

TRO, HÄLSA OCH SJUKDOM

**En forskningsöversikt om andliga och religiösa trosföreställningars
inverkan på hälsa och sjukdom**

FAITH, HEALTH AND ILLNESS

**A research review of spiritual and religious beliefs and their influence on
health and illness**

Examinationsdatum: 2011-10-03
Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Kurs: 35
Examensarbete, 15 högskolepoäng
Författare: Jonas Barnö

Handledare: Ani Henttonen
Examinator: Carina Lundh Hagelin

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Människors trosföreställningar, religiositet och andlighet kan ha stor betydelse för deras önsknings om bemötande och behandling i en vårdssituation. Det finns omvårdnadsteoretiker som anser att det också ingår i sjuksköterskans uppgift att hjälpa patienten att leva i enlighet med sina trosuppfattningar. Möjligheten att fritt få utöva religion kan ses som en mänsklig rättighet men finns det ytterligare anledningar till att vi bör beakta religiositet och andlighet inom vården? Kan det vara så att religiöst engagemang kan vara bra för hälsan?

Syfte

Syftet var att beskriva hur religiösa och andliga trosföreställningar kan påverka människors hälsotillstånd samt beskriva vad detta kan innebära för människor som drabbats av sjukdom.

Metod

Metoden som användes var en systematisk litteraturstudie av kvantitativa engelskspråkiga vetenskapliga studier som var publicerade inom de tio senaste åren.

Resultat

Artiklarna berörde religion och/eller andlighet samt dessa variablers samband med olika hälsoaspekter och olika sjukdomstillstånd. I de nitton artiklarna gick det att utläsa trettio två olika resultat, då andlighet och religiositet ofta undersöktes separat fick många studier fler än ett resultat. I nitton fall av totalt trettio två olika resultat fanns ett till synes positivt samband mellan andlighet och/eller religion och hälsotillstånd, i fem fall verkade religion och andlighet påverka negativt och i åtta fall kunde inga slutsatser dras.

Slutsats

I en klar majoritet av studierna var religiositet och andlighet någonting som påverkade hälsotillstånd positivt och som fungerade stödjande för människor som drabbats av sjukdom. Resultatet manar omvårdnadspersonal att vara lyhörda för och införstådda i människors religiositet och andlighet, samt uppmärksamma dessa människors eventuella behov av stöd inom detta område.

Nyckelord: Religion, spirituality, health, disease, nursing

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING

INLEDNING 1

BAKGRUND 1

Religion och andlighet 1

bedömningsinstrument 3

Omvårdnadsmodeller som inbegriper andliga och religiösa behov 4

Religiositet och andlighet som en del av hälsobegreppet 6

SYFTE 7

Frågeställningar 7

METOD 8

Metodval 8

Datainsamling 8

Forskningsetiska överväganden 10

RESULTAT 10

Kategorisering 10

Undersökningsområden 11

Studiernas resultat 13

DISKUSSION 15

Metoddiskussion 15

Resultatdiskussion 16

Slutsats 20

REFERENSER 22

BILAGA I-II

INLEDNING

Människors trosföreställningar, religiositet och andlighet kan ha stor betydelse för deras önskningsomfattning och behandling i en vårdsituation (O'Brien, 2008). Det finns omvårdnadsteoretiker som anser att en viktig del av sjuksköterskans uppgift är att hjälpa patienten att utöva sin religion och leva i enlighet med sina trosuppfattningar (Henderson, 1982). Finns det, förutom de humanistiska ideal som kan tänkas ligga bakom uppfattningar som dessa, möjligen andra orsaker till att vi bör beakta religiositet och andlighet inom vården? Kan det vara så att religiöst engagemang kan vara bra för hälsan?

Det finns många kontaktytor mellan religion och sjukvård. En av de gemensamma nämnarna är att båda två omfattar mänskliga grundvillkor så som lidande och död. Många frågor inom vården har en kulturell och religiös dimension. Eutanasi, omskärelse, abort och blodtransfusioner är alla företeelser som kan vara sammanbundna med kulturella eller religiösa intressen. Företeelser som dessa kan ibland upplevas som splittrande i relationen mellan religion och sjukvårdspraxis (Stolt, 2007). Under de senaste åren har det dock gjorts studier som undersöker förhållandet mellan religiöst engagemang och olika aspekter av hälsa (Williams & Sternthal, 2007).

Vad skulle kunna hända om religiositet skulle visa sig ha en obestridligt gynnsam effekt när det gäller människor som har drabbats av sjukdom? Ett sådant resultat skulle eventuellt förändra någonting eller vara till hjälp för de som arbetar inom vården. Detta arbete är ett försök till att beskriva i vilken mån religiösa eller andliga trosföreställningar inverkar på olika hälso- och sjukdomsaspekter. Det är ett försök att se efter om religiositet och andlighet kan vara gynnsamma i sig själva, oberoende eventuella påbud och livsstilar som de kan innebära. Poängen med detta arbete är inte att studera hälsans samband med den livsstil som religionen eventuellt förskriver. Intresset ligger här i att se om religiositet eller andlighet på egen hand kan vara betydande för människors hälsotillstånd. Denna studie bör ses som en liten pusselbit i ett stort och spännande forskningsområde som både öppnar för och är i behov av fördjupning på flera olika plan.

BAKGRUND

Religion och andlighet

Definitioner av religion och andlighet

King och Koenig (2009) definierar religion som ett organiserat system av trosföreställningar, utövanden, ritualer och symboler som delvis syftar till att skapa närhet till det heliga eller transcendentala (Gud, högre makt eller den yttersta sanningen eller verkligheten) och delvis fostrar överenskommelser om människans förhållande till och ansvar gentemot andra i samhället. I samma artikel ställer King och Koenig (2009) upp en definition av andlighet i syfte att göra begreppet mer användbart i vetenskapliga undersökningar. De kommer fram till en definition som delas i fyra komponenter. Varje komponent kan sägas vara en form av andlighet men de olika formerna kan också kombineras och utgöra ytterligare variationer av begreppet. Den första komponenten av definitionen utgörs av tro. Det innebär enligt författarna ett instämmande med eller en övertygelse om en sfär eller en existens som överskrider den materiella världen. Den andra komponenten utgörs av praxis, en andlig eller

religiös praxis som enligt författarna sker utan avsiktlig medvetenhet om, eller relation till, den andliga världen. Detta kan innebära kontemplation, bön, läsning eller reflektion. Den tredje komponenten av andlighet innebär att det finns en medvetenhet om att bli berörd intellektuellt och/eller emotionellt. Detta inkluderar kontemplation, bön, meditation eller reflektion där det finns en avsiktlig medvetenhet om denna intellektuella och emotionella dimension. Den fjärde komponenten utgörs av olika former av andliga upplevelser. Dessa kan vara diskreta men också extatiska och kan innebära förändringar i hur personen uppfattar sig själv i förhållande till den materiella världen.

Religion som organisation

Kliewer och Saultz (2006) beskriver religion som en organiserad social gemenskap som bygger på vissa standardiserade trosföreställningar och värderingar. Religionens riktlinjer för värdegrund och handlingsmönster har också ofta en viss auktoritet över individen. Individen är underställd företaget. Det går enligt Kliewer och Saultz (2006) kanske att se religion som ett medel för ett annat mål, ett sätt att utveckla och underhålla andlig tillväxt. Religion kan vara ett sätt att finna närhet till det heliga och samtidigt vara ett sätt att finna sitt syfte i världen. De medger att en persons deltagande inom någon religion inte nödvändigtvis innebär att denne också ägnar sig åt andlighet. Kliewer och Saultz (2006) hävdar också att det möjligen finns många som ägnar sig åt religion av ren vana eller på grund av kulturella normer. Politiska eller ekonomiska faktorer kan också ha betydelse men även om vissa ägnar sig åt religion av icke-andliga skäl så finns det många som är både religiösa och andliga samtidigt (Kliewer & Saultz, 2006).

Andlighet, en subjektiv upplevelse

Kliewer och Saultz (2006) beskriver den gemensamma nämnaren mellan flera olika definitioner av andlighet. De konstaterar att andlighet ofta ses som något individuellt eller privat i kontrast mot religion som ses som något samhälleligt eller socialt. Trots att andlighet kan upplevas inom en gemenskap är det en rent personlig eller subjektiv upplevelse. Det verkar också som att andlighet har mindre att göra med doktriner, ritualer och idéer än vad religion har. Andlighet har enligt Kliewer och Saultz (2006) mer att göra med stimulering av inre känslorörelser och även om det finns andliga ritualer tenderar dessa att vara mer individualistiska än organiserade och formella.

Religion, ett bredare koncept än andlighet

Taylor (2002) beskriver religion och andlighet på ett liknande sätt som Kliewer och Saultz (2006). Religion är enligt henne ett bredare koncept än andlighet. Andlighet kan ses som ett sökande efter meningsfullhet, att via inre harmoni vara tillfreds med andra människor, naturen och något som upplevs som det ultimata andra. Religion kan enligt Taylor (2002) ses som en brygga till andlighet i och med att den uppmuntrar tankesätt, känslor och beteenden som kan hjälpa människor att uppleva denna känsla av meningsfullhet. Religiöst utövande kan också vara ett sätt för individer att uttrycka sin andlighet. Det innebär dock inte att andliga uttryck måste handla om religiöst utövande. Däremot är det enligt henne viktigt att inse att människor är andliga varelser oavsett hur de väljer att uttrycka denna andlighet. Även de som klassar sig själva som icke-religiösa söker mening och på så sätt blir andlighet ett bredare koncept än religion och något som rör väldigt många människor (Taylor, 2002).

En kvalitativ studie om HIV-patienters syn på andlighet

I en amerikansk kvalitativ studie av Tuck och Thinganjana (2007) frågas 75 personer som har HIV och 27 personer som är friska om vad de tycker att andlighet betyder och hur viktig roll andlighet spelar för dem i det vardagliga livet. Sammanfattat såg människorna som hade HIV på andlighet som en alltid närvarande relation och tro på gud. Det upplevdes som att bli hjälpt, vägledt eller inspirerad. Andlighet sågs som en väg till och ett upptäckande av det egna jaget och uttrycktes genom handlande och aktiviteter som t.ex. lyssna på musik, meditera, spendera tid ensam eller gå till kyrkan. De friska personerna beskrev andlighet som en stark tro och ett personligt förhållande till gud som är en väsentlig del av livet. Den innebar för dem att det fanns kopplingar mellan naturen, andra människor och en högre makt. Andlighet utvecklades som en process vilken beskrevs som en resa, en vägledning eller en kamp. Andlighet sågs som jagets sanna essens och uttrycktes för det mesta genom bön. Skillnaden mellan de sjuka och de friskas beskrivningar av andlighet var att forskarna inte kunde finna något speciellt tema hos de friska där andlighet beskrevs som en hjälp. Detta kan enligt Tuch och Thinganja (2007) förklaras av att närvaron av en kronisk dödlig sjukdom påverkar beskrivningen av andlighet.

Bedömningsinstrument

Religiositet och andlighet kan bedömas genom självrapporteringar via intervjuer och frågeformulär. I många studier använder forskare färdigställda bedömningsinstrument som består av fastställda frågor eller påståenden som har tagits fram just för att bedöma det som undersöks. I dessa studier blir det alltså bedömningsinstrumenten som slutligen definierar vad som kan betecknas som andligt eller religiöst (Koenig, McCullough & Larson, 2001). Nedan följer en beskrivning av några bedömningsinstrument som används för att mäta religiositet och andlighet. Vissa av instrumenten är specifikt utformade för att bedöma andlighet och religiositet vid närvaro av sjukdom.

Daily Spiritual Experiences Scale [DSES]

Ett av de vanligast förekommande bedömningsinstrumenten gällande andlighet betecknas DSES. Detta instrument uppges mäta vanliga dagliga andliga upplevelser vilket kan innebära individens interaktion med eller uppfattning av det överskridande (det gudomliga eller det eviga) i det vardagliga livet. Instrumentet finns i två versioner. En version har sexton påståenden och en har sex påståenden som de tillfrågade får svara på genom att välja ett av sex svarsalternativ. Exempel på påståenden är: jag känner guds närvaro, jag känner djup inre frid och harmoni. Dessa påståenden har sex svarsalternativ som uttrycker om deltagaren känner så varje dag eller aldrig eller någonstans där emellan. Svarsalternativen är i sin tur kopplade till poäng som sedan räknas ihop och analyseras (Loustalot et al., 2011).

Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being [FACIT-Sp]

Ett annat instrument som används för att mäta generellt andligt välmående är FACIT-Sp som innehåller tolv påståenden (t.ex. jag finner tröst i min tro eller i mina andliga trosföreställningar). Påståendena besvaras med en poängskala (0-48) där högre poäng betyder bättre andligt välmående (Bekelman et al., 2010).

Ironson-Woods Spirituality/Religiousness Index [IW]

IW är konstruerat för att mäta andlighet i både traditionell religiös form och mer privat andlig form. Det består av tjugofem påståenden där nummer ett till nio handlar om en känsla av frid, nummer tio till femton handlar om tro på gud, nummer sexton till tjugofem handlar om religiöst beteende och nummer tjugofem till tjugofem handlar om medlidande till andra (Bekelman et al., 2010).

Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness [SpREUK]

SpREUK är ett bedömningsinstrument som utvecklats av tyska forskare (engelska översättningen av förkortningen är Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness). Instrumentet har utvecklats för att avgöra hur patienter med kroniska sjukdomar som lever i sekulariserade samhällen bedömer andlighetens inverkan på deras hälsa och hur de hanterar sjukdom. Det finns en version med sexton påståenden och en med arton. De besvaras med en femgradig skala. Från ett, att påståendet inte stämmer alls, till fem, att påståendet stämmer fullt ut (Büssing, 2010).

Religious Involvement Scale [RIS]

RIS är ett instrument som mäter tre dimensioner av religiöst engagemang. De tre olika mätområdena är organiserad religiös aktivitet, icke-organiserad religiös aktivitet, och subjektiv religiositet. Organiserad religiös aktivitet mäts med påståenden och svar som berör till exempel medlemskap i en kyrka, eller antal gånger som en person besöker kyrkan på en vecka. Med icke-organiserad religiös aktivitet menas till exempel bön eller religiös läsning. Subjektiv religiositet innebär bland annat en utvärdering av den egna religiositeten, en självuppskattning (Hamilton, Crandell, Carter & Lynn, 2010).

Omvårdnadsmodeller som inbegriper andliga och religiösa behov

Virginia Henderson

Henderson (1982) liknar sjuksköterskans roll med prästerskapets i den mån att båda yrkeskategorierna erhåller liknande privilegier när det gäller människors förtroenden. En sjuksköterska kan dock aldrig ta över den roll som prästen har och därför är samarbetet mellan sjukvårdspersonal och andliga rådgivare viktigt (Henderson, 1982). Sjuksköterskan ska enligt Henderson alltid respektera patientens andliga behov och hjälpa patienten att utöva sin religion. Om andakt är viktigt för en människa som är frisk blir det enligt Henderson ännu viktigare när denne blir sjuk. Sjuksköterskan måste göra det möjligt för patienten att komma till ett andaktsrum och se till att patienten får träffa en präst av dennes trosbekännelse om patienten vill det. Detta förutsätter att sjuksköterskan har gjort sig informerad om patientens religion och religiositet. Sjuksköterskan har i sitt patientnära arbete väldigt bra möjligheter att förstå vilken hjälp patienten behöver från utomstående för att tillfredsställa sina religiösa behov (Henderson, 1982). Henderson menar att kunskap om olika religioner på detta vis är mycket väsentligt för att optimera sjuksköterskans arbete.

Katie Eriksson

Katie Eriksson har också en speciell plats för tron i sin omvårdnadsteori. Hon utgår från att varje människa har en form av tro och med det menar hon något som går utanför människan själv och som ger en viss tillförsikt och hopp. Denna tro kan vara mer eller mindre utbredd hos olika människor och den kan innebära väldigt olika saker men hon anser ändå att dess funktion som en livgivande källa för individen alltid är det samma för alla människor. Eriksson menar att tro är ett av de centrala elementen i det hon kallar den naturliga vården och en stor del av detta bygger hon på att vårdande skulle vara sammankopplat med moral och att moral skulle ha sin grund i tro. Detta är en diskussion som inte riktigt hör hemma i detta arbete men Erikssons syn på tron har också konsekvenser för hur hon anser att en vårdare skall vara. Hon skriver att tro i olika former kan innebära positiva upplevelser för människan och ge ny energi och mening i livet. Hon anser även att trons innehåll ofta förmedlas genom symboler eller metaforer som vi måste vara öppna för att förstå i relationen till andra människor. Viljan att förstå trons språk är för Eriksson högst väsentligt inom den naturliga vården, precis som att det är att fråga när man inte förstår. Det som Eriksson kallar för själavård har enligt henne ändrat betydelse genom åren och kan idag ses som olika former av psykologi och psykoterapi. Eriksson hävdar att vi kan hjälpa andra genom att tala om tro, skildra och vara öppna för olika vägar av tro. Det är för henne ett faktum att tro och hopp hör samman och att hoppet, inom vården, utgör en viktig faktor för människans hälsa och välbefinnande (Eriksson, 1987).

I ett annat arbete utvecklar Eriksson (1988) idén om vårdvetenskapens helhetssyn på människan. Även om den föreliggande sjukdomen till viss mån ligger i fokus måste en vårdprocess bygga på att alla aspekter av människan blir tillgodosedda. Eriksson hävdar att vårdare bör ha baskunskaper i naturvetenskap, humaniora, filosofi, tros- och livsåskådningsvetenskap för att förstå människan som helhet (Eriksson, 1988).

Doris Carnevali

Doris Carnevalis omvårdnadsmodell innefattar även den en viss aspekt av människans tro och religiositet (Kirkevold, 1994). Omvårdnaden inriktas på hur det dagliga livet inverkar på hälsotillståndet och hur hälsotillståndet inverkar på det dagliga livet. Till det vardagliga livets komponenter räknar Carnevali bland annat tro och värderingar. Detta är komponenter vars krav måste tillgodoses för upprätthållandet av hälsa, funktion och livskvalitet. Enligt Carnevalis omvårdnadsteori är patientens tro och värderingar speciellt betydelsefulla när dessa ligger i ett motsatsförhållande till åtgärder eller behandling som görs för att främja hälsan (Kirkevold, 1994).

American Association of Critical Nurses Synergy Model for Patient Care [AACN]

Ett exempel på en något modernare omvårdnadsmodell som kan vara till hjälp vid vårdfrågor om den andliga dimensionen är AACN-modellen (Butts & Rich, 2011). Tanken bakom denna modell är att den ska drivas av patientens behov och förtydliga vilka kunskaper som krävs av en sjuksköterska för att möta dessa behov. Modellen började utvecklas genom att AACN tittade på vilka färdigheter och förmågor som krävs av intensivvårdssjuksköterskor och sedan dess har modellen byggts på och förfinats (Butts & Rich, 2011). Modellen har utvecklats genom att olika forskare applicerat den på olika aspekter av omvårdnaden. Då modellen förutsätter att människan är en holistisk varelse med en andlig dimension har modellen kunnat

användas för att ställa upp stolpar med åtgärder som berör andlighet och religiositet. Några av dessa åtgärder är att göra en korrekt identifiering av andliga behov, bedöma behoven och andligheten utifrån individen i fråga, göra tid och plats för grupper eller individers andliga eller religiösa ritualer och beteenden samt skapa vägar mellan patienter och deras andliga stödsystem (Butts & Rich, 2011).

Madeleine Leininger

Madeleine Leininger har utvecklat en teori som inriktar sig på transkulturell omvårdnad. Hon undersöker om det finns olika former av vård och omsorg som är universella samtidigt som hon försöker finna de aspekter av omsorgen som är kulturspecifika. Syftet är att erbjuda omvårdnad som är meningsfull och kulturellt lyhörd för patientens behov (Johnson Lutjens, Reynolds, Leininger & Reed, 1995). Att ge omsorg innebär enligt Leininger att hjälpa eller stödja andra personer med uppenbara eller förväntade behov av att lindra eller förbättra livsvillkor eller livsstil, eller att konfrontera döden. Hälsa definieras enligt henne utifrån individers eller grupperns förmåga att utföra dagliga rollaktiviteter i form av en livsstil som är formulerad utifrån en specifik kultur. En av tankarna bakom hennes modell är att kulturellt betingade värderingar som bl.a. religiösa övertygelser, släktband, utbildningsintressen och verklighetsuppfattningar i största grad påverkar hälsa och välbefinnande. Sådana fenomen har enligt Leininger effekter på hur den kulturellt präglade naturliga omsorgen bedrivs. Därför bör dessa aspekter också ha effekter på hur den professionella omsorgen bedrivs (Johnson Lutjens et al., 1995).

Välbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet [VIPS]

Även inom VIPS-modellen för omvårdnadsdokumentation (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000) finns det speciella sökord som innefattar religiositet och andlighet. Frågor om livsstil under anamnesen rör detta område och under sökorden andligt/kulturellt behandlas religion och andlighet som en del av omvårdnadsstatusen. Religion och livsåskådning ses av Ehnfors, Ehrenberg och Thorell-Ekstrand (2000) som mycket betydelsefullt för en människas livssituation, men de påpekar också att det är viktigt att sjuksköterskan endast närmar sig dessa ämnen vid de tillfällen som de har relevans. Att bedöma andlig status innebär att försöka hitta omständigheter och livsförhållanden som är av stor betydelse för patienten samt dennes närstående i en andlig eller existentiell mening. Att hjälpa en människa som lider och har smärta kräver en lyhördhet och respekt för den människans tro, värderingar och integritet. Den andliga dimensionen behöver inte ha med religion att göra. Erfarenheter så som frihet, ansvar, upplevelse av meningsfullhet eller meningslöshet kan räknas som andliga erfarenheter. Konst, poesi, musik och andra estetiska yttringar kan till exempel ses som andliga behov. De andliga behoven kan sägas vara människans sökande efter mening, inre harmoni, stillhet och frid (Ehnfors et al., 2000).

Religiositet och andlighet som en del av hälsobegreppet

WHO

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar hälsa som ett fysiskt, andligt, psykiskt och socialt välbefinnande. Enligt definitionen är hälsa mer än frånvaro av sjukdom (World Health Organization, 2003).

En hälsodefinition av svensk vårdpersonal

I Johansson, Weinehall och Emmelins (2009) studie skildrar svensk vårdpersonal tre olika hälsokoncept som alla är lika användbara. Vårdpersonalen i studien beskriver hälsa som något kroppsligt, själsligt och andligt men också något som är relativt till vilken kultur en människa tillhör eller i vilken fas människan befinner sig i livet. Detta kan enligt författarna vara problematiskt i undersökningar med syfte att mäta hälsa då upplevelsen av hälsa varierar beroende på situationen. Hälsa beskrivs också i studien som något fullständigt subjektivt. Vårdpersonalen vill inte se hälsa som ett objektivet tillstånd utan som en känsla eller ett sinnestillstånd som varierar från individ till individ. Välmående beskrivs som nära sammanbundet med lycka men inte nödvändigtvis med frånvaro av sjukdom. Sjukdom och hälsa ses alltså inte som några motsatser. Vårdpersonalen i studien uttrycker även att individen som helhet måste bedömas i frågan om hälsotillstånd. Frånvaro av sjukdom hålls inte som nödvändigt när det gäller att uppnå hälsa men frånvaro av sjukdom kan göra det lättare för människor att leva sitt liv som de vill och tillfredsställa sina behov vilket i sin tur kan ses som avgörande för hälsa. Johansson et al. (2009) menar att sjukdom paradoxalt nog kan generera hälsa då ett sjukdomstillstånd kan medverka till personlig utveckling och mognad.

Problemformulering

Sambandet mellan andlighet och hälsa finns till viss del redan uttalat i WHO:s definition av hälsa (World Health Organization, 2003) då andligt välbefinnande ingår i definitionen. Även i Johanssons et al. (2009) studie kan andlighet eller religiositet uppfattas som betydande när det gäller att avgöra vad som är hälsosamt. Fysiskt välbefinnande eller frånvaro av sjukdom ingår också i dessa definitioner men endast som delar av ett större hälsobegrepp. Det är sambanden mellan dessa olika aspekter av hälsa som är intressanta för detta arbete. Detta är ett försök att svara på om och hur den andliga eller religiösa aspekten av hälsa faktiskt kan påverka de andra aspekterna av begreppet.

SYFTE

Att beskriva hur religiösa och andliga trosföreställningar kan påverka människors hälsotillstånd samt beskriva vad detta kan innebära för människor som drabbats av sjukdom.

Frågeställningar

- Finns det några samband mellan religiös/andlig tro och hälsotillstånd?
- Vilka hälsotillstånd påverkas av religiös/andlig tro?
- Hur påverkar religiös/andlig tro människor som drabbats av sjukdom?
- Vad kan möjliga resultat innebära för sjuksköterskans arbete?

METOD

Metodval

Med syfte och frågeställningar som utgångspunkt ansågs forskningsöversikt vara den lämpligaste metoden för detta arbete (Friberg, 2006; Forsberg & Wengström, 2008). För att få en bättre bild av hur forskningsläget såg ut gjordes i enlighet med Friberg (2006) en inledande litteratursökning på PubMed. Denna sökning avslöjade att det fanns tillräckligt med forskningsartiklar inom området för att en forskningsöversikt skulle vara möjlig.

Datainsamling

Databassökning

Till en början gjordes databassökningar med Mesh-termer och booleska sökoperatörer (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006) som från start avgränsades till engelsk och svenskspråkiga artiklar publicerade inom de tio senaste åren. Databaserna Pub Med, PsycInfo och Cinahl har använts till sökningar men alla artiklar som slutligen använts i arbetet har hämtats ifrån PubMed. Vid sökningar i de andra databaserna hittades bara artiklar som då redan hämtats från PubMed. Religion, spirituality, health, coping, recovery, rehabilitation, injury, nursing och disease var de Mesh-termer som användes mest frekvent i olika kombinationer. Religious beliefs, religious coping, faith och religiosity är inte Mesh-termer men entry-termer som också användes i olika kombinationer. I tabellen nedan presenteras sökresultat från PubMed. Sökningarna gjordes under februari 2011.

Tabell 1

Sökord	Limits Utöver publicerade inom de tio senaste åren.	Träffar	Granskade (artiklar och abstracts)	Använda artiklar
religion and health	engelska, svenska, hela artiklar, abstracts, clinical trial, randomised controlled trial	75	25	4
spirituality and health	engelska, svenska, hela artiklar, abstracts, clinical trial, randomised controlled trial	24	10	0
religion and spirituality	engelska, svenska, hela artiklar, abstracts, clinical trial, randomised controlled trial	29	15	1
religion and spirituality and health	engelska, svenska, hela artiklar, abstracts	215	50	5

Sökord	Limits	Träffar	Granskade	Använda
religion and spirituality and disease	engelska, svenska, hela artiklar, abstracts	52	17	2
religion and spirituality and illness	engelska, svenska, hela artiklar, abstracts	70	25	1
religion and spirituality and nursing	engelska, svenska, hela artiklar, abstracts	40	20	3
religious coping and health	engelska, svenska, hela artiklar, abstracts	66	22	2
religious practice and spirituality	engelska, svenska, hela artiklar, abstracts	30	12	1

Urval

Undersökningen avgränsades till kvantitativa studier. Dessa studier var lämpligast när det gällde att på ett så klart sätt som möjligt svara på de frågeställningar som ställts upp. Även några kvalitativa studier togs med i arbetet men dessa användes i bakgrunden och i diskussionen av resultatet. Urvalet avgränsades till tvärsnittsstudier, prospektiva och retrospektiva kohort studier, kontrollerade kliniska studier, randomiserade kontrollerade studier, fall-kontrollstudier. Denna avgränsning gjordes främst för att i enlighet med Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) sortera bort artiklar, bokkapitel, kliniska beskrivningar och annat material som inte är avsett att bedömas i en vetenskaplig granskning. Urvalet avgränsades också till studier om religion, andlighet, fysiska sjukdomar och fysisk hälsa. Det har tidigare bedrivits mycket forskning om religiositetens och andlighetens kopplingar till psykiska sjukdomar och psykisk hälsa (Koenig, McCullough & Larson, 2001). Dessa ämnen valdes bort på grund av den utförliga forskning som redan finns och på grund av att detta arbete skulle bli alldeles för stort om det också innefattade dessa aspekter. Även artiklar angående religion, andlighet och missbruk har valts bort då de inte faller inom syftet för arbetet. Alla träffresultat och artiklar som utgick ifrån religiösa eller kulturella livsstilsfaktorer eller fysiska övningar som t.ex. matvanor, yoga och meditation exkluderades då de inte kan användas i syfte att undersöka trosföreställningar i sig själva. Detta arbete handlar om andlig och religiös tro och detta utesluter undersökningar om andlig och religiös träning eller andliga och religiösa livsstilar. Det är omöjligt att göra en undersökning som denna utan att omfatta vissa religiösa uttryck men exempel som meditation, yoga eller fasta kan ses som former av träning, friskvård eller matvanor vars effekter har med andra saker att göra än själva trosföreställningen. Detta noggranna urval har varit nödvändigt för att behålla validiteten i

denna studie, det vill säga att det sker en mätning av det som verkligen avses mätas och inget annat (Polit & Beck, 2008).

Kvalitetsbedömning

Artiklarna klassificerades och kvalitetsbedömdes enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) och Berg, Dencker och Skärsäter (1999) modifierad bedömningsmall för vetenskapliga studier (se bilaga I). Endast artiklar som uppnådde nivå ett och två i kvalitet togs med i arbetet. Artiklarna som använts i arbetet har genomgått peer review vilket innebär att de blivit granskade och prövade av andra forskare och detta är betydelsefullt för trovärdigheten i en litteraturoversikt (Polit & Beck, 2008).

Forskningsetiska överväganden

En stor del av arbetet har gått ut på läsning och översättning av engelska artiklar. Det mesta av texten refererar till andra forskare. Denna återgivning är gjord på ett korrekt sätt och det förekommer inga former av fabricering, förfalskning eller plagiat (Helgesson, 2006). All information som kommer från annan forskning har också referenser till den forskningen vilket utesluter plagiat. Översättningar och tolkningar av uttryck och begrepp har gjorts med största möjliga omsorg för att undvika förfalskning. Inga delar av texten har fabricerats utan alla resultat och all fakta kommer från artiklar som har publicerats och kan sökas upp och prövas (Helgesson, 2006). I enlighet med Forsberg och Wengström (2008) samt Polit och Beck (2008) innehåller detta arbete enbart studier där noggranna etiska överväganden har gjorts. Alla artiklar som ingår i arbetet har också redovisas. Det är inte etiskt riktigt att vara selektiv i presentationen av resultat och till exempel undanhålla resultat som inte stöder forskarens egen åsikt (Forsberg & Wengström, 2008; Helgesson, 2006). Alla resultat, negativa som positiva, är därför presenterade i detta arbete. Polit och Beck (2008) lägger fram riktlinjer för frågor som bör ställas när man kritiserar den etiska aspekten av en studie. Dessa riktlinjer har använts för att kritiskt granska de studier som ingår i detta arbete. Exempel på frågor som bör ställas är om deltagarna i studierna har utsatts för någon fysisk skada, obehag eller psykisk påfrestning eller om de på något sätt blivit forcerade att delta i studier utan att ha möjlighet att avböja. En annan fråga är om forskarna redovisar tillräckliga anledningar till att de har valt att studera en specifik grupp till exempel kvinnor, män eller olika minoriteter (Polit & Beck, 2008).

RESULTAT

Kategorisering

Uppdelning av resultat i tre grupper

Nitton artiklar ingick i undersökningen. Dessa innehöll studier av olika uttryck av andlighet eller religiositet tillsammans med varierande hälso- och sjukdomsaspekter. Med syftet att skapa en övergripande bild delades artiklarnas resultat in i tre olika grupper. Den första gruppen är de forskningsresultat som inte lyckats påvisa några signifikanta samband mellan andlighet och/eller religiositet samt hälso- och sjukdomsaspekten. Denna grupp markerades med siffran 0. Den andra gruppen är de forskningsresultat som visade att andlighet och/eller religiositet kan ha en negativ betydelse för människans hälsotillstånd. Denna grupp

betecknades med bokstaven N. Den tredje gruppen är de forskningsresultat som visade att andlighet och/eller religiositet kan ha en positiv betydelse för människans hälsotillstånd, vilket betecknades med bokstaven P.

Andlighet och religiositet

Då studierna hade varierande inriktningar gällande religiositet (t.ex. religiöst utövande, engagemang, aktivitet) eller andlighet (till exempel dagliga andliga upplevelser, självuppskattad andlighet, andligt utövande) delades även dessa resultat in i två grupper. Andlighet betecknades med A och religiositet med R. Denna indelning gjordes utifrån vad forskarna har sagt sig ha för syfte, andra definitioner än deras egna har inte använts för denna uppdelning. Vissa av studierna behandlade båda dessa värden och resultatet har därför kunnat variera inom en undersökning. Det kunde finnas ett specifikt resultat som gällde andligheten och ett som gällde religiositeten. För vissa artiklar ställdes det alltså upp två lika eller olika resultat beroende på om studien i fråga inriktade sig på både religion och andlighet eller endast på ett av dessa begrepp. Två artiklar beskrivs här med fyra resultat då religiositetens och andlighetens betydelse undersöktes i samband med flera olika hälso- och sjukdomsaspekter vilket gav ett större antal olika resultat. Av de studier som undersöktes fanns fjorton R-resultat och arton A-resultat. Totalt ställs här upp trettioresultat (A och R sammanslaget) från de nitton artiklarna. Av dessa var tjugo P, fem N och sju 0. Mer än hälften av alla resultat visade alltså att andlighet och/eller religion kunde ha positiv betydelse.

14 R

av dessa R var

3 stycken = 0

3 stycken = N

8 stycken = P

18 A

av dessa A var

4 stycken = 0

2 stycken = N

12 stycken = P

Undersökningsområden

Andlighet visade sig ha tre fler P-resultat än religion men andlighet var också den parameter som förekom flest gånger i artiklarna. Då de artiklar som ingick i denna undersökning har en stor bredd när det gäller vilka aspekter av sjukdom och hälsa som undersöks följer här en beskrivning av de nitton artiklarnas undersökningsområden och de sammanfattade resultaten. Artikel ett rör livskvalitet och stress hos bröstcanceröverlevare, artikel två rör psykologisk anpassning hos bröstcancerpatienter och canceröverlevare o.s.v. Studiernas innehåll och syften beskrivs utförligare i bilaga II. Artiklarna är numrerade utefter vilken ordning de ligger i matrisen. De är inte rangordnade utan endast numrerade för att underlätta för läsaren.

Andlighet och/eller religiositets inverkan på eller samband med:

1. Livskvalitet och stress
2. Psykologisk anpassning
3. Hälsa (dödlighet inräknat)
4. Vårdbehov (antal dagar inom vård)
5. Kognitiv försämring
6. Depression
7. Sänkt blodtryck
8. Livskvalitet och behandlingspreferenser
9. CRP-nivå
10. Depression och CD4
11. Upplevelse av kronisk smärta och trötthet
12. Fysisk och psykisk hälsa
13. Välmående och livskvalitet
14. Depression och livskvalitet
15. Välmåga
16. Mindre behov av aggressiv behandling, mer hospicevård, livskvalitet
17. Fysisk hälsa
18. Välmåga
19. Depression

Hos:

1. Bröstcanceröverlevare
2. Bröstcancerpatienter och canceröverlevare
3. Människor som drabbats av akut myokardiell infarkt
4. Äldre patienter
5. Äldre kvinnor med depressiva symtom
6. Män med prostatacancer
7. Amerikanska kvinnor
8. Människor med avancerad cancer
9. Människor med diabetes
10. Kvinnor med HIV/AIDS
11. Kanadensisk befolkning
12. Äldre människor med och utan artrit
13. Människor med RA
14. Äldre människor med och utan hjärtsvikt
15. Kvinnor med bröstcancer
16. Patienter i livets slutskede
17. Människor med cancer, traumatiska hjärnskador, ryggradsskador och stroke
18. Bröstcanceröverlevare
19. Människor som är dödligt sjuka (cancer och AIDS)

Studiernas resultat

I tabell 2 nedan skildras bedömningen av resultaten tillsammans med kortfattade beskrivningar av dem. Numreringen av artiklarna följer av ordningen de kommer i bilaga II, denna numrering står inte för någon rangordning.

Tabell 2

1. Ingen relation mellan religiöst utövande och livskvalitet och stress. Andlighet kunde relateras till högre livskvalitet. (Purnell, Andersen & Wilmot, 2009)	R=0, A=P
2. En högre grad av andlighet (mening/frid och tro) var sammanbundet med bättre psykologisk anpassning (vitalitet, minskad depression, personlig utveckling, bättre mental hälsa, mindre oro) (Yanez et al., 2009)	A=P
3. Dödligheten under undersökningsperioden hade ingen signifikant koppling andligheten. Ingen koppling fanns heller mellan andlighet och icke-dödliga infarkter. (Blumenthal et al., 2007)	A=0
4. Minskat antal dagar inom långtidsvård kunde inte kopplas till högre religiositet och andlighet. (Koenig, George, Titus & Meador, 2004)	R=0, A=0
5. En högre religiös aktivitet var kopplat till mindre kognitiv försämring. (Corsentino, Collins, Sachs-Ericsson & Blazer, 2009)	R=P
6. En andlig upplevelse av mening och frid minskade depression men utan att behöva vara kopplad till religiös aktivitet. (Nelson et al., 2009)	R=0, A=P
7. Det fanns inga kopplingar mellan dagliga andliga upplevelser och grad av systoliskt blodtryck. (Fitchett & Powell, 2009)	A=0
8. Andligt och religiöst stöd hade samband med förhöjd livskvalitet och religiositet kunde kopplas till vilja att undergå svåra behandlingar. (Balboni et al., 2007)	R=P, A=P

<p>9. En högre frekvens kyrkobesök var kopplat till lägre CRP hos diabetiker.</p> <p>(King, Mainous & Pearson, 2002)</p>	R=P
<p>10. Religiöst och andligt välmående hade samband med en lägre grad av HIV-infektionsutveckling. Läsning av andligt/religiöst material hade samband med depression.</p> <p>HIV infektion: R=P, A=P, Depression: R=N, A=N</p> <p>(Dalmida, McDonnell Holstad, Dilorio & Laderman, 2009)</p>	
<p>11. Religiositet kunde kopplas till mindre kronisk smärta och trötthet, andlighet till mer kronisk smärta och trötthet. Den religiösa/andliga gruppen var mer benägen att använda positiva copingstrategier.</p> <p>(Baetz & Bowen, 2008)</p>	Smärta/trötthet: R=P, A=N, Positiv coping: R=P, A=P
<p>12. Dagliga andliga upplevelser hade samband med minskad depression och högre energi hos människor med artrit samt bättre psykisk och fysisk hälsa.</p> <p>(McCauley, Tarpley, Haaz & Bartlett, 2008)</p>	A=P
<p>13. Andlighet var direkt associerat med positiva känslor och högre hälsoupfattning.</p> <p>(Bartlett, Piedmont, Bilderback, Matsamuto & Bathon, 2003)</p>	A=P
<p>14. Andlighet kunde inte kopplas till någon skillnad i depressionssymtom eller livskvalitet.</p> <p>(Quinn Griffin et al., 2007)</p>	A=0
<p>15. Positiv religiös coping kunde inte kopplas till högre välmåga. Negativ religiös coping kunde kopplas till sämre välmåga.</p> <p>(Hebert, Zdaniuk, Schulz & Scheier, 2009)</p>	R=N
<p>16. Andligt stöd och religiös coping kunde kopplas till färre aggressiva behandlingar och högre livskvalitet.</p> <p>(Balboni et al., 2008)</p>	R=P, A=P
<p>17. Andlig tro och religiöst utövande kunde kopplas till en bättre hälsa.</p> <p>(Campbell, Yoon & Johnstone, 2008)</p>	R=P, A=P
<p>18. Andlighet (mening i livet och bön) kunde sammanbindas med bättre psykologiskt välmående och mindre smärta.</p> <p>(Meraviglia, 2006)</p>	A=P

19. Religiositet kunde kopplas till en högre grad av depression. Andlighet kunde kopplas till en lägre grad av depression.

R=N, A=P

(Nelson, Rosenfeld, Breitbart & Galietta, 2002)

0 = inget samband.

N = religion eller andlighet kan ha en negativ betydelse för människan.

P = religion eller andlighet kan ha en positiv betydelse för människan.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Problem

Under detta arbete har det dykt upp en hel del metodproblem, de flesta härstammar i själva ämnesvalet. Det har visat sig vara väldigt svårt att finna studier som i en yttersta mening undersöker exakt samma fenomen när det handlar om andlighet och religion samt vad de förväntas påverka. Ett problem är att det delvis handlar om definitionsfrågor, å andra sidan gäller detta allt som kan studeras men det blir möjligen extra tydligt i det här fallet. Olika mätinstrument används i de olika studierna för att mäta nivåer av religiositet och andlighet. Samtidigt används även många mätinstrument för att uppskatta bland annat depression, smärta, livskvalitet, hälsa, fysisk och psykisk välmåga. Det är mätinstrumenten som till slut definierar alla dessa begrepp. Om mätinstrumenten skulle vara otillräckliga för att mäta det som avses mätas påverkas validiteten i studierna (Tappen, 2011). Detta skulle i sin tur påverka denna forskningsöversikt negativt. En noggrann granskning av validiteten i artiklarna har varit nödvändig för att dessa definitionsproblem inte ska påverka resultatet av denna forskningsöversikt i allt för stor grad. Många av studierna som undersöktes visade sig ha resultat som ofta omfattade flera olika undersökningsparametrar. Dessa resultat var tvungna att sammanfattas för att kunna behandlas i detta arbete. Studiernas resultat beskrevs därför i utförligare former i bifogade matriser (se bilaga II). Detta gjordes för att läsaren lättare skulle kunna få en klar bild av ursprungskällornas information vilket bidrar till trovärdigheten i arbetet (Polit & Beck, 2008).

Forskningsöversikt som metod

En forskningsöversikt är en lämplig metod för att hantera detta ämne. För att verkligen gå till botten med frågor kring andlighet, religion och deras inverkan på människor med sjukdom krävs dock mer ingående forskning och fler prospektiva studier med kontrollgrupper för att avgöra vad som är orsak och vad som är verkan. För att utförligt beskriva religiositet och andlighet i samband med sjukdom och hälsotillstånd krävs även kvalitativa studier som kompletterar de kvantitativa. I detta arbete har själva undersökningen endast omfattat kvantitativa studier vilket kan ses som en viss brist. Kvalitativa studier har däremot använts som stöd och komplement i både bakgrund och diskussion.

Avgränsningar

Artiklarna är engelskspråkiga, vilket är en ofrivillig men nödvändig avgränsning. Många av studierna är gjorda i USA där kristendomen är överrepresenterad jämfört med andra trosuppfattningar (Koenig, McCullough & Larson, 2001). I de flesta undersökningsgrupper utgörs majoriteten av kristna människor vilket i sin tur avgränsar undersökningsområdet ytterligare. Denna undersökning begränsades till nordamerikanska studier och därmed är alltså kristendom överrepresenterad som religion. I en undersökning av Del Poso och Fins (2005) visade det sig att MedLine och PubMed bidrar till en viss ensidighet vid sökningar på religion. Amerikanska författare var överrepresenterade vid sökningar med sökord som var kopplade till de tre största religionerna. Den absoluta majoriteten av sökträffarna beskrev kristna traditioner. Av detta drar Del Poso och Fins (2005) slutsatsen att det finns en snedfördelning när det gäller representation av religion på MedLine. Detta blir också en klar brist i denna litteraturoversikt då resultatet inte kan sägas vara direkt generaliserbart till t.ex. det sekulariserade Sverige. Detta betyder inte att denna undersökning saknar validitet eller trovärdighet men ytterligare undersökningar behövs för att något ska kunna sägas om andra kulturer än den nordamerikanska. Själva urvalet av artiklar har varit väldigt viktigt för validiteten i denna studie. Detta urval har beskrivits i metodavsnittet och stor vikt har legat på att skilja ut och ta bort artiklar om livsstil och träning som kan kopplas till religiositet och andlighet. Urvalet har också varit en viktig process gällande trovärdigheten av denna studie. Översikten är gjord endast på studier som genomgått vetenskaplig prövning, dessa har sedan granskats ytterligare och bedömts enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) och Berg, Dencker och Skärsäter (1999).

Framställning av resultat

Den slutliga framställningen av resultatet har fått underställas det faktum att resultaten i artiklarna berör många olika ämnen och att det därför blev för svårt att i alltför stora drag sammanfatta dessa till ett slutgiltigt svar. Uppdelningen av A och R och O, N, P är ett försök att konstruera en enklare överblick av slutresultatet.

Resultatdiskussion

Studierna skildrade olika kopplingar mellan andlighet eller religion och olika former av sjukdom eller hälsotillstånd. Intresset låg i de allra flesta studierna i att se efter om religion/andlighet kunde sägas vara någonting positivt, hjälpande, stödjande eller läkande hos de som drabbats av sjukdom. I tjugo fall fanns detta samband med andlighet och/eller religion, i fem fall fanns ett motsatt sambandsförhållande och i sju fall kunde inga slutsatser dras. Då artiklarna ej var randomiserade kontrollstudier kan inget sägas om vad som är orsak och vad som är verkan i de olika fallen.

Cancer

Åtta av studierna involverade människor som har eller har haft någon form av cancer. I sju av dessa fall verkade andlighet vara kopplat till högre livskvalitet, bättre psykologisk anpassning, minskad depression vid två tillfällena, en högre vilja att genomgå aggressiva behandlingar, bättre hälsa och ett bättre psykologiskt välmående. I sex av undersökningarna som gäller människor med cancer undersöktes även deras religiositet. I ett av dessa fall kunde religiöst stöd kopplas till bättre livskvalitet och i ett fall kunde religiöst utövande kopplas till bättre hälsa. Religiositet kunde i ett fall kopplas till en högre grad av depression och i ett fall till

sämre välmåga. I resten av fallen fanns inga signifikanta samband mellan religiositeten och det andra måtvärdet. Det verkar finnas en skillnad mellan religiositet och andlighet här. Precis som Kliewer och Saultz (2006) och Taylor (2002) menar verkar det faktiskt som att andlighet och religiositet inte behöver verka inom varandra. Ibland verkar religiositet och andlighet till och med fungera som motpoler. I den nittonde studien (Nelson, Rosenfeld, Breitbart & Galietta, 2002) visade sig andlighet kunna kopplas till mindre depression medan religion kunde kopplas till mer depression. Detta resultat talar för idéer om andlighet och religiositet som separata fenomen vilket till exempel tas upp av Kliewer och Saultz (2006) och Taylor (2002).

Rematoid artrit samt kronisk smärta och trötthet

I studie nummer tolv (McCauley, Tarpley, Haaz & Bartlett, 2008) och tretton (Bartlett, Piedmont, Bilderback, Matsamoto & Bathon, 2003) undersöktes i båda fallen människor med reumatoid artrit. I båda fallen verkade också en högre grad av välmåga vara kopplat till högre grad av andlighet. En sak som bör uppmärksammas i just den tolfte artikeln (McCauley, Tarpley, Haaz & Bartlett, 2008) är att en högre grad av DSE var vanligare hos människor med artrit än de som inte hade artrit. Detta kan till en början tyckas konstigt då även välmåga var kopplat till en högre grad av DSE hos de som hade artrit. Den skillnad i DSE mellan de med artrit och de utan kan möjligen förklaras av att människor som lever med en kronisk sjukdom och dess konsekvenser oftare söker stöd i den andliga sfären. I studie elva tittade Baetz och Bowen (2008) på upplevelse av kronisk smärta och trötthet bland den kanadensiska befolkningen i syfte att undersöka om religion eller andlighet kan påverka detta. Religion visade sig vara kopplat till mindre smärta och trötthet medan andlighet visade sig ha samband med mer smärta och trötthet. Detta är ännu ett tecken på att religion och andlighet inte alltid har med varandra att göra (Kliewer & Saultz, 2006; Taylor, 2002).

Hjärt- och kärlsjukdomar

Studie nummer tre (Blumenthal et al., 2007), sju (Fitchett & Powell, 2009) och fjorton (Quinn Griffin et al., 2007) omfattade andlighet och hälsa hos de som drabbats av hjärtinfarkt, andlighet och dess kopplingar till blodtryck och andlighetens kopplingar till depression och livskvalitet hos äldre människor med hjärtsvikt. Inte i något av fallen fann forskarna några samband mellan andligheten och de andra undersökningsområdena. I studie nummer fjorton (Quinn Griffin et al., 2007) fann forskarna att hjärtsviktpatienterna, trots sin lägre fysiska livskvalitet hade en högre grad av andligt välmående än den friska kontrollgruppen. Detta skulle precis som tidigare kunna förklaras med att människor med sjukdom utforskar den andliga dimensionen i högre grad än vad friska människor gör. Trots att detta resultat inte kan räknas som ett P i denna undersökning är det ett tecken på att Johansson et al. (2009) möjligen har en poäng när de hävdar att sjukdom paradoxalt nog kan generera hälsa. Detta skulle stämma om det var sant att hjärtsviktpatienterna genomgått en personlig utveckling och blivit mer andligt välmående just på grund av att de drabbats av sjukdom.

Äldrevård och geriatriska sjukdomar

Artikel fyra (Koenig, George, Titus & Meador, 2004) och fem (Corsentino, Collins, Sachs-Ericsson & Blazer, 2009) gällde vård och sjukdomar hos äldre patienter. Koenig et al. (2004) sökte bevis för att olika former av religiositet och andlighet minskar vårdbehovet hos äldre människor. De fann inga bevis på att religiositet eller andlighet i sig själva skulle påverka

någonting. Däremot fann de vissa indikationer på att det sociala stöd som ett religiöst samfund kan innebära ibland påverkar när det gäller vårdbehov. Det visade sig även att människor som ägnade sig åt organiserad religiös aktivitet generellt spenderade färre dagar inom akutsjukvården. Detta resultat var inte hållbart enligt författarna som tolkade det som att de människor som är i behov av mycket akutsjukvård inte är i fysiskt tillstånd att ägna sig åt organiserad religiös aktivitet. Corsentino et al. (2009) fann att religiös aktivitet t.ex. kyrkonärvaro var kopplat till en lägre grad av kognitiv försämring hos äldre kvinnor med depressiva symtom. Det går eventuellt att ställa samma argument mot detta resultat som Koenig et al. (2004) gör mot sitt. Möjligen är det så att de kvinnor med en större grad av kognitiv försämring inte är lika motiverade eller tillräckligt friska för att gå till kyrkan.

Diabetes och CRP-nivå

Den nionde artikeln är en undersökning av King, Mainous och Pearson (2002) med syfte att undersöka om närvaron vid religiösa aktiviteter kan påverka nivån av c-reaktivt protein (CRP) hos människor med diabetes. CRP-nivån visade sig vara lägre hos de diabetiker som var frekventa kyrkobesökare jämfört med de som inte var det men hos de som inte hade diabetes fanns inget sådant samband. Det går att kritisera detta resultat på liknande sätt som tidigare. De människor som har en begynnande eller pågående infektion i kroppen kommer eventuellt inte vara lika benägna att orka gå till kyrkan.

Vård och stöd till patienter i livets slutskede

Balboni et al. (2008) har gjort en studie om hur andlig vård och andligt stöd kan vara gynnsamt för patienter i livets slutskede. Det visade sig att ett befintligt andligt stöd hade väldigt positiva resultat och att de som fick stöd på det planet inte behövde lika aggressiva medicinska behandlingar. I bakgrundsavsnittet redogjordes för en kvalitativ studie av Tuch och Thinganja (2007) där de kom fram till att människor som var sjuka gav en något annorlunda beskrivning av andlighet än de som var friska. Andlighet som hjälp eller stöd var ett tema som framkom hos de sjuka men inte hos de friska. Forskarna förklarar detta med att närvaron av den kroniska dödliga sjukdomen påverkar beskrivningen av andlighet (Tuch & Thinganja, 2007). Resultatet från studien av Balboni et al. (2008) sammanfaller till vis mån med resultatet hos Tuch och Thinganja (2007) då patienterna i studien av Balboni et al. (2008) faktiskt verkar bli hjälpta av andlighet på ett sådant vis som patienterna beskrev det enligt Tuch och Thinganja (2007).

HIV

Dalmida, McDonnell Holstad, Dilorio och Laderman (2009) har gjort en studie där andligt välmående visade sig vara kopplat till högre nivåer av cd4-cellvärden, det vill säga att andligt välmående var kopplat till en långsammare utveckling av HIV-infektionen. Detta är återigen ett resultat som inte svarar på vad som är orsak eller vad som är verkan. Samma gäller det andra resultatet från studien som visade att läsning av religiös eller andlig litteratur var kopplat till depression hos HIV-smittade kvinnor.

Olika sjukdomar, olika hinder

Det är tydligt att en människa kan vara hindrad från att aktivt utöva sin religion eller andlighet på grund av sjukdom. Hur stort detta hinder är beror i sin tur på hur sjuk personen är eller vad

för sjukdom hon har drabbats av. Det går att föreställa sig att patienter i livets slutskede som de som ingick i undersökningen av Balboni et al. (2008) har ett större behov av direkt stöd och hjälp på det planet än till exempel en människa med en kontrollerad diabetessjukdom som för övrigt är frisk, i likhet med de som ingick i undersökningen av King et al. (2002). En människa som är hospitaliserad och kräver mycket avancerad vård har eventuellt inte samma möjlighet att delta i de religiösa eller andliga aktiviteter som hon skulle ha deltagit i om hon var frisk. Det finns kanske en speciell kyrka, synagoga eller moské eller liknande som denne brukar besöka, eller vissa specifika personer som hon brukar träffa och tala med. Men precis som Ehnfors et al. (2000) hävdar behöver inte den andliga dimensionen nödvändigtvis vara sammanbunden med religionsutövande. Möjligheten att utöva eller ta del av konst, poesi, musik eller andra estetiska yttringar kan också vara andliga behov för vissa människor (Ehnfors et al., 2000). Även utövande av sådana aktiviteter kan försvåras i händelse av sjukdom och då också i olika grad beroende på sjukdomens karaktär. Detta resonemang går ihop med Carnevalis idé om att omvårdnaden bör inriktas på hur det dagliga livet inverkar på hälsotillståndet och hur hälsotillståndet inverkar på det dagliga livet (Kirkevold, 1994). Carnevali räknar in tro och värderingar bland det vardagliga livets komponenter men det kan även finnas fler komponenter i en människas vardag som är betydande i en andlig eller existentiell mening till exempel musik eller läsning av viss litteratur. Omvårdnadspersonal bör alltså enligt denna teori hjälpa patienten mot en andlig eller religiös tillfredsställelse likvärdig den patienten skulle haft om hon varit frisk. Samtidigt finns det litteratur som lyfter fram att andlighet i viss mån kan bli ännu viktigare för en person när denne drabbats av sjukdom. Tuch och Thinganja (2007), vars forskning beskrivs i bakgrundsavsnittet, hävdar i alla fall att det verkar finnas stöd för denna tanke när de undersökte hur sjuka respektive friska människor beskriver andlighet och vad andlighet betyder för dem.

Resultatets betydelse för sjuksköterskan

Vi har sett hur olika omvårdnadsteoretiker dels använder sig av och tar hänsyn till religion och andlighet, på grund av respekt för människan men också med en underliggande tanke om att detta är viktigt för individens välmående och därmed hälsa (Eriksson, 1987; Henderson, 1982; Johnson Lutjens et al., 1995). Vi har även sett hälsodefinitioner som inkluderar andlighet som betydande delar av hälsobegreppet (World Health Organization, 2003; Johansson et al. 2009). Resultatet i denna undersökning kan ses ett stöd för idéer om att omvårdnadspersonal bör ta hänsyn till patienters religiositet och andlighet.

De ovan nämnda omvårdnadsteorierna och idéerna är tydliga exempel på att religion och andlighet ibland kan vara ett föremål för omvårdnad. Äldre idéer som Hendersons (1982) och Erikssons (1987) kan tyckas vara något snäva och utgå ifrån en kristenhet och vårdsyn som inte är särskilt aktuell idag. Detta behöver inte betyda att de saknar beröringspunkter med modernare vetenskapliga modeller så som till exempel AACN (Butts & Rich, 2011). Den tydligaste gemensamma nämnaren är möjligen att de alla ger religion och andlighet en viss plats inom omvårdnadsarbete. Anledningarna och förklaringarna till detta kan kanske variera men konsekvenserna av att bry sig om den andliga eller religiösa dimensionen borde vara liknande oavsett vilket motivering som ligger bakom. Klara exempel på dessa konsekvenser kan ses i studien av Balboni et al., 2007 där ett andligt stöd av vårdpersonal visade sig kunna höja patienternas livskvalitet. Det kan även ses i studien av Balboni et al., 2008 där bemötande av andliga behov höjde livskvalitet och sänkte behov av aggressiv behandling.

I vissa fall verkar andlighet och religiositet också spela en stor roll för den som vårdar. I en kvalitativ undersökning av Pierce, Steiner, Havens och Tormoehlen (2008) visade det sig att nyblivna vårdare av människor som överlevt stroke menat sig ha haft stor hjälp av andlighet då den bidragit till hopp och uthållighet. Enligt forskarna visar denna studie att det är viktigt med en ökad medvetenhet om det andliga spektrumet i möten mellan sjuksköterska och patient. Detta kan möjligen ses som ett stöd för Erikssons (1987) idéer om religiositet och omvårdnad men annars är de inte till hjälp här. Det finns inga praktiska implikationer från denna forskningsöversikt som säger att sjuksköterskan själv bör förhålla sig religiöst eller andligt.

Finns det då något konkret som sjuksköterskor eller annan vårdpersonal bör förändra på grund av resultat från det här arbetet? Det är inte helt lätt att svara på. Det ingår i sjuksköterskans yrkesroll att se hela människan och där bör människans andliga dimensioner kunna räknas in (Eriksson, 1988; Butts & Rich, 2011). Det är viktigt att det hos sjuksköterskan finns en öppenhet och en medvetenhet om individers olika tankar och preferenser när det gäller det vi kallar andligt och det vi bedömer som religiöst (Ehnfors et al., 2000). Men det är inte heller säkert att alla människor känner att de vill närma sig dessa frågor tillsammans med vårdpersonal. Dessutom påverkas viljan till andligt eller religiöst bemötande av vilken vårdssituation patienten befinner sig i och hur sjuk patienten är (MacLean et al., 2003). På sjukhus finns det ofta psykologer och representanter från olika religioner till hands om patienter skulle känna behov av att prata med någon. En intressant fråga som kommer upp här är huruvida det inte borde finnas något alternativ till den religiöse representanten och den kliniska. En människa som inte är religiös kommer kanske inte att känna sig helt bekväm med att tala med en präst eller någon annan form av religiös representant, en psykolog kan å andra sidan ses som en ren problemlösare och det är inte säkert att de alltid finns till hands för dessa frågor. Kanske borde det finnas någon som är helt oberoende ett religiöst trossamfund men som ändå är beredd på att möta existentiella och andliga frågor som kan komma upp, speciellt hos de som är svårt och obotligt sjuka. Möjligen har ändå Katie Erikssons (1988) vårdare, med baskunskaper i naturvetenskap, humaniora, filosofi, tros- och livsåskådningsvetenskap, en roll att spela här.

Slutsats

Idén till detta arbete började med funderingar kring huruvida ett religiöst förhållningssätt i någon mån kan verka läkande för människan. Denna fråga, eller snarare de följdfrågor som varit tvungna att formuleras för att en undersökning skulle vara möjlig, har inte varit lätta att svara på. På grund av det spridda undersökningsmaterialet är det svårt att dra någon enkel och rak slutsats på frågan om religiositet eller andlighet har någon inverkan på hälsotillstånd och inverkan på människor vid händelse av sjukdom. Det går dock att säga att det i tjugo fall av trettiofyra visade sig att religiositet och andlighet på olika sätt verkar kunna vara stödjande och upplyftande för många, något som i undantagsfall även visar sig ha samband med mätbara fysiska parametrar så som CD4-celler eller CRP-nivå. I de flesta fall då andlighet och religiositet verkar positivt handlar det om den hälsoaspekt som innefattar människans upplevelse av sjukdomen och hennes generella välmående. Denna del av frågan är inte oviktig. Religiositeten och andligheten kan förstås inte bota sjukdom men för människan som drabbas av sjukdom kan dessa saker ändå bidra till en högre grad av hälsa. Som tidigare tagits upp kan hälsa definieras som ett fysiskt, andligt, psykiskt och socialt välbefinnande. En underliggande fråga i detta arbete är hur den andliga aspekten av hälsa kan påverka de andra aspekterna. Resultatet visar kanske inga starka bevis för att det andliga påverkar det fysiska, i alla fall inte på ett sätt som är enkelt att mäta. Däremot visar resultatet att den andliga

aspekten är nära besläktad med både det psykiska och den sociala välmågan hos människor med fysiska sjukdomar.

Svar på frågorna

Det finns samband mellan andliga och religiösa trosföreställningar och människors hälsotillstånd. I denna forskningsöversikt fanns i tjugofem fall av trettio två olika samband mellan tro och hälsa. I studierna har vi kunnat se att hälsoaspekter som fysisk och psykisk välmåga, sinnesstämning och livskvalitet alla har samband med religiösa och andliga trosföreställningar. Människor som drabbats av sjukdomar som olika former av cancer, HIV/AIDS, artrit, stroke, ryggradsskador, traumatiska hjärnskador och diabetes verkar i de flesta fallen kunna påverkas positivt genom andlig eller religiös tro. I fem fall har andlighet och religiositet visat sig kunna ha en negativ inverkan men i tjugo fall råder motsatsen. I en klar majoritet av resultaten verkar religiositet och andlighet vara någonting som påverkar hälsotillstånd positivt och som fungerar stödjande för människor som drabbats av sjukdom. Resultatet manar omvårdnadspersonal att vara lyhörda för och införstådda i människors religiositet och andlighet, samt uppmärksamma dessa människors eventuella behov av stöd inom detta område.

Fortsatta studier

Resultaten som skildras i denna forskningsöversikt påvisar endast sambandsrelationer. Detta är en följd av att de studier som gjorts i ämnet oftast inte är utformade för att förklara orsaksrelationer. Det behövs fler prospektiva studier med kontrollgrupper och fler randomiserade kontrollstudier för att komma underfund med relationerna mellan religion, andlighet, hälsa och sjukdom.

REFERENSER

- Baetz, M., & Bowen, R. (2008). Chronic pain and fatigue: Associations with religion and spirituality. *Pain research & management: the journal of the Canadian Pain Society = journal de la société canadienne pour le traitement de la douleur*, 13(5), 383-388.
- Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Paulk, M. E., Lathan, C. S., Peteet, J. R., & Prigerson, H. G. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 25(5), 555-560.
- Balboni, T. A., Paulk, M. E., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Loggers, E. T., Wright, Alexi, A.,... Prigerson, H. G. (2008). Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *Journal of Clinical Oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 28(3), 445-452.
- Bartlett, S.J., Piedmont, R., Bilderback, A., Matsumoto, A. K., & Bathon, J. M. (2003). Spirituality, well-being, and quality of life in people with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 49(6), 778-783.
- Bekelman, D. B., Parry, C., Curlin, F. A., Yamashita, T. E., Fairclough, D. L., & Wamboldt, F. S. (2010). A comparison of two spirituality instruments and their relationship to depression and quality of life in chronic heart failure. *Journal of pain and symptom management*, 39(3), 515-526.
- Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar*. Stockholm: SBU, SFF.
- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Ironson, G., Thoresen, C., Powell, L., Czajkowski, S.,... Catellier D. (2007). Spirituality, religion, and clinical outcomes in patients recovering from an acute myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 69, 501-508.
- Butts, J. B., & Rich, K. L. (Eds.). (2011). *Philosophies and theories for advanced nursing practice*. Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.
- Büssing, A. (2010). The spreuk-sf10 questionnaire as a rapid measure of spiritual search and religious trust in patients with chronic diseases. *Journal of Chinese integrative medicine*, 8(9), 832-841.
- Campbell, J. D., Yoon, D. P., & Johnstone, B. Determining relationships between physical health and spiritual experience, religious practices, and congregational support in a heterogeneous medical sample. *Journal of religion and health*. E-publicerad den 9 december 2008. doi: 10.1007/s10943-008-9227-5.
- Corsentino, E. A., Collins, N., Sachs-Ericsson, N., & Blazer, D. G. (2009). Religious attendance reduces cognitive decline among older women with high levels of depressive symptoms. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 64(12), 1283-1289.
- Dalmida, S. G., McDonnell Holstad, M., Dilorio, C., & Laderman, G. (2009). Spiritual well-being, depressive symptoms, and immune status among women living with HIV/AIDS. *Women & health*, 49(2-3), 119-143.

Del Poso, P. R., & Finns, J. J., (2005). Death, dying and informatics: misrepresenting religion on medline. *BMC medical ethics*. E-publicerad den 1 juli 2005. doi: 10.1186/1472-6939-6-6

Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2000). *VIPS-boken: om en forskningsbaserad modell för dokumentation och omvårdnad i patientjournalen*. Stockholm: Vårdförbundet.

Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.

Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen* (4:e uppl.). Stockholm: Liber.

Fitchett, G., & Powell, L. (2009). Daily spiritual experiences, systolic blood pressure, and hypertension among midlife women in SWAN. *Annals of behavioral medicine*, 37(3), 257-267.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (2:a uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (red.). (2006). Dags för uppsats: *Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Hamilton, J. B., Crandell, J. L., Carter, J. K., & Lynn, M. R. (2010). Reliability and validity of the perspectives of support from god scale. *Nursing research*, 59(2), 102-109. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181d1b265.

Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., & Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of palliative medicine*, 12(6), 537-545.

Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Henderson, V. (1982). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet* (3:e uppl.). (U.-B. Silfvenius, Övers.) Solna: Almqvist & Wiksell.

Johansson, H., Weinehall, L., & Emmelin, M., (2009). "It depends on what you mean": a qualitative study of Swedish health professionals' views on health and health promotion. *BMC Health Services Research*. E-publicerad den 21 oktober 2009. doi: 10.1186/1472-6963-9-191

Johnson Lutjens, L. R., Reynolds, C. L., Leininger, M., & Reed, K. S. (1995). *Anteckningar om omvårdnadsteorier III: Calista Roy, Madeleine Leininger, Betty Neuman* (K. L. Wentz, övers.). Lund: Studentlitteratur.

King, D. E., Mainous, A. G., & Pearson, W. S. (2002). C-reactive protein, diabetes, and attendance at religious services. *Diabetes Care*, 25, 1172-1176.

King, M. B., Koenig, H. G., (2009). Conceptualising spirituality for medical research and health service provision. *BMC Health Services Research*. E-publicerad den 13 juli 2009. doi: 10.1186/1472-6963-9-116

Kirkevold, M. (1994). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering* (K. L. Wentz, övers.). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 1992).

Kliwer, S. P., & Saultz, J. (2006). *Healthcare and spirituality*. Abingdon: Radcliffe Publishing.

- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford university press.
- Koenig, H. G., George, L. K., Titus, P., & Meador, K. G. (2004). Religion, spirituality, and acute care hospitalization and long-term care use by older patients. *Archives of internal medicine*, *164*, 1579-1585.
- Loustalot, F., Wyatt, S. B., Sims, M., Ellison, C. G., Taylor, H. A., & Underwood, L. (2009). Psychometric testing of the daily experiences scale among african americans in the jackson heart study. *Journal of religion and health*. E-publicerad den 20 augusti 2009. doi: 10.1007/s10943-009-9278-2.
- MacLean, C. D., Susi, B., Phifer, N., Schultz, L., Bynum, D., Franco, M.,... Cykert, S. (2003). Patient preference for physician discussion and practice of spirituality. *Journal of general internal medicine*, *18*, 38-43
- McCauley, J., Tarpley, M., Haaz, S., & Bartlett, S. (2008). Daily spiritual experiences of older adults with and without arthritis and the relationship to health outcomes. *Arthritis Care and Research*, *59*(1), 122-128.
- Meraviglia, M. (2006). Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Oncology nursing forum*, *33*(1), 1-7. doi: 10.1188/06.ONF.E1-E7
- Nelson, C. J., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Galietta, M. (2002). Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*, *43*(3), 213-220.
- Nelson, C., Jacobson, C. M., Weinberger, M. I., Bhaskaran, V., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Roth, A. J. (2009). The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. *Annals of behavioral medicine*, *38*, 105-114.
- O'Brien, M. E. (2008). *Spirituality in nursing: standing on holy ground* (3:e uppl.). Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlett.
- Pierce, L. L., Steiner, V., Havens, H., & Tormoehlen, K. (2008). Spirituality expressed by caregivers of stroke survivors. *Western Journal Of Nursing Research*, *30*(5), 606-619.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9:e uppl.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Purnell, J. Q., Andersen, B. L., & Wilmot, J. P. (2009). Religious practice and spirituality in the psychological adjustment of survivors of breast cancer. *Counseling and Values*, *53*(3), 165.
- Quinn Griffin, M. T., Lee, Y., Salman, A., Seo, Y., Marin, P. A., Starling, R. C., & Fitzpatrick, J. J. (2007). Spirituality and well being among elders: differences between elders with heart failure and those without heart failure. *Clinical interventions in aging*, *2*(4), 669-675.
- Stolt, C.-M. (2007). *Medicin och religion: om relationen mellan västerländsk, medicin, vård och religion samt en studie av idédebatten mellan läkaren Bertil Söderling och biskopen Bo Giertz om konfirmandboken Grunden 1950*. Stockholm: Proprius.

- Tappen, R. M. (2011). *Advanced nursing research: from theory to practice*. Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlett.
- Taylor, E. J. (2002). *Spiritual care: nursing theory, research, and practice*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.
- Tuck, I., & Thinganjana, W. (2007). An exploration of the meaning of spirituality voiced by persons living with HIV disease and healthy adults. *Issues in mental health nursing*, 28(2), 151-166.
- Williams, D. R., & Sternthal, M. J. (2007). Spirituality, religion and health: evidence and research directions. *The medical journal of Australia*, 186, 47-50.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization. (2003). *WHO definition of health*. Hämtad 25 februari, 2011, från WHO: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- Yanez, B., Edmondson, D., Stanton, A. L., Park, C. L., Kwan, L., Ganz, P. A., Blank, T. O. (2009). Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: Relative contributions of having faith and finding meaning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 730-741.

BILAGA I

Bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfälligt resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet

BILAGA II

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltag. (Bortf.)	Resultat	Kvalit. Typ
Purnell, J. Q., Andersen, B. L., Wilmot, J. P. 2009 USA	Religious Practice and Spirituality in the Psychological Adjustment of Survivors of Breast Cancer	Att undersöka förhållanden mellan religiöst utövande och andlighet och livskvalitet och stress hos människor som överlevt bröstcancer.	Deltagarna genomgick intervjuer och fyllde i frågeformulär. Uppföljning skedde var sjätte månad i fem år då deltagarna genomgick psykologiska, beteenderelaterade och biomedicinska undersökningar.	n=130	Studien visar ingen signifikant relation mellan religiöst utövande och livskvalitet och stress. Andlighet har en signifikant positiv relation till livskvalitet samtidigt som de som upplevt högre traumatisk stress också upplever en högre grad av andlighet.	I P
Yanez, B., Edmondson, D., Stanton, A. L., Park, C. L., Kwan, L., Ganz, P. A., Blank, T. O. 2009 USA	Facets of Spirituality as Predictors of Adjustment to Cancer: Relative Contributions of Having Faith and Finding Meaning	Att undersöka hur två komponenter av andligt välmående (mening/frid och tro) interagerar med varandra och hur dessa komponenter kan användas för att förutsäga psykologisk anpassning hos bröstcancerpatienter och canceröverlevare.	Del 1: Kvinnor som undergått behandling för bröstcancer deltar genom att fylla i frågeformulär, ett vid start (inom fyra veckor efter behandling), ett efter sex månader och ett efter tolv månader. Del 2: Män och kvinnor som i genomsnitt fått sin cancerdiagnos tre och ett halvt år tidigare svarade på ett frågeformulär vid start och ett formulär ett år senare.	D1: n=418 (6 mån) n=399 (12mån) D2: n=250 (första) n=165 (andra)	Del 1 visar att en högre grad av mening/frid, och en ökning av detta inom sex månader, är sammanbundet med en minskning av depressiva symptom och en ökning av vitalitet över tolv månader. Tro förutsade en ökning i upplevd cancerrelaterad personlig utveckling Del 2 visade att en ökning i mening/frid var relaterat till en förbättrad mental hälsa och mindre cancerrelaterad oro. Ökad tro var relaterad till en ökad upplevelse av personlig utveckling.	I P
Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Ironson, G., Thoresen, C., Powell, L., Czajkowski, S., Burg, M., Keefe, F. J., Steffen, P., Catellier, D. 2007 USA	Spirituality, Religion, and Clinical Outcomes in Patients Recovering From an Acute Myocardial Infarction	Att bedöma det förmodade förhållandet mellan andliga upplevelser och hälsa inom ett urval av patienter som drabbats av akut myokardiell infarkt och som lider av depression eller har ett lågt socialt stöd.	503 patienter som deltar i ENRICHD (en studie som syftar att förbättra rehabilitering efter kranskärlssjukdom) svarar på formulär om dagliga andliga upplevelser [DSE] inom 28 dagar efter deras infarkt. Deltagarna följdes sedan upp var sjätte månad i genomsnitt i arton månader.	n=503	63 av deltagarna dog under undersökningsperioden. Forskarna finner inget stöd för att denna tolv procents dödlighet skulle ha någon koppling till den självbedömda andligheten. Ingen koppling fanns heller mellan självbedömd andlighet och icke-dödliga infarkter	I P

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Koenig, H. G., George, L. K., Titus, P., Meador, K. G. 2004 USA	Religion, Spirituality, and Acute Care Hospitalization and Long-term Care Use by Older Patients	Att undersöka sambandet mellan religion/andlighet och antalet dagar spenderade inom akutsjukvård [ACH] och långtidssjukvård [LTC] bland äldre patienter.	Intervjuer av patienter, 50 år eller äldre. De kategoriserades utifrån om de ägnar sig åt organiserad religiös aktivitet [ORA] icke-organiserad religiös aktivitet [NORA], religiositet genom religiös radio eller tv [RTV], intrinsikal religiositet och självuppskattad religiositet. Med avseende på andlighet fick patienterna uppgive den självskattade andligheten och dagliga andliga upplevelser [DSE]. Patienterna följdes sedan i genomsnitt i 21 månader då antalet ACH- och LTC-dagar observerades.	n=838 (27)	Den enda variabeln som hade koppling till färre ACH-dagar var ORA men detta resultat analyserades sedan bort då den sämre fysiska statusen hos ACH-patienterna innebär att de inte har kunnat ägna sig åt organiserat religiöst utövande. Minskat antal LTC-dagar kunde kopplas till NORA, RTV och DSE. (författarna tycker att detta kan förklaras av ett högre socialt stöd)	I P
Corsentino, E. A., Collins, N., Sachs-Ericsson, N., Blazer, D. G. 2009 USA	Religious Attendance Reduces Cognitive Decline Among Older Women With High Levels of Depressive Symptoms	Att undersöka relationen mellan religiös aktivitet (t.ex. kyrkonärvaro) och kognitiva försämringar hos äldre, utifrån könstillhörighet och depressionssymtom.	Data från en kohortstudie analyserades och kontrollerades utifrån demografiska, socioekonomiska och hälsorelaterade variabler. Data samlades in från två tillfällen med tre års mellanrum.	n=2938	En högre religiös aktivitet var kopplat till mindre kognitiv försämring.	I R
Nelson, C., Jacobson, C. M., Weinberger, M. I., Bhaskaran, V., Rosenfeld, B., Breitbart, W., Roth, A. J. 2009 USA	The Role of Spirituality in the Relationship Between Religiosity and Depression in Prostate Cancer Patients	Att försöka utveckla ett teoretiskt ramverk kring relationerna mellan religiositet, andlighet och depression som eventuellt kan förklara de blandade och motsägelsefulla associationerna mellan religiositet och depression.	Tvåsnittsstudie där 367 män med prostatacancer bedöms utifrån religiositet, andlighet, livskvalitet och depression. All fakta kommer från självrapporter genom frågeformulär.	n=367	Samband hittades mellan andlighet och depression. En upplevelse av mening och frid verkar reducera depression men denna upplevelse är inte nödvändigtvis kopplad till religiös aktivitet.	I R

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Fitchett, G., Powell, L. H. 2009 USA	Daily Spiritual Experiences, Systolic Blood Pressure, and Hypertension among Midlife Women in SWAN	Författarna anser att det finns viss evidens för att religiös aktivitet skulle vara kopplat till ett lägre blodtryck och mindre hypertension. De försöker ta reda på huruvida dagliga andliga upplevelser [DSE] också skulle kunna sammankopplas med detta.	Data från kohortstudien Study of Womens Health Across the Nation [SWAN] analyseras i syfte att finna kopplingar mellan DSE och systoliskt blodtryck. SWAN är en intervjustudie av 1992 amerikanska kvinnor.	n=1658 (334)	Resultatet visar inga kopplingar mellan grad av DSE och grad av systoliskt blodtryck. Inte heller en ökad risk för hypertension inom en treårsperiod kan påvisas vara bunden till lågt DSE. I motsats till hypotesen var höga nivåer av DSE inte kopplade till lägre blodtryck.	I R
Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Paulk M. E., Lathan, C. S., Petee, J. R., Prigerson, H. G. 2007 USA	Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of- Life Treatment Preferences and Quality of Life	Att undersöka religiositet och andligt stöd hos människor med avancerad cancer och dessa faktors koppling till livskvalitet, behandlingspreferenser och avancerad vårdplanering.	Människor som behandlade för cancer på kliniker i Connecticut, New York och Texas blev intervjuade angående religiositet, andligt stöd, livskvalitet, behandlingspreferenser och avancerad vårdplanering.	n=230	Det fanns ett signifikant samband mellan andligt stöd av religiösa samfund eller av vården och patienternas livskvalitet. Det fanns även ett signifikant samband mellan religiositet och viljan att undergå aggressiva behandlingar för att förlänga livet.	I R
King, D. E., Mainous, A. G., Pearson, W. S. 2002 USA	C-Reactive Protein, Diabetes, and Attendance at Religious Services	Att undersöka relationen mellan närvaro vid religiösa aktiviteter och CRP-nivå hos människor med diabetes.	Urvalet kommer från National Health and Nutrition Examination Survey III 1988-1994 (n=10,059 var av 556 var diabetiker). Självrapporter om antal besök i kyrkan eller annan religiös mössa per år ställs mot deltagarnas CRP nivåer.	n=10059 n=556	En högre andel av de diabetiker som inte gick i kyrkan hade ett förhöjt CRP. För de som inte hade diabetes var detta utslag inte signifikant.	I R

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kval Typ
Dalmeida, S. G., McDonnell Holstad, M., Dilorio, C., Laderman, G. 2009 USA	Spiritual Well-Being, Depressive Symptoms, and Immune Status Among Women Living with HIV/AIDS	Att undersöka kopplingarna mellan andligt välmående med depressiva symtom och CD4 cellvärden hos HIV- positiva kvinnor. (CD4-värdet mäts i syfte att se hur långt HIV-infektionen har utvecklats, när värdet är mindre än 200 celler per mikroliter diagnostiseras patienten med AIDS)	En deskriptiv tvärsnittsstudie i form av en sekundär analys av två tidigare studier som bygger på självrapporthaserade bedömningsinstrument. Andligt välmående utvärderades med Spiritual Well-being Scale [SWB] och depressiva symtom utvärderades med Center for Epidemiological Studies Depression Scale [CES-D]. CD4- värdet togs från elektroniska journaler.	n=129 72 från den ena studien (n=247) och 57 från den andra (n=207).	Signifikanta positiva relationer fanns mellan existentiellt välmående och antal CD4 celler. Religiöst och andligt välmående hade positiva samband med CD4 procentsatser. Depressiva symtom hade inget signifikant samband med antal CD4 celler eller procentsatser. De som ofta läste andligt eller religiöst material hade en högre grad av depressiva symtom.	II R
Haetz, M., Bowen, R., 2008 Kanada	Chronic pain and fatigue: Associations with religion and spirituality	Att undersöka om religion och/eller andlighet påverkar upplevelsen av kronisk smärta eller trötthet.	Utifrån data från en kanadensisk folkhälsoundersökning analyseras fyra kroniska smärtsyndrom. Dessa variabler ställdes mot självrapporterade nivåer av andlighet och religion för att titta efter effekter på den psykiska välmågan och effekter på val av copingstrategi.	n=30859	Religiösa personer hade en mindre kronisk smärta och trötthet, man vet inte om detta beror på att de faktiskt har mindre smärta eller om det handlar om att de hanterar smärtan bättre. De som endast var spirituella men inte religiösa hade mer kronisk smärta och trötthet. Den religiösa/spirituella gruppen var mer benägen att använda positiva copingstrategier än de icke religiösa/spirituella.	I R
McCausley, J., Tarpley, M. J., Haaz, S., Bartlett, S. J. 2008 USA	Daily Spiritual Experiences of Older Adults With and Without Arthritis and the Relationship to Health Outcomes	Att undersöka hur dagliga andliga upplevelser [DSE] påverkar fysisk och psykisk hälsa.	Deltagarna, 50 år och äldre, svarade på frågeformulär om: kronisk smärta, trötthet och dagliga andliga upplevelser.	n=99	Personer med artrit rapporterade signifikant mer DSE än de utan artrit. Efter att ha anpassat resultaten efter ålder, ras, kön, smärta och sjukdomstillstånd visade det sig att mer frekvent DSE har ett samband med ökad energi och mindre depression hos människor med artrit.	I R

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Bartlett, S. J., Piedmont, R., Bilderback, A., Matsamoto, A. K., Bathon, J. M. 2003 USA	Spirituality, Well-Being, and Quality of Life in People With Rheumatoid Arthritis	Att utvärdera andlighet, välmåga och livskvalitet hos människor med RA.	Deltagare svarade på frågeformulär som skulle bedöma positiva och negativa känslor, depression, livskvalitet, och andlighet. Deras sjukdomstillstånd bedömdes genom klinisk undersökning.	n=77	Sjukdomsgrad hade ett positivt samband med depression, smärta, sämre självskattad hälsa och begränsningar i den fysiska rollen. Andlighet var direkt associerat med positiva känslor och högre hälsouppfattning. Andlighet kunde kopplas till lycka och positiva hälsouppfattningar oberoende sjukdomsgrad, fysisk funktion, ålder och humör.	I R
Quinn Griffin, M. T., Lee, Y., Salman, A., Seo, Y., Marin, P. A., Starling, R. C. Fitzpatrick, J. J. 2007 USA	Spirituality and well being among elders: differences between elders with heart failure and those without heart failure	Att undersöka skillnader mellan andlighet, depressionssymtom och livskvalitet hos äldre med och utan hjärtsvikt.	Kvantitativ deskriptiv tvärsnittsstudie där deltagarna fyllde i ett flertal frågeformulär. The daily spiritual experiences scale [DSES], Spirituality index of well-being [SIWB], Center for epidemiologic studies depression scale [CES-D] och en hälsoundersökning [SF-12] besvarades. 44 av deltagarna hade hjärtsvikt och 40 hade inte det.	n=84	Hjärtsviktpatienterna hade lägre fysisk livskvalitet men mer andligt välmående än de friska patienterna det fanns ingen skillnad i DSE, mental livskvalitet och depressiva symtom mellan de båda grupperna.	II R
Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., Scheier, M. 2009 USA	Positive and Negative Religious Coping and Well-Being in Women with Breast Cancer	Att undersöka relationen mellan religiös coping och välmåga hos människor med bröstcancer.	Deltagarna svarade på frågeformulär och bedömningsinstrument om religiositet, religiös coping, sjukdom, sociodemografiska faktorer och socialt stöd. Detta skedde i början av studien och igen efter åtta till tolv månader.	n=284	76% av deltagarna uppgav att de ofta använde sig av religiös coping. 15% uppgav att de använde negativ coping (arg på gud). Positiv religiös coping kunde inte sammanbindas med några högre värden av välmåga. Negativ religiös coping kunde kopplas till en sämre allmän hälsa, depressiva symtom och en låg tillfredsställelse av livet.	I P

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Balboni, T. A., Paulk, M. E., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Loggers, E. T., Wright, A. A., Block, S. D., Lewis, E. F., Peteet, J. R., Prigerson, H. G., 2008 USA	Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death	Att undersöka om andlig vård från sjukvårdsteamet påverkar behovet av medicinsk vård och livskvalitet vid livets slutskede.	Intervjuer med patienter i livets slutskede och observationer fram- till deras död (median 116 dagar)	n=343	Patienter vars andliga behov bemöttes fullt ut av sjukvårdsteamet fick mer hospicevård än de som inte blev lika stöttade. Patienter som använde religiös coping till en hög grad och vars andliga behov blev bemötta fick oftare hospicevård och mindre aggressiv behandling. Andligt stöd kunde kopplas till högre livskvalitet.	I P
Campbell, J. A., Yoon, D. P., Johnstone, B 2008 USA	Determining Relationships Between Physical Health and Spiritual Experience, Religious Practices, and Congregational Support in a Heterogeneous Medical Sample	Att undersöka relationerna mellan fysisk hälsa och andlig tro, religiöst utövande och församlingsstöd.	En tvärsnittsstudie av patienter som har olika sjukdomar och skador (cancer, ryggradsskador, traumatiska hjärnskador och stroke) och en grupp friska patienter. För att mäta dessa patienters andliga upplevelser, religiösa utövanden och församlingsstöd används åtta skalor från Brief Multidimensional Measures of Religiosity /Spirituality [BMMRS].	n=168	Fysisk hälsa visade sig vara positivt relaterat till frekvens av besök vid religiösa aktiviteter men detta kan vara kopplat till den fysiska förmågan att delta. Andlig tro på en kärleksfull högre makt och en positiv världsbild hade samband med en bättre hälsa (generell hälsuppfattning, fysisk funktion och smärta).	I R
Meraviglia, M 2006 USA	Effects of Spirituality in Breast Cancer Survivors	Att undersöka andlighetens (mening i livet och bön) effekter på välmående hos kvinnor som har haft bröstcancer.	Deskriptiv tvärsnittsstudie där deltagarna fick svara på ett frågeformulär som bedömde personlig karaktär, cancerform, aspekter av andlighet (mening i livet och bön) och fysiska och psykologiska reaktioner på bröstcancer.	n=84	Mening i livet var positivt relaterat till psykologiskt välmående och negativt relaterat till symtomsmärtor /oro/ängest. Bön var positivt relaterat till psykologiskt välmående men inte signifikant relaterat till symtomsmärtor/oro/ängest.	II R

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Nelson, C. J., Rosenfeld, B., Breitbart, W., Galiotta, M. 2002 USA	Spirituality, Religion, and Depression in the Terminally Ill	Att studera andlighetens och religiositetens inverkan på graden av depressiva symtom hos dödligt sjuka personer med cancer och AIDS.	Människor som förväntades ha kortare än sex månader kvar att leva rekryterades från olika instanser för palliativ vård. De tilldelades en rad bedömningsinstrument som bygger på självrapporteringar. Ett av instrumenten var Functional Assessment of Chronic Illness Therapy –Spiritual Well-Being scale [FACIT-Sp].	n=162	Fler religiösa individer visade sig vara deprimerade. En högre poäng på FACIT- mening/frid-skalan innebar mindre depression.	I R