Fusk, ukorrekte data og uhederlighet skal ikke forekomme (Fosberg og Wengstrom 2008). Syv av inkluderte artikler redegjør for etisk godkjenning, mens fem artikler mangler informasjon om etiske referanser. Til tross for den svakheten, valgte jeg å inkludere dem. Siden de publiseres i tidsskrifter - nivå 1, regner jeg med at referanser om etisk godkjenning legges frem til utgiver i forkant av publisering.

#### **5.1.4 Dataanalyse**

Artiklene inkluderte i oppgaven er analysert etter prinsipper i tematisk analyse fra Braun og Clarce (2006), sine anbefalte seks trinn. De trinnene har sørget for en strukturert og oversiktlig dataanalyse, som er en styrke i metode ved oppgaven. Bruk av fargekoden viste seg viktig i markering av forskjellige tekstkoder. Forskjellige koder ble synlige og kunne lett plasseres under passende tema. Dessuten, artiklene som hadde mange forskjellige koder og hver kode ble markert med eget farge, så ut til slutt som en fargekollasj og ble til dels uoversiktlig. Å analysere data på denne måten kan være en svakhet for analysen. Utfordringen var også kodefunnene som kunne plasseres under flere tema. Omgruppering av koder og redusering av temaer krevde flere omganger med vurdering av funn. Dette var tidkrevende. Allikevel, den strukturert måten å analysere data på er en styrke for oppgaven, siden prosessen ble oversiktlig og effektiv.

## **5.2 Resultat diskusjon**

### **5.2.1. Effekter av terapeutisk berøring på smerter varierer**

Forskerne Janin og Mills (2010), ved å analysere virkningen av healing (biofelt terapi) i 66 kliniske studier, fant sterke bevis for at healing reduserer smerteintensiteten hos populasjoner med smerte generelt. Bevisene for virkningen av terapeutisk berøring på smerter hos pasienter med kreft, er derimot moderate og de mener at det mangler forskning innenfor det feltet.

Funnene i min studie viser at effekten av terapeutisk berøring på smerter hos pasienter med kreft varierer fra betydelig reduksjon av smertenivå hos Akhabati (2008) og Weza et al. (2004), til resultater som ikke kunne bevise statistisk betydelig smertelindring hos Samarel et al. (1998).

Resultatet i studiene til Akhabati (2008) og Weza et al (2004) viser at pasientene som fikk terapeutisk berøring hadde mindre smerter, målt med VAS skala enn placebo og kontrollgruppe. Samarel (1998) derimot, kunne ikke påvise smertereduksjon hos pasienter som fikk terapeutisk berøring i forhold til kontrollgruppen.

Selv om deltakerne i undersøkelsen er pasienter med kreft, var deres sykdomsstadium og kreftbehandlingsform forskjellig. Pasientene til Akhabati (2008) gjennomgikk kjemoterapi og var under intensiv omsorg. Weza et al. (2004) sin gruppe hadde pasienter med diverse krefttyper, som mottok forskjellig kreftbehandling; stråleterapi, kjemoterapi, operasjonsbehandling, mens pasientene til Samarel (1998) fikk brystkreftoperasjon. Det kan tenkes at brystkreftoperasjon som operativ behandling forårsaker veldig sterke smerter knyttet til vevskade, særlig de første 48 timer (Knutstad 2008). I og med de smertene anses å være sterkere enn smerter ved kjemoterapi i utgangspunktet, blir det lite hensiktsmessig å vurdere de resultatene opp mot hverandre.

Positiv virkning av terapeutisk berøring på smerter funnet i studie til Akhabati (2008), støttes med resultatene fra So, Jing og Qin (2009) som sier at pasienter som fikk terapeutisk berøring, eller healing berøring, fikk redusert smertenivå. Funn baseres på resultater av 24 originale artikler innenfor forskjellige typer healing (terapeutisk berøring, healingsberøring og reiki) og diverse smertetyper, kreft smerter inkludert.

Kreft smerter, i følge Knutstad (2008) kan være kroniske og akutte. Studien til Smith (2002) som inkluderte terapeutisk berøring i kognitiv atferdsterapi hos pasienter med kroniske

smerter, påviste statistisk viktig forbedring hos pasienter som lider av kroniske smerter. Terapeutisk berøring ble også påvist som effektiv behandling for vedvarende smerter hos pasienter med fibromyalgi syndrom (Denison 2004) og nevnes som en mulig årsak for smertelindring ved fantomsmerter (Leskowitz 2000). Statistisk betydelig smertereduksjon hos pasienter med brannskade som fikk terapeutisk berøring i kombinasjon med analgetika, sammenlignet med kontrollgruppe, er funnet hos Turner (1998).

Samarel (1998) derimot, fant ikke forskjell på smerteintensitet mellom eksperimental og kontrollgruppe hos pasienter som gjennomgikk brystoperasjon selv om generelt smertenivå ble relativt lavt. Lignende erfaring er påvist hos Meehan (1993). Hans hypotese om at terapeutisk berøring skal senke betydelig postoperative smerter, ble ikke bekreftet. I motsetning til det, påviser Coakley og Duffy (2010) at pasienter som fikk terapeutisk berøring etter postoperativ inngrep, hadde betydelig mindre smerter enn kontrollgruppe.

Smerteintensitet i studier ble målt med VAS skala og baseres på pasientens egen vurdering av smerteintensiteten. I følge Wyller (2008), har følelsesmessig og tankemessig forhold stor betydning for den subjektive smerteopplevelse. Mine erfaringer fra praksis, er i tråd med det. Når jeg spurte pasienter med kreft som lå på kreftavdeling; Hvordan går det? Flere svarte at det gjør vondt. På spørsmål om de trenger smertestillende, svarte de nei. Det virket som at smerter der og da, ble brukt som uttrykk for beskrivelse av pasientens sykdomstilstand generelt, mer enn selve smerteopplevelsen.

En annen verdi av terapeutisk berøring ved smertelindring, påvist hos Akhabati (2008) er redusert bruk av smertestillende med 23 %. Også studiene til Meehan (1993), påviste ved sekundær analyse at terapeutisk berøring senker pasientens behov for smertestillende medisin i postoperativ fase. Dette støttes i artikkel til So, Jiang og Qin (2009) som i sin reviewartikkel fant at bruk av analgetika ved smerter ble redusert. Dette er viktig funn som bør igjenspeiles i praksis. Pasienter med kreft som tåler dårlig medikamenter, særlig morfinbaserte smertestillende og derfor opplever kvalme og oppkast, ved å motta terapeutisk berøring kan de redusere medikamentforbruk og dermed minske uønskede bivirkninger.

Selv om effekter av terapeutisk berøring på smerter ble påvist i flere studier, er spørsmålet som ofte stilles knyttet til en forklaringsmodell; hvordan terapeutisk berøring virker.

Kritisk naturvitenskapelig syn på det sier at en kan ikke bare se om metoden virker, den må være forklarbar og testbar ut i fra naturvitenskapelige prinsipper. Enkelte kan hevde at siden healing ikke kan forklares med kjente biologiske mekanismer, kan ikke fenomenet være sant. Det virker som det synet er en strategi for å utelukke behandlingsformer som utfordrer dagens medisin og vitenskap (Johannesen 2008). Derfor nevnes ordet **placeboeffekt** ofte i forbindelse med forskning på virkning av terapeutisk berøring.

Resultatene på effekter av terapeutisk berøring på smerter og fatigue, til Aghabati (2008), viser at både pasienter som fikk terapeutisk berøring og de med placebobehandling, hadde mindre smerter og fatigue enn kontrollgruppen som bare fikk medikamentell behandling. Dette kan indikere en mulig placeboeffekt. Aghabati (2008) tolket eventuell placebo på to måter; pasienter ble avledet på en positiv måte av utøver av terapeutisk berøring og at selve tilstedeværelse av behandler gir positiv respons på smerter. Også Leskowic (2000), nevner at en uspesifikk faktor som placeboeffekt, kunne spille en rolle ved positiv effekt av terapeutisk berøring på smertelindring. Dette er i samsvar med funn til Blankfield et al. (2001) som sier at effekter på smerter hos pasienter med karpaltunell syndrom har en psykologisk basis, siden både eksperimental og placebopasientgruppe fikk bedre smertelindring.

Risberg (2010), hevder at effekter av placebo på smerter, er knyttet til forventninger om at behandlingen skal virke og atmosfæren rundt selve behandlingen. Virkemekanismene bak placeboeffekten genereres via mentale prosesser og kan delvis forklares. Pasienter som reagerte positivt på placebo smertebehandling fikk påvist høyere nivå av hormonet endorfin B og signalstoffet dopamin, noe som kan påvirke smerteopplevelse. Effekten av smertestillende behandling reduseres derimot, hvis deltakerne føler usikkerhet, frykt eller uro- såkalt nocebo effekt. Dette tilskrives produksjon av cholecystokin som fremmer smerteopplevelse (Risberg 2010).

Ingen bivirkning av terapeutisk berøring ble registrert i inkluderte artikler. I følge Aghabati (2008), gir bruk av terapeutisk berøring som ikke- invasiv og ikke medikamentell metode ingen bivirkninger og kan derfor være en nyttig behandling hos pasienter med kreft som tåler dårlig medikamenter ved smertelindring under kjemoterapi. Heller ikke Weze et al.(2004) fant uønskede bivirkninger ved behandling som gjør terapeutisk berøring til en velegnet tiltak hos pasienter som tåler dårlig medikamenter pga sykdomsstatus og eller kreftbehandling.

### **5.2.2 Terapeutisk berøring reduserer fatigue**

I følge Knudstad (2008), er fatigue eller kreftrelatert trøtthet den mest stressende og plagsomme symptomet som rammer pasienter med kreft. Det er en subjektiv følelse av ubehag og nedsatt funksjonskapasitet pga redusert energi i kroppen. Vanlig trøtthet forsvinner etter hvile eller søvn, mens kreftrelatert trøtthet er nærmest en vedvarende tilstand hos alle kreftpasienter. I følge Aghabati (2008), reduserte terapeutisk berøring utført på pasienter som var under kjemoterapi, fatigue betydelig. Han mener at terapeutisk berøring som effektivt virkemiddel mot fatigue, med fordel kan anbefales som sykepleieintervensjon hos pasienter med kreft som mottar kjemoterapi. Redusering av kreftrelatert fatigue i forbindelse med terapeutisk berøring er også påvist hos Tsang, Carlson og Olson (2007). Selv om fatigue sterkt påvirker dagliglivet til pasienter og i følge Aghabati(2008) reduserer pasientens livskvalitet, ble lite relevant forskning om fatigue funnet under artikkelsøk.

### **5.2.3 Terapeutisk berøring reduserer angst, stress, frykt og depresjon**

Frykt er kroppens naturlige varslingsmekanisme ved fare. Når frykt oppstår tilsynelatende uten grunn, kaller vi det for angst. Angst er i følge Engelstad Snoek og Engedal (2009) en kombinasjon av skrekkfylte forestillinger eller ideer og plagsomme fysiske symptomer som hjertebank, åndenød, svetting og skjelving. Hos pasienter med kreft er angst oftest forbundet med lidelse, smerter og død. I følge Knutstad (2008) uttrykker noen pasienter angst for å miste kontrollen over seg selv og at kreftsykdommen kommer tilbake. Dette er i overensstemmelse med uttalelse fra Hallet (2004), hvor en pasient som gjennomgikk beinmargtransplantasjon og hadde angst for at kreften skulle komme tilbake, forteller at angsten kommer ingenstedsfra, men ble borte etter behandling med terapeutisk berøring. Dette er i samsvar med Giasson og Bouchard (1998), som påviste positiv påvirkning av terapeutisk berøring på angst hos pasienter med terminal kreft. Også studien til Henricson, Segesten, Berglund og Mååttå (2008) viste at taktil berøring førte til statistisk betydelig senking av angstnivå og økt sirkulatorisk stabilitet ved å redusere stressindikatoren, stresshormonet Noradrenalin. Studien til Lafraniere et al. (1999) påviste også betydelig reduksjon i spenning, forvirring og angst, samt økte livsglede. Betydelig senking av angstnivå som effekt av terapeutisk berøring hos pasienter med brannskader, rapporteres hos Turner(1998). Dette støttes i artikkelen til Cox (1997) som presenterer sykepleierens

erfaring med terapeutisk berøring som et sykepleietiltak som reduserer angst betydelig hos pasienter i intensiv omsorg.

Funn fra Samarel(1998) derimot, kunne ikke påvise statistisk signifikant forskjell i forhold til redusering av angst mellom eksperimentell og kontrollgruppe hos postoperative pasienter, men fant ut at kvinner med brystkreft som fikk terapeutisk behandling fikk senket angstnivå generelt som kan tyde på at omsorg, nærhet og oppmerksomhet hjelper pasienter til å senke angstnivå. Også Weze et al.(2004) nevner oppmerksomhet i form av skånsom berøring og behandlerens klare intensjon om å gi omsorg og forbedre pasientens velvære, som oftest står i kontrast til upersonlig berøring gjennom ukomfortable medisinske prosedyrer, som en mulig forklaring på økt psykologisk velvære. Antydningen til placebo i de tilfellene, er i samsvar med Risberg (2010) som nevner at trygghet, varme, nærhet og optimisme styrker behandlingseffekten og kan kalles positiv placeboeffekt, mens angst, pessimisme og utrygghet reduserer behandlingseffekten og gir negativ placeboeffekt. Undersøkelse blant norske leger og sykepleiere viser at de mener at alternativ og komplementar behandling hadde større forekomst av placeboeffekt enn konvensjonell medisinsk behandling. Risberg (2010) hevder videre at selv om vi bruker placebo i form av oppmuntring, motivasjon og positiv forsterkning i det daglige arbeidet på en kreftavdeling, kan vi ikke bruke placebo som behandlingsform. Placebo som behandling, har kun plass i den kliniske forskningen hvor pasienten har gitt informert samtykke.

Hos pasienter med kreftdiagnose er depresjon en vanlig reaksjon på endret helsestatus. Engelstad Snoek og Engedall (2009) definerer depresjon som en tilstand hvor pasienter kan føle nedstemthet, tap av gleder og interesser, nedsatt oppmerksomhet, konsentrasjon, søvnforstyrrelse, pessimisme og tanker om selvskading og selvmord. Stress er i følge Engelstad Snoek og Engedall (2009), en reaksjon på en traumatisk krise eller tungt belastende situasjoner og truende hendelse som sterkt påvirker pasientens dagligliv. Derfor er funnene til Waze et al.(2004) som påviste redusert angst, stress og depresjon etter terapeutisk berøring hos pasienter med kreft, særlig med de sterkeste symptomene, av stor betydning for pasientenes helsetilstand. Også resultater, fra Gregory og Verdouw (2005) blant eldre i eldreomsorg, viste reduksjon av psykiske smerter med 40 % etter mottatt terapeutisk berøring. Derfor er den metoden varmt anbefalt av forfattere til bruk i eldreomsorg. Også studiene til Weze et al. (2004) indikerer at helsepersonalet, ved å utføre healing/terapeutisk berøring, har en mulighet og redskap til å gi støtte og redusere

sykelighet og frykt hos pasienter med kreft. Derfor anbefales bruk av berøringsterapi som en trygg og effektiv behandling, og kan dermed være et godt supplement til konvensjonell medisin.

#### **5.2.4 Terapeutisk berøring fremmer trygghet og avslapping, fører til klarhet i tankene og forbedrer søvn**

Pasienter med kreft, som har mye angst, stress og uro, har behov for hjelp til å etablere trygghet, avslapping og ro, siden deres verden kan føles usikker og trang. En kan kjenne seg innestengt og alene. Derfor er følelsen av trygghet og sikkerhet et svært viktig behov hos pasienter med slike symptomer (Hummelvoll 2008). Effekten av terapeutisk berøring på trygghet, avslapping og bevissthet/ klarhet i tankene, ble påvist i flere artikler i denne studien. Kelly et al. (2004) rapporterer at både kvinner i en eksperimentgruppe som fikk terapeutisk berøring og samtale med sykepleier, og en kontrollgruppe som fikk bare dialog og stille tid, rapporterte om en følelse av ro, avslapning, trygghet, behagelighet og en følelse av høyere bevissthet/klarhet i tankene.

Bevissthet, som i følge Mekki (2007) er en sammensatt tilstand hvor en kan skille mellom bevissthetsnivå (den kvantitative delen) og bevissthetsinnhold (den kvalitative delen), som innbefatter den kognitive eller mentale delen. Den alvorlige helsesituasjonen som pasienter med kreft befinner seg i, påvirker oftest de psykologiske reaksjonene helsepersonalet kan være vitne til i møte med pasienter (Knutstad 2008). Klarhet i tankene er en viktig dimensjon av den mentale følelsen. Hallet (2004) rapporterer om en pasient som forteller at terapeutisk berøring førte til *klarhet i tankene* og følelse av *å lade batteri* og *å føle seg fornyet*. Dette støttes i studien til Smith (2003) hvor terapeutisk berøring oppfattes av pasienter med kreft som gjennomgår beinmargstransplantasjon som nyttig og øker total komforten; følelsen av behag, smertenivå, avslapping, hvile, søvn og velvære.

Weze et al.(2004) rapporterte om pasienter med redusert søvnforstyrrelse etter behandling med terapeutisk berøring. I følge Mekki (2007), forårsaker sykdom ofte søvnforstyrrelser, som fører videre til mentale og atferdsmessige endringer som trøtthet, manglende energi, nedsatt aktivitet, irritabilitet og kognitive endringer av hukommelse, tidsorientering, konsentrasjon osv. Hallet (2004) rapporterer om positiv virkning av terapeutisk berøring på søvn hos pasienter med kreft. Dette støttes av Smith (2003) som fant ut at pasienter som fikk terapeutisk berøring etter beinmargstransplantasjon, fikk bedre søvn. Funn fra en

undersøkellesstudie av Gregory og Verdouw (2005) som forsket på virkning av terapeutisk berøring på beboere i omsorg for eldre, beviste at både lengde og søvnkvalitet ble økt. Også Cox og Hayes (1999), fant i sin studie ut at terapeutisk berøring var nyttig terapi for å styrke avslapping og søvn hos pasienter i intensiv omsorg.

Weze et al.(2004) fant i sin studie at pasienter med kreft, behandlet med terapeutisk berøring økte sin psykiske funksjonalitet betydelig , med positiv effekt på livskvalitet. Avslapping og mestringsnivå ble økt. Lignende opplevelse av avslapping, velbehag og å ha fred med seg selv, ble også beskrevet av pasienter med kreft i terminal fase (Giasson og Bouchard 1998).

Samarel et al. (1998), fant ut at både gruppe med terapeutisk berøring og kontrollgruppe, rapporterte generelt bedre humør i forbindelse med forskning på terapeutisk berøring. Dette er i tråd med funn fra Kelly et al (2004) som viser at både kvinner med brystkreft som mottok terapeutisk berøring og de som bare fikk dialog og stille tid med sykepleiere, opplevde ro og avslapping. Det antydes en mulighet for at sykepleierens tilstedeværelse og forventninger til fordelaktig resultat førte til nesten identiske opplevelser.

### **5.2.5 Terapeutisk berøring fremmer håp**

Mekki (2007) presenterer et gammelt ordtak som sier at den som ikke har et håp har ingenting å leve for. Håp er en nødvendig del av livet og er med å avgjøre vår livssituasjon og knyttes til fremtiden, mening i livet og til en transcendental dimensjon.

Oliffe et al.(2009) beskriver pasienter med prostatakreft som bruker komplementær/alternativ medisin for å *gjøre noe ekstra* for seg selv i forhold til sin kreftsykdom. De har håp om å øke sin velvære og forsinke sykdomsutviklingen om mulig. I følge Mekki (2007), er det håp om fremtiden som knytter seg til ønsker om hva som vil skje og hvilke mål som settes, som gir innhold til strategier og handlinger. Et eksempel på det, er en pasient som spurte seg selv ”*Hva kan jeg gjøre for meg selv?*” Han tok opplæring i terapeutisk berøring og behandlet seg selv som førte til psykologisk forbedring hos ham og bedre kvalitet på familielivet (Oliffe et al. 2009). Også Henricson et al. (2009) forteller at pasienter i intensiv omsorg som fikk terapeutisk berøring hadde glede av det og fikk håp for fremtida. Hallet (2004) forteller om en pasient med dårlig prognose som mente at han ikke *hadde noe å tape på* å bruke terapeutisk berøring i forhold til sykdomsstadiet. Det gjenspeilte en tendens til håpløshet, men samtidig et glimt av håp om



at forbedring kan skje allikevel. Det er den transcendentale dimensjon, som i følge Mekki (2007) er forbundet med religion eller med andre livsforestillinger, som innbefatter liv og død. Etter påbegynt behandlingsserie med terapeutisk berøring, kunne pasienten slappe av og følte seg styrket. Helsepersonell skal ikke gi falskt håp til pasienter med kreft, helsepersonalet skal snakke sant (Knutstad 2008). Men måten helsepersonalet handler på skal være valgt med omhu, for å unngå at pasienter føres inn i håpløshet. Dette minner meg om en pasient med kreft i terminalfasen som forlangte å spise en fersk tomat hver dag, siden han hadde hørt at tomat hjelper mot kreft. Helsepersonalet på praksisstedet var klar over at en tomat per dag ikke kunne redde pasienten, eller hjelpe ham i symptomlindring, men ingen ville nekte ham det eller forklare at det er et håpløst tiltak i hans tilfelle. Helsepersonalet var klar over at det å spise en tomat daglig egentlig var et symbol på pasientens kamp for livet og håpet. Dette kan forbindes med begrepet *livsmot* fra Kari Martinsen som sier at sykepleie er et praktisk fag hvor målet er å fremme den lidendes livsmot med utgangspunktet i pasientens totale livssituasjon (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005).

### **5.2.6 Terapeutisk berøring øker styrke, mestring, velvære og livskvalitet**

Flere funn tyder på at pasienter som mottar terapeutisk berøring får mental styrke. Hallet (2004), gjengir en fortelling fra en pasient ”... *det virker som at terapeutisk berøring, berører en plass dypt inn i meg, som gir meg styrke til å gå videre*”. Lignende opplevelse har en annen pasienten som sier at terapeutisk berøring ga henne en *kickstart*, som gjorde at hun kunne gå regelmessig til vanlig medisinsk behandling.

Mestring defineres som evne til å tilpasse seg endrede livssituasjoner. Hvis man klarer å holde ut og komme gjennom pressede vanskelige livssituasjoner, blir en bedre rustet til å møte nye påkjenninger og utfordringer (Hummelvoll 2008). Resultatet fra Weze et al.(2004) viser at evnen til mestring hos pasienter med kreft som mottok terapeutisk berøring ble økt signifikant. Også Hallet(2004) fant at terapeutisk berøring økte mestringsevne i dagliglivet hos pasienter med kreft. En pasient forteller at behandlingen har hjulpet henne til å forbli rolig, stabil og klare å holde fokus på viktige ting i sitt liv. Dette ført til at hun klarte å mestre hverdagsproblemer i hjemmet. I forhold til det, sier Hummelvoll (2008) at gjennom teorien om kognitiv adaptasjon, sentreres tilpasningsprosessen om tre ting; man søker etter mening med hendelser, forsøker å gjenvinne mestring av livssituasjonen, prøver å ta vare på og øke selvaktelsen. Illusjonens

betydning blir, sett i et en sånn sammenheng, en vesentlig og naturlig del av tilpasningen til den nye forbedrede livssituasjonen.

Både Collinge et al. (2007) og Giason og Bouchard (1998) påviste at pasienter som fikk terapeutisk berøring, fikk en opplevelse av velvære. Pasientens livskvalitet, samt kvaliteten i parforhold, ble økt. Henricson et al. (2009), forteller at pasienter uttrykte at de var i harmoni med både kropp og sinn som førte til velvære, som varte også etter at behandleren hadde forlatt rommet. Også Levenson et al (2009) fant ut at livskvaliteten hos pasienter med kreft, behandlet med fysiodynamisk psykoterapi kombinert med terapeutisk berøring, ble forbedret. Pasientene var i stand til å ta viktige avgjørelser og foreta store skritt i livet som å finne ny jobb, selge hus og skille seg. De følte mindre irritasjon og prøvde å finne personlig mening med livet som førte til bedre relasjoner til venner og familie. Likeså, har de forbedret seksualliv, ekteskap, eller forholdet til partner, inklusiv utvikling av seksuelle forbindelse og ble mer mottagelige for berøring. Den forbedring er meget viktig, siden forskning til Levenson et al. (2009) viser at kreft har stor negativ påvirkning på seksualitet med ødeleggende konsekvenser for pasienters velvære siden seksuell energi blokkeres og pasienter har problemer med å bli berørt. Dette er i samsvar med Mekki (2007) som hevder at fleste som har kreft, opplever at sykdommen og behandlingen påvirker seksuallivet i negativ retning som kan forårsake alvorlige psykososiale konsekvenser. Pasienter opplever at kroppsbildet ble forstyrret, de får nedsatt selvfølelse, kjemper med identitetsproblemer og med å akseptere sitt nye kroppsbilde. Pasienter med kreft har ofte vanskelig å tro at andre kan finne dem seksuelt tiltrekkende. I studier av Smith (2003), støttes bruk av terapeutisk berøring, grunnet påvist økt komfort etter terapeutisk berøring hos pasienter med kreft som gjennomgikk beinmargstransplantasjon. Også studier av Weze et al. (2004) viser at helsepersonalet, ved å utføre terapeutisk behandling, har en resurs som hjelper dem til å redusere sykkelighet og støtte pasienter med kreft og dermed øke deres velvære. Dette er i tråd med Martinsen som slår fast at i en sykepleiesituasjon som er kjennetegnet av omsorg, vil opplevelse av velvære være et naturlig resultat (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005).

### **5.2.7 Terapeutisk berøring gir opplevelse av nærhet og omsorg**

I følge Aghabati (2008) er omsorg for pasienter med kreft blant de viktigste sykepleieroppgavene, og terapeutisk berøring kan være en viktig del av det. Dette er i tråd

med Samarel(1998), som mener at terapeutisk berøring i kombinasjon med dialog og stille time var et nyttig, omsorgsgivende sykepleietiltak for kvinner med brystkreft.

Omsorg betraktes som det mest fundamentale ved menneskets eksistens, og relasjonen mellom mennesker er det vesentligste (Martinsen 1989). Prinsippene og kravene fra Martinsen er godt forenlige med utøvelse av terapeutisk berøring, som også bygges på relasjonen mellom sykepleieren og den syke, og et sterkt og målrettet ønske om å hjelpe de trengende, men med bakgrunn i vitenskapelig kunnskap. Angående profesjonell forhold til omsorg, som betyr *å hjelpe, bekymre seg for*, skriver Martinsen (1989) at vi kan gi både for lite og for mye pleie, vi kan gi for lite, men *aldri for mye omsorg*. I studien til Kelly et al. (2004) fortalte kvinner med brystkreft om opplevelse av nærhet og omsorg i forhold til sykepleiere som utførte terapeutisk berøring. Også studien til Collinge et al. (2007) fant ut at terapeutisk berøring oppleves som en omsorgsgivende handling.

I Kelly et al. (2004), kvinner med brystkreft, beskriver uvanlige, men behagelige kroppslige opplevelser under terapeutisk berøring. Lignende erfaringer har pasienter som sier at de opplever mindre forvirring og merker forandring i kropp og sinn, en avslappet og søvnliggende tilstand (Hallet 2004). Også i studien til Abbot et al. (2001) rapporterte pasienter som fikk terapeutisk berøring om "uvanlige erfaringer" under behandlingen, men den kliniske betydningen av det er uklar. I Henricson et al. (2009), forteller en pasient at terapeutisk berøring økte følsomheten og blodsirkulasjonen og vekket hans "livløse" kropp til livet. Andre aspekter av kroppslig opplevelse var på hvordan behandleren utførte den terapeutiske berøringen. Behandlerens hender oppleves som myke og omsorgsfulle og ble brukt som et omsorgsredskap som skaper behag i kroppen, særlig på hendene og føttene. Under behandling med terapeutisk berøring, opplevde en pasient at all energi først ble tatt fra ham og deretter ble kroppen fylt med ny energi. Pasienten tolker det med at "dårlig energi" ble byttet ut med helbredende energi som tok bort alle smerter (Krieger 1979). Denne beskrivelsen kan lett knyttes til grunnleggende forklaringsmodell for terapeutisk berøring som baseres på energiutveksling og tilførsel av helbredende energi til den syke pasienten. Selv om opplevelser som ble rapportert under og etter terapeutisk berøring omtales som uvanlige, til dels merkelige, ble de ikke karakterisert som ubehagelig erfaring eller negativ bivirkning.

Smith (2003), Levenson (2009) og Collinge (2007), påviser gjensidig påvirkning mellom utøver av terapeutisk berøring og pasienter. Utøvere beskriver behandlingstiden som

spesiell og verdifull, og forbindelsen som skapes da er intens og autentisk uten overfladiske sperrer som blokkerer nærheten. Dette støttes i studiene til Bryant (1996), som påviste økt velvære hos både hjemmesykepleiere og pasienter ved terapeutisk berøring. Hayes (1999) sier at det holistiske aspektet ved terapeutisk berøring ble bekreftet i relasjonen som oppstår mellom behandler og pasient under terapeutisk berøring. Derfor kan terapeutisk berøring utført av sykepleiere i en klinisk sammenheng, gi en følelse av komfort, fred, ro og trygghet blant pasientene. I studiene til Smith og Broida (2007), ble parallelle endringer i forhold til puls, blodtrykk, smerte og stress påvist hos både behandlere og pasienter etter utført serie med terapeutisk berøring. Pasienter snakket om økt åndelighet.

Vantegodt, Morad og Merrick (2004), ser på nærhet mellom behandler og pasient som veldig nyttig for prosess omkring terapeutisk berøring. Samtidig understrekes viktigheten av å lage et klart skille mellom nærhet og seksualitet ved terapeutisk berøring, slik at både behandler og pasient er åpen for behandling uten frykt og uten å bli hemmet av følelser. Det skal være klar grense mellom terapeutisk berøring som behandlingsmetode og berøring som uttrykk for seksuell nytelse. Relasjoner som bygges på empati, ubetinget respekt, varme og genuitet/ekthet (Eide og Eide 2007) er utrolig viktig i den sammenheng. Dette er i tråd med funnene fra Henricson et al.(2006), som forklarer utviklingen fra sykepleier til en god berøringsterapeut: følelse av indre balanse, ubetinget respekt for pasientens integritet, god relasjon til pasienten basert på tillit, og positive omgivelser.

### **5.2.8 Behandlerens erfaring**

Smith et al. (2003) peker på betydningen av behandlerens erfaring i forhold til behandlingen, og antyder at behandlere med flere års erfaring øker sannsynligheten for økt effekt av terapeutisk berøring. Dette støttes i So, Jiang og Qin (2008), som fant at mer erfarne utøvere av terapeutisk berøring har oppnådd bedre resultat ved smertelindring. I følge Johannesen (2008) har ikke alle utøvere utdanning innenfor feltet. Dette skyldes mangel på formelle utdanningstilbud. Enkelte tar kurs i terapeutisk behandling, men et systematisk opplæringstilbud innenfor terapeutisk berøring er fortsatt fraværende. Enkelte sykepleiehøyskoler gir innføring i terapeutisk berøring som komplementær behandling, der i blant høgskolen i Molde, men å kunne integrere teori og praksis, er fortsatt en stor utfordring.

### **5.2.9 Konsekvenser for praksis**

Selv om terapeutisk berøring er blitt dokumentert nyttig på mange områder, har den likevel ikke blitt betydelig utbredt blant sykepleiere i Norge. Det viste seg at det er få utøvere av terapeutisk berøring i landet, at metoden bryter med tradisjonell tenkning i helsevesenet og at det er vanskelig å tilpasse metoden til en hektisk sykepleiehverdag. Dvs. at tilrettelegging i forhold til utdanning innenfor terapeutisk berøring med tilsvarende økonomisk støtte ikke er på plass per dags dato (Johannesen 2008). Nedenfor presenterte fakta taler for behov for endringer i forhold til helsestyrets holdninger ved implementering av terapeutisk berøring i sykepleiearbeid.

Tidligere forskning og resultatfunn i denne oppgaven påviste positive effekter av terapeutisk berøring som en komplementær metode på kreftrelaterte symptomer. Terapeutisk berøring kan derfor brukes med fordel som supplerende behandling ved lindring av smerter, fatigue og psykiske plager. Som en ikke invasiv og ikke medikamentell behandling kan terapeutisk berøring være en velegnet sykepleieintervensjon hos pasienter med kreft og eldre som tolerer dårlig forskjellige medikamenter og invasiv behandling. Terapeutisk berøring kan utføres på helseinstitusjon eller i hjemmesykepleie, krever intet utstyr og er lite kostnadskrevende. Kan læres relativt lett og både sykepleie og pårørende, etter opplæring kan utøve behandling og dermed styrke omsorg og øke livskvalitet hos pasienter.

## 6. KONKLUSJON

Litteraturstudiet viser at terapeutisk berøring har god effekt på kreftsymptomer generelt sett, men effekten på smerter varierer. Flere studier påviste betydelig reduksjon av smerter etter terapeutisk berøring hos pasienter med kreft, uavhengig av sykdomsfase og behandling som de mottok. Derimot, statistisk betydelig påvirkning på smerter, ble ikke påvist etter terapeutisk berøring gitt ved brystkreftoperasjon. Mindre bruk av smertestillende ble registrert.

Litteraturstudien viser at terapeutisk berøring har god effekt på fatigue og psykiske plager hos pasienter med kreft. Angst, depresjon, stress og frykt ble redusert. Pasientene oppnådde trygghet og klarte å slappe av. Søvnkvalitet og søvnlengde ble forbedret. Mange uttalte at de fikk et høyere bevissthetsnivå og klarhet i tanker. Pasienter fikk ny styrke til å takle hverdagen og de kunne fortsette med kreftbehandling med bedre toleranse. De fikk økt mestringsevne og dermed klarte de seg bedre i daglige aktiviteter. Familieliv ble forbedret og forholdet til partner, familiemedlemmer og venner fikk en annen kvalitet. Livskvalitet ble økt og ingen negativ bivirkning ble presentert. Pasienter opplevde at utøverne av terapeutisk berøring var omsorgsgivende og hjelpsomme. Pasientene satte pris på følelsen av nærhet.

Antydninger til plaseboeffekt kan ikke bevises med sikkerhet, da det fortsatt råder uvisshet blant forskere om forklaringsmodell for virkning av terapeutisk berøring.

Allikevel rapporterte nesten alle inkluderte artikler, på bakgrunn av påvist effekt, at terapeutisk berøring som komplementær metode har store potensialer som sykepleietiltak på kreftrelaterte symptomer hos pasienter. Implementering av terapeutisk berøring i daglig sykepleiepraksis anbefales derfor med fordel.

For å kunne sammenligne og validere effekt av terapeutisk berøring på kreftrelaterte symptomer er mer forskning nødvendig, særlig innenfor: smertelindring, fatigue og kvalme.

## Litteratur

- Abbot, Neil C, Elein F Harkness, Clare Stevinson, FP Marshall, DA Conn og Edzard Ernst. 2001. Spiritual healing as a therapy for chronic pain:a randomized, clinical trial *Pain* 91(1-2):79-89.
- Aghabati, Nahid, Eesa Mohamadi og zahra Pour Esmaiel. 2008. The Effect of therapeutic Touch on Pain and Fatigue of Cancer Patiens Undergoing Chemotherapy. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*. 7 (3): 375-381.  
<http://www.alternativ.no> (lest 18.10.2010)
- Alternativ behandlingsloven – albhl. 2008. *Lov av 27. juni 2003 nr 64 om alternativ behandling av sykdom mv.*
- Blankfield, Robert P, Cathy Sulzmann, Linda G Fradley, Amy A Tapolyai og Stephen J Zyzanski.2001. Therapeutic touch in the treatment of carpal tunell syndrom *The Journal of the American Board of Family Medicine* 14(5):335-342.
- Bryant John P. 1996. therapeutic touch in home healthcare: one nurse`s experience. *Home Health Nurse* 14(8):580-586.
- Cancer registry of Norway. 2009. *Cancer in Norway 2008, Cancer incidence, mortality,survival and prevalence in Norway*, Oslo: Cancer Registry of Norway
- Coakley, Amanda B og Mary E Duffy.2010. The effect of therapeutic touch on postoperative patients *Journal of Holistic Nursing* (3):193-200.
- Collinge William, Janet Kahn, Paul Yarnold, Susan Bauer-Wu, Ruth McCorkle. 2007. Couples and cancer: feasibiliyy of brief instruction in massage and touch therapy to build caregiver efficacy. *Journal of the Society for Integrative Oncology* 5(4):147-154.
- Cox, Carol Lynn og Julie Anne Hayes. 1997. Reducing anxiety:the employment of Therapeutic Touch as a nursing intervention. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery* 3(6):163-167.
- Cox, Carol Lynn og Julie Anne Hayes. 1999. Physiologic and psychodynamic responses to the administration of therapeutic touch in critical care. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*5(3): 87-92.
- Dalland, Olav. 2001. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3. utgave : Gyldendal Norsk forlag AS
- Denison, Barbara. 2004. Touch the pain away: new research on therapeutic touch and person with fibromyalgia syndrome. *Holistic Nursing Practice* 18(3):142-151.

- Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon I relasjoner, Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk
- Engelstad Snoek, Jannike og Knut Engedal. 2009. *Psykisatri, Kunnskap-forståelse-utfordringer*. 3. utg. Oslo: Akribe Forlag
- Frank, Leslie Smith, James L Frank, David March, Grace Makari-Judson, Ruth B Barham, Wilson C Mertens. 2007. Does therapeutic touch ease the discomfort or distress of patients undergoing stereotactic core breast biopsy? A randomized clinical trial. *Pain Medicine*. 8(5):419-24
- Fosberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og kultur
- Giasson, Marie og Louise Bouchard. 1997. Effect of therapeutic touch on the well-being of persons with terminal cancer. *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association*. 16 (3): 383-398.
- Gregory Sue og Julie Verdouw. 2005. Therapeutic touch: Its application for residents in aged care. *Australian Nursing Journal* 12(7): 23-25  
<http://www.lovdatab.no> (lest 19.08.2010)
- Hayes, Julie og Carol Lynn Cox. 1999. The experience of therapeutic touch from a nursing perspective. *British Journal of Nursing* 8(18):1249-1254.
- Hallet, Annie. 2004. Narratives of therapeutic touch. *Nursing Standard* 19(1):33-37.
- Hegemaster Julia. 2000. Use of therapeutic touch in treatment of drug addictions  
*Holistci Nursing practic*. 14(3):14-20  
[www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no) (Lest 05.09.2010)
- Helsedepartementet. 2002. *Tilråding om lov om alternativ behandling av sykdom mv*. Ot.prp. nr. 27 (2002-2003). Oslo: Helsedepartementet
- Henricson, Maria, Anders Ersson, Sylvia Mååttå, Kerstin Segesten og Anna-Lena Berglund. 2008. The outcome of tactile touch on stress parameters in intensive care: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 14: 244-254.
- Henricson, Maria, Anna-Lena Berglund, Sylvia Mååttå og Kerstin Segesten. 2006. A transition from nurse to touch therapist – A study of preparation before giving tactile touch in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 22:239-245.
- Henricson, Maria, Kerstin Segesten, Anna-Lena Berglund og Sylvia Mååttå. 2009. Enjoying tactile touch and gaining hope when being cared for in intensive care – A



- phenomenological hermeneutical study. *Intensive and Critical Care Nursing* 25: 323-331.
- Hertner Sherron.2000. Using therapeutic touch in nursing practice. *Orthopaedic Nursing* 19(5):77-82
- Hummelvoll, Jan Kåre 2008. *Helt-ikke stykkevis og delt, Psykiatrisk sykepleie og psykisk Helse*. 6.utg. Oslo: Gyldendal akademisk
- Jain, Shamin og Paul J Mills.2010. Biofield therapies:helpful or full of hype? A best evidence synthesis. *International Journal of Behavioral Medicine* 17(1):1-16.
- Johannesen, Berit. 2008 *Komplementær og alternativ behandling- en grunnbok i sykepleie* 1. utgave Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Johansson, Ingela, Else Lykkeslet, Ragnhild Michaelsen og Torill Skrondal. 2010. *SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie 15 sp*. Molde: Høgskolen i Molde
- Kelly, Anne E, Patricia Sullivan, Jacqueline Fawcett og Nelda Samarel. 2004. Therapeutic touch, quiet time, and dialogue: perceptions of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 31(3): 625-31.
- Kierman Jane.2002. The experience of Therapeutic touch in the lives of five postpartum women. *The American Journal of Maternal/Child Nursing* 27(1):47-53.
- Kerr, Chaterine E, Rachel H Wasserman og Christoper I Moore. 2007.Cortical dynamics as a therapeutic mechanism for touch healing. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 13(1): 59-66.
- Knutstad, Unni. 2008. *Sykepleieboken 3. Klinisk sykepleie* 3.utgave Oslo: Akribe AS
- Krieger Dolores. 1975. Therapeutic Touch: imprimatur of nursing. *American Journal of Nursing* 5 (75):784-787
- Krieger, Dolores. 1979. *The Therapeutic Touch: how to use your hands to help or heal* New York: Prentice Hall Press
- Krieger, Dolores, Sonia, Ancoli, Erik, Peper. 1979. Searching for evidense of physiological change. *American Journal of nursing* 79(4):660-663.
- Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. 2005.*Grunnleggende sykepleie, Bind 4*. Oslo: Gyldendal akademiske
- Lafreniere Kathrin D, Bulent Mutus, Sheila Cameron, Marie Tannous, Maria Giannotti, Hakam Abu-Zahra og Ethan Laukkanen. 1999. Effects of therapeutic touch on biochemical and mood inducators in women. *Journal of alternative and complementary medicine* 5(4):367-370.
- Larden Cheryl N, Lyne Palmer, Patricia Janssen.2004. Efficacy of therapeutic touch in

- treating pregnant inpatients who have a chemical dependency. *Journal of Holistic Nursing* 22(4):320-332.
- Leskowitz, Eric D. 2000. Phantom limb pain treated with therapeutic touch: a case report. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 81(4): 522-524.
- Levenson, Frederick B, Micah D Levenson, Søren Ventegodt, Joav Merrick. 2009. Qualitative analysis of a case report series of 75 cancer patients treated with psychodynamic psychotherapy combined with therapeutic touch (clinical holistic medicine). *International Journal on Disability and Human Development* 8(3):287-309.
- Mansky, Patrk J og Dawn B Wallerstedt. 2006. Complementary medicine in palliative care and cancer symptom management. *Cancer Journal* 12(5): 425-431.
- Martinsen, Kari. 1989 *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Tano
- McElligott, Deborah, Mary B Holz, Lauri Carollo, Susan Somerville, Margarita Baggett, Sally Kuzniewski og Qihui Shi. 2003. *Journal of New York State Nurses Association* 34(1): 16-24.
- Meehan, Therese C. 1993. Therapeutic touch and postoperative pain: a Rogerian research study. *Nursing Science Quarterly* 6(2):69-78
- Meehan, Therese C. 2001. Therapeutic touch as nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing* 28(1):117-125.
- Mekki, Tone Elin. 2007. *Sykepleieboken 1, Grunnleggende sykepleie*. 3. utg. Oslo: Akribes as
- Mills, Edvard, Ping Wu, Edzard Ernst. 2005. Complementary therapies for the treatment of HIV: in search of the evidence. *International Journal of STD & AIDS* 26(6):395-403.
- Monroe Cheryl M. 2009. The effect of therapeutic touch on pain. *Journal of Holistic Nursing* 27(2):85-92.
- Movaffaghi Zahra, Martesa Hasanpoor, Mohammad Farsi, Poory Hooshmand og Fatemeh Abrishami. 2006. Effects of therapeutic touch on blood hemoglobin and hematocrit level. *Journal of Holistic Nursing* 24(1):41-48.
- Newshan, Gayle og Dona Schuller-Civitella. 2003. Large clinical study shows value of therapeutic touch program. *Holistic Nursing Practice* 17(4):189-92.
- Norheim, Arne Johan. 2009 *Komplementær og alternativ medisin*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. 2010. *Tema: Fagfelleevaluering av*

*publiseringskanaler*, <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler> (Lest 25.09.10)

- Nortvedt, Monica, Gro Jatvedt, Birgite Graverholt og Liv Merete Reinart. 2007  
*A arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo:  
Norsk Sykepleierforbund
- Oliffe, John, Joyce Davison, Tom Pickles, Lawrence Mroz. 2009. The self-Management of  
Uncertainty Among Men Undertaking Active Surveillance for Low-Risk  
Prostate Cancer *Quality Health Research* 19 (4):432-443.
- Pohl, Gudrun, Heidemarie Seemann, Niklas Zojer, Christina Ochsner and Christine  
Luhan, Michael Schemper og Heinz Ludwig. 2007. Laying on of hands”  
improves well-being in patients with advanced cancer *Supportive Care in  
Cancer* 15( 2):143-151.
- Risberg, Terje. 2010. *Kreft og alternativ behandling* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Robinson, Jacqueline, Francis C Biley og Helen Dolk. 2007. Therapeutic touch for anxiety  
disorders. *Cochrane Database Syst Review* 18(3):CD006240.
- Samarel, Nelda, Jacqueline Fawcett, Moira M. Davis, Franciska M. Ryan. 1998. Effects of  
dialogue and therapeutic touch on preoperative and postoperative experiences  
of breast cancer surgery: an exploratory study. *Oncology Nursing Forum*.  
25(8):1369-76.
- Sayer-Adams, Jean, Steve Wright. 1995. *The Theori and practie of Therapeutic Touch*  
New York: Churchill Livingstone
- Smith, Dorothy Woods, Paul Arnstein, Katherine C Rosa og Carol Wells-Federman. 2002.  
Effects of integrating therapeutic touch into a cognitive behavioral pain  
treatment program. Raport of a pilot clinical trial. *Journal of Holistic Nursing*  
20(4):367-387.
- Smith Dorothy Woods og John P Broida. 2007. Pandimensional field pattern changes in  
healers and healees: experiencing therapeutic touch. *Journal of Holistic  
Nursing* 25(4): 217-225.
- Smith, Marlaine C, Francelyn Reeder, Linda Daniel, Julaluk Baramée og Jan Hagman.  
2003. Outcomes of touch therapies during bone marrow  
transplant. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 9(1):40-9.
- Sneed, Nancee V, Melodie Olson and Ramita Bonadonna. 1997. The Experience of  
Therapeutic Touch for Novice Recipients. *Journal of Holistic Nursing*  
15(3):243-253.

- So, Pui Shan, Yu Jiang, Ying Qin.2009. Touch therapies for pain relief in adults. *Cochrane Database Syst Review* 8(4):CD006535.
- Tsang, Kathy L, Linda E Carlson og Kari Olson. 2007. Pilot crossover trial of Reiki versus rest for treating cancer – related fatigue. *Integrative Cancer Therapies* 6(1): 25-35.
- Turner, Joan G, Ann J Clark, Dorothy K Gauthier og Monica Williams. 1998. The effect of therapeutic touch on pain and anxiety in burn patients. *Journal of Advanced Nursing* 28(1):10-20.
- Vantegodt, Søren ,Mohammad Morad og Joan Merrick. 2004. Clinical holistic medicine: classic art of healing or the therapeutic touch. *Scientific World Journal* 4(4):134-147.
- Weze, Clare, Helen L Leathard, John Grange, Peter Tiplady, Gretchen Stevens. 2004. Evaluation of healing by gentle touch in 35 clients with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 8(1):40-9.
- Willman, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Woods, Diana Lynn, RF Craven og J Whitney. 2005. The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 11(1):66-74.
- Woods, Diana Lynn og Lorraine Diamond.2002. The effect of therapeutic touch on agitated behavior and cortisol in person with Alzheimer´s disease. *Biological Research for Nursing*. 4(2):104-14
- Woods Smith, Dorothy og John Broida. 2007. Pandimensional Field Pattern Changes in Healers and Healees; Experiencing Therapeutic Touch. *Journal of Holistic Nursing* 25(4): 217-225.
- Wyller, Vegard Bruun 2006. *Det fryske og det syke mennesket, bind 1*. 1.utg. Oslo: Akribe
- Quinn, Janett. 1989. Futur directions for Therapeutic touch resarch. *Journal of Holistic Nursing* 7(1):19-25
- Quinn, Janett. 1992. The senior´s Therapeutic Touch education programme. *Holistic Nursing Practice* 7 (10):33-36
- Aadland, Einar.2004. "Og eg ser på deg" Vitenskapsteori i helse –og sosialfag. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget

## VEDLEG 1 Oversikt over litteratursøk for inkluderte artikler

Dato	Data Base	Søk Nr.	Søkeord	Antall treff	Leste abstr.	Leste artik.	Inkl. artik.
23.09.2010	Cochrane Controlled Trials	1	"("therapeutic touch" OR "alternative medicine" OR "complementary medicine" OR "complementary treatment" OR "alternative treatment") AND (cancer* OR neoplasms*) AND (effect* OR outcome* OR result*)	9	9	6	3 Therapeutic touch, quiet time, and dialogue: perceptions of women with breast cancer.*  Outcomes of touch therapies during bone marrow transplantation*  Laying on of hands” improves well-being in patients with advanced cancer*

23. 09. 2010	A M E D Søk 1	1 2 3 4 5	therapeutic\$ touch\$.mp. or Therapeutic touch/ limit 1 to yr="1995 -Current" (cancer\$ or neoplasms\$).mp. [mp=abstract, heading words, title Limit 3 to yr="1995 -Current" 2 and 4	247 203 12335 10168 16	16	7	1 Effect of therapeutic touch on the well-being of persons with terminal cancer. Non contact*
24. 09. 2010	A M E D Via Ovid Søk 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	(cancer\$ or neoplasms\$ or palliative\$ care\$) .mp. [mp=abstract, heading words, title] Limit 1 to yr="2000 -Current" (pain\$ or anxiety\$ or fatigue\$ or mood\$ or distress).mp. [mp=abstract, heading words, title] Limit 3 to yr="2000 -Current" (effect\$ or outcome\$ or result\$).mp. [mp=abstract, heading words, title] Limit 5 to yr="2000 -Current" therapeutic\$ touch\$.mp. or Therapeutic touch/ 2 or 4 6 and 7 and 8	14128 10736 30059 19174 84130 59355 247 27543 16	16	3	1 Qualitative analysis of a case report series of 75 cancer patients treated with psychodynamic psychotherapy combined with therapeutic touch (clinical holistic medicine) Case rapport*

23. 09. 2010	E M B A S E	1 2 3 4 5	therapeutic\$ touch\$.mp. limit 1 to yr="2000 -Current" (cancer\$ or neoplasms\$ or palliative\$ care\$.mp. [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer] limit 3 to yr="2000 -Current" 2 and 4	394 159 1530402 861675 16	16	2	1 The effect of therapeutic touch on pain and fatigue of cancer patients undergoing chemotherapy*
24. 09. 2010	Ovid  N U R S I N G	1 2 3 4 5 6 7 8	therapeutic\$ touch\$.mp. or exp Therapeutic Touch/ limit 1 to yr="1995 -Current" exp Death/ or exp Aged/ or exp Colonic Neoplasms/ or exp Adult/ or exp Cancer Patients/ or exp Diagnosis/ or cancer\$ neoplasms\$ palliative\$ care\$.mp. or exp Breast Neoplasms/ or exp Databases/ limit 3 to yr="1995 -Current" 2 and 4 (effect\$ or outcome\$ or evaluation\$.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word, mesh heading word] limit 6 to yr="1995 -Current" 5 and 7 8 and "Clinical Trial" [Publication Type]	530 414 308346  195684 165 164087 123586 101 25	25	7	2 Evaluation of healing by gentle touch in 35 clients with cancer.*  Effects of dialogue and therapeutic touch on preoperative and postoperative experiences of breast cancer surgery: an exploratory study.*

05.10. 2010	PubMed	1	The self-Management of Uncertainty Among Men Undertaking Active Surveillance for Low-Risk Prostate Cancer John L.Oliffe, B.Joyce Davison, Tom Pikles and Lawrence Mroz Qual Health Res 2009 19:432		1	1	1
			Couples and cancer: feasibility of brief instruction in massage and touch therapy to build caregiver efficacy Collinge W, Kahn J, Yarnold P, Bauer-Wu S, McCorkle R Journal of the Society for Integrative Oncology to build caregiver efficacy 2007; 5(4): 147-154		1	1	1
			Narratives of Therapeutic touch Hallet A Nursing Standard 2004 19:1		1	1	1



## Vedlegg 2 eksempler på forskjellige prøvesøk

Dato	Database	Søk nr.	Søkeord	Antall treff	Leste abstr.	Leste artik.	Inkl. artik.
13.09 2010	Svemed	S1	therapeutisk berøring	0			
		S2	therapeutic touch	40			
		S3	Cancer	4036			
		S4	S2 AND S3	1	1	0	0
		S1	therapeutic touch	40			
		S2	effect or outcome	5352			
		S3	S1 AND S1	40			
		S4	cancer	4036			
		S5	kreft or svulst	126			
		S6	S1 AND S5	0			
		S7	smerte	77			
		S8	S1 AND S7	0			
		S9	pain	3291			
		S10	S1 AND S9	5	5		
S11	S4 AND S9	148					
S12	S3 AND S2	10	10				
S13	AND S12	10					
13.09 2010	AMED <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	therapeutic touch.mp. or Therapeutic touch/	247			
		2	limit 1 to yr="1990 –Current"	229			
		3	(cancer or neoplasms or palliative care).mp. [	17323			
		4	limit 3 to yr="1990 –Current"	15911			
		5	(effect or outcome or result).mp.	44634			
		6	limit 5 to yr="1990 –Current"	43345			
		7	(pain or pain relief).mp.	22013			
		8	limit 7 to yr="1990 –Current"	20385			
		9	2 and 4	17	17	8	
		10	7 and 9	10	10		
		11	5 and 9	9	9		
		12	"Therapeutic touch"/	163			
		13	from 9 keep 1-2, 4, 6-7, 10, 12-13, 15-17	11	11		
		14	2 and 4 and 6 and 8 and 12	4	4		
13.09 2010	Cochrane Clinical Trials "	1	therapeutic touch in Keywords	625799			
		2	Therapeutic touch and cancer or neoplasms or palliative care and effect or outcome or result , from 1990 to 2010 in	12	12	2	
14.09 2010	BRITISH NURSING INDEKS AND ARCHIV Ovid	9	from 5 keep 2-6	5	5	1	
		8	5 and 7	0			
		7	limit 6 to yr="1990 –Current"	7048			
		6	(pain or pain relief).mp.	7606			
		5	2 and 4	6	6		
		4	limit 3 to yr="1990 –Current"	15589			
		3	(cancer or neoplasms or palliative care).mp.	16906			
		2	limit 1 to yr="1990 –Current"	106			
		1	therapeutic touch.mp. or Therapeutic touch/	119			
14.09 2010	Embase Ovid	1	therapeutic touch.mp. or alternative medicine/	20210			
		2	limit 1 to yr="1992 –Current"	20208			
		3	(pain or pain relief).mp.	1013308			
		4	limit 3 to yr="1992 –Current"	1013120			
		5	2 and 4	2804			
		6	(pain or pain relief).mp.	381423			
		7	limit 6 to yr="1992 –Current"	381371			
		8	5 and 7	399			
		9	(effect or outcome or result).mp.	2578518			

		10	limit 9 to yr="1992 -Current"	2577998			
		11	8 and 10	154			
		12	Therapeutic touch.mp.	269			
		13	limit 12 to yr="1992 -Current"	269			
		14	4 and 13	26			
		15	from 14 keep 2-6, 9, 13, 16, 19-24	14	14		
		16	3 and 6 and 9 and 13	7	7		
		17	from 16 keep 2, 6	2	2	1	
15.09 2010	MEDLINE Ovid	1	Therapeutic Touch/ae, nu [Adverse Effects, Nursing]	163			
		2	limit 1 to yr="1990 -Current"	163			
		3	(therapeutic touch or tactil touch).mp.	716			
		4	limit 3 to yr="1990 -Current"	668			
		5	Therapeutic Touch/	543			
		6	limit 5 to yr="1990 -Current"	543			
		7	(cancer or neoplasms or palliative care).mp.	1815501			
		8	limit 7 to yr="1990 -Current"	1178785			
		9	(pain or pain relief).mp.	357060			
		10	(effect or outcome or result).mp.	2987478			
		11	limit 10 to yr="1990 -Current"	2294549			
		12	4 and 8 and 9 and 11	18			
		13	from 12 keep 5, 13-14, 16-18	6	6	1	
		14	2 and 7	12			
		15	from 14 keep 8, 11-12	3	3	1	
		16	6 and 8 and 11	24			
		17	from 16 keep 9-10, 18-21, 23-24	8	8		
		18	9 and 16	14			
		19	from 17 keep 3-4	2	2		
		20	from 18 keep 5, 11-14	5			
15.09 2010	Proquest	1	(therapeutic touch)	333			
		2	(therapeutic touch) AND (cancer or neoplasms)	17			
		3	(therapeutic touch) AND (cancer or neoplasms)	17	17		
15.09 2010	PubMed	Man. sök	<u>Outcomes of touch therapies during bone marrow transplant.</u> Smith MC, Reeder F, Daniel L, Baramée J, Hagman J.		1	1	
			<u>The effect of therapeutic touch on postoperative patients.</u> Coakley AB, Duffy ME.		1	1	
15.09 2010	PubMed	Man. sök	Therapeutic effects of massage therapy and handling touch on caregivers of patients undergoing autologous hematopoietic stem cell transplant. Rexilius SJ, Mundt C, Erickson Megel M, Agrawal S.		1	1	
			<u>Effects of integrating therapeutic touch into a cognitive behavioral pain treatment program. Report of a pilot clinical trial.</u> Smith DW, Arnstein P, Rosa KC, Wells-Federman C.		1	1	

### Vedlegg nr 3 Tabellen over artiklenes innhold og kvalitet

	Forfattere, år Land, tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Hoved funn	Kvalitet
1	Aghabati N., Mohammadi E., Pour Esmail Z. 2008 United Kingdom Evidence-based Complementary and Alternative Medicine	The effect of therapeutic touch on pain and fatigue of cancer patients undergoing chemotherapy.	Å undersøke effekt av TT- terapeutisk berøring som ikke- farmaceutisk metode på smerter og fatigue/ utmattelse hos pasienter med kreft under kjemoterapi	Kvantitativ VAS-visual analogue skale – for smerter RFS-Rhoten fatigue scale – for fatigue Randomisert, tre-gruppe eksperimental pre test/post test design studie	90 kvinnelige deltakere med kreft, mellom 15-65 år, innlagt på kreftsykehus i løpet av siste 5 dager, unntak pasienter med andre diagnoser i tillegg, relatert til smerter	Pasienter som fikk TT behandling i tillegg til standard med.behandling , hadde betydelig mindre smerter og fatigue/ utmattelse enn de med bare vanlig medisinsk behandling og pasienter i kontrollgruppe.	Nivå 1 bra kvalitet  godkjent av etisk komité
2	Kelly, A; Sullivan, P; Fawcett, J. 2004, USA Oncology Nursing Forum	Therapeutic touch, quiet time, and dialogue: perceptions of women with breast cancer.	Å undersøke effekt av TT, stille time og dialog på pre-og postoperativ angst, humør og smerter hos kvinner med brystkreft operasjon.	Kvalitativ metode eksperimental studie basert på Science of Unytary Human Beings. Telefon intervju –før og etter operasjon med intervju gaid	18 kvinner med kreft i tidlig fase som har gjennomgått brystkreft operasjon	Bare pasienter som fikk TT rapporterte om ”kroppslige” følelse, ellers alle deltakere nevnte følelse av ro, avslapning, trygghet, komfort og bevissthet. Sykepleiere/ behandlere oppleves som empatiske, hjelpfulle.	Nivå 1  Bra kvalitet  Mangler info om etiske referanser

						Intervensjon TT oppfates som positiv erfaring.	
3	Samarel N. Fawcett J. Davis MM. Ryan FM. 1998 USA Oncology Nursing Forum.	Effects of dialogue and therapeutic touch on preoperative and postoperative experiences of breast cancer surgery: an exploratory study.	Å undersøke virkning av dialog og TT på angst, humør og smerter	Kvantitativ st Controlled Clinical Trial. an exploratory study Research Support, Non- U.S. Gov't. Måle metoder: Spielberg State- trait Anxiety Inventory, Affect Balance scale, VAS skala-smerter	29 europeiske, 2 afrikanskamerikanske kvinner, mellom 31-84 år med positiv brystkreft biopsi.	Pasienter som fikk TT hadde mindre angst enn kontrollgruppe. Dessuten ingen forskjeller på preoperativ humør og postoperative målinger.	Nivå 1  Bra kvalitet  Mangler info om etiske referanser
4.	Smith MC, Reeder F, Daniel L, Baramée J, Hagman J. 2003, USA Alternative Therapies in Health and Medicine.	Outcomes of touch therapies during bone marrow transplantation	Å undersøke effekt av TT og massasjeterapi på engraftments tid, komplikasjoner og markerte fordeler gjennom beinmarg transplantasjon.	Kvantitativ design Randomized clinical trial Tre grupper; TT, MT- massasje terapi- , FV- vennebesøk	88 pasienter; 22 menn, 66 kvinner med kreft(lymfoma, brystkreft...) som søkte om BMT , mellom 18-70 år	TT og MT gir komfort til pasienter under transplantasjon. Ingen betydelig effekt på komplikasjoner unntatt virkning av MT på neurologiske parametere.	Nivå 1  Bra kvalitet  Etisk godkjent
5	Levenson, F, Levenson M, Ventegodt, S,	Qualitative analysis of a case report	Å undersøke virkning av psykodynamisk psykoterapi kombinert	Kvalitativ analyse	75 pasienter med kreftbehandlet med psykodynamisk	Behandling har vært hjelpfull i overlevelse for minst en av tre	Nivå 1

	Merrick, J 2009 Denmark International Journal on Disability and Hum Development	series of 75 cancer patients treated with psychodynamic psychotherapy combined with therapeutic touch (clinical holistic medieine) Case rapport	med TT på livskvalitet hos pasienter med kreft.	Case rapports	psykoterapi kombinert med TT	pasienter, livskvalitet ble forbedret, ingen bivirkning	Bra kvalitet  Etisk godkjent
6	Weze C. Leathard HL. Grange J. Tiplady P. Stevens G. 2004 UK European Journal of Oncology Nursing	Evaluation of healing by gentle touch in 35 clients with cancer.	Å undersøke fysiske og psykologiske endringer mellom pre -postbehandlin ved healing med skånsom berøring av pasienter med kreft.	Clinical Trial. Research Support, Non- U.S. Gov't Kvantitativ metode VAS skala EuroQoL- livskvalitet	35 pasienter med kreft; 11 menn, 23 kvinner, 1 ukjent , mellom 24-80 år	Påvist statistisk betydelig forbedring i psykologisk og fysisk funksjon, med positiv effekt på livskvalitet. Størst forbedring innen stress og avslapping, mindre smerter/ ukomfort, og depresjon/engstelse	Nivå 1  Bra kvalitet  Etisk godkjent
7	Giasson M., Bouchard L. 1998, Canada Journal of holistic nursing :official journal of the American Holistic Nurses'	Effect of therapeutic touch on the well-being of persons with terminal cancer. Non contact	Å undersøke effekt av TT behandling på velvære hos pasienter med terminal kreft i palliativ omsorg, innenfor smerte, kvalme, depresjon, angst, kort pust,	Kvantitativ designe Controlled Clinical Trial Well-being Scale VAS - smerteskala	20 pasienter med terminal kreft mellom 18-70 år, fransktallende	TT- behandling øker følelse av velvære hos personer med kreft i terminal fase.	Nivå 1  Bra kvalitet  Mangler info om etiske

	Association.		aktivitet, matlyst, avslapping og indre ro.				referanser
8	Collinge W, Kahn J, Yarnold P, Bauer-Wu S, McCorkle R 2007 USA Journal of the Society for Integrative Oncology	Couples and cancer: feasibility of brief instruction in massage and touch therapy to build caregiver efficacy	Å undersøke hvordan TT og massasje gitt fra partner/omsorgsperson virker på komfort hos pasienter med kreft	Research Support, N.I.H. Extramural, Kvantitativ metode selvrappport basert på standardiserte spørsmål	50 partner til 49 pasienter med kreft deltok	Studie påviste at pasientene ble mer fornøyde og deres livskvalitet og kvalitet på relasjoner med partnere økte.	.....  Bra kvalitet  Etisk godkjent
9	<u>Gudrun Pohl, Heidmarie Seemann, Niklas Zojer, Christina Ochsner and Christine Luhan, et al.</u> 2007 Østerrike <u>Supportive Care in Cancer</u>	Laying on of hands” improves well-being in patients with advanced cancer	Å undersøke effekt av TT på kreft og kreft- og kreftterapi relaterte symptomer	Randomized controlled Clinical trial. Research Support, Non-U.S. Gov't Kvantitativ studie Måling; effekt av behandling med Well-Being scala	80 pasienter med kreft	Undersøkelse påviste forbedring i og kreft- og kreftterapi relaterte symptomer, dermed økt velvære.	Nivå 1  Middels Kvalitet  .....
10	Oliffe, J, Davison, B,J, Pickles, T, Mroz, L. 2009 USA Quality Health Research	The self-Management of Uncertainty Among Men Undertaking Active Surveillance for	Å undersøke egne, behandlingsstrategier innenfor alternativ behandling hos pasienter med prostatakreft.	Kvalitativ studie basert på intervju guide	25 menn, mellom 48-77 år, med prostatakreft	Pasientene hadde intensjon til å leve ”normalt liv” og ”gjøre noe ekstra” i forhold til sykdom, ved å bruke alternativ behandling, som for	Nivå 2  Middels kvalitet  Etisk godkjent

		Low-Risk Prostate Cancer				eksempel selvutført TT.	
11	Hallet, Annie 2004 UK Nursing Standard	Naratives of therapeutic touch	Å få forståelse om TT og dets rolle i å hjelpe pasienter med kreft gjennom vanskelige faser i sykdommen.	Journal artikkel kvalitativ metode, pasientenes fortellinger	Syv pasienter med kreft i vanskelige sykdomsfaser	Artikkel presenterer pasientenes positive erfaringer etter TT, på mestrings av følelser knyttet til kreftdiagnose og dets følge.	... middels kvalitet mangler info om etiske referanser