

Iman Chetioui Lehtinen

Specialistprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård, 60 hp, Institutionen för
vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKG11X, HT2015-VT2016

Avancerad nivå

Handledare: Anette Erdner

Examinator: Gail Dunberger

”Det här med religion är svårt...”

Kvalitativ intervjustudie med sjuksköterskor om deras erfarenheter av att möta
personer med psykossjukdom och deras religiösa tankar

“This with religion is difficult...”

Qualitative interview study with nurses about their experiences of meeting individuals
with psychosis and their religious thoughts

Sammanfattning

Bakgrund: Psykossjukdom är ett stort och utbrett hälsoproblem i Sverige, varje år insjuknar cirka 1500- 2000 människor, och medför ett svårt lidande för individen. Religionen har för personer med psykossjukdom visat sig ge upplevelse av hopp, tröst, mening och förklaring. Dock kan psykotiska symptom i form av religiösa vanföreställningar, tendera till att göra det svårt för vårdpersonal att särskilja patologiska föreställningar med religiöst innehåll från friska religiösa tankar. Sjuksköterskans psykiatriska vårdarbete innefattar ett vårdande där man utgår från människan som en helhet och ska se till patientens behov på alla plan. Sannolikheten att möta personer från andra religioner och kulturer är hög relaterat till existerande mångkultur. Det behövs mer forskning för att öka möjligheten till ett vårdande där patienters religiösa behov inkluderas i vårdprocessen.

Syfte: att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta personer med psykossjukdom och deras religiösa tankar.

Metod: Kvalitativ intervjustudie genomfördes med sex sjuksköterskor verksamma inom det psykiatriska vårdfältet. Datamaterialet tolkades genom en kvalitativ innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs.

Resultat: Studien resulterade i tre teman; Sjuksköterskan i mötet, Vårdandet- att möta behoven samt Sjuksköterskans upplevelse av patienten i mötet. Resultatet visade en rädsla, osäkerhet och låg tilltro till befintlig kunskap hos sjuksköterskor, i hur man möter religiösa tankar och behov. Samt att det föreligger svårigheter i hur man skiljer friska religiösa tankar från religiösa vanföreställningar.

Diskussion: Resultatet diskuteras med Katie Eriksson helhetsperspektiv som teoretisk utgångspunkt samt relevanta vetenskapliga artiklar. Faktorer som rädsla, osäkerhet och låg tilltro till befintlig kunskap måste uppmärksammas för att möjliggöra ett vårdande utifrån ett helhetsperspektiv.

Nyckelord: Religion, Psykossjukdom, sjuksköterska, vårdande, upplevelser, psykiatrisk vård.

Abstract

Background: Psychosis is a large and widespread health problem in Sweden, each year 1500- 2000 people fall ill, and often causes great suffering for the individual. Religion has for people with psychosis shown to provide experience of hope, meaning, comfort and explanation. However, the patient's psychotic symptoms in the form of religious delusions, tend to make it difficult for health professionals to distinguish pathological beliefs with religious content from healthy religious thoughts. The probability to meet people from other religions and cultures is high in relation to the existing multiculturalism. We need more research to increase the possibility of caring from a holistic perspective where patients' religious thoughts and needs are included in the care process.

Aim: To describe nurse's experiences of meeting individuals with psychosis and their religious thoughts.

Methods: Qualitative interviews were conducted with six nurses working in the psychiatric field. The data was interpreted through a qualitative content analysis according to Elo and Kyngäs.

Result: The study resulted in three themes; The nurse in the meeting, Caring- to meet the needs and the nurse's experience of the patient in the meeting. The result shows how fear, insecurity and a sense of lack of knowledge of how to meet the religious needs and thoughts, and difficulties in how to distinguish healthy religious thought from religious delusions.

Discussion: The results are discussed with Katie Eriksson holistic perspective as a theoretical basis as well as relevant scientific research. Factors such as fear, insecurity and a sense of lack of knowledge must be addressed to enable caring from a holistic perspective.

Keywords: Religion, psychosis, nurse, nursing, experiences, psychiatric care

Innehållsförteckning

1 INLEDNING	1
2 BAKGRUND	1
2.1 PSYKOSSJUKDOM	1
2.1.1 <i>Symptombild vid psykossjukdom</i>	2
2.1.2 <i>Orsaker och följder av psykossjukdom</i>	4
2.1.3 <i>Religiösa och kulturella perspektiv på psykossjukdom</i>	5
2.2 RELIGION	6
2.2.1 <i>Relationen mellan religion och psykossjukdom</i>	6
2.2.2 <i>Religionens betydelse för personer med psykossjukdom</i>	7
2.3 SJUKSKÖTERSKAN INOM PSYKIATRISK VÅRD	8
2.3.1 <i>Psykiatrisjuksköterskans kompetens och mål</i>	9
2.3.2 <i>Vårdande</i>	9
2.3.3 <i>Livsvärld</i>	10
3 PROBLEMFÖRMULERING.....	11
4 SYFTE	11
5 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER.....	11
5.1 HELHETSPERSPEKTIV	11
5.2 KONSENSUSBEGREPPET HÄLSA	12
5.3 KONSENSUSBEGREPPET VÅRDANDE OCH DEN VÅRDANDE RELATIONEN	12
6 METOD.....	13
6.1 DESIGN	13
6.2 URVAL OCH KRITERIER	14
6.3 DATAINSAMLING	14
6.4 DATAANALYS	15
6.4.1 <i>Förberedelse inför analys</i>	15
6.4.2 <i>Organisering och struktur</i>	15
6.4.3 <i>Redovisning</i>	16
7 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	16
8 RESULTAT	17
8.1 SJUKSKÖTERSKANNS MÖTE	17
8.1.1 <i>Egen tro</i>	18
8.1.2 <i>Reflektion kring mötet</i>	19
8.1.3 <i>Uppfattningar och synsätt inom arbetsgruppen</i>	19
8.2 VÅRDANDET – ATT MÖTA BEHOVEN	20
8.2.1 <i>Svårigheter som uppstod i mötet</i>	21

8.2.2 Särskiljning från patologiska föreställningar	21
8.2.3 Bemötande	22
8.2.4 Helhet- att möta patienten på alla plan	24
8.2.5 Praktiska religiösa behov	25
8.3 SJUKSKÖTERS KANS UPPLEVELSE AV PATIENTEN I MÖTET	26
8.3.1 Sjukdomssymptom	27
8.3.2 Underliggande behov och uttryck	27
9 DISKUSSION	28
9.1 METODDISKUSSION	28
9.1.1 Trovärdighet	28
9.1.2 Pålitlighet	29
9.1.3 Överförbarhet	29
9.1.4 Konfirmerbarhet	30
9.2 RESULTATDISKUSSION	30
9.2.1 Sjuksköterskans möte	30
9.2.2 Religion i vårdandet- ett helhetsperspektiv?	31
9.2.3 Rädsla och osäkerhet i hur man möter patienter med religiösa tankar	32
9.2.4 Bemötande	33
9.2.5 De religiösa tankarna som uttryck för underliggande behov	34
10 KLINISKA IMPLIKATIONER	35
11 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	35
12 SLUTSATS	36
REFERENSFÖRTECKNING	
BILAGA 1. VERKSAMHETSCHEFENS GODKÄNNANDE	
BILAGA 2. FÖRFRÅGAN OM DELTAGANDE	

1 Inledning

Att möta personer med psykossjukdom har personligen många gånger varit utmanande och skrämmande. Långvarig psykossjukdom medför ett livslidande, som kan innefatta identitetsförlust, ensamhet och känslomässig smärta. Mina erfarenheter genom åren har visat att en stor del av dessa personer vänt sig till religionen eller berättat om religiösa tankar. För dessa personer har religionen bidragit med upplevelse av tröst, hopp, mening och förklaring. Men religion är också ett vanligt förekommande tema i psykoser, vilket väckte en nyfikenhet och intresse för ämnet. En informell perception och uppfattning kring denna patientgrupp och deras sjukdomssymptom finns. Patienters religiösa tankar och övertygelser klassificeras ibland av vårdpersonal som patologiska, vilket i sin tur kan påverka mötet mellan personal och patient. Följaktligen är den personliga förförståelsen att sjuksköterskor inom den psykiatriska vården inte närmar sig eller uppmärksammar religiösa tankar i vårdandet. Sverige och tillika den psykiatriska vården anses vara sekulariserad. I samband med existerande mångkultur så föreligger i praktiken en sannolikhet att möta patienter med varierande religioner och kulturer. Det finns i nuläget ingen gedigen forskningsgrund om hur sjuksköterskor erfar patienters religiösa tankar inom den psykiatriska vården. Professionalitet om hur man möter dessa personer i deras sjukdomssituation och tar hänsyn till deras religiösa tankar som kan komma till uttryck i vårdprocessen avses beskrivas i detta arbete.

2 Bakgrund

2.1 Psykossjukdom

Varje år insjuknar cirka 1500- 2000 människor i en psykossjukdom, varav de flesta är mellan 16- 40 år (Socialstyrelsen, 2013). Begreppet psykos eller psykotisk används för att beskriva symptom eller diagnoser som kan definieras som; mental sjukdom där tankar, emotionell respons, förmåga att relatera till verkligheten och förmågan att kommunicera med andra är försämrade till den grad att den stör människans kapacitet att hantera verkligheten (Malm, Lindström & Wieselgren, 2009). Psykossjukdom är ett samlingsnamn för sjukdomarna schizofreni, schizoaffektiva syndrom, vanföreställningssyndrom och likartade psykoser. Sjukdomen är ett stort och utbrett hälsoproblem i Sverige (Malm et.al, 2009; a.a. 2013). Psykossjukdomar orsakar i många fall emotionell instabilitet och förhöjd ångestnivå vilket i sin tur kan leda till att människor tenderar att självmedicinera med alkohol, läkemedel och narkotika (Doherty & Gaughran, 2014).

Vid insjuknande i psykosjukdom förändras människans verklighetsuppfattning, sjukdomen ger sig till känna i människans känslor, föreställningar och tankar om omvärlden. Detta medför känslor av ångest och rädsla. Inte enbart för den drabbade människan, utan även för familj och anhöriga, kan ha svårt att förstå det som händer, samt uppleva att de inte längre känner igen den drabbade. Det kan resultera i ett känslomässigt lidande för den drabbade människan men även för dennes familj och närstående. De olika psykosjukdomarna kan vara alltifrån mildare kortlivade tillstånd till svårare tillstånd som varar livet ut, de flesta psykosjukdomar har likartad behandling (Hultsjö, Berterö & Hjelm, 2007; Syrén, 2008). Bland psykosjukdomarna är schizofreni vanligast, och är även den svåraste formen. För människan kan det innebära en nedsatt kognitionsförmåga, nedsatt förmåga i känsloliv, perception och självuppfattning. Vid schizofreni behöver man ofta förutom läkemedelsbehandling även sätta in psykosociala insatser, såsom social färdighetsträning och daglig aktiviteter (Socialstyrelsen, 2011).

Enligt Syrén (2008) har det visat sig att människor med långvarig psykosjukdom upplever ett lidande som främst handlar om en existentiell och social ensamhet. Den drabbade lever ofta med en förkroppsligad psykisk smärta på grund utav upplevelser av att den egna kroppen inte känns som dennes kropp. Vidare skriver a.a. (2008) att kroppen och det egna jaget kan upplevas som åtskilda. Att leva med en psykosjukdom kan för den enskilde människan medföra upplevelser av att vara utestängd från den vanliga världen och instängd i en okänd och skrämmande värld där hot kan vara ständigt närvarande.

I Koivisto, Janhonen och Väisänen (2004) studie beskrev patienter med psykosjukdom hur de upplevde att leva med sjukdomen. De beskrev en känsla av att inte ha kontroll över sin självkänsla, vilket medförde överväldigande och uttömmande känslomässiga och fysiska känslostormar samt förlust av det egna jaget och självkontroll. Patienterna kände sig sårbara och upplevde att det var svårt att klara av det dagliga livet, då deras egna resurser kändes uttömda. Den akuta psykosfasen upplevde patienterna som mycket skrämmande och förvirrande. Lidandet som upplevdes uppmärksammades av vårdpersonal endast när de själva berättade om sitt lidande, således fanns det en känsla av att vara ensam om sina berättelser.

2.1.1 Symptombild vid psykosjukdom

Symptomen vid psykosjukdom delas in i positiva, negativa, kognitiva och affektiva symptom. *Positiva* symptom innebär att de impulser som människan erhåller från omgivningen och inom sig själv, tolkas och uppfattas annorlunda av människan. Sinnesintryck och tankar kan tolkas förvrängt, vilket kan kännas påträngande och innebära en

skrämmande upplevelse för patienten (Malm, et al., 2009). Till positiva symptom hör hallucinationer, vanföreställningar, och tankestörningar (<http://www.psykiatristod.se>).

Hallucinationer är när människan har en perception utan befintliga stimulanser, det vill säga att man ser eller hör något som inte finns i verkligheten. Hallucinationer i form av röster är den vanligaste formen vid psykosjukdom, och innebär att människan kan höra allt från svagt mummel till en stark och tydlig röst, eller flera röster samtidigt. Rösterna kan ibland vara svåra att placera för den drabbade, rösterna kan höras i öronen eller i huvudet. Det förekommer även att rösterna kan lokaliseras till andra delar av kroppen. Rösterna kan tala om eller till patienten, kommentera patientens handlingar eller tankar (Malm, et al., 2009). Begreppet imperativa rösthallucinationer innebär att rösterna befäller patienten att utföra vissa handlingar. Sådana befallningar kan handla om att patienten ska skada sig själv eller sin omgivning. Befallningarna kan motstås av patienten, men det händer även att patienter utför röstens uppmaningar. Synhallucinationer är ovanligt, när de förekommer är det oftast i det akuta psykosstadiet (a.a., 2009).

Vanföreställningar är ett av de vanligaste symptomen och har genom historien i folkmun ansetts vara tecken på galenskap (Malm, et al., 2009). Patienten kan se sig själv som frälst och av en högre makt, en viktig profet som har som uppgift att förmedla ett religiöst budskap av olika anledningar. Samtidigt förekommande hallucinationer kan förstärka upplevelsen av vanföreställningen. En stor andel av patienterna med schizofrenidiagnos har vanföreställningar med ett religiöst innehåll. För patienten kan en religiös erfarenhet vara ett sätt att tolka upplevelser som är sammankopplade med sjukdomen, exempelvis rösthallucination (Huguelet & Mohr, 2007). Religiösa tankar och funderingar kan ha innehåll som påminner om sjukliga vanföreställningar, trots att den delas av patientens kultur och kan i den kulturen vara inom referensramen för vad som betraktas som normalt (Bäärnhielm, 2014).

Tankestörningar innebär att individens tankeförlopp är splittrat relaterat till associationsstörningar. Individen har då svårigheter att hålla samtal flytande med andra människor och när detta förkommer brukar det parteras om tankestopp. Detta kan yttra sig genom att individen diktar upp ord som inte existerar, och det yttrar sig även genom svårigheter att hålla en röd tråd i ett samtal. Dessa tankestörningar ses oftast vid sjukdomen schizofreni (Malm et al., 2009).

Negativa symptom innebär att patienten har ett bortfall av de normala reaktioner som de annars svarar på, exempelvis olika stimuli från omgivningen. Patienten kan ha avvikande eller dämpade känsloreaktioner eller vara tillbakadragen, vara apatisk och även uppleva minskad lust till aktivitet. Självförsjunkhet och affektstörningar räknas till negativa symptom.

Individer som är självförsjukna kan leva i sin egen värld, blir isolerade från sin omgivning och även från familj och vänner (<http://www.internetmedicin.se>; <http://www.psykiatristod.se>). *Affektiva störningar* innebär att människan lider av avtrubbade känslor, den drabbade har inte längre samma känslöförmåga att på ett normalt sätt kunna relatera till sin omgivning, detta kan visa sig genom att man inte gläds åt saker, eller är intresserad av att göra saker som de tidigare ansett vara spännande, lustfyllda och roliga aktiviteter (Malm et al., 2009).

Kognitiva symptom innebär att individen får uppmärksamhetsstörningar, minnesstörningar samt får nedsatt problemlösningsförmåga. En nedsatt förmåga att lösa problem är ofta synbar när individen inte har en helt färdig lösning framför sig, och kan behöva kombinera flera olika typer av tidigare kunskap. Den här formen av störning är relativt vanlig vid schizofreni. Studier visar idag enligt Malm et al. (2009) att enbart 30% av patientgruppen kan prestera på samma nivå som individer som inte har en kognitionsstörning. Vidare skriver författarna att de kognitiva störningarna ofta är allvarliga och jämförbara med individer som drabbats av hjärnskador.

Det finns idag en uppsjö av olika läkemedelspreparat som används mot psykosjukdomar inom den psykiatriska vården, dessa preparat lindrar oftast enbart symptomen och individen kan ha stora svårigheter att återfå sin sociala och kognitiva förmåga (Huguelet & Mohr, 2007; a.a., 2009).

2.1.2 Orsaker och följder av psykosjukdom

Enligt Hoffman (2007) kan psykologiska faktorer som exempelvis social misär och isolering kan verka som riskfaktorer för utveckling av psykos. Människor som immigrerar till andra länder är i riskzonen att drabbas av en psykosjukdom.

Studier visar att konsumtion av drogen cannabis, som inkluderar biologiska och psykosociala komponenter medför ökad risk för att insjukna i psykos; vilket då benämns *drogutlöst psykos*. Regelbundet cannabisbruk kan leda till utveckling av akuta psykotiska episoder, förvärra kroniska psykoser samt öka risken att utveckla ett kroniskt psykotiskt tillstånd (Archie et al., 2007; Degenhardt et al., 2015.).

Studier rapporterar om hög frekvens av cannabisbruk bland psykotiska patienter, även alkoholmissbruk är vanligt förekommande (Archie et al., 2007; Sarrazin, Louppe, Doukhan & Schurhoff, 2015). När psykosjukdomen blir långvarig, det vill säga kronisk, medför det oftast en nedsättning av individens självständighet samt ger upplevelse av ett otillfredsställande dagligt liv (Syrén, 2008). Psykosjukdom medför ofta ett långt livslidande och försämrar individens kognitiva förmåga, vilket kan resultera i svårigheter att möta

omgivningen och försvaga individens funktion i samhället, samt ge en upplevelse av sämre livskvalité för patienten och ge upphov till existentiellt lidande (Hultsjö, Berterö & Hjelm 2007; Doherty & Gaughran, 2014).

2.1.3 Religiösa och kulturella perspektiv på psykossjukdom

Definitionen av psykisk sjukdom och psykos har genom tiderna förändrats, hur människor tolkat och fortfarande betraktar psykisk sjukdom beror på var i världen fenomenet studeras, vilka traditioner och kultur som finns samt vilken religion som praktiseras i området (Bäärnhielm, 2014). De kulturella, religiösa och folkliga traditionerna har påverkat huruvida människor har sökt vård samt vilken typ av vård människor sökt. World Health Organisation (WHO) utförde på 1970-talet en studie om vilka attityder som fanns i olika länder gällande psykisk sjukdom. Synen på psykisk sjukdom skiljde sig beroende på rådande religion, kultur och geografiskt område som studerades. Tidigare men även fortfarande, har psykisk sjukdom och i synnerhet psykossjukdom relaterats till en högre styrande makt i en stor del av världen. Exempelvis har den psykiskt sjuke betraktas vara besatt av onda andar eller demoner och psykotiska symptom har ansetts vara direkt orsakade och konsekvenser av detta (a.a., 2014).

Historiskt sett har det tidigt funnits en koppling mellan religion och psykisk sjukdom. I världsreligioner som islam och kristendomen tar man i stor utsträckning hjälp av en präst eller en imam. Genom olika religiösa ritualer och böner anses de kunna fördriva ondska och andar. I islam och den arabiska världen anses psykossymtom vara orsakade av andar, på arabiska kallade för djinner. Djinnerna finns som en naturlig del i den muslimska världen, ursprunget av begreppet djinner härstammar egentligen från tiden innan islam, men omnämns i Koranen samt i de folkliga arabiska berättelserna och traditionerna. En människa som anses vara besatt, får i första hand religiös vård och behandling, vilket kan försvåra senare psykiatrisk behandlingen av patientens symptom (Bäärnhielm, 2014). Den västerländska medicinska behandlingen är vanligen ett sista alternativ, ett alternativ som används först när inget annat har hjälpt eller lindrat den sjukes symptom. Ibland är den medicinska behandlingen inget alternativ alls (Rashid, Copello & Birchwood, 2012). I länder där samhället genomsyras av religion och kultur kan psykiatrisk vård vara mycket begränsad och psykiatriska institutioner få. Resultatet blir att individer som vårdas på psykiatrisk institution ofta hunnit utveckla en svår kronisk psykisk sjukdom och problematik. Inte sällan är även vård och institutionsbehandling stigmatiserande. Att människor med uppenbar psykisk problematik väntar med att söka hjälp av psykiatriker och läkare är även en följd av rådande okunskap om vad psykiatrisk vård och behandling bygger på (a.a., 2014).

Enligt Hultsjö och Blomqvist (2013) har det konstaterats att det finns olika synsätt att tolka, beskriva samt hantera psykisk sjukdom och psykotiska symptom beroende på vilken religion eller kultur individen har. Hultsjö och Blomqvist hävdar vidare att den religiösa, kulturella och sociala miljön har en påverkan och inverkan på individens symtomutveckling och återhämtning från sjukdomen. Det torde även innebära att den omgivande miljön skapar och formar den generella befolkningens och vårdpersonalens sätt att se på psykossjukdom i relation till fenomenet religion. Det kan även påverka hur den drabbade enskilde individen uppfattar psykiatrisk vård och det egna behovet av sådan vård.

2.2 Religion

Religion och spiritualitet är i högsta grad en personlig aspekt av människans medvetenhet och beteende, ett fenomen som inte kan analyseras eller förklaras på ett djupare plan. Dock finns forskning som ämnar till en djupare förståelse och kunskap kring människan i relation till religionen och vad den har för personlig mening (Chandler, 2012).

2. 2.1 Relationen mellan religion och psykossjukdom

Enligt Herlofson et al. (2010) växte sig medicinvetenskapen stark på 2000- talet vilket resulterade i att fenomenet religion fick en mer undanskymd betydelse. Sedan kyrkan skildes från staten har religionen inte samma grundläggande betydelse som tidigare, (Nordin och Schölin (2010) Den alltmer sekulariserade samhällssynen kan också bidra hur man ser på religiösa övertygelser och utövande inom vården i övrigt. Det religiösa tenderar att lämnas över till professionella, såsom präster eller motsvarande (a.a., 2010).

Fenomenet religion och det psykopatologiska området överlappar och går in i varandra (Keks & D`Souza, 2003). Det innebär enligt Ng, (2007) att religion och spiritualitet är ett relativt vanligt förekommande tema i psykoser. Religion är ett komplext fenomen som omfattas av humanism, moral, kultur och filosofiska aspekter. På grund utav rådande sekularisering i västvärlden och religionens komplexitet menar Ng (2007) att det föreligger tendenser främst inom den psykiatriska vården att kompromissa med religionens funktion och betydelse samt att det föreligger en tendens att patologisera religion i sin helhet. Enligt O`Connor och Vandenberg (2009) studie föreligger det svårigheter att skilja religiösa vanföreställningar från religiösa övertygelser inom den psykiatriska vården som har sin orsaksförklaring i faktorer som psykiaterns tidigare erfarenhet, kunskap samt rådande sociala och kulturella normer samt egen tro. Dessa faktorer anses påverka identifiering och

bedömning av förekommande religiösa vanföreställningar. Vidare visade studien att psykiatriker med en liknande religiös trosövertygelse som patienten, tenderade att i större utsträckning bedöma föreställningarna som icke patologiska. Författarna O'Connor och Vandenberg (2009) menar på att problematiken med att särskilja och sätta en korrekt diagnos, ligger i att vid utredning av patientens tillstånd följer diagnoskriterier i DSM-IV, utan större hänsyn till den kulturella, religiösa och sociala kontexten. Religiösa vanföreställningarnas innehåll, form och funktion i relation till patientens livssituation och bakgrund bör tas i större beaktande. Enligt Chandler (2012) är tidigare forskning som rör religion vid utredning av psykossjukdom nästintill obefintlig, dock finns litteratur som föreslagit hur man kan integrera och slå samman DSM-IV kriterier med patienters upplevelse av mening, isolering, autonomi och förlust. Detta förslag syftar till att få en helhetsbild över patientens sjukdom på ett djupare plan (a.a., 2012).

I detta nu, finns en kulturformulering som utvecklats och vid utredning ska hänsyn tas till patientens sociala, kulturella och religiösa bakgrund vid diagnosistering (Bäärnhielm, 2014). Författarna Huguelet och Mohr (2007) anser att patienters religiösa tro ska interageras i den psykiatriska vården, och då i synnerhet i mångkulturella samhällen där traditionell och religiös vård kan anses viktigare än den västerländska medicinvetenskapen. Religion och psykisk sjukdom kan tolkas som nära förknippade, ibland orsakade av varandra. Fenomenen tillsammans kan hos den enskilda människan ge upplevelser som är svårbedömda och komplicerade för omgivningen att förstå på ett djupare plan (Huguelet, Mohr, Borrás, Gillieron & Brandt, 2006). Det finns få studier, enligt Huguelet & Mohr (2007) som visar att religionen skulle kunna trigga igång psykotiska symtom även om religionen i sig kan verka som en stressfaktor för vissa patienter.

2.2.2 Religionens betydelse för personer med psykossjukdom

I Humberstones studie (2002) framgår det att majoriteten av patienterna såg Gud som allsmäktig och som det enda som var starkare och mer kraftfullt än själva psykosens. Deras tro till Gud bidrog med en känsla av hopp och mening i stunder av förtvivlan. Enligt Saavedra (2012) ; Rieben, Huguelet, Lopes, Mohr och Brand (2014) ; Pieper och Van Uden (2012) mynnade studiernas resultat ut i att religion fungerade som en copingstrategi, ett verktyg som användes som hjälp, stöd och förklaring i svåra stunder orsakade av psykossjukdomen.

Författarna Mohr, Gillieron, Borrás, Brandt & Hugulett (2007) studerade patienters religiösa bakgrund, vilka övertygelser som fanns, religiösa aktiviteter samt religionens betydelse i patienters dagliga liv. Även de såg att religionen fungerade som copingmekanism

för patienterna; en stor hjälp för att hantera sjukdomen samt de symptom och situationer som uppstod till följd av psykosjukdomen. Enligt Danbolt, Moller, Lien, & Hestads (2011) studie konstaterades att deltagarnas religiösa övertygelser var ett viktigt och värdefullt stöd i deras vardag, dessa övertygelser var snarlika religiösa vanföreställningar och skulle ha bedömts som patologiska, trots det fanns uttryck hos samtliga informanter att den religiösa tron uppfyllde och upplevdes som en betydelsefull och hjälpande mekanism. Religionen visade sig bidra med en känsla av mening och kontroll över sjukdom och livssituation. Patienternas trossystem skiljde sig från deras vanföreställningar som exempelvis handlade om att patienten uppfattade sig själv ha spirituella gåvor och förmågor.

En psykosjukdom kan förändra livsmeningen för människan. Många upplever förlust av det egna jaget, att en del av identiteten påverkas eller går förlorad. Risken med att människor upplever att de förlorar en del av sin identitet är att de tenderar även att förlora kontakten med sin omgivning och det sociala kontaktnätet. Nära relationer med anhöriga och närstående kan således bli lidande. Religion har visat sig ha förmågan att fylla upp identitetsförlust genom en ökad känsla av att vara hel som människa, och kunnat erbjuda en upplevelse av tillhörighet och gemenskap genom att vara en del av en grupp som delar den religiösa tron (Keks & D'Souza, 2003).

Men enligt samma författare a.a., (2003) finns det även studier som påvisat att religionen har orsakat skada eller ytterligare svårigheter för personer med psykosjukdom. Författarna Mohr et al., (2007) menar att när religionen haft en negativ påverkan så har den i vissa fall blivit en del av människans psykiska problematik och då sett förhindra läkningen och återhämtning. Vissa uttryckte att religionen bidragit med känslor av skam, smärta och förtryck. Patienter har även uppgett att de blivit tillbakavisade och uteslutna från den tillhörande religiösa gruppen och fått en upplevelse av stigmatisering.

2.3 Sjuksköterskan inom psykiatrisk vård

En ny patientlag inträdde första januari 2015 (SFS 2014:821) i Sverige. Lagen syftar till att stärka och tydliggöra patientens status i förhållande till hälso- och sjukvården. Vidare syftar lagen till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet i vården. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och att patienter får vård på lika villkor. Vården skall även ges med respekt för människors lika värde samt för den enskilda människans värdighet, och patienten har rätt till ett respektfullt bemötande.

Enligt Wiklund Gustin (2010) är sjuksköterskans främsta och viktigaste uppgift att hjälpa patienter tillbaka till upplevelsen av att ha en god hälsa samt att arbeta aktivt och övergripande för att minska och lindra sjukdomssymptom.

2.3.1 Psykiatrisjuksköterskans kompetens och mål

Enligt Psykiatriska riksföreningens (2014) riktlinjer ska specialistsjuksköterskan med inriktning mot psykiatrisk vård, ha sin grund i vårdvetenskapen och väsentliga delar i hennes arbete är att värna om mänskliga rättigheter, vara medveten etiska aspekter samt främja individens kultur, värderingar och trosuppfattning. Vidare beskrivs att en markant utgångspunkt är att se på människan som någon som kan växa och utvecklas. Sjuksköterskan ska vara mån om patientens identitet och behov, arbeta för att stärka patientens upplevelse av självkontroll och även inneha en förmåga att kunna möta djupare känslor som meningslöshet, ensamhet och andra existentiella behov (a.a.). Vård skall bedrivas med respekt för alla individers lika värde och belysa den enskilda människans värdighet, självbestämmande och integritet. Att tillvarata patientens och närståendes erfarenheter och behov i mötet och vid planering av vård ligger inom sjuksköterskans ansvarsområde (ICN:s etiska kod, 2012). Som arbetsledare har sjuksköterskan kunskap om hur hon ska påverka strukturen i miljön för att tillvarata patientens behov av personlig kontakt, tillhörighet och upplevelsen av mellanmänniska möten, som bygger på öppenhet och ett genuint intresse för patienten (<http://www.psykriks.se>).

2.3.2 Vårdande

Enligt Wiklund Gustin (2010) föds patientens livskraft och vitalitet ur stillhet. Begreppet stillhets innebörd är inte kopplad till inaktivitet eller passivitet, utan betyder att patientens livskraft, aktivitet och rörelse behöver åtföljas av en stillhet då patienten får möjlighet till vila. Individens sinnen kan vid en psykossjukdom vara överstimulerade, och behöver likväl få en chans till avbrott och stillhet där patienten kan hämta ork och kraft. Detta kan föra med sig en ökad upplevelse av vilja och energi, som är betydelsefullt för upplevelsen av hälsa.

Vårdandet innefattar vidare det mellanmänniska mötet som inträffar i en vårdande relation. I detta möte får patienten möjlighet till stillhet i form utav en accepterande, bejakande och empatisk samvaro. Sjuksköterskan inom psykiatrisk vård bör ha fokus på att bygga en vårdande relation som innefattar ett mellanmänniskt möte (Wiklund-Gustin, 2010). Enligt Koivisto et al. (2003) är interaktionen mellan patient och sjuksköterska essentiell för en

god relation. I studien visade en god vårdande relation på positiva aspekter för patientens upplevelse av välbefinnande under vårdtiden. Patienter uppgav att empati, omsorg, hjälpsamhet och framförallt vänlighet från sjuksköterskan var viktigt. Enligt Hultsjö et al. (2007) var känslan av att möta en medmänniska det som ingav en upplevelse av ömsesidig respekt, vilket i sin tur ökade självkänslan och livslust. Individens upplevelse av hälsa förstärker förmågan att ta sig igenom livets svårigheter och kriser. Enligt Dahlberg och Segesten (2010) syftar psykiatrisk omvårdnad till att arbeta hälsofrämjande och stödja patienten i dennes hälsoprocesser mot positiva aspekter av hälsa. Vårdandets grund eller idé är ett helhetsperspektiv, ett förhållningssätt där alla aspekter av hälsa uppmärksammas och tillgodoses.

Danbolt et al. (2007) hävdar att sjuksköterskor och annan vårdpersonal inom den psykiatriska sektorn kan sakna den medvetenhet och kännedom om patienters religion, vilket leder till att de får en perception av religion som baseras på sjuksköterskans livsvärld, åsikter och fördomar om fenomenet. Dahlberg et al. (2003) menar att det föreligger en tendens att konkretisera och åskådliggöra den psykiatriska omvårdnaden i form av omvårdnadsproblem, åtgärder och omvårdnads mål. Sådana åtgärder och planer i den psykiatriska vården bör inte ligga som huvudfokus då det inte fyller en meningsfull funktion för den enskilde patienten. Åskådliggörandet av existentiella behov ska syfta till att möta djupare känslor samt verka för att minska existentiell ensamhet, då denna patientgrupp i majoriteten av fall saknar mellanmänniska relationer som är en betydelsefull och väsentlig del av människans existens (a.a.).

2.3.3 Livsvärld

Enligt Dahlberg et al., (2003) är livsvärlden människans värld såsom den levs, och att utgå från en annan människas livsvärld innebär att sjukdom och hälsosituation förstås utifrån människans perspektiv. Livsvärldsperspektivet ger insikt i hur den enskilda människan uppfattar, upplever och erfar sin verklighet och omvärld. I den psykiatriska vården kan livsvärldsperspektivet appliceras i mötet och underlättar för sjuksköterskan att förstå innebörden i patientens hälsosituation. Livsvärldsperspektivet bidrar till att sjuksköterskan lär känna patienten bakom sjukdomsdiagnosen, och på motsvarande sätt ges patienten möjlighet att lära känna sjuksköterskan på ett mellanmänniskt plan. Att förhålla sig till någon annans livsvärld innebär att man gör det utifrån sin egen livsvärld. Hur människor möter andra har stor grund i vad man själv har för värderingar, åsikter och erfarenheter av att möta andra (Dahlberg et al., 2003).

Ett vårdande som ser till patientens livsvärld, helhet och existens är således av vikt att lyfta fram och belysa inom det psykiatriska fältet (Dahlberg & Segesten, 2010).

3 Problemformulering

Psykossjukdom är ett omfattande och utbrett hälsoproblem, vilket innebär konsekvenser för den drabbade människan men även för anhöriga, omgivningen och samhället. I den psykiatriska vården ligger stort fokus på medicinvetenskapen, i såväl behandling som i vårdandet av patienter. Följder kan bli att en stor andel av patienter med psykossjukdom, inte får möjlighet att ge uttryck för sina religiösa tankar och funderingar i sin hälsoprocess. Tidigare forskning konstaterar att religionen har en viktig och betydelsefull mening och funktion för religiösa personer med psykossjukdom. För sjuksköterskan inom psykiatrisk vård innebär detta, att religiösa tankar och behov skall kunna tillgodoses då vårdvetenskapen utgår från människan som helhet, och dennes beskrivning av sin livssituation. Ökad kunskap och insikt i hur sjuksköterskor kan uppleva och erfara patientens religiösa tankar kan resultera i en djupare förståelse för fenomenets betydelse i vårdandet. Det är ytterst relevant och nödvändigt då sjuksköterskan i sitt dagliga arbete möter personer med utländsk härkomst, med andra kulturer och trosuppfattningar.

4 Syfte

Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta personer med psykossjukdom och deras religiösa tankar.

5 Teoretisk utgångspunkt

Författaren har valt att använda Katie Erikssons perspektiv på hela människan, hälsa, vårdandet och den vårdande relationen som teoretisk referensram, eftersom att Eriksson belyser människans olika dimensioner; fysisk, psykisk och själsligt som tillsammans bildar en helhet. Helhetsperspektivet ska stå som grund för vårdandet av människan.

5. 1 Helhetsperspektiv - Kropp, själ och ande

Enligt Eriksson (2014) är människan en helhet som består av delarna kropp, själ och ande. Syftet är att alla aspekter i människans hälso-och livssituation skall uppmärksammas och tillgodoses, även om ohälsan endast är koncentrerad till en dimension. Människan ses som en

unik art, med egna karaktärsdrag som är unika för just henne. Detta innebär att vårdprocessen inte är densamma för en annan människa. Sjuksköterskan ska sträva efter att ge en så individuell vård som möjligt. Människan ska mötas med respekt, som en person i relation till en annan person. Vidare beskriver Eriksson (2014) att vård skall byggas på en tilltro att människan kan växa och utvecklas. Med detta anses vårdandet även inbegripa ett mod att våga möta den som lider och i mötet även våga ge något av oss själva. Resultatet blir ett mellanmänskligt möte, en ömsesidig respekt och högaktning för den unika människan och alla hennes delar. Ett essentiellt behov hos människan är den sociala förbindelsen med andra, med sin omvärld. Det är värdefullt för människan att känna tillhörighet, delaktighet och uppleva gemenskap med andra människor. Människans begär efter att bli bekräftad, sedd och att utvecklas i sitt liv och i sin person kan ses som en drivkraft till att lära, växa och att själv utveckla något (a.a., 2014).

5. 2 Konsensus begreppet hälsa

Enligt Eriksson (1984) är hälsa en beteckning för när individen är i ett tillstånd av friskhet, sundhet och välbefinnande. Friskhet tycks vara när individens biologiska kropp fungerar som den ska. Sundhet innefattar att individen är oförvillad och förnuftig, det vill säga att den kognitiva funktionen fungerar och att individen är hälsosam och har en opåverkad beslutsförmåga. Vid upplevelse av välbefinnande föreligger en känsla av att må bra. Att uppleva ett välbefinnande är centralt och relevant för huruvida individen upplever att den har hälsa. Vidare innebär detta att en individ kan sakna friskhet, exempelvis vid kronisk sjukdom, och ändå ha en god hälsa om komponenterna sundhet och välbefinnande är kvarstående. Till synes kan det verka paradoxalt att individer med en livshotande och/eller kronisk sjukdom, kan uppleva hälsa och trots sjukdomssituation kan individen må bra och uppleva hög grad av välbefinnande (a.a., 2010). Slutligen, hälsa uppnås av individen när dennes förmåga att utföra och åstadkomma är maximal samt äger förståelse och förmåga att dra nytta av individens självkapacitet (Eriksson, 2014).

5.3 Konsensus begreppet vårdande och den vårdande relationen

För att människan ska nå en optimal funktion i sin vårdprocess behöver en känsla av meningsfullhet och värde finnas. Dessa känslor är väsentliga för huruvida människan ska utvecklas och växa. Vårdandet innebär att man ser till hela människan.

Eriksson (1984) menar att sjuksköterskan inte kan inrikta sig på endast en del i vårdandet, utan behöver som tidigare nämnt se till patientens behov på alla plan för att uppnå hälsa. Det själsliga planet innefattar kognitiva funktioner och emotioner, kognitionen är ett redskap för hur individen handskas med situationen, hur människan skapar helheter och tillskriver en mening till situation relaterat till livet. Bland annat åsyftar a.a. (1984) att det finns en andlig aspekt av vårdandet som är av vikt att ta i beaktande, eftersom teorin menar att människan i grunden är en religiös och andlig varelse. Anden, är ett uttryck för hur individen ställer existentiella frågor och funderingar samt reflekterar över sig själv i förhållande till sin omvärld. Eriksson menar att människan i grunden är en religiös varelse på grund av en inneboende längtan i alla människor efter Gud eller en annan kraft. Dock har inte alla individer funnit eller hamnat på detta plan. Anden kan även förstås som en livsåskådning eller livshållning som individen tagit sig (Eriksson, 2014).

Eriksson (2014) konstaterar att människor som saknar en tro i sitt liv, erfar illabefinnande och tar till flykt i situationer som är svårhanterliga i större utsträckning än de människor som har en tro. Vidare menar författaren att en vanlig orsak till att patienten inte vårdas utifrån ett helhetsperspektiv är på grund utav en svaghet att känna igen och möta patientens andliga behov, och menar vidare på att detta bottnar i okunskap och fördomar hos vårdaren. En sjuksköterska ska således ha förmåga att kunna möta andliga behov hos patienten i samma utsträckning som hon har förmåga att tillgodose fysiska behov (a.a., 2014).

Relationen som uppstår mellan patient och vårdare, utgör grunden för vårdandet och för patientens vårdprocess. I ett mellanmänskligt möte där en människa möter en annan människa finns utrymme för att växa och utvecklas, men även möjlighet att förmedla kärlek. Relationen ska syfta till att ge patienten det utrymme den behöver för att kunna ge uttryck för sina behov, begär och problem. Ömsesidighet är en central del i vårdrelationen, vilket innebär att relationen utvecklas och byggs på bägge parter villkor. En relation kan således inte forceras fram, inte heller kan den i förväg bestämmas hur den ska se ut. Relationen varierar i hur djup eller intensiv karaktär den har, men ämnar stödja patienten i dennes hälsoprocesser mot upplevelse av hälsa (Eriksson, 2014).

6 Metod

6.1 Design

Studiens syfte och problemformulering ger forskaren riktning om hur studien skall utformas (Lantz, 2013, s. 41). Syftet med studien var att *beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att*

möta personer med psykossjukdom och deras religiösa tankar. Metodvalet är en kvalitativ intervjustudie. Väsentlig del i studien var att kunna närma sig informanternas subjektiva erfarenheter i mötet med patientgruppen och ge en beskrivning av de upplevda erfarenheterna som yttrades. Kvalitativ metod underlättar målsättning med att hitta mönster i berättelserna och gestalta det som är återkommande i intervjuerättelserna (Lantz, 2013).

När syftet är att försöka få en förståelse för andra människors handlingar, åsikter och beteenden är en kvalitativ metod lämplig att använda (Trost, 2005; Kvale & Brinkman, 2014). En riktad öppen intervju ger forskaren en unik inblick och förståelse för informantens perception av det aktuella undersökningsområdet. Forskarens förförståelse och teoretiska utgångspunkter bestämmer vad som är av vikt att undersöka (Lantz, 2013).

6.2 Urval och kriterier

Sex manliga och kvinnliga sjuksköterskor oberoende av etnicitet, social och kulturell bakgrund som var verksamma inom psykiatrisk vård i minst sex månader tillfrågades. Målet var att hitta minst sex informanter som hade erfarenhet av psykiatriskt vårdarbete med personer med psykossjukdom, och som i någon utsträckning haft religiösa tankar.

Sjuksköterskorna som intervjuades hade olika akademisk och klinisk bakgrund, samtliga hade grundläggande sjuksköterskeutbildning. Informanterna hade varit yrkesverksamma inom psykosvård mellan ett till 15 år. Två informanter hade vidareutbildning inriktning psykiatrisk vård.

6.3 Datainsamling

Klinikens verksamhetschef tillfrågades om sjuksköterskor verksamma inom kliniken kunde delta i studien (Se bilaga 1). Efter positivt svar från verksamhetschefen skickades brev per epost till enhetschefer som vidare delade ut förfrågan till sjuksköterskorna (Se bilaga 2). Intresserade sjuksköterskor kontaktade studiens författare via epost. Plats och tid för intervju avtalades. Halvstrukturerade intervjuer användes. Samtliga informanter fick inledningsfrågan: ”Berätta om någon gång i ditt arbete när du mött en patient med psykossjukdom och som uttryckt religiösa tankar och/eller funderingar?” Exempel på följdfråga: ”Hur har utrymmet för en religiös dialog sett ut?”. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) är det vanligt förekommande att en intervjuguide utformas som kan användas som stöd under intervjuens gång. Vid intervjustart fick informanterna information om studiens syfte och gavs möjlighet avbryta sin medverkan, för att säkerställa att inget tvång upplevdes samt minska risk för prestationsångest. Intervjun startades med en öppen fråga, och sedan fick informanterna

berätta fritt utifrån deras egna erfarenheter, följdfrågor eller hjälpfrågor ställdes enligt intervjuguide. När intervjun var över erhöll informanten ytterligare information om materialet. Samtliga intervjuer varade 30- 40 minuter, och genomfördes i en förbokad lokal på informanternas arbetsplats.

6.4 Dataanalys

Intervjuerna tolkades genom en induktiv kvalitativ innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2008). Analysfasen delade upp arbetet i tre faser: förberedelse av analys, organisering och struktur samt redovisning av resultatet.

6.4.1 Förberedelse av analys

Intervjuerna döptes och samtliga informanter fick ett nummer, för att säkerställa anonymitet och underlätta struktur och identifiering för författaren. Samtliga intervjuer lästes direkt efter transkribering för att få känslan av substansen i berättelsen men även för en överblick av intervjuens helhet. Bearbetning och hantering av materialet inleddes. Transkribering innebär att det inspelade talspråket överförs till skrift (Kvale & Brinkman, 2014). Informanternas och forskarens tal och språk skrivs ned precis som det sagts (Lantz, 2013; Olsson & Sörensen, 2011). Andra förekommande ljud som exempelvis harklingar, hostningar och skratt har även transkriberats. Datamaterialet har sedan lästs igenom flera gånger för att få en djupare förståelse för de enheter som kom att analyseras. Relevanta ord, meningar och fraser för studiens syfte markerades, och resulterade i flertal rubriker som gav en övergripande beskrivning av de aspekter som var av betydelse. En utmaning när man utför en analys genom en kvalitativ metod är att skapa mening ur en större mängd insamlad data, vilket syftar till att utse vad som är kärnan, substansen i innehållet och skilja ut det betydelsefulla i informanternas berättelser och eventuellt urskilja mönster (Fejes & Thornberg, 2015).

En kvalitativ analysmetod möjliggör ökad förståelse för nya perspektiv. Komplexa sammanhang kan förstås på djupare plan samt att det eventuellt resulterar i en möjligt att belysa fenomenet utifrån nya perspektiv (Lantz, 2013; Kvale & Brinkmann, 2015).

6.4.2 Organisering och struktur

Det transkriberade materialet kodades öppet, innebörder utvecklas vidare samt att forskarens egna uppfattningar och förförståelse kartläggs vilket kan resultera i nya perspektiv. För att på ett systematiskt sätt beskriva betydelsefulla aspekter plockades *meningsbärande* enheter ut från de transkriberade texterna som hängde samman med studiens syfte. Det kodade materialet grupperades i separata dokument för att underlätta sortering av kategorier, som

sedan utmynnade i teman. Grupperingarna bildade tio stycken kategorier som mynnade ut i tre teman. Skapandet av kategorier underlättade genomförandet av dataanalysen på systematiskt sätt. Exempel på analysmetod ses nedan.

Tabell 1. Exempel över öppen kodning som utformas till kategori och sedan utmynnar i tema.

KOD	KATEGORI	TEMA
Jag är inte religiös själv	Egen tro	Sjuksköterskans möte
Jag är ju egentligen kristen		
Gud älskar oss alla		

6.4.3 Redovisning

Resultatet av det insamlade datamaterialet har sammanställts i en magisteruppsats och är disponibel på internet via lärosätet Ersta Sköndal högskola samt kommer finnas tillgänglig i pappersformat.

7 Forskningsetiska överväganden

Allt deltagande i denna studie har skett på frivillig basis. Verksamhetschefen på kliniken erhöll via sin sekreterare formell förfrågan om deltagande och ett informationsbrev bifogades. Verksamhetschefen har tagit del av studiens mål och har haft möjlighet att neka genomförande av studie. Författaren har tagit i beaktande att det finns sjuksköterskor som kan ha en personlig relation till intervjuaren då författaren är verksam inom samma klinik som använts som undersökningsplats. Endast sjuksköterskor som inte känner intervjuaren deltog, då personliga relationer kan riskera studiens reliabilitet. Eftersom att informanter och intervjuare inte haft personlig kontakt tidigare, finns till synes ingen risk att intervjuerna får en personlig prägel.

En maktkonstruktion mellan forskare och informant kan uppstå i ett intervjumöte och det är således av stor vikt att undersöka vilka sätt det finns för att bryta den konstruktionen i förväg (Lantz, 2013). För att förhindra och minimera risken att informanterna kände sig underlägsna eller ”tvingade” att delta var det av stor vikt och har i föreliggande studie varit en

aspekt som tagits i beaktande. Eftersom att författaren ämnade studera och intervjua sjuksköterskor om ett ämne som för många kan uppfattas som känsligt var en tydlig etisk medvetenhet av stor vikt, reflektion skedde kontinuerligt samt att det fanns en medvetenhet och försiktighet i hur frågorna till informanterna ställdes (Kvale & Brinkman, 2014). Däremot ansågs ämnet känsligt till en grad att den etiska forskningskommittén behövde bli tillfrågade, och ge ett godkännande för genomförande av studien. Precis innan intervjuerna startade hämtades samtycke om deltagande i studien återigen. Informanterna fick således ytterligare tillfälle att tacka nej till deltagande.

8 Resultat

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta personer med psykossjukdom och deras religiösa tankar. Resultatet som framkom efter genomförande av intervjuer utmynnade i tre teman och tio kategorier enligt tabell 2.

Tabell 2. Indelning av kategorier under respektive tema

Tema 1 Sjuksköterskans möte	Tema 2 Vårdandet- att möta behoven	Tema 3 Sjuksköterskans upplevelse av patienten i mötet
Tre kategorier <ul style="list-style-type: none"> • Egen tro • Reflektion kring mötet • Uppfattningar och synsätt inom arbetsgruppen 	Fem kategorier <ul style="list-style-type: none"> • Svårigheter som uppstod i mötet • Särskiljning från patologiska föreställningar • Bemötande • Helhet- att möta patienten på alla plan • Praktiska religiösa behov 	Två kategorier <ul style="list-style-type: none"> • Sjukdomssymtom • Underliggande behov och uttryck

8.1 Sjuksköterskans möte

Samtliga informanter beskrev ett möte med en person som har en psykossjukdom som uttryckt religiösa tankar eller övertygelser. Vissa informanter valde en specifik händelse och person, andra valde att berätta mer allmänt om ämnet och den aktuella patientgruppen.

Samtliga beskrev sin egen uppfattning och åsikt om patientgruppen, vilken egen tro de själva hade samt reflekterade över ämnesområdet, sig själv som sjuksköterska, vården kring patienterna och hur de erfarit patienternas religiösa tankar och behov.

8.1.1 Egen tro

Samtliga informanter uttryckte eller beskrev i någon utsträckning vad de själva hade för personlig relation till religion. Fem informanter uttryckte direkt vad de hade för typ av relation till religion, huruvida de var troende och trodde på en högre styrande makt eller inte. Vissa namngav även religionen de tillhörde. En informant uttryckte inte ordagrant att denne var religiös, men uttalade sig om Gud och Guds egenskaper. Det kunde beskrivas som: *”Att älska varandra....mm för Gud älskar oss och vi respekterar varandra”*, informant (6). Informanterna berättade på olika sätt vad de hade för personlig relation till religion.

Ja, det skulle kanske finnas nån form av trygghet i att vara sån...jag är ju egentligen kristen, men inte särskilt troende. Min uppfattning om religion rent privat är att...religion är nånting större än en själv som man kan få trygghet i....om man väljer att tro, och det tror jag är likadant för psykopatienter, informant (3).

Den egna tron kunde även innefatta ett förtydligande från informanten över att man inte var religiös eller tillhörde en religion. Informant (5) påpekade *” Jag är inte religiös själv... utan starkt förankrad i min ateism”*.

När informanter beskrev hur de uppfattade patienternas religiösa tankar och funderingar, gjordes i flesta fall en jämförelse med den egna tron för att relatera till situationen som beskrevs. Det blev även ett uttryck för en ståndpunkt, ett förtydligande om var informanten såg sig själv stå i relation till fenomenet. Däremot menade en del informanter att religiösa patienter skulle kunna få en känsla av att bli förstådda bättre om de fick en vårdare som öppet delade samma tro, att det kunde skapa potential för allians och samarbete med patienten. I synnerhet i början av mötet med patienterna då det upplevdes som svårast att nå fram till patienten.

Andra informanter menade att den egna tron inte var något man ska dela med patienter, med anledning av att det kan ge upphov till mer skada än nytta, speciellt i de fall patienterna var svårt sjuka och då psykosen kunde påverka människans personliga egenskaper och förmågor. I synnerhet delades åsikter om att den egna tron inte skyltades med öppet, då det fanns risk för att skapa känslor av irritation och förvirring. Det fanns även en känsla av att

man inte ville att andra skulle se det som att ”pracka på någon religion”. En informant rapporterade dock om ett tillfälle där denne talat om för patienter vilken religion denne tillhörde, vilket ledde till känslor av misstänksamhet. Informanten anklagades för att konspirera med terrororganisationer i syfte att göra folk illa.

De kallade mig för Isis i början eller terrorist. Arbetet med dom två var svårt och jag vet att de är sjuka, att de har psykiska problem, men samtidigt... jag mådde inte bra. Det var mycket svårt för mig att etablera och jag kunde inte etablera bra förhållande mellan mig och patienten, informant (2).

Händelsen ledde till obehag för sjuksköterskan och resulterade i att patienten inte kunde stanna kvar på samma avdelning för vidare vård och behandling.

8.1.2 Reflektion kring mötet

En majoritet av informanterna inledde under intervjun en spontan reflektion över hur bemötandet av patienterna såg ut, kunde gå till och hur man önskade att det skulle se ut. Reflektionen innefattade även sjuksköterskornas uppfattningar om religion som fenomen, i relation till psykosjukdom samt hur det kunde yttra sig rent praktiskt men även psykiskt för patienterna. En längre och aktiv reflektion gjordes av en informant som visade att man på arbetsplatsen inte efterfrågar patientens religion vid inskrivning, eller ser till de religiösa vårdbehoven i den utsträckning som är önskvärt. Informantens synpunkt på hur religiösa behov tillgodosågs fanns genomgående i berättelsen.

Vi har... liknande behov på olika plan kan man säga, jag som personal och de som psykospatienter... gradskillnader. Åh nånstans så finns ju mina behov likväl hos mig som hos dem tror jag. Fast jag kan... på olika nivåer, man kan uttrycka sig på olika plan...Jag tror att de behöver nog samma sak som behöver bli bemötta, förstådda och respekterade, informant (3).

Reflektionen var närvarande hos samtliga informanter och indikerade att reflektion kring vårdandet sker i både den personliga och professionella sfären.

8.1.3 Uppfattningar och synsätt inom arbetsgruppen

En informant beskrev och diskuterade i intervjun vad det kan bero på att man inte efterfrågar och uppmärksammar patienters religion och religiösa behov i det kliniska arbetet. Informanter ansåg Sverige som ett sekuliserat land, att religion var ett känsligt, privat och tabubelagt ämne. Informantens tidigare erfarenheter summerades på följande sätt:

Jo men jag tror att det beror mycket på det här att man dels ja men alltså samhälls, asså [sic] nu ses ju vi som ett sekulariserat samhälle Sverige, fast jag tror inte att det är det egentligen.

Inte lika mycket som man säger men det är liksom tabuämne i Sverige (om religion),
informant (5).

Religion som fenomen, oberoende kontext sågs av de flesta informanter som en privat aspekt av människans existens. Några hävdade att människor vill hålla religionen för sig själva. ”*Jag tror på att de flesta personal nånstans [sic] tänker att religion och politik det diskuterar vi liksom inte...*”, informant (4).

Informanterna uppgav att det yttrades inga tydliga negativa uppfattningar eller attityder mot religion i sig bland personalgruppen. De informanter som belyste ämnet uppgav att den generella uppfattningen bland personal om patientgruppen och deras religiösa tankar var relativt bra på så vis att det fanns en gemensam förståelse för vikten av att respektera alla patienters religiösa trosuppfattning, även om man själv inte var av samma åsikt, och där kunde negativa åsikter bland personal yttras.

En informant trodde att andliga upplevelser i sig kunde uppfattas som onormalt, eftersom att det inte sågs vara i enlighet med det som betraktas som normalt i samhället. Enligt informant (5) ”*Om man har andliga upplevelser. Det uppfattas ju som inte helt normalt kanske. Eller så är det normalt för någon som kan förklara det ganska naturvetenskapligt*”.

Andra uppgav erfarenheter av möten där det gått att uttyda en sämre attityd gentemot patienterna, bland annat att tålmodet för att handskas med patienternas religiösa behov av samtal saknades. Det kunde enligt vissa informanter vara ett resultat av ett synsätt om att den religiösa aspekten i vårdandet inte sågs höra hemma i den psykiatriska vården. Åsikten att den religiösa aspekten inte hörde till vården delades av en informant.

Rädsla över att orsaka att psykotiska symtom kunde förstärkas eller förvärras om man svarade på de religiösa tankarna hos patienten, uttrycktes direkt i intervjuerna. Rädslan över att möta religiösa tankar oberoende de psykotiska symtomen uttrycktes bland några av informanterna.

Uppfattningar om att det saknades kunskap hos sjuksköterskor och övrig vårdpersonal i hur man möter religiösa tankar och funderingar, vilket försvårade vårdprocessen och kunde leda till sämre möte uttrycktes. Få av informanterna uppgav att detta även gällde de själva.

8.2 Vårdande- att möta behoven

Informanterna beskrev hur den psykiatriska vården såg ut på deras arbetsplatser, men även hur den bör utformas för att patienterna skulle få en upplevelse av att bli omhändertagna, förstådda och respekterade. Hur vårdandet av patienterna föreföll sig, uppgavs bero på var i

psykostadiet patienten befann sig. Vidare beskrevs mötet med patienternas religiösa tankar och behov samt vilka svårigheter som upplevdes.

8.2.1 Svårigheter som uppstod i mötet

För de flesta informanter uttrycktes ingen osäkerhet i hur man bemöter personer med psykosjukdom eller de psykotiska symtomen som yttrades. Hur man mötte, hanterade och bemötte psykotiska symtom uttrycktes på olika sätt. Några ansåg att det första mötet var av stor vikt och att man där kunde forma en vårdrelation, som skulle bära under patientens vårdtid. Upplevelsen av svårigheter i mötet koncentrerades i synnerhet till de religiösa tankarna och funderingarna som patienten uttryckte. Det förelåg osäkerhet om man skulle närma sig en patient i syfte att ha en religiös dialog med denne. Och hur det skulle gå till om patienten var psykotisk. En informant uttryckte hur denne upplevde en osäkerhet i att hantera psykotiska symtom som kom till följd av religiösa tankar.

Det finns patienter som inte är religiösa men de får religiösa vanföreställningar eller röster och därför det var svårt...att hur ska man prata med de eller hantera deras stress eller uppvarvning på grund utav de här tankarna, informant (2).

Svårigheter upplevdes i mötet med äldre patienter som hade en kronisk psykosproblematik sedan tidigare. Detta på grund utav att man uppgav att om patienter har en bestämd uppfattning om religion så kunde det minska utrymmet för en dialog med denne.

Det var lättare att man sitter och pratar med unga patienter som har religiösa tankar än dom som har de som är äldre. Men de som var äldre eller kroniker patienter det var mer svårt för mig för de var bestämda när de pratar, informant (2).

Svårigheter i mötet visade sig även bottna i att det är ett ämnesområde, som vissa kan uppfatta eller uppleva som obekvämt. ”Och det här att man tycker att det är lite obekvämt på nåt [sic] sätt. Men är det obekvämt så är det något man får lära sig”, informant (5).

Informanter berättade att det fanns en rädsla och osäkerhet bland vårdpersonal att ge sig in i religiös kommunikation, främst på grund av att man inte ville trigga igång oväntat och agiterat beteende.

8.2.2 Särskiljning från patologiska föreställningar

De flesta informanter svarade att det inte var svårt att se de religiösa vanföreställningarna om de kom ensamma. Problematiken med att särskilja fokuserades i synnerhet till när religiösa tankar förekom parallellt med religiösa vanföreställningar. Det uttrycktes även svårigheter och osäkerhet i att avgöra om de religiösa tankarna var ”friska”, utan att patienten hade

vanföreställningar med religiöst innehåll. Informanter menade att det var svårt att förstå och avgöra vad som var friska religiösa tankar. *“Dels är det ju kan jag tycka att det kan vara svårt ibland att avgöra vad som... vad är ett sjukdoms...liksom uttryck och vad är liksom adekvata funderingar...”*, informant (1).

En anledning till detta kunde enligt en informant vara en tendens att de religiösa övertygelserna och tankarna hos patienten blev förstärkta genom tillkommen rösthallucination eller liknande *”Jag vet inte riktigt vad jag ska kalla det, för en genuin tro. Att det liksom är nånting[sic] som de tror även när de mår bättre”*, informant (4).

Patienter med religiös tro med samtidigt psykotiska symtom medförde svårigheter att urskilja vad som är vad. *”För mig var det svårt att skilja, det var svårt att skilja. Betyder religiös verkligen den här patienten religiös eller att den har religiösa vanföreställningar?”*, informant (2). I vissa fall tolkade sjuksköterskan religiösa tankar som något patologiskt om patienten hade väldigt starka religiösa tankegångar och informant (3) beskrev det: *”En del tolkar väl det som vanföreställningar, men men [sic] det kan man ju diskutera”*.

Särskiljandet mellan patologiska föreställningar med religiöst innehåll, från en religiös tanke eller övertygelse kunde grunda sig på sjuksköterskans tidigare erfarenheter av ett religiöst drivet beteende. *”...Nej, Gud sa till mig att inte ta! På det här sättet upptäcker jag att den här patienten är psykiskt sjuk med religiös med de religiösa tankar och sånt”*, informant (6).

Huruvida informanten sedan tidigare specifikt kände till just den patienten och dennes sjukdomsproblematik, bakgrund och hälsa samt medarbetarnas perception uppgavs även vara en influens.

Det finns några som har uttryckt att de inte tar detta på allvar. Man tog hela tiden en bild av patienten, att man hela tiden så fort man hör på rapport att den här patienten ska komma in på avdelning, då har man redan den här bilden av att patienten har religiösa vanföreställningar. Jag brukade med tiden... jag brukade jag började hoppa över eller strunta i, informant (2).

Om informanten kände till patienten, dennes livssituation och anamnes sedan tidigare kunde de uttrycka att de förbisåg den religiösa aspekten av vårdandet.

Det förekom även yttringar om att man inte tagit patientens religiösa uttryck och behov på allvar om man sedan tidigare hade kännedom om att patienten hade sina typiska religiösa vanföreställningar.

8.2.3 Bemötande

Informanternas åsikter om bemötandet av patienter och deras religiösa tankar skiftade. En del beskrev hur medarbetare försökte klippa av eller avbryta patienternas religiösa tankeprocess, i syfte att inte förvärpa patientens tillstånd. Enligt informanterna gjordes detta utan härledning till studier om att det kunde vara ett åtgärdsalternativ. De angav att det var för att det skulle verka som en förebyggande åtgärd mot ”jobbigt” beteende hos patienterna, som innefattade önsknings om samtal i tid och otid och ”tjat” om religiösa tankar och funderingar. Att avbryta patienters religiösa tankeprocess och ge utrymme för samtal med religiöst innehåll uppgavs av en del informanter. Anledning till detta uppgavs vara att de ville undvika att förstärka psykotiska symtom, uppvarvning, agitation och förvirring hos patienten. En informant trodde dock att religionen i sig, och inte som en religiös vanföreställning, inte hade någon inverkan på de psykotiska symtomen.

Just i den stunden så var han väldigt osammanhängande, annars så tyckte jag inte att hans religion...vissa kan ju va så väldigt...inte religiösa men det blir mycket Gud och hit och dit när man blir psykotisk. Men jag tyckte inte det, men jag tycker inte att det ena har en sån stor inverkan på det andra, informant (1).

Mötet med patientgruppen skulle avspegla ett bemötande där patienten blev erbjuden utrymme att uttrycka sig och bereda plats för den religiösa kommunikationen.

Vi pratade lite om hennes tankar, vad hon tycker, att patienten måste få utrymme att uttrycka sina tankar och behov. Plus att vi personal måste eller vi måste vara lyhörda. Jag tycker att våra uppgifter att låter patienten ta plats. Men samtidigt man kan begränsa patienten när de patienten blir väldigt uppvarvade [sic]så i samband med det här samtalet när hon uttrycker sina tankar, informant (2).

Hälften av informanterna uppgav att de tyckte bemötandet skapräglas av öppenhet, respekt och lyhördhet inför patienternas tankar och behov. Resterande informanter uttryckte att religion inte skulle bemötas i vårdprocessen då det ansågs vara en privatsak.

Mitt första intryck är att han är patient, jag tänker först och främst att han är patient, precis som alla andra och behandlar honom med lika värde som alla andra. Vi lämnar avstånd med honom, hoppar inte över en gräns med honom. För du har ingenting att göra med religiösa saker på arbetet. Det är nåt annat. Vi är här för att ge dom vård, informant (6).

Informanter uppgav att religiösa tankar och funderingar i samtal, istället kunde tillgodoses av religiösa yrkesprofessioner såsom präster och imamer.

Jag är ju ingen präst, verkligen inte men jag anser inte riktigt att man ska ge sig in i sådana diskussioner. Dock har jag inget större problem med att lyssna om nån vill det.

Jag är ju ändå utav den uppfattningen att man inte ska sitta och diskutera religion, i alla fall inte med de som är väldigt psykotiska, informant (1).

Samtliga uppgav förståelse för patienters olika behov, och var medvetna om att dessa behövde tillgodose men att det inte alltid togs i beaktande i bemötandet.

Jag tycker att det finns ett bra utrymme för patienterna att prata om religiösa företeelser eller om religiösa teman i lika stor utsträckning eller mer. Existentiella frågor är det många som vill prata...men så är det ju nånting som man skjuter upp..., informant (4).

Att möta religion och religiösa tankar rapporterades på olika sätt. Några ansåg att man kunde gå runt fenomenet när det kom till uttryck hos patienten.

Kanske behövs en större öppenhet och tolerans. Man kan titta runt fenomenet och se vad som finns på andra sidan....Om man är troende och har religiösa grubblerier så är det kanske nånting man vill och behöver prata om. Bara för att det är religion så ska det inte sätta några hinder för. Sen är det klart...att det är lättare om det är en religion man kan och förstår. Det är ju svårare med andra religioner, informant (3).

Informanterna ansåg att det viktigt att inte bara se de uttryckta behoven som de var, utan försöka närma sig religion genom andra perspektiv och tillvägagångssätt. En informant hävdade uttryckligen att man skulle strunta i allt vad som hade med religionen att göra och endast fokusera på att göra patienten frisk.

Man ska försöka lämna allt på sidan och koncentrera sig på att hjälpa den människa eller den här patienten att bli frisk och gå härifrån. Och strunta i vad han har för religion, vad han har för troende och sådana saker, informant (6).

Vidare gavs även uttryck för att annan personal hade försökt att tysta patienter som tagit upp ämnet religion. Informanten uttryckte att man var rädd eller osäker på hur man skulle hantera och bemöta patientens religiösa tankar.

8.2.4 Helhet- att möta patienten på alla plan

I de flesta intervjuer uttrycktes en grundläggande välvilja, en önskan om att hjälpa sjuka människor till ett tillstånd av hälsa, friskhet och välbefinnande. En grundtanke om att vårda patienten utifrån ett helhetsperspektiv, att ha förmåga att se till hela människan och hennes behov på alla plan, uppgavs vara syftet eller målet med det psykiatriska vårdarbetet. Samma informanter uttryckte att den religiösa omvårdnaden torde falla under sjuksköterskans vårdområde, i synnerhet om detta visade sig vara en stor och betydelsefull del i människans liv. Andra informanter beskrev hur man ringt efter präster och imamer som fått i uppgift att

föra religiösa samtal med patienter. Samtliga informanter uppgav att de själva inte frågar om patienternas livsåskådning eller religion om inte patienten själv berättade eller hade visat detta tidigare.

En informant drog slutsatsen om att det är ett viktigt ämne att lyfta upp, något som borde belysas och arbetas med på organisatorisk nivå. Att det kunde behövas tydligare riktlinjer för detta ämnesområde och gav även förslag om att verksamheten kan ha inspirationsdagar eller en planeringsdag där man diskuterar hur man kan föra in den religiösa och andliga aspekten i det psykiatriska vårdarbetet. Den religiösa aspekten uppgavs kunna vara betydelsefull för människor, men att det glömdes bort att fråga eller att man omedvetet struntar i det.

Och det är ju ingenting som tas upp, inget som vi påminns om liksom såhär [sic] vi har ju inga inspirationsdagar egentligen jättemycket om det. Det tas inte upp så mycket...nånstans [sic] faktiskt...informant (5).

Särskilt hos oss då...som det kommer upp (paus) och eh jag har tänkt på det så många gånger att jag ska efterfråga...det där, för jag tycker dels att det är en viktig del av allas och även om jag inte tycker det så är det någonting som man ska respektera och förstå...informant (5).

Informanten framför att efterfrågandet av patienters religion och livsåskådning kan leda till ett helhetsperspektiv på människan.

Man kanske ser hela personen från början redan... Jo men för att man ska se alla delar om det är en viktig del av ditt liv... ens persons liv så...Så måste ju alla delar vara med på nåt sätt. Man ska försöka tillgodose alla behov på för alla delar, informant (5).

8.2.5 Praktiska religiösa behov

Patienternas religiösa behov beskrevs av samtliga, och uppgavs vara en självklarhet och något man tog hänsyn till så fort patienten inkommit till avdelningen. Det skedde ofta på rutin och något även övrig vårdpersonal hade kännedom och insikt i. Praktiska behov innefattade religiösa matföreskrifter, förbud av utomäktenskaplig fysisk kontakt med motsatt kön, tillgång till bönematerial och heliga skrifter och lokaler.

På två arbetsplatser hade personalen tagit reda på i vilken riktning muslimska patienter ska be. En informant berättade att man på aktuell avdelning mötte många patienter med utländsk bakgrund som var religiöst aktiva, och således utvecklade en lathund för sådana ändamål och använt appar, program som finns på mobiltelefoner och som hjälper personen att skilja ut riktningen mot Mecka och de olika bönetiderna. Religiösa matföreskrifter tas i beaktande med hänsynsfullhet och respekt enligt informanterna.

Patienter vars religion förbjuder fysisk kontakt med andra könet, exempelvis vid administrering av injektioner, fick hjälp av personal med av kön.

Exempel på situationer där man av hänsyn till religionens förbud arbetat för att tillfredsställa en religiös önskan. Informant (6), *”Och en kvinna kan hjälpa henne med medicin för jag förstår att det är hennes religion. Hon får inte avslöja sig till en man, eller en del av hennes kropp till en man”*.

Informanter som beskrev praktiska religiösa behov, uttryckte en grundsanning om att dessa behov skulle tillfredsställas. Det var behov informanterna kände sig säkra och bekväma att möta och tillgodose. Svårigheter att tillfredsställa praktiska religiösa behov i mötet handlade mer om faktorer som sjuksköterskor och vårdpersonal inte kunde påverka. Informant (4), *”Ibland kanske man vårdas enligt tvångsvård och inte har möjlighet att gå ut som man vill. Och då kan det vara ett behov som är svårt att tillfredsställa om de vill till kyrka, moské eller....synagoga.”*.

8.3 Sjuksköterskans upplevelse av patienten i mötet

Informanter menade att i vissa fall var den religiösa kommunikationen från patientens sida ett uttryck för andra djupliggande behov, och religionen blev en var en maskering för dessa behov. Informanter beskrev att det egentligen kunde röra sig om behov av social stimulans, gemenskap, närhet, trygghet eller längtan efter förståelse och acceptans. En informant menade att ett religiöst drivet beteende egentligen var en upplevelse av ångest och oro.

8.3.1 Sjukdomssymtom

Samtliga sjuksköterskor lyfte fram förekomst av psykotiska symtom vid återberättande av mötet med patientgruppen. Patienter kunde under mötet med sjuksköterskan ”mala” på om samma händelser, berätta om hallucinationer med religiöst innehåll, som både var hanterbara men mycket plågsamma för patienten. De psykotiska symptomen kunde orsaka patienten ett oerhört lidande, då rösthallucinationerna med religiöst innehåll även upplevdes som förvirrande av patienterna. *”Hon hade röster hela tiden, hon sa hela tiden att Gud pratar med henne och att hon hör sin brors röst men det kommer som Gudens röst samtidigt”*, informant (2). Informanter uppgav att både psykotiska symtom med religiöst innehåll och symtom utan, kunde stå i vägen i mötet med patienten, det uttrycktes vara svårt att hitta in till personen bakom psykosen och därmed kunde det vara en svårighet att dels bygga en relation och dels att möta patientens religiösa tankar, funderingar och önskemål.

Amen han hade väldigt mycket funderingar kring varför vi just träffat honom på det här viset. Sen blev han försämrad och då kunde han inte riktigt resonera kring det hela på samma sätt, utan då var det ju väldigt mycket sjukdomen som tog över, informant (1).

Två informanter beskrev dock att man ibland fick gå runt psykosen för att försöka hitta en väg in till patienten, och på så vis bedöma hur vidare vård skulle ges.

Att han hade svårt att etablera kontakter, och han hade kanske religiösa vanföreställningar men...men det han egentligen ville var att bli sedd för den han är och dit kunde man komma in ganska enkelt. Man behöver ju inte gå med i en psykos och låtsas att man håller med om nånting utan jag tror att man känner ganska fort att man kan glida runt det där...och se vad det är för nånting man kan prata om, informant (3).

8.3.2 Underliggande behov och uttryck

Informanter uppgav att patienter under sin psykos och efter att de stabiliserats kunde visa intresse av att öppna upp för existentiella funderingar och tankar. Om vad som var meningen med deras existens, söka efter tröst när de var som mest förtvivalade, samt visat behov av själslig närhet till en annan individ. Två informanter beskrev hur det existentiella samtalet var betydelsefullt för det psykiatriska vårdarbetet. Patienter erfordrade utrymme till dialog där det förelåg rum för en religiös kommunikation, men likaledes dialoger som rör existentiella funderingar, om livet och omvärlden.

När man väl kommer in sätter sig det här ganska fort, han lugnar ner sig och man sätter sig och prata. Initialt i början pratar vi mycket religion, religiösa tankar, olika stycken ur bibeln och så. Man kan se det som vanföreställningar eller behov av att få prata. Och ganska snabbt märkte jag att varje gång vi träffades och det här kom upp så kunde samtalet ganska fort gå från religiösa tankar till ett samtal om jämlikhet, rättvisa och politik. Att för mig betydde det här...jag tror han var rätt ensam och hade behov av social stimulering, informant (3).

Vid beskrivning av patienternas religiösa tankar och övertygelser uttryckte informanter, att de kunde tänka sig dessa vara betydelsefulla, meningsfulla och fungera som en trygghet för patienterna. Och att det därför krävdes att personalen var öppna och lyhörda för patienten och vad denne känner att denne behöver hjälp och stöd med, oavsett om det handlade om en religiös tanke eller religiösa vanföreställningar.

Och om det här är vanföreställningar eller spelar inte så stor roll för det, för mig var det behov av att prata...och genom att bemöta honom i vanligt samtal så ledde det lätt över till egentligen vardagliga diskussioner där han hade rätt så sund inställning, med mycket frågor och vettiga diskussioner utan att han vart psykotisk....Så jag tror att även om han har religiösa vanföreställningar så är det ett sätt att uttrycka ångest, rädsla och saker man inte förstår. Och

det måste man hantera, alla psykotiska symtom är för mig ett uttryck för det som nu upplever, om det är rädsla, skräck, oro eller otrygghet, informant (3).

Patienter beskrevs även uppge att de i sin religiositet kände sig främmande i vårdmiljön, då de uppfattat sig vara de enda som varit troende i religiös bemärkelse. En patient hade uttryckligen påpekat att han skulle känna sig konstig om han bad på golvet, och funderade över vad hans rumskamrater skulle tycka.

Han sa att han känner sig främmande i den här avdelning [sic] för de var han var den enda som var muslim. Och han sa att det kommer kännas konstigt för den medpatient som delar rum med honom, när han ber på golvet och fem gånger om dagen, informant (4).

Sammanfattningsvis uttryckte hälften av informanterna att det var av stor vikt att lyssna på patienterna, att ta sig tid till samtal och känna efter vad patienten egentligen har för behov i vårdprocessen.

9 Diskussion

9.1 Metoddiskussion

Studien är en kvalitativ intervjustudie och begreppen trovärdighet, pålitlighet, överförbarhet och konfirmerbarhet ger en bild eller beskrivning av studiens tillförlitlighet (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2012).

9.1.1 Trovärdighet

Trovärdighet innebär att det finns en tillit till studiens förmåga till korrekthet, med detta menas att studiematerial och tolkning av materialet skall vara korrekta samt att det korresponderar med det som skall undersökas (Polit & Beck, 2012). Eftersom att studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta personer med psykosjukdom och deras religiösa tankar valdes en kvalitativ design då den lämpar sig bäst för sådana frågeställningar. I studien har det tagits i beaktande att de enskilda intervjuerna spelats in och transkriberats ordagrant, i direkt anslutning till intervjuerna.

Författaren hade innan intervjustart räknat med en intervjutid på cirka 60 minuter för varje informant, dock blev samtliga mellan 30 till 40 minuter långa. Sex informanter räckte då samtliga intervjuer gav fylliga och innehållsrika svar och berättelser. Studiens analysmetod var en induktiv kvalitativ innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2008) som är noggrant beskriven under metoddelen. Där finns även exempel på hur författaren gått tillväga vid kodning, kategorisering och utformande av tema. Studiens syfte var till en början att beskriva

sjuusköterskors erfarenheter av att *vårda* människor med psykossjukdom och deras religiösa tankar, men ändrades senare i processen till att beskriva sjuusköterskors erfarenheter av *möta* personer med psykossjukdom och deras religiösa tankar, då vårdandet är en del i mötet med patienten. Ändringen skedde då det hade uppstått ett misstag efter genomförande av intervjuerna. I brevet (bilaga 1) för godkännande av studien, som mailades till verksamhetschefen står det att studiens syfte är att beskriva sjuusköterskors erfarenheter av att vårda personer med psykossjukdom och deras religiösa tankar. Detta överensstämmer inte med studiens verkliga syfte; att beskriva sjuusköterskors erfarenheter av att möta personer med psykossjukdom och deras religiösa tankar.

9.1.2 Pålitlighet

Med pålitlighet menas att studiens resultat är stabilt över tid och omständigheter, att studiens resultat skulle varit detsamma om undersökningen gjorts under liknande förhållanden, exempelvis med samma antal informanter (Polit & Beck, 2012). Samtliga informanter har fått samma information om intervju och deltagande, blivit intervjuade i lugnt avskilt utrymme där obehöriga inte haft tillgång. Intervjuguiden fick omformuleras när studiens syfte ändrats för att passa syftet. Informanterna har fått samma inledningsfråga och liknande följd- och hjälpfrågor. Frågorna i intervjuguiden fungerade bra att använda som hjälp och stöd. En del informanter fick hjälp- och följdfrågor för att hålla samtalet flytande och inte riskera stopp. Författaren anser att frågorna var bra ställda, men att hjälp- och följdfrågorna kan ha varit ledande i vissa fall. Intervjuguiden kunde således ha omarbetats ytterligare och frågorna varit bättre formulerade. Det hade möjligtvis varit en betydande fördel om frågorna hade pilottestats, innan de faktiska intervjuerna påbörjades. Författaren tar i beaktande att ha fler öppna frågor som öppnar upp mer för ett berättande samtal i nästa studie.

Informanterna kan ha tolkat intervjufrågorna olika, beroende på informanternas åsikter, värderingar och attityder till undersökningsområdet och det kan således ha varit en svaghet med en kvalitativ intervjumetod. Slutligen har författaren i samråd med en informant valt att ta bort ett citat, då det utgjort en risk att andra informanter förstått vem den delgivande informanten varit.

9.1.3 Överförbarhet

När resultatet som framkommit även kan användas i andra kontexter; på andra grupper eller i andra sammanhang har studien en överförbarhet. För att öka möjligheten till överförbarhet ska en noggrann redovisning av studiens design ges, över det urval som använts, tillvägagångssätt vid datainsamling och analysprocessen. I föreliggande studie ges en tydlig beskrivning av resultat med invävda citat från intervjuerna för att underlätta förståelse för sammanhanget för läsaren, och för att bedöma studiens överförbarhet (Polit & Beck, 2012; Elo & Kyngäs, 2008).

9.1.4 Konfirmerbarhet

Begreppet konfirmerbarhet innefattar huruvida resultatet kan representera informanternas berättelser, och om andra forskare utför en analys av samma datamaterial så får de liknande resultat. Vidare innebär det att resultatet inte blivit påverkat eller förvrängt av forskarens eget perspektiv och förförståelse (Polit & Beck 2012). I föreliggande studies inledning beskrivs vilka erfarenheter och den förförståelse författaren har kring ämnesområdet. Genomgående under studien har författaren haft kontinuerlig självreflektion för att säkerställa att den egna förförståelsen inte vinklar studiens resultat. Att reflektera över sin egen förförståelse är vad Kvale och Brinkman (2010) anser behövs för att minimera risken att vinkla studiens resultat.

9.2 Resultatdiskussion

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta personer med psykosjukdom och deras religiösa tankar. Resultat som framkommit diskuteras med Katie Eriksson (2014) som teoretisk utgångspunkt dels utifrån relevanta vetenskapliga artiklar.

9.2.1 Sjuksköterskans möte

Resultatet visade att informanterna utgick ifrån sin egen livsvärld när de uppgav vad de hade för relation till religion som fenomen. Det är genom livsvärlden som informanternas erfarenheter av mötet betonades. Att förhålla sig till patientens livsvärld innebär att man gör det utifrån sin egen livsvärld. Hur sjuksköterskan möter patienten har en grund i egna åsikter, värderingar och erfarenheter. För att minska risken att sjuksköterskans livsvärld inverkar på mötet med patienten behövs en öppenhet inför patienten, att möta den så förutsättningslöst som möjlighet och inneha en förståelse för det unika hos patienten (Dahlberg et al., 2003)

I föreliggande studie påbörjades en form av självreflektion bland informanterna. Reflektionen är vad Eriksson (2015) benämner som ”förmågan till att tänka”. Sjuksköterskan

förstår oftast helhetsperspektivet på människan i samband med dennes kompetens. I mötet med patienten, i en mer konkret situation, fokuseras oftast sjuksköterskans kompetens till en specifik del av människans helhet som behöver tillgodoses. Reflektionen behövs för att inte fastna i ett visst tankesätt, där man enbart ser till ett enskilt behov skilt från det sammanhang patienten befinner sig i (a.a., 2015). När man möter ett mindre vanligt fenomen kräver det att sjuksköterskan kontinuerligt reflekterar över sig själv, både på ett professionellt och personligt plan. Reflektionen ger en möjlighet till ett vårdande utifrån ett helhetsperspektiv, då man kontinuerligt reflekterar över den enskilde patientens hälsa och vård. Detta är betydelsefullt då vår förförståelse annars kan leda oss fel i mötet (Dahlberg et al., 2003).

9.2.2 Religionen i vårdandet – ett helhetsperspektiv?

Att vårda utifrån ett helhetsperspektiv eftersträvades av majoriteten av informanterna, och det fanns även en medvetenhet om att den religiösa omvårdnaden, såsom religiösa tankar och behov, faller inom sjuksköterskans ansvarsområde. Trots detta efterfrågas inte religion vid exempelvis inskrivning till vårdavdelningarna. Eriksson (2002;2015) menar att människan i grunden är en religiös varelse som har en längtan efter något högre än en själv, människan har en tro som ger tillförsikt, förtröstan och hopp om livet. Religiösa behov och uttryck hos människan är således tillika betydelsefulla för individens hälsoprocess som behov på det fysiska eller psykiska planet (a.a., 2002; a.a., 2015).

Vårdandet utifrån ett helhetsperspektiv innebär att ingen sida av människan lämnas, man drar inga skiljelinjer mellan patientens kropp, själ och ande. Inte heller ska det finnas några gränser mellan friskhet, sundhet och välbefinnande (Eriksson, 1987). Vårdandet förutsätter att det finns en förmåga att se bakom det aktuella hälsohindret för att inte riskera att patientens behov av vård koncentreras till en del. Eriksson (2014) menar att detta innebär att även religiösa tankar och behov ska inkluderas i sjuksköterskans vårdande.

Enligt Strang, Strang och Ternestedt (2002) intervjustudie ansåg samtliga sjuksköterskor inom palliativ vård, att ett helhetsperspektiv där man såg till patientens behov på alla plan var av stor betydelse, dock uppgav endast hälften att perspektivet användes i praktiken. Vidare ansågs patienternas religiösa tro vara viktig, men att religiösa behov var något som stressades igenom eller inte uppmärksammades. Denna studies resultat kan likställas med föreliggande studies resultat, där majoriteten av informanterna ansåg att man skulle ha ett helhetsperspektiv i vårdandet men där man även uppgav att man inte tillämpade det fullt ut då de religiösa tankarna och behoven och inte uppmärksammades, efterfrågades eller togs på allvar. I Strang et al. (2002) studie arbetade tillfrågade sjuksköterskor med människan i livets slutskede.

Studien kan relateras till vård inom psykosvård då psykosjukdom för många människor kan innebära ett slut på livet, en själslig och psykisk ”död”. Där existerar även upplevelser av identitetsförlust, oförmåga till drömmar och mål som patienten haft innan sjukdomsdebut och isolering från sin omgivning.

Religiösa behov av praktisk karaktär tillgodoseddes dock i större utsträckning samt utan hinder. Behov som religiösa matföreskrifter, förbud mot utomäktenskaplig kontakt med motsatt kön samt tillgång till bönematerial och heliga böcker. På vissa avdelningar kunde patienter även få hjälp att hålla reda på bönetider. För att möjliggöra ett vårdande utifrån ett helhetsperspektiv, som inkluderar religiösa tankar och behov är det därför viktigt att religion interageras i det psykiatriska vårdarbetet. För att detta ska ske menar Hefti (2011) innebär det att vårdpersonal får kunskap och kännedom i aspekter såsom; förmåga att se hur religion kan främja upplevelse av välbefinnande, ha förmåga att utvärdera huruvida religionen gynnar eller verkar vara skadlig för patientens återhämtningsprocess, utveckla en förmåga att lyssna in och möta patientens religiösa berättelse samt stödja och hjälpa patienten i att hantera böner.

En informant ansåg att det bör finnas tydliga riktlinjer samt stöd på organisationsnivå för hur man ska gå tillväga i mötet med patienters religiösa tankar, tro och övertygelser.

9.2.3 Rädsla och osäkerhet i hur man möter patienter med religiösa tankar

Samtliga informanter uppgav en respekt och öppenhet inför patienters trosuppfattningar, men att det förelåg känslor av osäkerhet och rädsla i att möta patienten och dennes religiösa tankar. Rädsla och osäkerhet var faktorer som informanterna uttryckt hos sig själva, men även faktorer som informanterna uppfattat hos övrig vårdpersonal. Förklaringen kunde ta sig olika uttryck men kunde innebära att många patienter inte tycktes få utrymme eller möjlighet att ge uttryck för dessa behov under sin vårdtid. Flera informanter angav en låg tilltro till befintlig kunskap och kännedom om fenomenet religion och ansåg sig inte vara tillräckligt kunniga, säkra eller kompetenta för sådana vårdåtgärder. Ovilja att ge sig in i religiösa dialoger bland hälften av informanterna, bottnade främst i osäkerhet. Rädslan som uppgavs som anledning till varför informanter samt övrig vårdpersonal förbisåg patientens religiösa tankar och behov, bottnade i en oro över att förvärra patientens psykotiska symptom, i synnerhet där det uppgavs att patienten även hade vanföreställningar med religiöst innehåll. Författarna Knabb, Welsh och Graham-Howard, (2012); Hultsjö och Brenner Blomqvist (2013) hävdar dock att religion på ett psykologiskt plan istället kan hjälpa patienten att förstå sin splittrade och skrämmande verklighet samt återställa upplevelsen av välbefinnande. Patienter kan även känna en form av säkerhet och trygghet när de får möjlighet att uttrycka sina religiösa behov, som exempelvis i

bönen där det ofta föreligger en stark känsla av närhet till Gud (Granqvist, Broberg & Hagekull, 2014).

Resultatet visade på att patientens religion och religiösa övertygelser sällan efterfrågades, om det inte framkommit sedan tidigare att patienten har en tro. Således fick patienters religiösa tankar liten uppmärksamhet, och innebär i praktiken att ett fåtal patienter fått möjlighet till ett andligt rum. Enligt Eriksson (2014) är det andliga rummet en miljö där patienten får utrymme för religiösa upplevelser samt innebär att dessa respekteras om sjuksköterskan låter dessa komma till uttryck i den mellanmänskliga relationen, som den vårdande relationen innefattar.

En mindre del av informanterna berättade att de gärna gav utrymme till religiösa tankar och behov genom att lyssna till patienten, men att själv inte gå in i en religiös diskussion. Enligt Suhail och Ghauri (2010); Nolan et al., (2012) är det betydelsefullt för vårdpersonal att lyssna och få en förståelse för patientens religiösa tillhörighet. Författarna menar även att det underlättar identifiering och bedömning av innehållet i patientens religiösa vanföreställningar och resulterar i en ökad medvetenhet om religionens betydelse för den enskilde patienten. Det kan även medföra en ökad förståelse för religionens positiva aspekter vilket i sin tur kan förbättra den kulturella och religiösa kompetensen i vårdandet (a.a., 2010; a.a. 2012).

Religiösa vanföreställningar hos patienten var lättare att möta, rapporterades av en majoritet, men att det var svårt att särskilja friska religiösa tankar från patologiska. Hilton, Ghaznavi och Zuberi (2002) studie visade att religiös tro endast diskuterades med de patienter som hade psykotiska symptom med religiöst innehåll.

Resultatet visade att det förelåg en medvetenhet bland informanterna om att vårdpersonal kunde tolka religiösa tankar och föreställningar olika. Enligt Johnson & Friedman (2008) är religion i samband med psykiatrisk problematik ett av de mest komplexa och vilseledande områden, där det finns en risk till partiskhet i perception och svårigheter i diagnostisering, i synnerhet om vårdpersonal saknar kunskap och erfarenhet.

9.2.4 Bemötande

Bemötandet är en del av den vårdande relationen och utgör grunden i vårdandet. Patienten får i relationen utrymme att växa och utvecklas, lära sig att ta emot men också att ge av sig självt. En vårdrelation som bygger på ömsesidighet kan aldrig tvingas eller skyndas fram (Eriksson, 2014). Det är även i vårdrelationen som patienten ska få möjlighet att känna att den kan ta upp religiösa tankar och behov med vårdpersonal. Vårdandet formas med ömsesidighet och

tillåter sjuksköterskan att se det unika hos patientens helhet och där behov och problem tillgodoses på alla plan (Eriksson, 2002).

Om sjuksköterskor och annan vårdpersonal inte ger patienten tid och utrymme att uttrycka religiösa tankar, funderingar eller behov i vårdprocessen kan detta leda till att den vårdande relationen inte får en stabil grund som bygger på en ömsesidig respekt och mellanmännisklig kontakt. Vidare kan det leda till patienten själv inte vågar berätta om sina religiösa tankar, och därmed öka risken för upplevelse av oro, rädsla och ensamhet hos patienten. Enligt Hefti (2011) fann man just att patienter var oroliga över att vårdpersonal skulle minimera eller trivialisera deras religiösa övertygelser eller till och med se det som något patologiskt om de uttryckte sina religiösa funderingar och tankar.

Föreliggande studies resultat visar att bemötandet ansågs skulle präglas av öppenhet, lyhördhet och respekt inför patienters tankar och behov, men detta inte alltid gällde den religiösa aspekten av vårdandet. Religiösa tankar och funderingar uttrycktes även vara något som ofta inte bemöttes eller hanterades i vårdprocessen. Enligt Koenig och Larson (2001) så uppskattas och värdesätts inte den religiösa vården av psykiatrisk vårdpersonal, ofta är de inte medvetna om hur betydelsefull den är. Bland de informanter som ansåg att patientens religion var betydande, fanns önskemål att låta bland annat präster och imamer ta hand om religiösa tankar och behov. Detta bottnade i att informanterna ansåg att religiösa ledare hade den kompetens som sjuksköterskor, enligt Strang et al. (2002) studie önskade sjuksköterskor utbildning i hur man möter religiösa tankar och frågor, eftersom det fanns en upplevelse av avsaknad av kunskap bland de tillfrågade, vilket även uttryckts av några informanter i föreliggande studie.

9.2.5 De religiösa tankarna som uttryck för underliggande behov

Informanterna uppgav att patienters allvarliga och intensiva psykotiska symtom kunde hindra skapandet av en god vårdrelation. Patienter beskrevs vara upptagna av vanföreställningar och med ständiga rösthallucinationer, i sådana fall uppgav informanter att man fick försöka hitta en väg in till patienten på andra sätt. Första tiden behövde patienter ofta stabiliseras och vårdandet fokuserades till att vårda en del av människan, den biologiska kroppen med läkemedel och andra medicinska behandlingar. Religiösa tankar och funderingar hos patienter kunde vara underliggande behov och uttryck för annat uppgavs av tre informanter. Det kunde egentligen vara en fråga om upplevd existentiell ensamhet, otrygghet och känsla av utanförskap hos patienten. Om religiösa tankar kan vara ett uttryck för andra behov kan vara en tolkningsfråga, men desto viktigare är det då att man grundar all vård utifrån ett

helhetsperspektiv, där ingen del av människan är mindre betydelsefull än den andra. Det är utifrån detta förhållningssätt som möjligheten för den unika individen att känna hälsa, att hälsa ökar, enligt Eriksson (1996).

Informanter beskrev att religionen var en viktig del i patienternas liv, som gav en upplevelse av samhörighet, kraft och tröst. Patienterna kunde i bönen få möjlighet till vila och ro. I bönen kan patienter få möjlighet till den stillhet, där patienten får ork att hämta livskraft och livslust. En ökad livslust och livskraft resulterar i en möjlighet för individen att uppleva hälsa. Hälsan är förenlig med att individen upplever sig vara frisk, även om det skulle vara så att individen anses sjuk av samhället. Hälsa är en subjektiv upplevelse. (Eriksson, 1996). Då religionen visat sig ha betydande värde för patienters upplevelse av välbefinnande, är det av stor vikt att sådana behov uppmärksammas och tillfredsställs inom den psykiatriska vården.

10 Kliniska implikationer

Religionen kan användas som en resurs i vårdandet och för patientens återhämtning från en psykossjukdom. Ökad kunskap och medvetenhet om hur religionen kan involveras i omvårdnadsprocessen behövs, så att religiösa tankar och behov kan bli tillgodosedda. Studie visar indikationer på svårigheter att skilja mellan friska religiösa tankar från religiösa vanföreställningar. Detta är relevant och viktigt att synliggöra inom psykiatrisk vård, vårdpersonal behöver även medvetandegöras på hur våra egna föreställningar, tolkningar och attityder om religion kan ha en inverkan på mötet med patienten och den vårdande relationen. studie har även visat på rädsla och osäkerhet i hur man möter religiösa tankar, samt låg tilltro till befintlig kunskap hos sjuksköterskor. Det är relevant att framhäva ovanstående aspekter och lyfta fram dessa kliniskt, genom exempelvis reflektionsforum. Värdefullt och intressant om olika yrkeskategorier inom vårdteamen gemensamt reflekterar över frågeställningar som rör religion i vårdandet. Studiens resultat kan användas som inspiration och underlag för temadagar, inspirationsdagar och seminarier med temat ”Religion i vårdandet”. Vilket kan bidra med att vetskap om hur utrymmet för religion inom psykiatrisk vård skapas. Hur psykiatri och religion kan interageras och appliceras i vården kan även diskuteras på organisationsnivå, och leda till att yrkesverksamma får information, stöd och riktlinjer att gå efter.

11 Förslag till fortsatt forskning

Det finns i nuläget ingen gedigen forskningsgrund som belyser sjuksköterskans erfarenheter och upplevelser av mötet med personer som har religiösa tankar, funderingar och övertygelser. Genom fortsatt forskning får yrkesverksamma inom psykiatrisk vård vetenskap och djupare förståelse för religionens positiva aspekter för individens upplevelse av hälsa och välbefinnande. Föreliggande studie har inte haft specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård som urval, vore det av intresse att studera om det föreligger skillnader som kan vara relaterade till utbildningsnivå. Ytterligare forskning inom området skulle kunna bidra med information, ökad kunskap och rekommendationer för utbildning inom området på sjuksköterskeutbildningar i landet. Forskning kan stödja till organisatoriska förändringar samt förändringar på politisk nivå. Ett exempel för fortsatta studier är att man startar ett kliniskt projekt, där religionen berörs i likhet med andra behov i omvårdnadsprocessen. Insatserna testas, utvärderas och resultatet mäts, på så vis erhålls en omfattande och bredare överblick över religionens betydelse inom den psykiatriska vården.

12 Slutsats

Resultatet från studien visar på att faktorer som rädsla och osäkerhet hos sjuksköterskor i mötet med patientens religiösa tankar, vilket förorsakade att patienters religiösa tankar och behov negligerades. Följaktligen, att de religiösa tankarna och behoven förbisågs grundade sig dels på uppfattningar om religion som ett obekvämt, känsligt och tabubelagt fenomen, dels på grund utav en låg tilltro till befintlig kunskap hos sjuksköterskan och övrig vårdpersonal. Religiösa tankar ansågs kunna bemötas och handhas bättre av präster och imamer, än sjuksköterskan. Vidare visar resultatet att sjuksköterskan och övrig vårdpersonals personliga uppfattning om religion kunde ha en inverkan på mötet med patienterna. Det yttrade sig genom att religiösa tankar och funderingar inte togs på allvar, avvärdades samt inte uppmärksammades i större utsträckning. Religiösa behov av praktisk karaktär tillgodoseddes alltid om det förelåg möjlighet. Det ansågs vara lättare att identifiera, bedöma och handskas med sådana behov relaterat till tidigare allmän kunskap och kännedom hos vårdpersonal.

Referensförteckning

- Archie, S., Rush, B.R., Ahktar-Danesh, N., Norman, R., Malla, A., Roy, P. & Zipurski, R.B. (2007) Substance Use and Abuse in First-Episode Psychosis: Prevalence Before and After Intervention. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (6) 1354-1363. Hämtad från databasen psycINFO
- Borras, L., Mohr, S., P-Y Brandt, P.Y., Gilliéron, C., Eytan, A. & Huguelet, P. (2007) Religious beliefs in schizophrenia: Their relevance for adherence to treatment. *Schizophr Bulletin*, 33 (5)1238-1246. doi: 10.1093/schbul/sbl070. Hämtad från databasen psycINFO
- Bäärnhjelm, S. (2014). *Transkulturell psykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur
- Chandler, E. (2012). Religious and Spiritual Issues in DSM-5: Matters of the Mind and Searching of the Soul. *Issues in Mental Nursing*, 33:577-582.
- Dahlberg, K., Segesten, K. Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003) *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Dahlberg, K & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande. I teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Danbolt, L.J., Moller, P. Lien, L. & Hestad, K.A. (2011). The personal significance of Religiousness and Spirituality in Patients with Schizophrenia. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 21(2) 145-158. Hämtad från Databasen psycINFO
- Degenhardt, L., Coffey, C., Hearps, S., Kinner, S. Borschmann, R., Moran, P. & Patton, G. (2015). Associations between psychotic symptoms and substance use in young offenders. *Drug and Alcohol Review*, 34, 673-682. Doi: 10,1111/dar1280. Hämtad från Databasen psycINFO
- Doherty, A.M. & Gaughran, F (2014). The interface of physical and mental health. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 49:673-682. Doi: 10.1007/s00127-014-0847-7 Hämtad från Databasen psycINFO
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced Nursing* 62 (1), 107-115.
- Eriksson, K. (1987). *Pausen*. Stockholm: Norstedts Förlag
- Eriksson, K. (1996). *Hälsans Ide*. Stockholm: Liber AB
- Eriksson, K. (2002) Caring is the key. *Nursing Ethics Science Quarterly*, 15(1), 61-65. Doi: 10.1177/089431840201500110
- Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen*. Tyskland: Liber AB.

- Eriksson, K. (2015). *Vårdandets ide*. Stockholm: Liber AB
- Fejes, A. & Thornberg, R. (2015). *Handbok i kvalitativ analys*. Egypten: Liber AB.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24,105-112. Hämtad från databasen CINAHL Complete
- Granqvist, P., Broberg, A.G & Hagekull, B. (2014) Attachment, religiousness, and distress among the religious and spiritual: links between religious syncretism and compensation. *Mental health, Religion & Culture*. 17 (7), 726-740. Hämtad från Databasen psycINFO
- Hefti, R. (2011). Integrating Religion and Spirituality into Mental Health Care, Psychiatry and Psychotherapy. *Religions*, 2(4), 611-627.doi:10.3390/rell2040611
- Herlofsen, J., Ekselius, L., Lundh, L-G., Lundin, A., Mårtensson, B. & Åsberg, M. (Red.) (2010). *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur
- Hilton, C., Ghaznavi, F. & Zuberi, Tahira. (2002). Religious beliefs and practices in acute mental health patients. *Nursing Standard*, 16 (38), 33-36. Hämtad från databasen psycINFO
- Hoffman, R.E. (2007) A social deafferentation hypothesis for induction of active schizophrenia. *Schizophr Bull.*33(5): 1066-1070. Hämtad från databasen Pubmed
- Huguelet, P. & Mohr, S. (2007) Religion/spirituality in Psychosis. I Huguelet, P. & Koenig, H.G. (2007) *Religion and Spirituality in Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Huguelet, P., Mohr, S., Borrás, C. & Brandt, P.Y. (2006) Spirituality and Religious Practices Among Outpatients With Schizophrenia and Their Clinicians. *Psychiatric Services*, 57 (3) 366-372. Hämtad från Databasen psycINFO
- Huguelet, P. Mohr, S, Borrás, L., Gillieron, C. & Brandt, P.Y. (2006) Spirituality and Religious Practice Among Outpatients with Schizophrenia and Their Clinicians. *Psychiatry service*, 57, 366-372.
- Huguelet, P. & Koenig, H.G. (2007) *Religion and Spirituality in Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press
- Hultsjö, S. Berterö, C & Hjelm, K. (2007). Perceptions of psychiatric care among foreign- and Swedish- born people with psychotic disorders. *Journal compilation. Blackwell Publishing Ltd*, 60 (3), 279-288. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04391.x Hämtad från Databasen psycINFO
- Hultsjö, S. & Blomqvist- Brenner, K. (2013). Health Behaviors diagnosed with a Psychotic Disorder. *Issues in Mental Nursing*, 34: 665-672. Doi: 10.3109/01612840.2013.794178. Hämtad från database psycINFO.

- Humberstone, V. (2002) The experiences of people with schizophrenia living in supported accommodation: a qualitative study using grounded theory methodology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 36(3) 367-372 Hämtad från Databasen Cinahl
- Hustoft, H. Hestad, K. Lien, L. Moller, P & Danbolt, L.J. (2013). 'If I didn't have my faith I would have killed myself!' Spiritual coping in patients suffering from schizophrenia. *International Journal for the Psychology of Religion*. 23(2), 126-144. Hämtad från Databasen psycINFO
- Johnson, C. & Friedman, H.L (2008) Enlightened or Delusional? Differentiating Religious, Spiritual, and Transpersonal Experiences from Psychopathology. *Journal of Humanistic Psychology*, 48 (4) 505-527. Doi: 10.1177/0022167808314174
- Jormfeldt, H. & Svedberg, P. (2010) Perspektiv på hälsa och ohälsa i psykiatrisk omvårdnad. I Wiklund Gustin, L. (red.) *Vårdande vid psykisk ohälsa: på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur.
- Keks, N. & D'Souza (2003). Spirituality and psychosis. *Australasian Psychiatry*, 11.(2) 170-173.
- Knabb, J. Welsh, R. & Graham-Howard, M.J. (2012) Religious delusions and filicide: a psychodynamic model. *Mental Health, Religion & Culture*, 15, (5), 529–549. Hämtad från Databasen psycINFO
- Koivisto, K., Janhonen, S. & Väisänen, L. (2004). Patient`s experiences of being helped in an inpatient setting. *Journal of Psychiatry And Mental Nursing*, (11) 268-275. Hämtad från Databasen psycINFO
- Koenig, H.G. & Larson, D.B. (2001) Religion and mental health: evidence for an association. *International Review of Psychiatry*, 13, (5) 67–78. Hämtad från Databasen psycINFO
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur
- Lantz, A. (2013). *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur
- Lindström, E. (2014) Schizofreni. Hämtad 16 januari, 2016 från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=1253>
- Malm, U., Lindström, & Wieselgren, I-M. Schizofrena syndrom och likartade psykoser. (2009) I Herlofson, J., Ekselius, L., Lundh, L-G., Lundin, A., Mårtensson, B & Åsberg, M. *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur
- Ng, F. (2007). The interface between religion and psychosis. *Australasian Psychiatry*, 15(1), 62-66. Hämtad från Databasen psycINFO
- Nolan, J.A., McEvoy, J.P., Koenig, H.G., Hooten, E.G., Whetten, K. & Pieper, C.F. (2012). Religious Coping and Quality of life Among Individuals Living With Schizophrenia. *Psychiatric services*, 63 (10), 1051-1055. Hämtad från database psycINFO.

- Nordin, M. & Schölin, T. (2011) *Religion, vård och omsorg*. Malmö: Gleerups Förlag
- O'Connor, S. & Vandenberg, B. (2010). Differentiating Psychosis and Faith: The Role Of Social Norms And Religious Fundamentalism. *Mental Health, Religion & Culture*, 13, (2), 171-186. Hämtad från databasen psycINFO
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm : Liber
- Pieper, J. & Van Uden, M. (2012). ” Whenever God Shines His Light On Me...” Religious coping in clinical healthcare institutions. *Mental Health, Religion & Culture*, 15 (4), 403-416. Hämtad från databasen psycINFO
- Polit, F.D. & Beck, T.C. (2012). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård*. Hämtad 21 januari, 2016, från Svensk sjuksköterskeförening, <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning.sjukskoterska.psykiatri.2014.pdf>
- Rahm, C., Flyckt, L., Strand-Karlsson, K., Kimby, L., Mattsson, M., Lacerda, D. & Jon Hirasawa (2013) Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Hämtad 16 januari, 2016, från <http://www.psykiatristod.se>
- Rashid, S., Copello, A. & Birchwood, M. (2012). Muslim faith healers views on substance misuse and psychosis. *Mental Health, Religion & Culture*, 15, (6), 653-673. Hämtad från databasen psycINFO.
- Rieben, I., Huguelet, P., Lopes, F., Mohr, S & Brandt, P.Y. (2014). Attachment and spiritual coping in patients with chronic schizophrenia. *Mental Health, Religion & Culture*, 17, (8), 812–826. Hämtad från database psycINFO
- Saavedra, J. (2014). Function and meaning in religious delusions: A theoretical discussion from a case study. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(1) 39-51. Hämtad från databasen psycINFO
- Sarrazin, S., Louppe, F., Doukhan, R., & Shurhoff, F. (2015) A clinical comparison of schizophrenia with and without pre-onset cannabis use disorder: a retrospective cohort study using categorical and dimensional approaches. *Annals of General Psychiatry*. 14; 44
- Segesten, K., & Dahlberg, K. (2010). *Hälsa och vårdande: I teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 13 maj, 2016, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

- SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 13 maj, 2016, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/ Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/)
- Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011– stöd för styrning och ledning*. [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18217/2011-1-3.pdf>
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering 2013- vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Indikatorer och underlag för bedömningar*. [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19150/2013-6-27.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2012). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor [Broschyr]Geneve: International Council of nurses. http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Strang, S., Strang, P. & Ternestedt, B-M. (2002). Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*; 11: 48-57
- Suhail, K. & Ghauri, S. (2010). Phenomenology of delusions and hallucinations in schizophrenia by religious convictions. *Mental Health, Religion & Culture*. 2010 (13) 245-259.
- Syrén, S. (2008). I ett gränsland mellan vanlighet och ovanlighet: - en fenomenologisk studie. (Akademisk avhandling för filosofie licentiatexamen vid Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete vid Växjö universitet). Från <http://www.lnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:206180/FULLTEXT01>
- Trost, J. (2005) *Kvalitativa intervjuer*. Studentlitteratur: Lund.
- Wiklund Gustin, L. (2010) *Vårdande vid psykisk ohälsa- på avancerad nivå*. (1:a uppl.) Lund: Studentlitteratur
- Wiklund Gustin, L & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Bilaga 1. Verksamhetschefens godkännande



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA
Institutionen för vårdvetenskap

Förfrågan om genomförande av studie på kliniken Sydväst


Härmed tillfrågas verksamhetschef om undertecknad har möjlighet att tillfråga sex sjuksköterskor om deltagande i en studie som avser beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda religiösa patienter med psykosjukdom.

Informanterna ska vara sjuksköterskor som har erfarenhet av arbete med psykotiska patienter, som även visat sig tillhöra en religion eller haft en religiös övertygelse.

För att sjuksköterskors deltagande ska garanteras frivillighet önskas att verksamheternas enhetschefer delar ut ett brev om förfrågan till sjuksköterskors deltagande. Studien kommer att utmyнна i en uppsats som publiceras på bibliotekets DIVA Ersta Sköndal högskola.

Tacksam för ett snart positivt svar till Iman Chetioui Lehtinen


Nils Lindfors
Verksamhetschef

18/1-16 
Datum och ort

Handledare
Anette Erdner fil. Magister pedagogik
Medicine doktor
Tel nr: 0766 36 50 53
E-post: Anette.Erdner@esh.se

Magisterstudent
Iman Chetioui Lehtinen, leg sjuksköterska,
magister student
Tel nr: 0736497167
E-post: iman.chetioui@student.esh.se

Bilaga 2. Förfrågan om deltagande



Institutionen för vårdvetenskap

Förfrågan om deltagande

Denna undersökning vänder sig till sjuksköterskor som arbetar inom psykiatrisk vård och har erfarenheter av att möta patienter med psykossjukdom som haft religiösa tankar eller övertygelser.

Undersökningen avser att ta reda på/ beskriva Dina/ Era erfarenheter av att möta dessa patienter.

Med denna information tillfrågas Du om Du kan tänka dig delta i undersökningen. Intervjun är som ett vanligt samtal och planeras omfatta ca en timme samt kommer med Ditt medgivande att spelas in. För att underlätta bearbetningen av materialet så kommer intervjuerna att skrivas ut och därefter bearbetas till en text. Det inspelade materialet kommer att raderas efter bearbetning. Allt material avidentifieras och kommer att förvaras inlåst. Det är Iman Lehtinen som kommer att hålla i intervjuerna. Intervjuerna kommer att utmynna i en rapport som kommer att finnas tillgänglig såväl i pappersformat som elektroniskt via Ersta Sköndal högskolas bibliotek.

Ditt deltagande i denna undersökning är frivilligt och Du kan när som helst avbryta Din medverkan utan förklaring.

Är Du intresserad av att delta så kontakta nedanstående för att överenskomma om tid och plats för en intervju.

Handledare
Anette Erdner fil. Magister pedagogik
Medicine doktor
Tel nr: 0766 36 50 53
E-post: Anette.Erdner@esh.se

Magisterstudent
Iman Chetioui Lehtinen , leg. sjuksköterska,
Magister Student
Tel nr: 0736497167
E-post: iman.chetioui@student.esh.se