



INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Att inte höra i en upplevd traumatisk situation

En kvantitativ studie om trauma, psykisk ohälsa och vårdens bemötande hos döva och hörselskadade inom
öppenvårdspsykiatrin

SW2227 Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 30 hp

Scientific Work in Social Work, 30 higher education credits

Masternivå

Vårterminen 2018

Författare: Nadja Fahlke

Handledare: Kristian Daneback

ABSTRAKT

Titel: Att inte höra i en upplevd traumatisk situation. En kvantitativ studie om trauma, psykisk ohälsa och vårdens bemötande hos döva och hörselskadade inom öppenvårdspsykiatri

Författare: Nadja Fahlke

Nyckelord: Döva, hörselskadade, trauma, psykisk ohälsa, upplevd vård

Forskningsläget gällande döva och hörselskadade psykiatripatienter är begränsat. En av de få studier gjorda på området visar att förekomsten av trauma är högre hos döva och hörselskadade jämfört med hörande. Föreliggande studie undersöker erfarenhet av traumatiska händelser och graden av psykisk ohälsa hos dessa patienter, samt hur de upplever vårdens bemötande. Studien är gjord på 22 patienter på en psykiatrisk mottagning för döva och hörselskadade samt en jämförelsegrupp om 12 hörande patienter på en allmänpsykiatrisk mottagning. Resultatet visade på att döva och hörselskadade rapporterar signifikant fler traumatiska händelser än hörande. Vad gäller psykisk hälsa förelåg inga stora skillnader mellan grupperna. Överlag rapporterade båda grupperna vårdens bemötande som mycket god. Studiens resultat går delvis i linje med tidigare forskning men vidare forskning behövs för att inom psykiatri förstå dövas och hörselskadades förutsättningar och sårbarheter.

ABSTRACT

Title: To not be able to hear during an experienced traumatic event. A quantitative study about trauma, mental illness and experience of healthcare among deaf and hard-of-hearing psychiatric outpatients

Author: Nadja Fahlke

Keywords: Deaf, hearing disorders, trauma, mental illness, experience of healthcare

There are few studies in the research field of deaf and hard-of-hearing psychiatric outpatients. One of the few existing studies shows that deaf and hard-of-hearing report higher frequency of trauma than hearing individuals. This study examines experience of traumatic events and mental illness in these patients, as well as how they experience the healthcare. Twenty-two deaf and hard-of-hearing psychiatric outpatients and twelve hearing psychiatric outpatients were included in the study. The results showed that deaf and hard-of-hearing individuals significantly reported higher frequency of traumatic events in comparison to hearing individuals. In regard to mental illness, there were no major differences between the groups. Overall both groups rated the healthcare as very good. The results partly confirm previous research, but further research is needed to understand the conditions and vulnerabilities of deaf and hard-of-hearing psychiatric outpatients.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING.....	1
1.1. Döva och hörselskadade.....	1
1.2. Trauma och psykisk ohälsa.....	1
1.3. Patientupplevd kvalitet inom vården.....	2
1.4. Syfte och frågeställningar.....	4
2. TIDIGARE FORSKNING.....	5
2.1. Forskning om trauma och psykisk ohälsa.....	5
2.2.1. <i>Få antal träffar i litteraturen</i>	
2.2.1. <i>Språkidentifikation hos döva och hörselskadade</i>	
2.2.2. <i>Sårbarhet bland döva och hörselskadade</i>	
2.2.3. <i>Förekomst av traumatisk erfarenhet bland döva och hörselskadade</i>	
2.2.4. <i>Typ av trauma</i>	
2.2.5. <i>Trauma kan bidra till psykisk ohälsa</i>	
2.3. Forskning om patientupplevd kvalitet inom vården.....	8
2.3.1. <i>Psykatripatienters upplevelse av vården</i>	
2.3.2. <i>Övriga svenska rapporter om patienters upplevelser av vården</i>	
2.3.3. <i>Döva och hörselskadades upplevelse av vården</i>	
2.4. Sammanfattning.....	11
3. TEORI.....	13
3.1. Stress och sårbarhetsmodellen.....	13
3.2. Humanistisk psykologi och personcentrerad vård.....	14
4. METOD.....	17
4.1. Val av metod.....	17
4.2. Urval.....	18
4.3. Respondenter.....	19
4.4. Tillvägagångssätt.....	19
4.5. Instrument.....	20
4.5.1. <i>Bakgrundsdata</i>	
4.5.2. <i>Traumatiska erfarenheter</i>	
4.5.3. <i>Psykisk ohälsa</i>	
4.5.4. <i>Patientupplevd vårdkvalitet</i>	
4.6. Statistisk analys.....	21
4.7. Metodologiska begränsningar.....	22
4.8. Etiska övervägande.....	23
5. RESULTAT.....	25
5.1. Bakgrundsdata.....	25
5.2. Traumatiska erfarenheter.....	27
5.3. Psykisk ohälsa.....	28
5.4. Samband mellan trauma och psykisk ohälsa.....	29
5.5. Patientupplevd vårdkvalitet.....	31
5.6. Sammanfattning.....	31
6. ANALYS OCH SLUTSATSER.....	32

6.1. Trauma, psykisk ohälsa och vårdens bemötande.....	32
6.2. Studiens begränsningar.....	35
6.2.1. <i>Generaliserbarhet</i>	
6.2.2. <i>Eventuella skillnader mellan döva och hörselskadade</i>	
6.2.4 <i>Traumats betydelse</i>	
6.2.5 <i>Psykiska ohälsa över tid</i>	
6.2.6 <i>Bortfall</i>	
6.3. Vidare forskning.....	37
6.4. Kliniska implikationer.....	37
7. REFERENSER.....	39
Bilaga 1.....	43
Bilaga 2.....	46

FÖRORD

En kan inte vara ensam i produktionen av en masteruppsats, det krävs vägledning och stöd från olika håll. Jag vill därmed visa stor uppskattning till min handledare, professor Kristian Daneback, som har varit ett kontinuerligt stöd, utmanat och fått mig att utvecklas akademiskt. Också ett stort tack till Peter Sand, enhetschef vid psykiatriska mottagningen för döva och hörselskadade, som erbjöd mig att skriva mitt examensarbete på den patientgrupp jag dagligen arbetar med. Det har resulterat i att jag i skrivande stund har en utvidgad förståelse kring den komplexa situation många av mina patienter befinner sig i. Jag vill även tacka mina kollegor som har hjälpt till med insamling av datamaterial samt de patienter som ställt upp på att besvara studiens enkät, utan er hade det inte gått. Såklart vill jag också belysa vikten av den ovärderliga uppmuntran och kärlek jag har fått från min familj, Johan och Roderick.

1. INLEDNING

1.1. Döva och hörselskadade

I Sverige beräknas det att ungefär 13 000 personer är *barndomsdöva* och att det föds cirka 70 döva barn varje år, en siffra som varit konstant under många år (Sveriges dövas riksförbund, 2014). Skillnaden mellan att födas i dag med dövhet jämfört med 20 år sedan är att i dag får cirka 95 % av alla barnen ett avancerat hörseltekniskt hjälpmedel, så kallat cochleaimplantat. Det innebär att barnen tidigt kan lära sig att uppfatta tal i varierande grad. Personer med *hörselskada* har nedsatt hörsel på en eller båda öronen och kan med hjälp av hörapparat uppfatta tal i varierande grad. Det skattas att det finns ungefär cirka 1,3 miljoner personer i Sverige som har nedsatt hörsel, varav nästan 600 000 har grav skada (Hörselskadades riksförbund).

Den så kallade språkidentiteten skiljer sig något mellan döva och hörselskadade, det vill säga om man identifierar sig med döva eller hörande (Austen & Coleman, 2004). Döva identifierar sig oftare med den så kallade dövulturen och utgör därmed en minoritetsgrupp i samhället (Breivik, 2007; Ladd, 2003). Vad gäller hörselskadade är identifikationen vanligtvis otydligare då personer med hörselskada både kan identifiera sig med döva och hörande. Åt vilket håll det lutar beror mestadels på graden av hörselskadan.

Precis som den hörande populationen kan döva och hörselskadade drabbas av psykisk ohälsa. Sannolikt är andel personer med psykisk ohälsa större bland döva och hörselskadade än i den allmänna befolkningen med tanke på den sociala marginaliseringen som många döva och hörselskadade upplever (Øhre et al., 2015). Vid svårare psykiska besvär, som kräver psykiatrisk vård, finns det i dag fyra öppenvårdsmottagningar i Sverige som kan ta emot döva och hörselskadade. Det som bland annat särskiljer dessa mottagningar från andra psykiatriska kliniker i Sverige är att mottagningar för döva och hörselskadade oftast behöver anlita tolkar i samband med besöken.

En av de fyra psykiatriska öppenvårdsmottagningarna för döva och hörselskadade i Sverige finns vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg med Västra Götaland som upptagningsområde. Själv arbetar jag som kurator vid den här mottagningen och min kliniska erfarenhet är att, förutom psykisk ohälsa, många patienter vittnar om erfarenhet av någon form av trauma, antingen i barndomen eller i vuxen ålder. Det kan till exempel handla om psykisk misshandel eller försummelse, sexuella övergrepp och/eller fysisk misshandel av en partner/familjemedlem.

1.2. Trauma och psykisk ohälsa

En amerikansk retrospektiv studie från 2010 har visat att signifikant fler döva och hörselskadade studenter blivit utsatta för fysiska, emotionella och sexuella övergrepp, samt fysisk och emotionell försummelse, jämfört med hörande studenter (Burnash, Rothman-Marshall & Schenkel, 2010). En norsk studie (Øhre et al., 2015) har nyligen visat på att förekomsten av traumatisk erfarenhet är vanlig bland döva och hörselskadade patienter inom psykiatrin. Författarna menar på att trauma i sin tur kan vara en bidragande orsak till den psykiska ohälsan som ofta observeras hos döva och hörselskadade. Resonemanget stöds också av forskning, utförd på hörande personer, som visat att sexuella trauman under

uppväxten kan ha negativ inverkan på den psykiska hälsan i vuxen ålder (Bulik, Prescott & Kendler, 2001; Jonas et al., 2011).

Det är väl känt att dövhet och nedsatt hörsel kan försämra förmågan att uppfatta och ta till sig adekvat information i akuta eller stressfulla situationer (Greenberg & Kusché, 1998). Funktionsnedsättningen kan också försvåra inhämtning av kunskap om vilka emotionella reaktioner som kan uppstå i samband med trauma. Det innebär att gruppen döva och hörselskadade kan ha begränsad möjlighet att tillgodogöra sig adekvat behandling på sitt eget språk (Johnston-McCabe, Levi-Minzi, van Hasselt & Vanderbeek, 2011). En möjlig hypotes är att dessa faktorer skulle kunna bidra till att döva och hörselskadade uppfattar akuta och stressfulla situationer som mer traumatiska än hörande (Schild & Dalenberg, 2012). Det finns exempelvis studier som visar att döva och hörselskadade i högre grad än hörande befinner sig i sådana miljöer, som t.ex. elevhem, där just risken för fysisk och sexuellt utnyttjande är stor (Sullivan & Knutson, 1998). I en senare studie (Øhre et al., 2015) fanns det dock inget signifikant samband mellan skolmiljö och förekomst av trauma bland döva och hörselskadade. Författaren menar att det kan bero på förbättrade psykosociala förhållanden inom dagens elevhem och skolmiljö.

Idag finns det få studier genomförda på personer som är gravt hörselskadade och döva, och som går i behandling vid psykiatrisk öppenvård. Genomgång av tidigare studier visar att litteraturen om trauma främst fokuserar på upplevelser i barndomen och i mindre grad på trauma i vuxen ålder (Øhre et al., 2015). Studien av Øhre och kollegor (2015) är en av de få publicerade artiklarna som har undersökt trauma hos döva och hörselskadade inom psykiatrin. Det är därför angeläget med fler studier på området som dels undersöker förekomsten av trauma hos personer med dövhet eller hörselskada och dels studerar relationen mellan upplevt trauma och psykisk ohälsa i vuxen ålder. Fördjupad kunskap om trauma och ohälsa bland döva och hörselskadade kan bidra till förbättrad psykiatrisk vård för dessa patienter.

1.3. Patientupplevd kvalitet inom vården

Myndigheten för vård och omsorgsanalys publicerade en rapport 2012 där de undersökt vad som påverkar patientupplevd kvalitet inom primärvården. Ett av deras huvudresultat var att patienter inom storstäder och med sämre socioekonomiska förutsättningar skattade vårdkvaliteten lägre. En kunskapsöversikt från 2009 belyser också att det finns en obalans inom svensk hälso- och sjukvård, således att patienter med störst behov inte alltid får motsvarande resurser (SKL, 2009). Studien bekräftas också av resultat från Vårdbarometern (SKL, 2011) som bland annat visar på att utlandsfödda individer upplever sig ha sämre tillgång till vården. En annan studie visar på att andelen personer som upplever sig bli illa bemötta är förhållandevis stor inom olika patientgrupper. Det gällde speciellt yngre individer, kvinnor samt patienter med naturligt subjektiva symtom som kan vara svåra att åtgärda och påvisa (Jakobsson, 2007).

Det finns också några studier genomförda på upplevd vårdkvalitet hos patienter inom den specialiserade psykiatriska vården. En kvantitativ studie av Hansson (1989) har visat att psykiatripatienter överlag upplever en hög vårdkvalitet. Patienterna som upplevde god vård var främst äldre personer, de med en lägre utbildningsnivå, kvinnor, de som levde i en parrelation samt de som var yrkesverksamma. En annan studie från 2006 av Svensson och Hansson undersökte patientnöjdhet inom psykiatrin i södra Sverige. Även i denna studie var patientnöjdheten i sin helhet god. Patienterna upplevde bemötandet inom vården som bra.

Patienterna tyckte däremot att graden av deras eget inflytande i vårdplanen samt tillgängligheten till vården var mindre bra.

I en studie från 2014 undersökte Östman och Björkman hur patienter med svåra psykiska problem i Malmö upplevde vården. Bland urvalet var 77 % nöjda med sin vård i allmänhet och 23 % var missnöjda. Av de 23 % som var missnöjda angav patienterna att de ville ha mer psykoterapi och/eller effektivare medicin. En annan studie med kvalitativ metodik undersökte vad svenska psykiatripatienter anser utgör en god vård (Johansson & Eklund, 2003). Resultatet indikerar på att den terapeutiska alliansen ansågs vara den främsta faktorn för god vård enligt patienterna.

Sammanfattningsvis indikerar tidigare forskning på att patienter inom psykiatrin överlag tycks vara nöjda med sin vård, dock avser dessa resultat hörande patienter. Hur döva och hörselskadade patienter inom psykiatrisk öppenvårdsmottagning upplever vårdkvaliteten är oklart. En möjlig hypotes är att dessa patienter inte är fullt lika nöjda då de har försämrade förmåga att ta till sig och uppfatta information i situationer som kan upplevas stressfulla, som t.ex. att komma till en psykiatrisk mottagning (Greenberg & Kusché, 1998). Den nedsatta förmågan kan också försvåra för individen att tillgodogöra sig behandling på teckenspråk (Anderson & Kobek Pezzaarossi, 2012; Johnston-McCabe, Levi-Minzi, van Hasselt & Vanderbeek, 2011). En tes är således att denna språkbarriär för döva och hörselskadade patienter inom vården kan komma att påverka upplevelsen av bemötandet inom vården. Det är med andra ord av vikt att undersöka frågan i syfte att kunna förbättra vården om den inte upplevs som god bland döva och hörselskadade.

Inom socialt arbete är det inte ovanligt att arbeta med olika typer av minoritetsgrupper, som likt döva och hörselskadade, kan vara utsatta i samhället. En förhoppning är att föreliggande studie kan bidra med ökad kunskap vad gäller trauma, psykisk ohälsa och erfarenheter av vården, bland utsatta individer i samhället, kanske också för andra minoritetsgrupper inom det sociala arbetet.

1.4. Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med studien är att få ökad kunskap om vuxna döva och hörselskadade öppenvårdspatienter inom psykiatrin. Ett delmål med studien är att undersöka erfarenhet av traumatiska händelser och graden av psykisk ohälsa hos dessa patienter, och ett andra delmål är att undersöka hur de upplever vårdens bemötande.

Följande frågeställningar undersöks:

1. Skiljer sig förekomsten av trauma hos döva och hörselskadade patienter jämfört med hörande patienter inom psykiatrisk öppenvård?

Hypotes: Baserat på tidigare forskning, att döva och gravt hörselskadade har större erfarenhet av traumatiska händelser (t.ex. Øhre et al., 2015), är hypotesen att även liknande resultat kommer erhållas i den här studien.

2. Skiljer sig symtom av psykisk ohälsa åt hos döva och hörselskadade patienter jämfört med hörande patienter inom psykiatrisk öppenvård?

Hypotes: Tidigare forskning visar att döva barn och ungdomar löper risk för förseningar i sin kognitiva och sociala utveckling samt är sårbara för psykologisk stress (Greenberg & Kusché, 1998). Utifrån stress och sårbarhetsmodellen där sårbarhet är kopplat till psykisk ohälsa, kan döva och hörselskadade patienter tänkas ha mer psykisk ohälsa än hörande patienter.

3. Finns det en positiv korrelation mellan trauma och psykisk ohälsa bland döva och hörselskadade patienter inom psykiatrisk öppenvård? Råder det ett likande förhållande bland hörande patienter?

Hypotes: Givet att det finns en ökad förekomst av trauma bland döva och hörselskadade patienter, och att trauma ökar förekomsten av psykisk ohälsa t.ex. Øhre et al., 2015) är hypotesen att det bör föreligga en starkare positiv korrelation mellan traumaerfarenhet och grad av psykisk ohälsa till skillnad från hörande patienter.

4. Hur upplever döva och hörselskadade öppenvårdspatienter vårdens bemötande i förhållande till hörande patienter?

Hypotes: Tidigare forskning visar att hörande patienter inom psykiatrin överlag är nöjda med vårdkvaliteten (Östman & Björkman, 2014) men hur den upplevs av döva och hörselskadade patienter är oklart. En möjlig tes är att de uppfattar den mer negativ då det finns naturliga språkbarriärer som kan försvåra att tillgodogöra sig behandlingen (t.ex. Anderson & Kobek Pezzaarossi, 2012).

2. TIDIGARE FORSKNING

I det här kapitlet presenteras tidigare studier som berör uppsatsens syfte och frågeställningar. Det är nödvändigt att kartlägga och sammanställa tidigare forskning, dels för att få en god överblick på kunskapsområdet och dels för att identifiera kunskapsluckor som i sin tur kan generera nya frågeställningar (Trost, 2012). För att undersöka vilka tidigare studier som har publicerats, gjordes en systematisk databassökning via Universitetsbiblioteket (UB), Göteborgs universitet (till och med mars 2018). Inom UB finns det ett flertal databaser varav jag valde ut två som har publikationer inom området hälso- och sjukvård (ur ett socialt, psykologiskt och psykiatriskt perspektiv): PubMed och PsychInfo.

För att göra sökningar i respektive databas används specifika sökord relaterat till det forskningsområde som ska studeras. Sökorden kan benämnas med olika namn beroende på vilken databas man söker i, t.ex. meshterms och descriptors (Trost, 2012). Om en söker med enskilda söktermer ökar sannolikheten att det blir alltför många träffar vilket medför att det blir svårt att hitta artiklar på det specifika sökområdet. Jag har därför använt mig av booleanska termer; t.ex. ”AND”, som kombinerar olika termer (*ibid*). Om jag t.ex. söker på; term X ”AND” term Y betyder det att båda termerna måste finnas med i artikeln för att den ska komma upp i söklistan. Precisionen i sökningen blir därmed högre.

2.1. Forskning om trauma och psykisk ohälsa

I tabell 1-3 presenteras sökresultatet över tidigare forskning om trauma och psykisk ohälsa hos döva och hörselskadade.

Tabell 1. Använda sökord i Psycinfo (descriptors) och PubMed (meshterms) avseende forskningsområdet som rör trauma och psykisk ohälsa hos döva och hörselskadade.

Descriptors i PsycInfo	Meshterms i PubMed
Mental Disorders	Mental Disorders
Hearing Disorders	Hearing Disorders
Trauma	Psychological Trauma
Deaf	Deafness
Outpatients	Outpatients

Tabell 2. Kombinerade sökord i Psycinfo avseende forskningsområdet som rör trauma och psykisk ohälsa hos döva och hörselskadade.

Sökningar i PsycInfo	Antal träffar
Hearing Disorders AND Outpatients	417
(Mental Disorders) AND (Hearing Disorders) AND Trauma AND Deaf	17

Tabell 3. Kombinerade sökord i PubMed avseende forskningsområdet som rör trauma och psykisk ohälsa hos döva och hörselskadade.

Sökningar i PubMed	Antal träffar
Hearing Disorders AND Outpatients	118
(Mental Disorders) AND (Hearing Disorders) AND Psychological Trauma AND Deafness	6

I databasen PubMed blev antal träffar totalt 124 träffar och i databasen Psychinfo blev det totalt 434 träffar. Jag valde att fokusera på de 23 träffar i sökningen som innefattade söktermer om psykisk ohälsa, trauma, hörselnedsättning och dövhet, för att få sökresultat nära studiens syfte och frågeställningar. Trots att sökningarna gav resultat berörde majoriteten (80-90 %) av artiklarna inte det specifika område som denna studie syftar till. Ett exempel på en sådan artikel som jag inte bedömde som passande för denna studie var: *Risk of neurodevelopmental impairment for outborn extremely preterm infants in an Australian regional network* (Mahoney et al., 2016). Författarna undersökte risken för olika neurologiska utvecklingsstörningar, bland annat dövhet, hos för tidigt födda barn. Artikelnen belyser således dövhet men endast ur ett somatiskt perspektiv, därav valdes artikeln bort.

2.1.1. Få antal träffar i litteraturen

Ibland kan sökning av forskningslitteratur i etablerade sökmotorer inte generera några relevanta träffar vilket benämns som "empty reviews" (Yaffe et al., 2012). Författarna redogör för att det kan finnas olika anledningar till varför det ibland inte blir några sökträffar. Ett exempel är att vissa mycket snäva forskningsområden endast innefattar specifika sökkriterier på t.ex. diagnos, ålder, kontext m.m. Sannolikheten att det finns studier som innefattar samma specifika sökkriterier blir därmed lägre än om sökkriterierna skulle varit bredare (*ibid*). Vad gäller forskningsområdet "trauma och psykisk ohälsa" hos döva och hörselskadade återfanns endast några få publicerade studier. Även om det inte går fullt ut att tillämpa begreppet empty reviews på detta forskningsområde lider området ändå av samma svagheter, dvs. med få tidigare studier på området blir det också svårare att dra säkra slutsatser från den egna studiens resultat och generaliserbarheten minskar. Det å andra sidan hindrar inte att forskningsområdet ska undersökas, men det kräver en medvetenhet hur data kan tolkas och användas.

Den egentligen enda tidigare studie som har gjorts på *vuxna döva och hörselskadade patienter inom psykiatrisk öppenvård med fokus på trauma och psykisk ohälsa* är studien av Øhre et al. (2015). Därav har just denna studie fått ligga till grund för den valda metodik som har används i denna studie. Øhre et al. (2015) har undersökt 62 döva och hörselskadade psykiatripatienter (47 % döva) i Norge. Data har samlats in med hjälp av skattningsskalor för psykisk ohälsa och erfarenhet av trauma. Skattningsskalorna besvarades via intervjuformat med teckenspråk. Vid genomgång av studien av Øhre et al. (2015), inklusive de referenser som ingår i artikeln, framkom några teman som bedömdes vara relevanta för min studie: "Språkidentifikation hos döva och hörselskadade", "Sårbarhet bland döva och hörselskadade", "Förekomst av traumatisk erfarenhet bland döva och hörselskadade", "Typ av trauma" och "Trauma kan bidra till psykisk ohälsa". Jag kommer återkomma till var och ett av dessa teman nedan.

2.2.1. Språkidentifikation hos döva och hörselskadade

Ett centralt tema som är relevant för studien är språkidentifikation hos döva och hörselskadade. Det finns litteratur skriven på området om hur döva och hörselskadade identifierar sig med olika grupper i samhället. Austen och Coleman (2004) beskriver i en antologi döva och hörselskadade som en heterogen grupp där debuten av dövhet/hörselskada samt graden av hörselskada kan variera. Författarna belyser även att språkidentiteten kan skilja sig åt beroende på om man är döv eller hörselskadad, exempelvis verkar döva i högre

utsträckning än hörselskadade identifiera sig med andra döva (*ibid*). Breivik (2007) har i en bok återgett tio dövas livsberättelser i Norge. Författaren kommer fram till att döva vanligtvis identifierar sig med andra döva, oavsett den geografiska distansen. Han beskriver även att döva sällan identifierar sig med sin egen familj, till skillnad från hörande individer. En amerikansk författare (Ladd, 2003) särskiljer på begreppet ”dövhet” och ”deafhood” varav det senare begreppet är det som döva oftast identifierar sig med. Deafhood betyder enligt författaren en gemensam kultur för döva som de också baserar sin och andras existens på.

2.2.2. Sårbarhet bland döva och hörselskadade

Ett annat tema som framkom efter läsning av artiklarna var sårbarhet. I en av artiklarna beskriver Greenberg och Kusché (1998) att döva barn och ungdomar löper risk för förseningar i vissa sociala och kognitiva processer samt är sårbara för psykologisk stress. Författarna undersökte bland annat effekten av att införa strategier för alternativt tänkande (Promoting Alternative Thinking Strategies; PATHS) bland 57 gravt hörselskadade/döva barn i USA. PATHS är en skolbaserad intervention vars syfte är att förbättra bland annat interpersonell problemlösningsförmåga och emotionell förståelse. PATHS ger barnen verktyg i form av övningar för att förstå sig själva och andra på ett språkligt plan. Interventionen ger också barnen färdigheter i att förstå sina känslor och därmed lättare kunna reglera dem snarare än agera t.ex. impulsivt. Resultatet av PATHS visade på en signifikant förbättring avseende barnens förståelse av emotioner samt social kompetens, vilket också indirekt minskade deras sårbarhet för att utveckla psykisk ohälsa (*ibid*).

Johnston-McCabe, Levi-Minzi, van Hasselt och Vanderbeek (2011) har undersökt våld i nära relationer hos döva och hörselskadade kvinnor i USA. I studien deltog 46 kvinnor som nyligen hade varit i kontakt med öppenvården för psykisk ohälsa. Deltagarna fick fylla i självskattningsformulär om bland annat förekomst och svårighetsgrad av psykisk och fysisk misshandel. Resultatet visade på att nästan tre fjärdedelar av deltagarna (71.7 %) hade upplevt psykisk misshandel och ungefär hälften hade upplevt fysisk misshandel av en partner. Författarna menar på att deras resultat pekar på en ökad sårbarhet hos gruppen döva och hörselskadade kvinnor som har erfarenhet av våld i nära relationer.

2.2.3. Förekomst av traumatisk erfarenhet bland döva och hörselskadade

Från läsning av artiklarna framkom det också att traumatiska erfarenheter är vanliga bland döva och hörselskadade. Till exempel har Øhre och kollegor (2015) påvisat att förekomsten av traumatiska upplevelser är vanlig bland döva och hörselskadade patienter inom öppenvårdspsykiatri. Dessa iakttagelser är i linje med en amerikansk retrospektiv studie som pekar på att signifikant fler döva och hörselskadade studenter (N=108) har blivit utsatta för emotionella, fysiska och sexuella övergrepp, samt fysisk och emotionell försummelse, jämfört med hörande studenter (N=317) (Burnash, Rothman-Marshall & Schenkel, 2010). Data baseras på fyra skattningsskalor med fokus på trauma i barndomen, förekomst av depressiva symptom, posttraumatiskt stressyndrom och negativa kognitioner.

2.2.4. Typ av trauma

De flesta studier om trauma fokuserar i huvudsak på traumatiska händelser så som fysisk misshandel och/eller sexuella trakasserier och övergrepp (Øhre et al., 2015). Kvam (2004) har gjort en fördjupad narrativ litteraturöversikt där 29 artiklar om sexuella övergrepp på individer med intellektuell funktionsvariation har granskats. Artiklarna är främst från USA och Storbritannien och resultaten i litteraturöversikten är deskriptiva. Burnash et al. (2010) har jämfört 317 hörande studenter med 108 döva studenter avseende på fysisk barnmisshandel. Respondenterna fick fylla i skattningsskalor om bland annat trauma och PTSD-symptom. Författarna valde att studera trauma i form av emotionell-, sexuell- och fysisk misshandel samt fysisk- och emotionell försummelse. Resultaten visade på att de döva studenterna rapporterade signifikant högre förekomst av samtliga trauman i jämförelse med de hörande studenterna (*ibid*).

2.2.5. Trauma kan bidra till psykisk ohälsa

Ett annat tema som framkom vid läsning av artiklarna var att trauma kan bidra till psykisk ohälsa. Till exempel skriver Ohre et al. (2015) att trauma kan tänkas orsaka psykisk ohälsa, vilket går i linje med forskning på hörande som också har påvisat att sexuella trauman under uppväxten kan ha negativ inverkan på psykisk hälsa i vuxen ålder (Bulik, Prescott & Kendler, 2001; Jonas et al., 2011). Exempelvis har Bulik, Prescott och Kendler (2001) undersökt kopplingen mellan sexuella övergrepp i barndomen och utvecklandet av psykiatriska diagnoser. Studien är gjord på 412 tvillingar (kvinnor) i USA och är baserad på strukturella intervjuer och skattningsskalor som sedan har presenterats med logistisk regressionsanalys. Studiens resultat visade på att risken att utveckla psykisk sjukdom ökade om respondenten hade varit utsatt för våldtäkt, hot eller annan typ av fysiskt våld. Risken ökade även om den personen som respondenten berättat om övergreppet för inte trodde på respondenten, straffade eller inte stöttade respondenten. Författarna fann inga belägg för att en specifik typ av misshandel korrelerade med en specifik typ av psykisk sjukdom i vuxen ålder. Även Jonas et al. (2011) har undersökt sambandet mellan sexuella övergrepp i barndomen och psykiatriska diagnoser i vuxen ålder. Studiens material är baserad på ett nationellt dataregister i England. Studiens resultat visar på att sexuella trauman i ung ålder kan ha en ogynnsam inverkan på den psykiska hälsan i vuxen ålder.

2.3. Forskning om patientupplevd kvalitet inom vården

På motsvarande sätt som jag gick tillväga för att kartlägga forskningsläget avseende dövhet och hörselskada kopplat till psykisk ohälsa och trauma, har jag också sökt efter studier om döva och hörselskadade patienters upplevelse av vården. Sökningarna gjordes i samma databaser (till och med mars 2018), PubMed och PsychInfo, men med andra meshterms respektive descriptors. Sökresultaten redovisas i tabell 4-6.

Tabell 4. Använda sökord i Psycinfo (descriptors) och PubMed (meshterms) avseende forskningsområdet om döva och hörselskadade patienters upplevelse av vården.

Descriptors i PsycInfo	Meshterms i PubMed
Patient Satisfaction	Patient Satisfaction
Sweden	Sweden
Surveys	Surveys
Psychiatric Clinics	Psychiatry
Deaf	Deafness
Hearing Disorders	Hearing Disorders

Tabell 5. Kombinerade sökord i Psycinfo avseende forskningsområdet om döva och hörselskadade patienters upplevelse av vården.

Sökningar i PsycInfo	Antal träffar
(Patient Satisfaction) AND lo(Sweden)	616
Patient Satisfaction	26 291
(Patient Satisfaction) AND (Surveys) AND (Psychiatric Clinics) AND lo(Sweden)	7
(Patient Satisfaction) AND (Surveys) AND (Psychiatric Clinics)	223
(Patient Satisfaction) AND (Deaf) AND (Hearing Disorders) AND lo(Sweden)	0

*lo = location

Tabell 6. Kombinerade sökord i PubMed avseende forskningsområdet om döva och hörselskadade patienters upplevelse av vården.

Sökningar i PubMed	Antal träffar
Patient Satisfaction AND Sweden	2562
Patient Satisfaction	111 650
Patient Satisfaction AND Surveys AND Psychiatry AND Sweden	46
Patient Satisfaction AND Surveys AND Psychiatry	1339
Patient Satisfaction AND Sweden AND Deafness AND Hearing Disorders	4

När sökorden "Sweden" och "Patient Satisfaction" var med i sökningarna blev det totalt 2562 träffar i databasen PubMed och totalt 616 träffar i databasen Psycinfo. När sökordet "Sweden" togs bort blev det 111 650 träffar i Pubmed respektive 26 291 träffar i PsycInfo. Det blev således betydligt fler träffar i en internationell sökning i jämförelse med en nationell inom Sverige. I sökningen blev det även betydligt fler träffar i databasen PubMed i jämförelse med PsycInfo med avseende på psykiatripatienters vårdupplevelse i Sverige. Skälet till varför det blev fler träffar inom PubMed är oklart, men möjliga förslag är att forskning om patientupplevd vård sker främst inom medicinsk forskning alternativt att databasen PubMed är större än PsycInfo och ger därmed fler resultat.

Sökningarna gav en del resultat men jag valde att fokusera på de 53 träffarna som berör psykiatripatienters vårdupplevelse i Sverige, eftersom det är det min studie handlar om. För att kunna avgöra huruvida artiklarna var relevant för min studie eller inte läste jag igenom deras abstrakt. Nedan kommer jag redogöra för de artiklar jag bedömde var relevanta för min studie. Det ska noteras att här kan begreppet "empty reviews" tillämpas då det inte blev

någon sökträff på studier genomförda på ”*döva och hörselskadades upplevelse av vårdkvaliteten inom psykiatrisk öppenvård*”. De artiklar som finns avser främst hörselskadades upplevelser av t.ex. tekniska hjälpmedel (så som cochleaimplantat) för hörseln som de har fått från sjukvården.

2.3.1. Psykiatripatienters upplevelse av vården

I en studie av Hansson (1989) undersöktes patienters upplevelse av vården inom öppenvårdspsykiatri på 15 kliniker i Sverige. Urvalet bestod av 1340 patienter som besvarade enkäten Quality in Psychiatric Care – Out-Patient (QPC–OP), med svarsfrekvensen på 71 %. Överlag upplevde patienterna en hög vårdkvalitet. De patienter som upplevde vården bäst var äldre personer, kvinnor, de med en lägre utbildningsnivå, de som lever i en parrelation samt de yrkesverksamma. En annan studie från 2006 av Svensson och Hansson undersökte patientnöjdhet inom psykiatri i södra Sverige. Studien omfattade 227 intervjuer med en kvantitativ del och en kvalitativ del. Även i denna studie var patientnöjdhet överlag god. Patienterna skattade högt på respektfullt bemötande inom vården. Sämst upplevde patienterna att graden av deras eget inflytande i vårdplanen var samt tillgängligheten till vården.

I en artikel från 2014 undersökte författarna hur patienter med svåra psykiska problem i Malmö upplevde vården de fick från bl.a. psykiatri och socialtjänsten (Östman & Björkman, 2014). Av studiens 80 patienter fick 95 % psykiatrisk vård. Patienterna fick fylla i en enkät med 76 frågor och bland patienterna som erhöll psykiatrisk vård var 77 % nöjda med sin vård i allmänhet och 23 % var missnöjda. Av de 23 % som var missnöjda uppgav patienterna att de ville ha mer psykoterapi och/eller effektivare medicin. En kvalitativ studie av Johansson och Eklund undersökte vad svenska psykiatripatienter tycker utgör en god vård (2003). Undersökningen baserades på sju kvalitativa intervjuer med ett bortfall på tre personer. Huvudresultatet visade att den terapeutiska alliansen var den viktigaste faktorn för god vård enligt patienterna.

2.3.2. Övriga svenska rapporter om patienters upplevelser av vården

Genom min arbetsplats fick jag också tillgång till en tidigare svensk rapport utgiven av Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2012). Rapporten är baserad på en nationell patientenkät som distribuerades i primärvården 2010. Den nationella patientenkäten görs vartannat år och startade år 2009. Myndigheten för vård och omsorgsanalys gav adjungerad professor Anders Anell och doktorand Anna Häger Glenngård vid ekonomiska institutionen på Lunds universitet, uppdraget att undersöka eventuella faktorer som påverkar patientnöjdheten inom primärvården, utifrån den Nationella patientenkätens resultat. Rapporten är huvudsakligen riktad till beslutsfattare inom vården men även andra berörda, såsom patienter och vårdgivare, kan tänkas dra nytta av rapportens resultat.

Rapporten undersöker vad som påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården. Ett av deras huvudresultat var att patienter inom storstäder och med sämre socioekonomiska förutsättningar skattade vårdkvaliteten lägre i primärvården. Författarna till rapporten understryker att åldersvariabeln saknas i analysen vilket är en svaghet (Häger Glenngård & Anell, 2012). En tidigare undersökning visar på att allmänhetens uppfattning av kvalitet i vården generellt sett är högre bland äldre personer än bland unga. Rapporten berör regionerna

Västra Götaland, Halland och Skåne och data är inhämtade från en Nationell patientenkät i primärvården (2010). Rapporten från 2012 jämför resultaten från 2010 med Nationella patientenkäter gjorda 2009 och 2011, vilka uppvisar liknande resultat. De Nationella patientenkäterna utgör ett samarbete mellan Sveriges regioner och landsting vilka koordineras av SKL (Sveriges Kommuner och Landsting). Det finns även en nationell enkät om psykiatripatienters vårdupplevelse inom öppenvården. Det finns dock endast rådata från enkäten, således ingen publicerad analys/rapport på materialet, jag har därför inte kunnat använda mig av enkätens resultat.

En annan rapport visar på att andelen individer som upplever sig bli illa bemötta är tämligen stor inom olika patientgrupper (Jakobsson, 2007). Det gällde speciellt kvinnor, yngre individer, samt patienter med naturligt subjektiva symtom som kan vara svåra att åtgärda och påvisa. Subjektiva symtom kan t.ex. vara rastlöshet, långvarig smärta, nedstämdhet och sömnbesvär. De som upplever sig ha blivit illa bemötta har t.ex. beskrivit vårdupplevelsen med; ”Jag blev ej tagen på allvar” eller ”Läkaren ifrågasatte om jag verkligen hade ont”. Studien undersöker 826 individer inom åldersintervallet 18-103 år. I studien användes kvantitativ metod, där data samlats in via postenkät till ett randomiserat urval.

2.3.3. Döva och hörselskadades upplevelse av vården

Det finns i princip inga studier gjorda där en har undersökt hur döva och hörselskadade upplever den psykiatriska vården. Men vi vet att en stor del av döva och hörselskadade personer kan ha läs- och skrivsvårigheter (Specialpedagogiska skolmyndigheten, 2017). Svenskt teckenspråk har en annan uppbyggnad än den talade svenskan. Teckenspråket är exempelvis mer konkret i sitt uttryck och grammatiken avläses i tecknarens ansikte istället för i orden. Om en skulle utgå ifrån att en del döva har lässvårigheter skulle således möjligheterna till att förbereda sig inför ett t.ex. läkarbesök vara mer begränsat. Det är också möjligt att personer som har sämre läskunskaper även har sämre kunskap kring vårdsystemet och därmed sina rättigheter. Dessa personer kan således uppleva att det finns svårigheter i kontakten med vården. Vissa har dessutom ett begränsat teckenspråk, och därmed också har svårigheter att uttrycka vad de önskar och vill ha av vården. Forskning har visat att personer med svårigheter att uttryckas känslor (som t.ex. alexitymi) också upplever vården sämre (Sonnby-Borgström, 2010). Vidare finns det forskning på att döva och hörselskadade kan ha svårigheter att förstå information i stressade situationer, som t.ex. att träffa en läkare (Greenberg & Kusché, 1998). Svårigheter med att ta till sig viktig information skulle kunna tänkas påverka upplevelsen av vården negativt.

2.4. Sammanfattning

Forskning som rör döva och hörselskadade patienter inom psykiatrisk öppenvård är kraftigt begränsad. Det finns kunskapsluckor vad gäller erfarenhet av trauma, psykisk ohälsa och upplevd vårdkvalitet bland döva och hörselskadade patienter inom psykiatrisk öppenvård. Med få (eller till och med inga) studier på området blir det svårt att dra några säkra slutsatser om hur döva och hörselskadade psykiatripatienter mår och upplever vården. En möjlig anledning till varför området är så pass litet studerat kan vara att döva och grava hörselskadade utgör en minoritetspopulation. Icke desto mindre angeläget att studera denna grupp av personer som tycks ha en ökad förekomst av traumatiska erfarenheter jämfört med hörande psykiatripatienter (Øhre et al., 2015). Den ovan redogjorda kunskapsöversikten

indikerar således på behov av fler studier på området och motiverar också varför denna studie behövs.

3. TEORI

I detta kapitel kommer teoretiska begrepp definieras, exemplifieras och relateras till uppsatsens syfte och frågeställningar. Teorier och/eller teoretiska begrepp används i vetenskapliga studier för förstå och analysera resultaten (Bryman, 2011). Forskaren väljer det teoretiska perspektiv som hen vill förstå resultaten ur och som också är adekvat i förhållandet till studiens frågeställning(ar). Som forskare bör man således vara medveten om sin teoretiska ståndpunkt och vad det kan få för konsekvenser för analysen (Bryman, 2011). Jag har utifrån tidigare forskning om trauma och psykisk ohälsa, och utifrån min kliniska erfarenhet, valt att belysa data kring trauma och psykisk ohälsa utifrån stress och sårbarhetsmodellen. Vidare har jag valt att använda begreppet (personcentrerad vård) för att förstå de resultat som rör patientupplevd vård.

Eftersom min urvalsgrupp är liten och har begränsad generaliserbarhet har jag utformat mina frågeställningar utifrån tidigare tillgänglig forskning och teorier. Studien har således en deduktiv karaktär där tidigare forskning och studier styr frågeställningarna snarare än tvärtom. Små urval och generaliserbarhet kopplat till min studie kommer beskrivas vidare i metodavsnittet.

3.1. Stress och sårbarhetsmodellen

Stress och sårbarhetsmodellen växte fram på 1970-talet och är en ofta använd modell för att förklara uppkomsten av olika typer av psykisk ohälsa (Zubin & Spring, 1977). Modellen har utvecklats och men grundprincipen är att ju mer exponering för negativ stress och ju fler sårbarhetsfaktorer en individ är bärare av, desto större risk är det att psykisk ohälsa utvecklas.

Modellen har som utgångspunkt att individer har olika förvärvade och medfödda förutsättningar för att hantera olika former av stress. Dessa förutsättningar, eller sårbarhetsfaktorer, kan t.ex. vara uppväxtmiljö, socialt nätverk, personlighet men också det genetiska arvet en individ är bärare av. Ju sämre ”rustad” en person är, desto större risk att psykisk ohälsa uppträder i samband med negativ stress (Wiik, Balk & Julkunen, 2014; Zubin & Spring, 1977). I vilken grad hälsan påverkas beror således på hur känslig individen är för stress. Till exempel kan sårbara individer utveckla psykisk ohälsa av mindre påfrestningar samtidigt som mindre sårbara personer kan hantera en svår traumatisering utan att nödvändigtvis utveckla psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2010; Wiik, Balk & Julkunen, 2014). Ett begrepp som ofta används i den här modellen är copingstrategier (Anderberg, 2001). Med begreppet avses de tillvägagångssätt och redskap en person använder sig av för att hantera olika stressfyllda händelser och situationer. En del personer har starka copingstrategier och utvecklar sällan psykisk sjukdom medan andra har svaga copingstrategier och riskerar därmed att bli sjuka (*ibid*).

Stress kan vara av social, fysisk eller kognitiv art som till exempel prestationskrav eller bullrigt ljud. Dessa benämns då som stressorer. Enligt stress och sårbarhetsmodellen skapas stress hos en individ då hen inte förmår att uppfylla kraven som ställs från individen själv eller omgivningen. Om krav från t.ex. omgivningen uppfattas som icke hanterbart uppstår fysiska, psykiska och/eller beteendemässiga reaktioner (stressreaktioner). Den upplevda stressen är således individuell och uppfattas olika hos individer. Det är alltså inte stressorn i sig som avgör hur stressreaktionen gestaltar sig utan istället individens perception och tolkning av själva situationen och de stressorer som medverkar. Faktorer som istället

motverkar upplevelse av stress kan till exempel vara; ett optimistiskt förhållningssätt, känsla av kontroll samt ett skyddande socialt nätverk (Socialstyrelsen, 2010; Zubin & Spring, 1977).

Utifrån stress och sårbarhetsmodellen kan man tänka sig att döva och hörselskadade är mer sårbara för olika typer av stressorer än hörande. Hos individer med dövhet och/eller nedsatt hörsel kan till exempel förmågan att förstå och ta till sig adekvat information i stressfulla situationer vara försämrad (Greenberg & Kusché, 1998). Hörselnedsättningen kan dessutom begränsa inhämtning av viktig information kring t.ex. emotionella reaktioner samt möjligheten att tillgodogöra sig lämplig behandling på teckenspråk (Johnston-McCabe, Levi-Minzi, van Hasselt & Vanderbeek, 2011). Dessa faktorer skulle alltså kunna bidra till att döva och hörselskadade upplever olika händelser som mer traumatiska än hörande (Schild & Dalenberg, 2012). Utöver att döva och hörselskadade kanske uppfattar stressorer mer negativt än hörande kan dessa individer också tänkas vara mer sårbara för att bli utnyttjade. Om man inte hör kanske man heller inte uppfattar situationen korrekt och/eller läser av situationen felaktigt, vilket en annan individ skulle kunna dra nytta av. Denna tankegång är i linje med en studie som pekar på att signifikant fler döva och hörselskadade studenter blivit utsatta för fysisk och emotionell försummelse samt fysiska, emotionella och sexuella övergrepp, i jämförelse med hörande studenter (Burnash, Rothman-Marshall & Schenkel, 2010).

Jag har således valt att belysa mina resultat om psykisk ohälsa och trauma hos döva och hörselskadade utifrån de teoretiska tankegångarna om stress och sårbarhet (Wiik, Balk & Julkunen, 2014; Zubin & Spring, 1977). Olika sårbarhetsfaktorer, som till exempel nedsatt förmåga till att förstå sina emotionella reaktioner samt ökad risk för utnyttjande, kommer att diskuteras i förhållande till rapporterad erfarenhet av trauma hos döva och hörselskadade. Vidare kommer de teoretiska perspektiven om stress och sårbarhet att användas som utgångspunkt för att förstå och analysera resultaten om trauma och psykisk sjukdom hos personer med dövhet/hörselskada och varför de eventuellt skiljer sig från hörande individer avseende dessa aspekter.

3.2. Humanistisk psykologi och personcentrerad vård

Begreppet humanism kommer ursprungligen från det latinska ordet *humanus* vilket kan översättas till *mänsklig* (Karlsson, 2012). Det humanistiska perspektivet uppstod på 1960-talet och ville belysa psykisk sjukdom som en konsekvens av att det mänskliga behovet inte uppfylls. Perspektivet betonar människans egen upplevelse av sitt liv och vikten av att förstå varje individs tolkning av sitt eget liv och lidande (*ibid*). Genom att lyssna till individens behov kan behandlaren hjälpa individen till att uppnå självförverkligande. En av företrädarna till det humanistiska psykologiska perspektivet var den amerikanska psykologen Carl Rogers (1902-1987). Den humanistiska psykologin fokuserar på individen men även indirekt på den sociala kontexten mellan patient och behandlare (Karlsson, 2012). För att behandlaren ska kunna hjälpa individen att uppfylla sina behov krävs det att behandlaren bland annat är lyhörd, accepterande samt förmögen att skapa en terapeutisk allians med patienten. Interaktionen mellan behandlare och patient blir således av vikt. Jag har i mitt val av teoretiskt begrepp valt att fokusera dels på individen och dels på interaktionen mellan behandlare och patient. Eftersom min kuratorsroll till stor del består av patientmöten ville jag således titta närmare på relationen mellan behandlare och patient ur ett teoretiskt perspektiv. Nedan kommer en definition samt klinisk exempel av det teoretiska begreppet personcentrerad vård som härrör från den humanistiska psykologin som betonar att

förståelsen för patientens syn på ohälsa, är nödvändig för en möjlig och god behandling (Rogers, 1961).

Idag är personcentrerad vård (PCV) ett teoretiskt och kliniskt förankrat begrepp inom vården (Centrum för personcentrerad vård, 2017). Begreppet innebär ett synliggörande av hela patienten där alla behov ska tas till vara: psykiska, sociala, fysiska, existentiella samt andliga. Oavsett patientens tolkningar och upplevelser av sin sjukdom ska detta tas på allvar och bekräftas. Behandlingen skall således utgå ifrån patientens tolkning av hälsa och ohälsa. Studier har visat på att ett kontinuerligt personcentrerat arbetssätt har en positiv inverkan på patientens vård och mående. Till exempel medför det minskad depression och ångest hos personer som lider av psykisk ohälsa (Arvidsdotter et al., 2013).

Vid Göteborgs universitet har Centrum för personcentrerad vård (GPCC) bildats. GPCC använder sig av tre nyckelbegrepp för att definiera personcentrerad vård (Centrum för personcentrerad vård, 2017). Det första nyckelbegreppet är *partnerskap*, således att den professionella respekterar patientens/närståendes kunskap kring hur sjukdomen påverkar patientens liv, samt att patienten respekterar den professionellas kunskap kring behandling och vård. Det andra nyckelbegreppet är *patientberättelsen*, som innebär att en vårdplan skrivs tillsammans med patienten/närstående utifrån patientens berättelse om sin sjukdom samt eventuellt övriga undersökningar. Det sista nyckelbegreppet är *dokumentation* vilket innefattar att vårdplanen ska journalföras av den professionella (Centrum för personcentrerad vård, 2017). För att personcentrerad vård ska vara möjlig behövs organisatoriska förutsättningar på arbetsplatsen som besitter ett humanistiskt synsätt vad gäller patienternas vård. För att arbetssättet ska kunna implementeras krävs att personalen aktivt har ett personcentrerat förhållningssätt från det första nybesöket till att patienten avslutas på mottagningen.

I min kuratorsroll på psykiatriska mottagningen för döva och hörselskadade finns det goda organisatoriska förutsättningar för att arbeta personcentrerat. Till exempel är antal patienter väl balanserat med antal behandlare vilket medför att man hinner avsätta god tid för varje patient. Förvisso är patientgruppen komplex utifrån att de både har psykiatriska diagnoser och dövhet/hörselskada vilket också kräver en mer omfattande vårdinsats. Mottagningens målgrupp har också andra svårigheter, t.ex. språkdeprivation vilket innebär språkliga och kognitiva svårigheter till följd av utebliven språklig stimulering i början av livet (Sveriges dövas riksförbund, 2016). Dessutom kompliceras den mellanmännsliga kontakten mellan behandlare och patient då all kommunikation går via tolk, som man kanske i andra fall tar för givet.

Trots att patientgruppen ofta har en komplex sjukdomsbild finns det ändå goda förutsättningar att arbeta personcentrerat på mottagningen. När nya patienter kommer till mottagningen görs en gedigen nybesökutredning som omfattar den psykiatriska anamnesen utifrån patientens perspektiv, alltid i närvaro av tolk om det behövs, så att patientens berättelse tillvaratas på bästa sätt. Nybesökutredningen används sedan som underlag vid utformning av patientens vårdplan, som skrivs tillsammans med patienten. Vårdplanen utvärderas och uppdateras sedan kontinuerligt i samråd med patienten, även det i närvaro av en tolk.

I min studie undersöks patienternas upplevelse av den psykiatriska vården. Frågorna undersöker hur patienten upplever: bemötande avseende respekt och hänsynsfullhet, om information/förklaring till diagnos/besvär är förståelig, delaktighet i beslut om

vård/ behandling samt vårdens/ behandlingens helhet. I diskussionsavsnittet analyseras resultatet bland annat utifrån det teoretiska begreppet personcentrerad vård. Till exempel skulle ett gott betyg i upplevd vård kunna kopplas ihop med att personalen också arbetar utifrån ett personcentrerat synsätt. Om individen känner sig delaktig i sin vård utifrån sina villkor och upplevelser är sannolikheten således större att individen också upplever sin behandling som god. Skulle resultatet istället visa på förbättringsområden i vården skulle det kunna indikera på ett bristande personcentrerat arbetssätt på mottagningen. Givetvis finns det andra parametrar som spelar in vad gäller hur patienter upplever sin vård, men i denna studie har jag valt att fokusera på kopplingen till det personcentrerade arbetssättet.

Sammanfattningsvis kommer jag utgå ifrån två teoretiska fält när jag analyserar mitt material: stress och sårbarhetsmodellen samt begreppet personcentrerad vård som vilar på humanistisk psykologi. Jag är således medveten om att mina val av teoretiska perspektiv kan forma och påverka hur jag analyserar och tolkar studiens resultat. Det här balanseras genom att vara noggrann i att inte övertolka resultatens betydelse, att diskutera hur studiens resultat kan prövas i fortsatt forskning och genom att belysa vilka begränsningar den här studien har. Dessa teoretiska perspektiv tillsammans med tidigare studier kommer att användas i analysen för att antingen stödja eller inte stödja resultaten från den här studien. Det är fördelaktigt att utgå från tidigare studier/ teorier vid små urval eftersom små urval har en begränsad generaliserbarhet (Bryman, 2011). Men med stöd i tidigare forskning och teoretiska perspektiv ges möjlighet att relatera resultaten till redan befintlig kunskap. Därför är det att föredra att studier med små urval (som den här studien) i första hand försöker att replikera tidigare studier snarare än att formulera helt nya frågeställningar. Karaktären på detta tillvägagångssätt är därmed av deduktiv art. Små urval och generalisering kommer att beskrivas och diskuteras vidare i metodavsnittet.

4. METOD

4.1. Val av metod

Inom forskning i socialt arbete kan flera olika metodologiska tillvägagångssätt användas. De olika tillvägagångssätten grundar sig vanligtvis på skilda uppfattningar om hur kunskap byggs upp (Bryman, 2011). Det finns t.ex. induktiv metod där forskaren använder sina empiriska data/enskilda iakttagelser till att generera nya teorier/hypoteser. Denna typ av tillvägagångssätt är vanligt inom den kvalitativa metodologin. Forskaren intervjuar då vanligtvis ett fåtal antal individer, enskilt eller i grupp, för att sedan analysera deras svar och utläsa eventuella mönster i resultaten (*ibid*). Inom kvantitativ forskning är den hypotetiskt-deduktiva metoden vanligt förekommande där forskaren testar teorier och hypoteser utifrån tidigare forskning. Jag kommer återkomma till den hypotetiskt-deduktiva metoden senare i metodavsnittet då det är den metod som jag har valt för min studie.

I forskningssammanhang är begreppet generaliserbarhet ett nyckelord som inte sällan sammanfaller med status och ekonomiskt stöd från politiker. Kan ett forskningsresultat generaliseras till populationen finns det således en samhällelig vinning av kunskapsstillskottet. För att ett resultat ska kunna generaliseras krävs att stickprovet (urvalet) är slumpmässigt plockat och kan representera populationen. Andelen respondenter i studien behöver också vara likställt med förekomsten av det undersökta fenomenet i hela populationen (Mills, Durepos & Wiebe, 2010). Det är således ett antal krav som ska uppfyllas för att kunna generalisera forskningsresultat. Hur bedriver man då forskning på minoritetsgrupper där endast ett litet urval/stickprov erhålls? Inte sällan är minoriteter, i förhållande till majoritetsbefolkningen, extra utsatta och sårbara i samhället (Etz & Arroyo, 2015). Det är därmed extra viktigt att forskning även bedrivs på mindre samhällsgrupper trots att det kan medföra generaliserbarhetssvårigheter.

Ildstad betonar vikten av att särskilja på preliminära bevis och slutgiltig dataanalys vid små urval (2001). Ett sätt att arbeta med små urval är att ansamla och sammanställa tidigare studier innan man påbörjar sin egen studie. Det finns således skäl till att ibland utgå från tidigare resultat snarare än att testa en helt ny hypotes (*ibid*). Om flera liknande studier undersöker små urval med samma resultat blir säkerheten successivt högre att resultatet inte beror på osäkra antaganden. Man skulle alltså kunna säga att generaliserbarhetens process blir väsentligt längre men inte omöjlig i studier med små urvalsgrupper till skillnad från stora urvalsgrupper.

I min studie har jag formulerat frågeställningar utifrån tidigare forskning samt klinisk erfarenhet, eftersom mitt urval är litet. Att testa hypoteser och teorier kallas för hypotetisk-deduktiv metod och innefattar oftast ett kvantitativt tillvägagångssätt i form av datainsamling via enkäter och statistiska analyser av data (Trost, 2012). Att använda sig av enkäter för att samla in information har vissa fördelar, man kan t.ex. analysera en stor och varierad urvalspopulation vilket medför att generaliserbarheten ökar (*ibid*). Samtidigt finns det nackdelar med metoden, exempelvis kan forskaren inte ställa några följdfrågor eller kontrollera i fall respondenten fyller i hela enkäten. När individer fyller i självskattningsenkäter finns det också en bias i form av att individen eventuellt svarar så som hen skulle vilja vara, således ett önsketänkande (*ibid*). Å andra sidan kan samma fenomen förekomma i en intervjustudie.

Jag har använt mig av redan etablerade och väl beprövade skalor med god validitet och reliabilitet. Om en skala har god validitet innebär det att den mäter det som avses att mäta, dvs. att de frågor som ställs i instrumentet också fångar upp det som man vill veta (Bryman, 2011). Vad gäller skalors reliabilitet är det av vikt att den är god för att kunna påvisa tillförlitligheten i studiens mätningar (Bryman, 2011). I vetenskaper som t.ex. socialt arbete innebär god reliabilitet mer specifikt att respondentens svar i princip är opåverkat av tillfälliga omständigheter, som t.ex. påverkan av försöksledaren. En maximal reliabilitet skulle således innebära att varje respondent hade fått precis samma resultat vid upprepade testningar (*ibid*). De skalor som har använts i studien beskrivs mer ingående senare i detta kapitel under rubriken "Bakgrundsdata och instrument".

4.2. Urval

Studien har genomförts på psykiatrisk mottagning för döva och hörselskadade vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg (vilket också är min arbetsplats). Den studien är en del av ett större projekt som drivs av fil dr Peter Sand, enhetschef på Psykiatrimottagningen Centrum i Göteborg. Jag fick möjligheten att skriva min masteruppsats på patientgruppen som jag arbetar med, därav det specifika urvalet.

På mottagningen fanns det 85 aktuella patienter vid tidpunkten för rekrytering av patienter till den här studien (perioden 2017-10-19 till 2018-03-01). Patienter med utvecklingsstörning och/eller pågående psykos samt patienter som bedömdes vara alltför psykiskt sjuka för att delta exkluderades, dvs. de tillfrågades aldrig. Vissa patienter kan t.ex. vid en tidpunkt ha en svår depression och därmed inte klara att vara aktiv och svara på frågor. Bedömningen av vilka patienter som skulle exkluderas fick varje patientansvarig behandlare avgöra. I och med att studiens urvalsgrupp bestod av patienter som var aktuella på mottagningen under en viss tidsperiod samt inte berördes av exklusionskriterier definieras studiens urval som ett konsekutivt urval (Trost, 2012).

Beroende på den vetenskapliga frågeställningen som ska prövas kan det ibland vara fördelaktigt att ha en kontrollgrupp för att kontrollera betingelserna kring den effekt som studeras (Trost, 2012). I t.ex. medicinska studier kring läkemedel ges experimentgruppen vanligtvis ett läkemedel medan kontrollgruppen får placebo (t.ex. sockerpiller). Syftet är att utesluta eventuella andra faktorerers effekt så att endast det undersökta läkemedlets effekt kommer fram i resultaten. Forskaren strävar således efter att kontrollgruppen och experimentgruppen ska vara så lika som möjligt, förutom vad gäller det man vill undersöka effekten av (*ibid*). I min studie jämfördes döva och hörselskadade med en grupp bestående av hörande psykiatriska patienter inom samma allmänpsykiatriska klinik. De hörande utgör således ingen uttalad kontrollgrupp utan ska snarare ses som en jämförelsegrupp. En jämförelsegrupp har vanligtvis inte lika stränga krav på jämförbarhet (t.ex. att psykiatrisk diagnos ska var exakt matchade i de två grupper som studeras). Jämförelsegruppen (dvs. de hörande patienterna) tillfrågades på den allmänpsykiatriska mottagningen (granne med mottagningen för döva och hörselskadade) under samma tidsperiod som den andra patientgruppen. Samma exklusionskriterier gällde även här. Urvalet av jämförelsegruppen var således också ett konsekutivt urval.

4.3. Respondenter

Av 85 möjliga patienter från mottagningen för döva och hörselskadade tillfrågades 31 personer att delta i studien. Ambitionen var att få 30 respondenter. Av dessa tackade två nej. Av dem som fick enkäten hemskickad var det sju som inte lämnade in enkäten besvarad. Således medverkade 22 respondenter från mottagningen för döva och hörselskadade i den här studien. Av dessa var 13 döva och nio hade en hörselskada. Av de 22 respondenterna var sju män och 15 kvinnor.

I jämförelsegruppen tillfrågades 22 personer att delta i studien. Av dessa tackade 0 nej. 10 personer lämnade inte in enkäten besvarad. Således medverkade 12 respondenter från den allmänpsykiatriska mottagningen för hörande individer i den här studien. Av dessa var fyra män och åtta kvinnor.

4.4. Tillvägagångssätt

Respondenter som inte berördes av exklusionskriterierna tillfrågades om att delta i studien när de träffade sin behandlare. Respondenter som inte kom till mottagningen regelbundet fick en inbjudan att delta i studien via sms. I samband med att respondenterna tillfrågades om att delta i studien gavs information om undersökningens syfte och procedur (Bilaga 1). Alla respondenter fick fylla i samtyckesformulär (Bilaga 1). Respondenter som tillfrågades markerades på en lista för att få en överblick över antal respondenter samt bortfallet.

Tidsåtgången att fylla i enkäten (Bilaga 2) var i genomsnitt fyrtiofem minuter. Besvarandet av studiens enkät genomfördes på olika sätt beroende på patientens förmåga att besvara enkäten på egen hand. En del döva och hörselskadade har svårigheter med att läsa/skriva på svenska och behöver därmed hjälp med att översätta enkäten till svenskt teckenspråk. Dessa individer fick besvara enkäten muntligt, det vill säga i form av en intervju tillsammans med sin behandlare och en tolk. De individer som fick besvara enkäten muntligt med hjälp av tolk avklarade enkäten i genomsnitt på tre timmar. Den längsta intervjun tog ungefär fem timmar, fördelat på fem tillfällen. Anledningen till varför vissa intervjuer tog lång tid berodde främst på att vissa patienter gav långa och ibland utsvävande svar på varje fråga, trots att frågorna t.ex. bara var kryssfrågor med tre alternativ. En annan anledning var att vissa frågor var svåra för respondenterna att förstå och behandlaren fick därför förklara och exemplifiera frågorna. De individer som klarade av att läsa i tillräckligt stor utsträckning fick ta med sig enkäten hem och fylla i. Alla respondenter fick således själva avgöra om de kunde fylla i enkäten själva eller om de behövde hjälp av sin behandlare med tolk. Eftersom jämförelsegruppen bestod av hörande individer bedömdes de vara kapabla till att besvara enkäten själva. Samtliga respondenter i jämförelsegruppen fick således enkäterna hemskickade att fylla i.

När samtliga respondenter hade fyllt i enkäterna och lämnat in dem matades datamaterialet in i ett statistikprogram. Det finns olika dataprogram för statistisk analys, t.ex. STATA, SAS och SPSS (Bryman, 2011). Jag valde att använda statistikprogrammet SPSS (version 25) eftersom Göteborgs universitet erbjuder det kostnadsfritt till studenter. SPSS används också av tradition inom bland annat socialt arbete eftersom det lämpar sig för analys av mindre populationer (*ibid*). Statistikprogrammet STATA används istället av t.ex. statsvetare och ekonomer vilka undersöker stora populationer.

4.5. Instrument

Instrument som användes i studien, och som presenteras nedan, fanns samlat i ett häfte som patienten fick besvara (antingen genom att behandlaren läste upp frågorna eller att patienten själv besvarade dem). Nedan ges en beskrivning av respektive instrument som ingick i studien.

4.5.1. Bakgrundsdata

Häftet inleddes med frågor om kön, om respondenten var döva eller hörselskadad, respondentens nuvarande ålder, ålder vid dövhet respektive hörselskada, civiltillstånd, om respondenten var rökare (antal cigaretter som röks), alkoholvanor (konsumtion av olika sorter av alkohol), användande av ordinerad medicin samt upplevelsen av allmänt hälsotillstånd. Frågorna var hämtade från en doktorsavhandling (Zöller, 2016).

4.5.2. Traumatiska erfarenheter

I studien användes självskattningsskalan *Traumatic Experiences Checklist* (TEC; Nijenhuis et al., 2002; Öhre et al., 2015). Instrumentet består totalt av 29 frågor om olika möjliga traumatiska upplevelser så som känslomässig försummelse och övergrepp, fysisk övergrepp, kroppsliga hot från annan person, intensiv smärta och sexuella trakasserier och övergrepp. För respektive fråga tar respondenten ställning till om traumat inträffat. Därefter skattar respondenten hur stor påverkan traumat hade utifrån svarsalternativ som varierar från 1 ("ingen påverkan på mig") till 5 ("stor påverkan på mig") poäng. Skattningsskalan har en god intern konsistens med ett Cronbachs alfavärde mellan 0,74-0,90 (Nijenhuis et al., 2002; Öhre et al., 2015).

4.5.3. Psykisk hälsa

Hopkins Symptom Checklist-25: För självskattning av ångest och depression senaste veckan användes självskattningsskalan *Hopkins Symptom Checklist-25* (HSCL-25; DeRogatis et al., 1974). Instrumentet består av 25 frågor med en fyra-gradig skala som sträcker sig från 1 ("inte besväras") till 4 ("extremt besväras") poäng. Instrumentet är väl använt inom ett flertal sammanhang och den interna reliabiliteten är god ($\alpha \geq 0,80$) (Mattisson et al., 2013). Skalans data kan hanteras som en total skala för HSCL-25 (medelvärde av totalsumman av de 25 frågorna), men också uppdelat på en depressions- och en ångestskala.

DSM-5 självskattning av aktuella psykiska symtom: För att undersöka förekomst av aktuella psykiska symtom de senaste två veckorna användes *DSM-5 självskattning av aktuella psykiska symtom*. Den består av 23 frågor där varje item skattas från 0 ("inget/inget alls") till 4 ("mycket/nästan varje dag"). Frågorna grupperas sedan in till 13 domäner av psykisk ohälsa, varav jag har använt mig av 10 domäner: nedstämdhet, irritabilitet/ilska, hypomani/mani, ångest, kroppsliga symtom, suicidalitet, sömn, minne, tvång och dissociation (Clarke & Kuhl, 2014). Instrumentet är kliniskt användbart och har visat sig ha god test-retest reliabilitet (Bastiaens & Galus, 2017).

4.5.4. Patientupplevd vårdkvalitet

För frågor om upplevs vårdkvalitet ställdes fyra frågor: (1) Känner du att du blir bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt? (2) Fick/får du information om din diagnos eller förklaring till dina besvär på ett sätt som du förstod? (3) Känner du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskar? och (4) Hur värderar du som helhet den vård/behandling du får? Fråga 1 och 3 besvarades med ”ja, helt och hållet”, ”delvis” eller ”nej”. Fråga 2 besvarades med samma alternativ som fråga 1 och 3 men även med ”jag behövde ingen information” och ”jag hade en diagnos sedan tidigare”. Den sista frågan besvarades med ”utmärkt”, ”mycket bra”, ”bra”, ”någorlunda” eller ”dålig”.

Frågorna är hämtade från en nationell patientenkät om primärvårdspatienters upplevelse av vården (SKL, 2014).

4.6. Statistisk analys

I studien deltog 13 döva och 9 hörselskadade. En första analys med oberoende t-test visade att det inte förelåg några signifikanta skillnader mellan dessa två patientgrupper avseende studiens olika variabler. Därför har des två grupper slagits samman till en grupp och som fortsättningsvis benämns som ”icke hörande” för att förenkla läsbarheten.

Icke hörande patienter och hörande patienter har jämförts med avseende på bakgrundsfrågor, erfarenhet av trauma, psykisk ohälsa och upplevt bemötande i vården. Analys av nominaldata gjordes med χ^2 -test och efterföljande analys av effektstorleken med Cramer's V. Kontinuerlig data har analyserats med oberoende t-test och efterföljande analys av effektstorleken med Cohen's D för att beräkna effektstorleken. Resultaten presenteras i tabell 7-11 där data presenteras som medelvärde \pm standardavvikelse alternativt som frekvens (procent inom parantes), beroende på om data är nominal eller kontinuerlig. Vidare presenteras signifikansnivån (p), t-värde (t), χ^2 -värde (χ^2), Cramer's V (v) alternativt Cohen's D (d), även det beroende på om data är nominal eller kontinuerlig.

Signifikanstestning är beroende av urvalets storlek (Körner & Wahlgren, 2015). Det innebär att ju mindre urvalet är desto opålitligare blir en eventuell signifikans. Testning av effektstorlek kan ta bort en del av denna problematik då effektstorleken inte är beroende av urvalets storlek (*ibid*). Effektstorlek är således en kompletterande uppgift till den sedvanliga signifikanstestningen, vilket lämpar sig för den här studien då urvalet (antal deltagare) var litet. Vad gäller effektstorlekar finns det något varierande gränssnitt, men brukligt är att se 0,2 som en liten effektstorlek, 0,5 som en måttlig effektstorlek och 0,8 som en stor effektstorlek. I praktiken kan det innebära att t.ex. ett oberoende t-test påvisar en signifikant skillnad mellan X och Y medan effektstorleken visar sig vara liten (*ibid*). Ett sådant resultat indikerar att det egentligen inte är någon reell skillnad mellan X och Y. Ett annat exempel är att det oberoende t-testet inte påvisar någon signifikant skillnad mellan X och Y men däremot är effektstorleken stor. Det betyder att standardavvikelsen inte är så stor trots allt, och att det ändå går att diskutera att det kan finnas skillnader mellan X och Y på grupp-nivå (Körner & Wahlgren, 2015).

För att analysera sambandet mellan traumaerfarenhet och psykisk ohälsa användes Pearsons korrelations koefficient. Analyserna gjordes för respektive patientgrupp, det vill säga för icke hörande och förhörande. De traumavariabler som valdes ut för korrelationsanalysen var ”antal

trauma” och ”grad av trauma” i förhållande till samtliga variabler som mätte psykisk ohälsa (dvs. DSM-5 självskattning av aktuella psykiska symtom och HSCL-25). Resultatet presenteras i tabell 12, med korrelations koefficient (r) och signifikansnivå (p).

Alla statistiska analyser gjordes i SPSS (version 25; Field, 2013). Två-delad signifikansnivå användes med nivån 0.05.

4.7. Metodologiska begränsningar

I vetenskapliga studier stöter forskaren ständigt på utmaningar och hinder vad gäller tillvägagångssätt och metodologi. I detta avsnitt kommer några av studiens begränsningar avseende metodologin att lyftas fram.

Vad gäller insamlingen av enkäter fanns det skillnader mellan dövmottagningen och jämförelsegruppen. På dövmottagningen hade patienterna möjlighet att få hjälp med att fylla i enkäten genom en muntlig intervju, medan jämförelsegruppen endast fick fylla i enkäten hemma och skicka tillbaka. Förutsättningarna för insamlingen varierade därmed vilket skulle kunna ses som en felkälla. I forskningssammanhang vill man försöka bemöta och behandla respondenterna så lika som möjligt för att utesluta att t.ex. bemötandet kan ha en inverkan på respondenternas svar (Troost, 2012). Skälet till varför proceduren skilde sig något mellan grupperna var av rent praktiska skäl, dvs. det hade inte varit möjligt att läsa upp enkäten för alla deltagarna (pga. av tidsåtgången) och det hade inte heller varit möjligt att låta samtliga besvara enkäten själv (pga. av att några döva har för stora läs- och skrivsvårigheter). I och med att patienterna ofta har olika tolkar finns det också en risk att enkäten tolkas olika beroende på vilken tolk som översätter enkäten. Önskvärt hade varit om alla patienter på dövmottagningen fick ha samma tolk för att minimera eventuella skillnader i tolkningarna. På grund av praktiska skäl var detta inte möjligt utan patienten blir slumpmässigt tilldelad en tolk vid tolkbokning.

Trots att jag har gjort sökningar på forskningsområdet kring döva/hörselskadade i databaserna PubMed och PsycInfo och valt ut relevanta artiklar till min studie, har det inte varit möjligt att gå igenom alla artiklar på området. Jag kan alltså ha missat några relevanta artiklar som exempelvis ingår i andra databaser. Jag är dessutom medveten om att det kan finnas pågående studier på området som ännu inte har publicerats, men som skulle kunna vara till nytta för min studie. Samtidigt ska det noteras att PsycInfo är den kanske mest använda och största databaserna för samhällsvetenskaplig forskning och PubMed troligtvis motsvarande inom medicinsk forskning/vårdvetenskap. Mitt forskningsområde ligger sannolikt i skärningspunkten mellan samhällsvetenskap och medicin/vårdvetenskap. Som redovisats tidigare visade sökningarna i dessa databaser dessutom att det finns få studier genomförda på döva och hörselskadade personer avseende erfarenhet av trauma, upplevd psykisk ohälsa och åsikter om hur vården bemöter dem.

Studiens exklusionskriterier för urvalsgruppen var patienter med psykos och/eller utvecklingsstörning samt individer som bedömdes vara för sjuka för att medverka. Ett flertal patienter hade t.ex. djupa depressioner vid studiens tidpunkt vilket medförde att de inte var aktuella för studien. Exklusionskriterierna medförde således att urvalet blev begränsat och litet. Eftersom studien baseras på ett litet urval fick jag ta hänsyn till de begränsningar som medföljde. Vid små urval blir det t.ex. svårigheter med generalisering. Man kan delvis komma runt problematiken genom att sammanställa tidigare forskning på området och sedan

basera sina frågeställningar/hypoteser utifrån detta. Det var således uteslutet att forma helt nya hypoteser. Om ett flertal liknande studier med små urval undersöker samma frågeställningar med samma resultat, blir också sannolikheten större att resultatet inte beror på osäkra antaganden. Urvalets storlek medförde även att hänsyn fick tas avseende statistiska analyser. Eftersom signifikanstestning är beroende av urvalets storlek lades testning av effektstorlek till, som inte är beroende av storleken på urvalet.

4.8. Etiska överväganden

En etikansökan (diarienummer: 620-17) tillsammans med projektledaren fil dr Peter Sand, enhetschef för psykiatriska öppenvårdsmottagningen för döva och hörselskadade vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg, skickades in och har godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg.

De grundläggande etiska riktlinjerna enligt Vetenskapsrådet (2011) ska alltid följas i forskningsstudier. Principerna består av informationskravet, samtyckeskravet konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (*ibid*). Samtliga krav har tagits hänsyn till vid utformningen av information- och samtyckesformuläret (se bilaga 1). Respondenterna har bland annat informerats om att deltagandet är frivilligt, att deras svar är anonyma och att svaren endast kommer att användas för forskningsändamålet. De fick även fylla i ett samtyckesformulär. Utöver att följa de etiska riktlinjerna bör man som forskare ha ett etiskt reflekterande före, under och efter studien. Att följa Vetenskapsrådets riktlinjer frigör således inte forskaren från att behöva vara ständigt etiskt medvetande. I en intervjusituation är det till exempel viktigt som forskare att vara medveten om sin maktposition gentemot respondenten (Kvale, 2006). Som master student har jag en institutionell makt eftersom jag representerar universitetet (Van Dijk, 2003). Det var därför viktigt att vara medveten om mitt bemötande, att t.ex. vara ödmjuk och respektfull. I mitt fall fanns det även ett makt-beroende perspektiv eftersom deltagarna i studien gick i behandling på samma mottagning som studien gjordes (Föreläsning vid Göteborgs universitet, 2017). Att deltagandet är frivillig blir således extra viktigt att belysa så att respondenterna inte känner sig tvungna att delta eller få dåligt samvete om de avböjer.

Inför studiens genomförande bestämdes det också att personer med psykos och utvecklingsstörning skulle exkluderas eftersom det ur ett samtyckesperspektiv kunde bli etiskt problematiskt (Vetenskapsrådet, 2011). Nämnade funktionsnedsättningar kan till exempel bidra till att respondenten inte förstår vad hen eventuellt samtycker till.

En annan etisk aspekt är att många studier endast refererar till kända/”tunga” författare (Föreläsning vid Göteborgs universitet, 2017). Det finns således en risk att nya mindre studier förbises. Vad gäller mitt valda forskningsområde finns det i dagsläget lite forskning gjort. Referenserna blir således begränsade vilket kan vara värt att påpeka ur etisk synpunkt. Samtidigt är det ju extra viktigt att vidare forskning bedrivs inom området av samma anledning, särskilt på minoritetsgrupper som döva och hörselskadade utgör.

Vad gäller etik är det av vikt att fundera kring hur man som forskare ser på vetenskap och världen. Det vill sig sin ontologiska/epistemologiska utgångspunkt (Föreläsning vid Göteborgs universitet, 2017). Vem är kunskapen till för? Vem forskar om vem? Och vem har egentligen tolkningsföreträde? Inte sällan är det majoritetsgrupper som forskar på minoritetsgrupper (Barron, 1999). Ur ett postkolonialt perspektiv kan synen på ”de andra”,

ses som en dikotomi, där en majoritetsgrupp och minoritetsgrupp är varandras motsatspar (Föreläsning vid Göteborgs universitet, 2017). Med detta i åtanke är det av vikt att studiens respondenter får vara delaktiga i studien i största möjliga mån. Till exempel kan de få ta del av den färdiga forskningstexten och på nytt få ge sitt samtycke eller ej angående publicering (Pittway, Bartolomei & Hugman, 2010).

En ytterligare etisk aspekt är att i analysen reflektera över varför man som forskare tolkar respondenternas svar som man gör. En medvetenhet kring att man som forskare påverkas medialt, politiskt, miljömässigt, ekonomiskt, socialt är nödvändig (Vetenskapsrådet, 2011). Utan reflektion kring att forskarens tolkningar påverkas av olika faktorer som till exempel rådande diskurser, finns det risk att dra snabba slutsatser av respondenternas svar som är färgade av forskarens egen bakgrund och förförståelse. Till exempel arbetar jag inom sjukvården i nära samarbete med läkare och sjuksköterska vilket troligtvis påverkar hur jag tänker kring sjukdomar och diagnoser. Sjukvården bör t.ex. enligt Socialstyrelsen huvudsakligen arbeta evidensbaserat utifrån RCT-studier (randomiserad kontrollerad studie) snarare än ur ett socialkonstruktivistiskt synsätt. Det blir också viktigt att tänka på hur målgruppen konstrueras i en samhällelig kontext och vad som kan finnas bakom respondenternas intervjusvar. En etisk reflektion är därmed nödvändig under hela forskningsprocessen.

En möjlig negativitet för patienter att delta i studien skulle kunna vara att de behövde avsätta tid i samband med intervjuerna. Detta bedöms dock övervägas av att patienten sannolikt uppfattar det som positivt att forskning bedrivs inom den här patientgruppen, något som många patienter efterfrågar. Det fanns också beredskap för att ta hand om de patienter som eventuellt skattade en hög grad av psykisk ohälsa. Eftersom patientgruppen tillhör en minoritetsgrupp i samhället är det också särskilt viktigt att poängtera att data alltid sammanfattas på gruppnivå vilket gör att enskilda svar aldrig kan spåras.

5. RESULTAT

5.1. Bakgrundsdata

I studien deltog 13 döva (59 %) och 9 hörselskadade (49 %). Då det inte förelåg några statistiska skillnader mellan dessa två patientgrupper avseende bakgrundsdata, erfarenhet av trauma eller psykisk ohälsa har dessa två grupper slagits samman till en grupp och som fortsättningsvis benämns som "icke hörande" för att förenkla läsbarheten. Icke hörande förlorade sin hörsel när de var barn, i genomsnitt var de 8,5 år (standardavvikelse: 16,7 år).

I tabell 7 presenteras bakgrundsdata för icke hörande (n=22) och hörande patienter (n=12). Det förelåg inga signifikanta skillnader mellan grupperna, förutom vad gäller variabeln "ordinerad medicin för psykisk ohälsa". Bland de hörande var samtliga patienter ordinerade medicin för psykisk ohälsa medan ungefär 2/3 av icke hörande patienter tog medicin ($p < 0.05$). Effektstorleken var dock låg (Cramer's $V = 0,37$). Två variabler, "antal cigaretter/dag" och "antal burkar starköl per vecka", hade måttlig effekt (Cohen's $D: 0,51$ respektive $0,45$), även om det inte förelåg någon statistiskt signifikant skillnad prövat med oberoende t-test. Som ses i tabell 7 var det gruppen icke hörande som rökte något mer medan de hörande i genomsnitt drack något fler burkar starköl per vecka.

Tabell 7. Bakgrundsdata för icke hörande och hörande patienter inom psykiatrisk öppenvård. Data presenteras som medelvärde ± standardavvikelse alternativt som frekvens (procent inom parentes).

Bakgrundsdata	Icke hörande (n=22)	Hörande (n=12)	Statistiska värden*
Kön <i>Män</i> <i>Kvinnor</i>	7 (31,8 %) 15 (68,2 %)	4 (33,3 %) 8 (66,7 %)	$\chi^2=0,01$ p=0,93 v= 0,02
Ålder (år)	39,23 ± 15,13	44,75 ± 13,86	t=1,05 p=0,30 d=0,38
Andel ensamboende	9 (40,9 %)	6 (50 %)	$\chi^2=0,72$ p=0,70 v=0,15
Antal cigaretter/dag	3,27 ± 5,59	1,00 ± 2,49	t=1,28 p=0,21 d=0,51
Antal burkar mellanöl per vecka	0,32 ± 0,84	0,17 ± 0,58	t=0,56 p=0,58 d=0,21
Antal burkar starköl per vecka	0,23 ± 1,07	0,67 ± 0,89	t=1,21 p=0,23 d=0,45
Antal glas vin per vecka	0,36 ± 0,79	0,58 ± 0,79	t=0,77 p=0,44 d=0,28
Antal cl starksprit per vecka	0	0	-
Andel ordinerad medicin för psykisk ohälsa <i>Aldrig ordinerad</i> <i>Varje dag</i>	7 (31,8 %) 15 (68,2 %)	0 (0 %) 12 (100 %)	$\chi^2=4,44$ p=0,04 v=0,37
Allmänt hälsotillstånd**	2,95 ± 1,05	2,75 ± 0,97	t= 0,56 p= 0,58 d=0,20

*För nominaldata har χ^2 -test använts (χ^2 - och p-värden anges) samt Cramer's V (v-värdet anges) för att beräkna effektstorleken. För ordinaldata har oberoende t-test har använts (t- och p-värde anges) samt Cohen's D för att beräkna effektstorleken (d-värdet anges)

** svarsalternativ varierar från 1 ("mycket bra") till 5 ("mycket dåligt")

5.2. Traumatiska erfarenheter

Analys av data visade att icke hörande skiljer sig signifikant åt från hörande vad gäller antal trauma och på delskalan fysisk misshandel (se tabell 8). Icke hörande rapporterade fler antal trauma ($p < 0,02$) och större erfarenhet av fysisk misshandel ($p < 0,001$). Även effektstorlekarna enligt Cohens D var höga: 1,11 respektive 1,31.

Det förelåg ingen signifikant skillnad mellan grupperna vad gäller de övriga variablerna, förutom att effektstorlekarna enligt Cohens D var medelhöga för: grad av traumatisk påverkan (0,59), känslomässig försummelse (0,48), hot om liv (0,58) och sexuella trakasserier (0,60). På samtliga av dessa variabler rapporterade gruppen icke hörande en större erfarenhet.

Tabell 8. Traumatiska erfarenheter utifrån skattningsskalan *Traumatic Experiences Checklist* hos icke hörande och hörande patienter inom psykiatrisk öppenvård. Data presenteras som medelvärde \pm standardavvikelse.

Traumatiska erfarenheter	Icke hörande (n=22)	Hörande (n=12)	Statistisk analys*
Antal trauma	7,82 \pm 4,76	4,08 \pm 3,50	t= 2,38 p= 0,02 d=0,90
Grad av traumatisk påverkan	29,64 \pm 19,68	19,09 \pm 16,12	t=1,54 p=0,14 d=0,59
Delskala 1: Känslomässig försummelse	1,1 \pm 0,89	0,67 \pm 0,89	t= 1,33 p=0,19 d=0,48
Delskala 2: Känslomässig misshandel	0,71 \pm 0,78	0,42 \pm 0,67	t=1,10 p= 0,28 d=0,40
Delskala 3: Fysisk misshandel	0,86 \pm 0,79	0,08 \pm 0,29	t=3,24 p= 0,00 d=1,31
Delskala 4: Hot mot liv, smärta, bisarr bestraffning	1,05 \pm 1,07	0,50 \pm 0,80	t=1,54 p= 0,13 d=0,58
Delskala 5: Sexuella trakasserier	0,57 \pm 0,60	0,25 \pm 0,45	t=1,61 p= 0,12 d=0,60
Delskala 6: Sexuella övergrepp	0,52 \pm 0,75	0,42 \pm 0,51	t=0,44 p= 0,66 d=0,16

*Oberoende t-test har använts (t- och p-värde anges) samt Cohen's D för att beräkna effektstorleken (d-värdet anges)

5.3. Psykisk ohälsa

Den psykiska hälsan har skattats via två instrument, DSM-5 självskattning av aktuella psykiska symtom (tabell 9) och HSCL-25 (tabell 10), såväl icke hörande som hörande patienter.

Vad gäller självskattning av aktuella psykiska symtom enligt DSM-5 visade analyserna att icke hörande rapporterade signifikant lägre grad av "dissociation" jämfört med gruppen hörande ($p < 0.05$) med en medelhög effektstorlek (Cohen's D: 0,71). I övrigt återfanns inga signifikanta skillnader mellan de två patientgrupperna, förutom att analys av effektstorlekar påvisade en måttlig effekt för irritabilitet/ilska (Cohen's D: 0,48) och för hypomani/mani (Cohen's D: 0,42) där icke hörande rapporterade mer av dessa symtom.

Tabell 9. DSM-5 självskattning av aktuella psykiska symtom hos icke hörande och hörande patienter inom psykiatrisk öppenvård. Data presenteras som medelvärde \pm standardavvikelse.

DSM-5	Icke hörande (n=22)	Hörande (n=12)	Statistisk analys*
Nedstämdhet	2,36 \pm 1,22	2,0 \pm 1,48	t=0,77 p=0,45 d=0,27
Irritabilitet, ilska	2,05 \pm 1,05	1,55 \pm 1,04	t=0,75 p=0,20 d=0,48
Hypomani/mani	1,45 \pm 1,34	0,92 \pm 1,16	t=1,17 p=0,25 d=0,42
Ångest	2,32 \pm 1,09	2,42 \pm 1,44	t=0,23 p=0,82 d=0,08
Kroppsliga symtom	2,14 \pm 1,67	1,75 \pm 1,54	t=0,66 p= 0,51 d=0,24
Suicidalitet	0,55 \pm 1,14	0,67 \pm 1,23	t=0,29 p=0,78 d=0,10
Sömn	2,0 \pm 1,84	2,0 \pm 1,71	t=0 p=1 d=0
Minne	1,05 \pm 1,17	1,27 \pm 1,62	t=0,46 p=0,65 d=0,16
Tvång	1,32 \pm 1,46	1,08 \pm 1,38	t=0,46 p=0,65 d=0,17
Dissociation	0,27 \pm 0,70	1,17 \pm 1,64	t=2,22 p=0,03 d=0,71

*Oberoende t-test har använts (t- och p-värde anges) samt Cohen's D för att beräkna effektstorleken (d-värdet anges).

Analys av data erhållet från självskattningsskalan HSCL-25 visade på att det inte förelåg några signifikanta skillnader mellan de två patientgrupperna avseende totala skalan eller på de två delskalorna ”ångest” och ”depression” (tabell 10). Även effektstorlekarna var mycket små (se tabell 10).

Tabell 10. HSCL-25

HSCL-25	Icke hörande (n=22)	Hörande (n=12)	Statistisk analys*
Totala HSCL-25	2,11 ± 0,63	2,10 ± 0,77	t=0,03 p=0,98 d=0,01
Delskala 1: Ångest	2,01 ± 0,62	2,05 ± 0,76	t=0,15 p=0,88 d=0,06
Delskala 2: Depression	2,23 ± 0,76	2,13 ± 0,84	t= 0,32 p=0,76 d=0,12

*Oberoende t-test har använts (t- och p-värde anges) samt Cohen's D för att beräkna effektstorleken (d-värdet anges).

5.4. Samband mellan trauma och psykisk ohälsa

En frågeställning i studien var om det föreligger en relation mellan erfarenhet av trauma och psykisk ohälsa, det vill säga om personer med stor traumaerfarenhet också rapporterar mer psykisk ohälsa. Analyserna i tabell 11 är baserade inom respektive patientgrupp, det vill säga icke hörande och hörande. De traumavariabler som valts ut för analysen var ”antal trauma” och ”grad av trauma” i förhållande till psykisk ohälsa (DSM-5 självskattning av aktuella psykiska symtom och HSCL-25).

Inom gruppen hörande fanns inga signifikanta korrelationer mellan trauma eller psykisk ohälsa (se tabell 11). Bland icke hörande återfanns några signifikanta förhållanden: hypomani/mani var positivt korrelerat med såväl ”antal trauma” ($r=0,60$; $p < 0,001$) som med ”grad av traumatisk påverkan” ($r=0,56$; $p = 0,01$). Det innebär att ju större erfarenhet av trauma, desto mer symtom avseende hypomani/mani. Vidare återfanns ytterligare ett positivt förhållande mellan suicidalitet och ”grad av traumatisk påverkan” ($r=0,49$; $p < 0,05$). Ingen av de övriga variablerna inom psykisk ohälsa visade på något signifikant samband med grad av traumaerfarenhet.

Tabell 11: Korrelationer mellan trauma och psykisk ohälsa (Pearson korrelations koefficient) inom gruppen icke hörande samt inom gruppen hörande.

DSM-5	Icke hörande (n=22)		Hörande (n=12)	
	Antal Trauma	Grad av traumatisk påverkan	Antal trauma	Grad av traumatisk påverkan
Nedstämdhet	r=0,01 p=0,97	r=0,09 p=0,67	r=0,11 p=0,71	r=0,16 p=0,59
Irritabilitet, ilska	r=0,07 p=0,75	r=0,13 p=0,57	r=0,27 p=0,36	r=0,30 p=0,32
Hypomani/mani	r=0,60** p=0,00	r=0,56** p=0,01	r=0,28 p=0,32	r=0,23 p=0,42
Ångest	r=0,1 p=0,66	r=0,18 p=0,42	r=0,19 p=0,50	r=0,16 p=0,59
Kroppsliga symtom	r=0,11 p=0,61	r=0,10 p=0,65	r=0,17 p=0,55	r=0,19 p=0,53
Suicidalitet	r=0,38 p=0,07	r=0,49* p=0,02	r=0,03 p=0,93	r=0,02 p=0,94
Sömn	r=0,02 p=0,94	r=0,05 p=0,83	r=0,14 p=0,62	r=0,15 p=0,61
Minne	r=0,08 p=0,71	r=0,03 p=0,89	r=0,16 p=0,59	r=0,15 p=0,64
Tvång	r=0,18 p=0,41	r=0,33 p=0,13	r=0,09 p=0,76	r=0,04 p=0,89
Dissociation	r=0,25 p=0,25	r=0,18 p=0,42	r=0,10 p=0,74	r=0,07 p=0,80
Personlighetsrelaterad funktion	r=0,09 p=0,69	r=0,13 p=0,54	r=0,15 p=0,60	r=0,16 p=0,59
HSCL-25				
Total (ångest & depression)	r=0,11 p=0,61	r=0,23 p=0,30	r=0,18 p=0,53	r=0,23 p=0,42
Ångest	r=0,14 p=0,56	r=0,27 p=0,27	r=0,05 p=0,87	r=0,04 p=0,90
Depression	r=0,16 p=0,51	r=0,33 p=0,17	r=0,24 p=0,38	r=0,33 p=0,25

5.5. Patientupplevd vårdkvalitet

Samtliga patienter, icke hörande och hörande, besvarade fyra frågor om upplevd vårdkvalitet. Som ses i tabell 12 förelåg det inga signifikanta skillnader mellan de två patientgrupperna på någon av de fyra ställda frågorna. Effektstorlekarna enligt Cramer's V var också små (varierade mellan 0,14 - 0,20).

Resultaten visar dock att merparten bland patienterna, såväl icke hörande som hörande, överlag upplevde vårdkvaliteten tillfredsställande.

Tabell 12: Upplevd vårdkvalitet bland icke hörande och hörande patienter inom psykiatrisk öppenvård. Data presenteras som frekvens (procent inom parantes).

Upplevd vårdkvalitet	Icke hörande (n=22)	Hörande (n=12)	Statistisk analys*
Känner du att du blir bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt? (Andel som svarat "ja")	18 (85,7 %)	10 (83,3 %)	$\chi^2= 0,90$ $p= 0,64$ $v=0,17$
Fick/får du information om din diagnos eller förklaring till dina besvär på ett sätt som du förstod? (Andel som svarat "ja")	11 (52,4 %)	8 (66,7 %)	$\chi^2= 0,68$ $p= 0,71$ $v=0,14$
Känner du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskar? (Andel som svarat "ja")	17 (81 %)	9 (75 %)	$\chi^2= 1,09$ $p= 0,58$ $v=0,18$
Hur värderar du som helhet den vård/behandling du får? (Andel som svarat "bra-utmärkt")	18 (90 %)	12 (100 %)	$\chi^2= 1,28$ $p= 0,26$ $v=0,20$

*För nominaldata har χ^2 -test använts samt Cramer's V för att beräkna effektstorleken.

5.6. Sammanfattning

Resultaten från studien visar att det överlag inte var några direkta skillnader mellan icke hörande och hörande patienter med avseende på bakgrundsdata. Däremot var det mer vanligt bland icke hörande patienter att ha erfarenhet av trauma, särskilt fysisk misshandel. Vad gäller psykisk ohälsa fanns en riktning åt att icke hörande rapporterade mer irritabilitet/ilska och hypomani/mani jämfört med hörande. Å andra sidan hade hörande mer symptom av dissociation än gruppen icke hörande. Det fanns ett visst samband mellan erfarenhet av trauma och psykisk ohälsa bland icke hörande patienter medan ingen sådan relation förelåg inom gruppen hörande.

Frågor kring patientupplevd vårdkvalitet visade att båda grupperna, icke hörande och hörande, överlag rapporterade att de ansåg sig ha blivit väl bemött, att de fått givande information om sin sjukdom och att de upplevde sig delaktig i sin behandling. Mellan 90-100 % av patienterna angav att de värderade den vård de erhållit som "bra" till "utmärkt".

Resultatens betydelse och vilka tolkningar som kan göras av dem diskuteras i nästa avsnitt. Där lyfts även studiens begränsningar fram och förslag på fortsatt forskning.

6. ANALYS OCH SLUTSATSER

6.1. Trauma, psykisk ohälsa och vårdens bemötande

Vid kartläggning av bakgrundsvariablerna (kön, ålder, civiltillstånd, alkoholvanor, användande av ordinerad medicin samt upplevt allmänt hälsotillstånd) förelåg inga direkta skillnader mellan hörande och icke hörande patienter. De två patientgrupperna var således relativt lika avseende bakgrundsvariabler.

Studiens *första hypotes*, att förekomsten av trauma hos döva och hörselskadade patienter skiljer sig jämfört med hörande patienter inom psykiatrisk öppenvård, bekräftades. Precis som tidigare forskning (t.ex. Øhre et al., 2015; Burnash, Rothman-Marshall & Schenkel, 2010), visade resultatet från den här studien på att fler icke hörande än hörande hade erfarenhet av trauma, och då specifikt fysisk misshandel. Huruvida icke hörande de facto är mer trauma eller snarare upplever situationer mer traumatiskt än hörande är dock inte helt klart. Greenberg och Kusché (1998) menar t.ex. på att dövhet och nedsatt hörsel kan försämra mottagligheten för adekvat information i stressfulla eller akuta situationer. Det är möjligt att funktionsvariationen därmed kan bidra till en lägre medvetenhet och förståelse av de emotionella reaktioner som kan uppstå i akuta eller stressfulla situationer (ibid). Å andra sidan finns det inget rätt och fel om hur man borde uppleva och reagera på stressorer. Det blir därmed viktigt hur man väljer att definierar trauma. Är det en traumatisk händelse enligt majoriteten av befolkningen eller är det en högst subjektiv upplevelse? Utifrån stress och sårbarhetsmodellen definieras upplevelsen/stressoren utifrån individens sårbarhet för stressorer (Zubin & Spring, 1977). T.ex. kan en och samma situation upplevas olika av två individer, där den ena kanske upplever det som traumatisk medan den andra inte blir berörd på samma sätt.

Vad gäller studiens *andra hypotes*, att symtom av psykisk ohälsa skulle vara vanligare hos döva och hörselskadade patienter jämfört med hörande patienter inom psykiatrisk öppenvård, bekräftades delvis. Resultatet visade på att det överlag inte var så stora skillnader mellan grupperna. Dock visade resultaten att icke hörande hade en tendens av mer irritabilitet/ilska och hypomani/mani jämfört med hörande. Vad gäller hörande hade de en högre grad av dissociation än icke hörande. Varför just dessa symtom skilde sig åt mellan grupperna är oklart då det inte finns någon tidigare forskning som pekar på att just dessa symtom vanligtvis skiljer sig åt mellan patientgrupperna. En möjlig förklaring till varför grupperna rapporterade olika symtom skulle dock kunna bero på att grupperna inte har matchats med diagnos. Risken att individerna har olika diagnoser med olika symtom blir därmed större och skulle kunna ha en inverkan på resultatet. Det skulle t.ex. kunna ha slumpat sig att fler hörande hade en diagnos med symtomen dissociation jämfört med icke hörande. Det var dock praktiskt svårt att diagnosmatcha grupperna eftersom individerna var få och valbarheten därmed liten. En möjlig förklaring till varför det inte blev några direkta större skillnader mellan grupperna avseende psykisk hälsa kan vara att samtliga respondenter är patienter inom psykiatri, dvs. att de redan har psykisk ohälsa i många olika avseenden. En annan möjlig förklaring till den ringa skillnaden mellan patientgrupperna vad gäller psykisk hälsa skulle kunna bero på att skattningsskalorna som användes i studien inte fångade de dimensioner av psykisk ohälsa som eventuellt skiljer grupperna åt. Vidare studier innefattande fler skattningsskalor behövs därför för att undersöka om grupperna skiljer sig åt avseende psykisk hälsa på fler områden. Att grupperna dessutom består av relativt få respondenter innebär att de troligtvis inte kan representera den variation i psykiska symtom som hela populationen av döva och hörselskadade psykiatripatienter omfattas av.

Studiens *tredje hypotes* kring att det borde föreligga en positiv korrelation mellan traumaerfarenhet och grad av psykisk ohälsa, hos icke hörande, bekräftades delvis. Hypomani/mani var positivt korrelerat med "antal trauma" och med "grad av traumatisk påverkan". Det fanns även ett positivt förhållande mellan suicidalitet och "grad av traumatisk påverkan". Det förelåg ingen korrelation mellan traumaerfarenhet och grad av psykisk ohälsa hos hörande patienter. Hypotesen stöds även delvis av Øhre et al. (2015) som menar på att trauma ökar förekomsten av psykisk ohälsa hos icke hörande. Å andra sidan säger föreliggande studies resultat inget om kausaliteten mellan traumaerfarenhet och grad av psykisk ohälsa. Det skulle lika gärna kunna vara så att individer med mer psykisk ohälsa upplever händelser som mer traumatiska än individer med mindre psykisk ohälsa. Här kommer återigen stress och sårbarhetsmodellen in (Zubin & Spring, 1977). Således att individer med psykisk ohälsa skulle kunna vara mer sårbara för olika stressorer och därmed uppleva en händelse som mer traumatiskt än en person med mindre psykisk ohälsa. Grad av sårbarhet definieras dock inte enbart av förekomsten av psykisk ohälsa, utan även av andra faktorer såsom t.ex. individens uppväxtmiljö och sociala nätverk. En individ med psykisk ohälsa behöver alltså inte uppleva en situation mer traumatiskt än någon annan, om hen t.ex. har skyddande faktorer såsom nära och stödjande relationer till vänner och familj.

Hypotes ett till tre berör tillsammans psykisk ohälsa och traumaerfarenhet, och kommer därför nu att diskuteras vidare integrerat. Studiens resultat visade på att det specifikt var fysisk misshandel som rapporterades mest hos icke hörande. Tidigare studier har betonat att döva och hörselskadade oftare befinner sig i riskfyllda miljöer än hörande, som t.ex. elevhem, där risken för sexuell eller fysisk misshandel är större (Sullivan & Knutson, 1998). Samtidigt ska det noteras att ett sådant samband inte numera tycks vara lika vanligt bland dagens generation av unga vuxna, troligtvis på grund av en förbättrad psykosocial skolmiljö för döva och hörselskadade (Øhre et al. 2015). Oavsett bakomliggande orsak visar föreliggande studie, på en förekomst av traumaerfarenhet bland icke hörande.

Greenberg och Kusché (1998) menar på att döva barn och unga kan vara sårbara för psykologisk stress då de löper risk för förseningar i sin kognitiva och sociala utveckling till följd av hörselnedsättningen. Johnston-McCabe, Levi-Minzi, van Hasselt och Vanderbeek (2011) betonar att det dessutom finns en ökad sårbarhet hos döva och hörselskadade kvinnor som har erfarit våld i nära relationer. Vidare har en studie av Bulik, Prescott och Kendler (2001) visat på att risken för att utveckla psykisk ohälsa ökar, om personen den utsatte berättat sitt upplevda trauma för, inte stöttat, straffade eller inte trodde på offret. Om det nu är så att det föreligger en sårbarhet för psykologisk stress hos icke hörande och att de dessutom utsätts för mer trauma än hörande, är det utifrån Bulik, Prescott och Kendlers studie (2001), viktigt att de får träffa någon professionell som kan ta hand om det som de berättar. I och med att icke hörande psykiatripatienter endast har fyra mottagningar att välja på i Sverige, har de dessvärre sämre möjlighet att få den professionella hjälp de behöver. Det blir därmed extra viktigt att dessa fyra mottagningar har god kunskap kring hur trauma och psykisk ohälsa hänger ihop med patienternas hörselnedsättning.

Resultatet kring att icke hörande visade en tendens till mer hypomani/mani och irritabilitet/ilska än hörande, går i linje med hypotes två om att icke hörande generellt sett kan tänkas ha mer psykisk ohälsa jämfört med hörande. Detta antagande är återigen grundat i att icke hörande kan tänkas vara mer sårbara för psykologisk stress än hörande (Greenberg & Kuschés 1998). Det finns dock inga studier som visar på att icke hörande skulle ha mer av just symtomen hypomani/mani och irritabilitet/ilska. Varför de i denna studie rapporterade mer av detta, är därmed svårt att spekulera i. Men som tidigare nämnt skulle resultatet kunna

påverkas av metodologiska felkällor som t.ex. att det slumpat sig så att studiens respondenter hade mer av ett visst symptom. Hade studien innefattat fler respondenter hade troligtvis variationen i psykiska symptom varit större och därmed mer representativ för den större populationen.

Om man utgår ifrån Greenberg och Kuschés (1998) studie om att döva barn och unga är mer sårbara för psykologisk stress, samt stress och sårbarhetsmodellen, som pekar på att individuell sårbarhet i kombination med stressorer, kan medföra psykisk ohälsa, skulle icke hörande således kunna tänkas vara mer benägna att utveckla psykisk ohälsa jämfört med hörande. Tidigare forskning i kombination med stress och sårbarhetsmodellen kan således förklara en del i varför studiens resultat pekar mot att icke hörande upplever trauma och psykisk ohälsa i större utsträckning än hörande psykiatripatienter. En annan utgångspunkt är det humanistiska perspektivet, som menar på att psykisk ohälsa uppstår när det mänskliga behovet inte uppfylls (Karlsson, 2012). Perspektivet understryker att man behöver förstå individens egen uppfattning om hälsa och lidande. Finns det därmed kanske faktorer i samhället som bidrar till att icke hörande inte upplever att deras behov uppfylls eller förstås? Är samhället inte anpassat efter de behov som funktionsvariationen medför? Döva och hörselskadade är som sagt en minoritet i samhället vilket kan tänkas sammanfalla med att det finns en kunskapslucka kring deras behov och förutsättningar hos majoritetsbefolkningen, som samhället är anpassat efter.

Hypotesen om att trauma skulle korrelera positivt med psykisk ohälsa, bekräftades delvis. Resultatet visade t.ex. på att ”grad av traumatisk påverkan” och suicidalitet korrelerade positivt. Suicidaliteten i föreliggande studie skattas genom att patienten svarade på frågan: ”Haft tankar på att skada dig själv?”. Øhres et al. (2015) studie visar på att trauma ökar risken för psykisk ohälsa. I föreliggande studie är det dock svårt att säga vad som beror på vad, således om trauma bidrar till suicidalitet eller om suicidala individer kanske upplever situationer som mer traumatiska. Några studier vad gäller suicidalitet specifikt kopplat till trauma finns inte heller i de databassökningar jag har gjort. Även här behövs fler studier som kan undersöka mer specifikt typ av trauma och typ av psykisk ohälsa som eventuellt är korrelerade med varandra.

Den sista och studiens *fjärde hypotes*, att icke hörande skulle uppleva vården mer negativt än hörande, bekräftades inte av studiens resultat. Resultaten visade på att både hörande och icke hörande patienter överlag skattade att de hade blivit väl bemötta, fått god information om sitt tillstånd samt att de upplevde sig delaktig i sin vård. Majoriteten av patienterna angav att de erhållit vård som var ”bra” till ”utmärkt”. I databassökningarna framkom inga studier som specifikt har undersökt hur icke hörande psykiatripatienter upplever vården. Men utifrån att många icke hörande individer har sämre läs- och skrivkunskaper än hörande, kan det tänkas att detta försvårar deras inhämtande av t.ex. kunskap kring vårdssystemet och rättigheter (Specialpedagogiska skolmyndigheten, 2017). Vissa individer har även ett mindre utvecklat teckenspråk vilket kan medföra svårigheter i kommunikationen med vården. Utifrån dessa antaganden var en hypotes i denna studie att psykiatrivården skulle upplevas mer negativt hos icke hörande jämfört med hörande, vilket dock inte bekräftades.

Forskningen kring hur hörande psykiatripatienters upplever vården är mer omfattande än den bland icke hörande psykiatripatienter. Hansson (1989) kom bland annat fram till att patienterna överlag skattade vårdkvaliteten hög. Nöjdast var patienter tillhörande kategorierna: kvinnor, äldre personer, yrkesverksamma, personer i parrelation samt de med lägre utbildningsnivå. Möjligtvis kan respondenterna i föreliggande studie också tänkas

tillhöra några av dessa kategorier och därmed bidragit till den skattade vårdnöjdheten. Samtidigt bör inga större växlar dras utan fler studier behövs för att stärka ett sådant eventuellt samband.

I en annan studie av Johansson och Eklund (2003) undersöktes vilken faktor hörande psykiatripatienter tyckte var viktigaste i vården. Resultatet visade på att det var den terapeutiska alliansen. Begreppet terapeutisk allians sammanlänkas också till det teoretiska begreppet personcentrerad vård som härrör från den humanistiska psykologin. Inom den humanistiska psykologin betonas att behandlaren bör vara accepterande, lyhörd samt kapabel att skapa en terapeutisk allians med patienten (Karlsson, 2012). Det personcentrerade arbetssättet baseras alltså på den humanistiska psykologin och utgår ifrån att patientens tolkning av hälsa och ohälsa ska ha en avgörande röst i behandlingen (Centrum för personcentrerad vård, 2017). Ett sådant arbetssätt har visat på minskad ångest och depression hos individer (Arvidsdotter et al., 2013). I linje med Johansson och Eklunds (2003) studie om att den terapeutiska alliansen har en god inverkan på den upplevda vården, skulle därmed resultatet i föreliggande studie kunna tänkas vara kopplat till en god allians och personcentrerat arbetssätt på mottagningen där studien har bedrivits. Självfallet ska även dessa slutsatser diskuteras med försiktighet med tanke på studiens lilla urval, utan kan snarare ses som en indikation.

Baserat på att icke hörande endast har fyra psykiatrimottagningar att välja på i Sverige, varav en finns i Västra Götalandsregionen, kan deras svar kring upplevd vård dock tänkas innehålla felkällor; exempelvis att de vill tillfredsställa behandlaren för att få en fortsatt god kontakt med mottagningen, och att de därmed kanske inte svarar sanningsenligt. Jag har dock försökt komma runt denna problematik genom att patienten alltid fått fylla i bemötande-enkäten själv och sedan fått lägga i en extern låda. Patienten har även upplysts om att svaren är anonyma och inte påverkar hens vård.

6.2. Studiens begränsningar

I alla vetenskapliga studier finns begränsningar, vilka bör lyftas fram och diskuteras. De metodologiska begränsningarna diskuterades i metodavsnittet medan i detta avsnitt kommer några begränsningar kopplat till resultatet att belysas.

6.2.1. Generaliserbarhet

Min undersökta grupp utgörs av en minoritetsgrupp i samhället som i många avseenden kan anses vara extra sårbar och utsatt. Studiens undersökningsområde är inspirerad av Øhre et al. (2015) och utgår således från tidigare forskningresultat. Studien skulle därmed kunna tänkas vara en i ledet på en generaliseringsprocess. Enbart min studies resultat bör med stor försiktighet kopplas till generalisering och kan snarare ses som en indikator. Det behövs med andra ord fler studier på området för att kunna dra säkrare slutsatser av resultatet. Min studie var dessutom tidsbegränsad vilket medförde att insamlingsperioden av data var relativt kort. En längre tids insamlingsperiod hade därmed också kunnat stärka studiens indikation. Trots att studien i nuläget inte går att generalisera bidrar den med preliminär kunskap till ett litet forskningsområde gällande en sårbar minoritetsgrupp, som förhoppningsvis kan byggas vidare på genom fler studier.

6.2.2. Eventuella skillnader mellan döva och hörselskadade

I studien har individer med dövhet och/eller hörselskada slagits ihop till en grupp eftersom de inte skilde sig åt avseende bakgrundsvariablerna. Samtidigt finns det ett flertal andra bakgrundsvariabler som grupperna inte har testats för, som t.ex. språkidentitet. Enligt Austen och Coleman (2004) identifierar sig döva med den så kallade dövulturen medan hörselskadade kan identifiera sig med både döva och hörande, oftast beroende på grad av hörselskada. Vidare studier behövs därför som tar hänsyn till just detta.

6.2.3. Kausalitet

Studiens tredje frågeställning handlar om sambandet mellan trauma och psykisk ohälsa. Analyserna visade på några korrelationer, t.ex. en positiv korrelation mellan hypomani/mani och traumaerfarenhet hos döva och hörselskadade. Dock säger resultatet inget om kausaliteten, dvs. om trauma bidrar till psykisk ohälsa eller om individer med psykisk ohälsa upplever händelser mer traumatiska än andra individer. Det skulle också kunna vara så att båda variablerna påverkar varandra samtidigt, dvs. en slags kausalitet fast åt båda hållen. Vidare analyser på området skulle därför vara av värde.

6.2.4 Traumats betydelse

Patienterna svarade på 29 frågor om olika traumatiska händelser, således om de hade varit med om det eller inte. Vissa frågor är mer subjektiva än andra, t.ex. om patienten upplever sig ha blivit emotionellt negligerad av sin familj, medan andra frågor är mer objektiva, som t.ex. om hans föräldrar har skiljt sig. Två individer kan därmed t.ex. uppge att deras föräldrar har skilt sig, där den ena har blivit djupt påverkad och den andra inte alls. De mer objektiva frågorna i sig säger därmed mindre om påverkan på patientens psyke.

6.2.5 Psykiska ohälsa över tid

Skalan DSM-5 mäter patientens psykiska symtom två veckor tillbaka i tiden medan HSCL-25 avser psykiska symtom en vecka tillbaka i tiden. Det kan ha varit så att vissa patienter mådde sämre för t.ex. sex månader sedan, medan de mår bättre nu efter en tids behandling. Skalorna har därmed inte fångat patienternas psykiska hälsa över en längre tidsperiod. Fördelaktigt hade varit om en av studiens skalor som mäter psykisk hälsa hade avsett psykiskt mående det senaste halvåret/året, vilket också kanske hade påverkat resultatet i en annan riktning.

6.2.6 Bortfall

I studien fanns ett bortfall av patienter på grund av att man antingen inte lämnade in enkäten besvarad eller att man tackade nej till att delta. Vad detta bortfall kan ha inneburit för resultaten är svårt att spekulera i. Men en försiktig reflektion kan vara att de patienter som inte deltog kanske vid tillfället för studiens genomförande hade ett sämre psykisk mående. Om de hade medverkat i studien vid detta tillfälle hade deras svar möjligtvis inverkat på resultaten till en annan riktning.

6.3. Vidare forskning

Utöver de resultat som presenterades i resultatavsnittet, erhöles ytterligare ett kunskapsbidrag i form av den systematiska databassökningen som har genomförts. Databassökningen visar på att det finns en stor kunskapslucka inom forskningsområdet. Individer med dövhet och/eller hörselskada utgör en minoritetsgrupp i samhället och är kanske extra sårbara för trauma och utvecklande av psykisk ohälsa. Det behövs därmed ytterligare studier om traumaerfarenhet, psykisk ohälsa och upplevd vård hos döva och hörselskadade. Longitudinella studier hade varit fördelaktigt för att se om den vård patienterna fick faktiskt gjorde dem friskare. Andra förslag på vidare forskning är studier på större grupper, att använda andra skalor avseende t.ex. psykisk hälsa samt att ha en icke psykiatrisk grupp som jämförelse grupp. Ett större urval innebär bland annat bredare variation avseende t.ex. bakgrundsvariabler. Detta medför att forskaren i större utsträckning kan testa ifall bakgrundsvariablerna har en inverkan på den undersökta variabeln. Vidare kan användning av andra skalor fånga upp eventuellt ytterligare symptom som respondenterna kanske har. Värdefullt hade också varit om studierna kunde kompletterats med t.ex. kvalitativa intervjuer för att få en djupare förståelse av enkätsvaren.

Som nämndes i avsnittet om studiens begränsningar har eventuella skillnader mellan döva och hörselskadade inte tagits hänsyn till i denna studie. Det är därför av vikt att vidare studier bedrivs för att utforska eventuella skillnader mellan grupperna avseende trauma, psykisk ohälsa och upplevd vård. Det finns således ett behov i flera avseenden på vidare forskning av döva och hörselskadade. Om det nu är så att denna patientgrupp har mer traumaerfarenhet än hörande samt psykisk ohälsa kopplat till trauma, är det av vikt att fastställa hjälpbehovet och utforma både förebyggande samt åtgärdande insatser för patientgruppen.

6.4. Kliniska implikationer

Studiens huvudresultat bekräftar tidigare forskning, dvs. att döva och hörselskadade rapporterar mer traumaerfarenhet än hörande. Studien har dock ett litet urval och för stora växlar bör därmed inte dras av enbart denna studie. Samtidigt kan min uppsats bidra med en liten pusselbit till en komplex sjukdomsbild hos en minoritetsgrupp. För yrkesrollen kurator behövs en god kunskap kring patientgruppen för att kunna erbjuda bästa möjliga vård. Förhoppningsvis har min studie därmed kunnat ge ytterligare veta som kan användas i behandlingar avseende döva och hörselskadade psykiatripatienter. Något som skulle kunna förbättras är de nybesöksutredningar som görs på alla nya patienter. En mer gedigen utredning avseende traumaerfarenhet och hur detta har påverkat patienten, hade varit till stor nytta för patientgruppen och behandlaren, inför en framtida behandling. En annan klinisk implikation är behovet av specifik traumabehandling. Fördelaktigt hade varit om personal erbjuds utbildning i någon traumabehandling, t.ex. EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing). Metoden syftar till att hjälpa patienten att först identifiera tankar och känslor kopplat till ett trauma, och sedan ge verktyg hur patienten kan arbeta med dessa känslor och tankar (EMDR Sverige).

Studiens fjärde hypotes om att döva och hörselskadade skulle uppleva vården mer negativt än hörande, bekräftades inte, utan majoriteten av patienterna rapporterade att de upplevde vården som ”bra” till ”utmärkt”. Detta skulle således kunna indikera på att personalen arbetar på ett sätt där patienten känner sig delaktig i sin vård, dvs. ett personcentrerat arbetssätt. T.ex. är patienten delaktig i utformningen av hans vårdplan samt i utvärderingen/uppdateringen i vårdplanen. Studiens resultat indikerar således på att arbetssättet på psykiatriska

mottagningen för döva och hörselskadade i Göteborg, fungerar bra avseende patienternas vårdupplevelse. Som tidigare nämnt finns det dock eventuella risker för felkällor, t.ex. att patienterna inte har svarat helt sanningsenligt på frågorna kring bemötande, vilket bör tas i beaktande. Resultatet bör därmed tolkas med ödmjukhet, således att förbättringsområden alltid existerar samtidigt som studien indikerar på att det nuvarande arbetssättet också fungerar.

I kuratorsrollen består arbetet mycket av patientkontakt där bemötandet har en central roll. Studien kan därmed ge ytterligare belägg för att integrera patienterna i utformning av deras vårdplan och behandling. Även om denna studie har fokuserat på en minoritetsgrupp i vården, uppmuntras kuratorer inom andra områden i vården att inspireras av studien, antingen genom att bedriva vidare forskning eller i utformandet av behandling. Föreliggande studie visar att det finns en tendens att döva och hörselskadade psykiatripatienter som minoritetsgrupp är extra sårbara för psykologisk stress i olika former. I socialt arbete är det vanligt förekommande att arbeta med olika typer av minoritetsgrupper, som likt icke-hörande, är extra utsatta i samhället. Förhoppningsvis kan denna studie därmed bidra till en ökad medvetenhet kring psykisk ohälsa och traumats roll för individer som redan är utsatta i samhället, kanske även för andra minoritetsgrupper inom socialt arbete. En annan förhoppning är att studien kan vara en påminnelse om att det kan finnas kunskapsluckor i forskningsfältet avseende olika minoriteter i samhället, eftersom de kanske inte alltid prioriteras i forskningssammanhang. Utsatta minoritetsgrupper i samhället förtjänar lika god vård som majoritetsbefolkningen, och därför är det extra viktigt med forskning för att kunna erbjuda dem bästa möjliga vård, både preventivt och reparativt. Min förhoppning är således att föreliggande studie kan bidra med en ny kunskaps pusselbit till socialt arbete, både på en teoretisk och praktisk nivå.

7. REFERENSER

Anderberg, U M. 2001. ”Stressrelaterade syndrom – den nya tidens ohälsa” i Läkartidningen nr 51-52/2001, Stockholm, s. 5860-5863.

Arvidsdotter, T., Marklund, B. & Taft, C. 2013. Effects of an integrative treatment, therapeutic acupuncture and conventional treatment in alleviating psychological distress in primary care patients-a pragmatic randomized controlled trial. *BMC complementary and alternative medicine* 13(1).

Austen, S., & Coleman, E. 2004. Controversy in deafness: Animal Farm meets Brave New World. In S. Austen & S. R. Crocker (Eds.), *Deafness in mind: Working psychologically with deaf people across the lifespan* (pp. 3–20). London, UK: Whurr Publishers.

Barron, K. 1999. “Ethics in qualitative social research on marginalized groups” i *Scandinavian Journal of Disability Research* 1(1).

Bastiaens, L. & Galus, J. 2017. The DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure as a Screening Tool. *Psychiatr Q* 88(2): 1-5.

Breivik, J. K. 2007. Døv identitet i endring: Lokale livglobale bevegelser. [Deaf identities in the making; local lives, transnational connections.] Oslo, Norway: Universitetsforlaget.

Bryman, A. 2011. *Samhällsvetenskapliga metoder*. Liber.

Bulik, C. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. 2001. Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 179: 444–449.

Burnash, D. L., Rothman-Marshall, G., & Schenkel, L. S. November 2010. Child maltreatment in deaf college students: An analysis of the prevalence, characteristics, and clinical out-comes. Poster session presented at the 44th Annual Convention, Association for Behavioral and Cognitive Therapies, San Francisco, CA.

Clarke, D. E. & Kuhl, E.A. 2014. DSM-5 cross-cutting symptom measures: a step towards the future of psychiatric care? *World Psychiatry* 13(3): 314-316.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. 1974. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Systems Research*, 19: 1–15.

EMDR Sverige
<http://www.emdr.se/>

Endicott J., Spitzer R.L., Fleiss J.L. & Cohen J. 1976. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33: 766-771.

Etz, K E. & Arroyo, J A. 2015. Small samples research: considerations beyond statistical power. *Prevention Science* 16(7): 1033-6

Evans, CH Jr. & Ildstad ST. 2001. *Small Clinical Trials: Issues and Challenges*. Washington (DC): National Academies Press (US).

Field, A. 2013. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. Sage Publications Ltd.

Föreläsning av Lena Sawyer vid Göteborgs Universitet 17/5/16

Föreläsning av Tobias Davidsson vid Göteborgs Universitet 17/5/16

Gerge, A., Gerge, T. & Sondergaard, H.P. 2006. T.E.C. översatt till svenska. KTC, Stockholm.

Glenngård, A. & Anell, A. 2012. *Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården? Rapport för Myndigheten för vård och omsorgsanalys*. Stockholm.
GPCC - Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet, 2017.
<https://gpcc.gu.se/>

Greenberg, M. T., & Kusché, C. A. 1998. Preventive intervention for school age deaf children: The PATHS curriculum. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 3(1): 49–63.

Hansson, L. 1989. The quality of outpatient psychiatric care: A survey of patient satisfaction in a sectorised care organisation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 3(2): 71-82.

Hörselskadades riksförbund.
<https://hrf.se/>

Jakobsson, U. 2007. Möten och bemötande i hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk tidsskrift* 84(6).

Johansson, H. & Eklund, M. 2003. Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17(4): 339-46.

Johnston-McCabe, P., Levi-Minzi, M., van Hasselt, V. B., & Vanderbeek, A. 2011. Domestic violence and social support in a clinical sample of deaf and hard of hearing women. *Journal of Family Violence*, 26: 63–69.

Jonas, S., Bebbington, P., McManus, S., Meltzer, H., Jenkins, R., Kuipers, E. & Brugha, T. 2011. Sexual abuse and psychiatric disorder in England: Results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Psychological Medicine*, 41: 709–719.

Karlsson, L. 2012. *Psykologins grunder*. 5. uppl. Studentlitteratur AB.

Kvale, S. 2006. "Dominance Through Interviews and Dialogues". *SAGE Journals* 12(3): 480-500.

Körner, S. & Wahlgren, L. 2015. *Statistiska metoder*. Studentlitteratur.

Ladd, P. 2003. *Understanding deaf culture, in search of deafhood*. Clevedon, UK: Multilingual Matters.

Mahoney, K., Bajuk, B., Oei, J., Lui, K. & Abdel-Latif, ME. 2016. Risk of neurodevelopmental impairment for outborn extremely preterm infants in an Australian regional network. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 30(1): 96-102.

Mattisson, C., Bogren, M. & Horstmann, V. 2013. Correspondence between clinical diagnoses of depressive and anxiety disorders and diagnostic screening via the Hopkins Symptom Check List-25 in the Lundby Study. *Nordic Journal of Psychiatry* 67(3), 204-213.

Mills, A J., Durepos, G. & Wiebe, E. 2010. Statistical Generalization. *Encyclopedia of Case Study Research*.

Nationell patientenkät i primärvården. 2010.

<http://npe.skl.se/>

Nationell patientenkät i primärvården. 2014.

<http://npe.skl.se/>

Nijenhuis, E. R., Van der Hart, O., & Kruger, K. 2002. The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Check-list (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 9(3): 200–210.

Pittway, E., Bartolomei, L. & Hugman, R. 2010. “‘Stop Stealing Our Stories’: The Ethics of Research with Vulnerable Groups” i *Journal of Human Rights Practice* 2(2).

Rogers, C. 1961. *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Schild, S., & Dalenberg, C. J. 2012. Trauma exposure and traumatic symptoms in deaf adults. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1): 117–127.

Socialstyrelsen. 2010.

www.socialstyrelsen.se

Sonnby-Borgström, M. 2010. Hög grad av alexitymi kan ge sämre förmåga till kognitiv empati. *Läkartidningen* 22(107).

Specialpedagogiska skolmyndigheten. 2017.

<https://www.spsm.se/>

Sullivan, P. M., & Knutson, J. F. 1998. Maltreatment and behavioral characteristics of youth who are deaf and hard-of-hearing. *Sexuality and Disability* 16(4): 295–319.

Svensson, B. & Hansson, L. 2006. Satisfaction with mental health services. A user participation approach. *Nord J Psychiatry* 60(5): 365-71.

Svensson, F., Fredlund, C., Svedin, C.G., Priebe, G., & Wadsby, M. 2013. Adolescents selling sex: Exposure to abuse, mental health, self-harm behaviour and the need for help and support - a study of a Swedish national sample. *Nordic Journal of Psychiatry* 67(2): 81-88.

Sveriges dövas riksförbund. 2014.

<http://www.sdr.org/>

Sveriges dövas riksförbund. 2016.

<http://www.sdr.org/>

Sveriges Kommuner och Landsting. 2009.

<https://skl.se/>

Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdbarometen. 2011.

<https://skl.se/>

Söderberg P., Tungström, S. & Armelius, B.Å. 2005. Reliability of Global Assessment of Functioning Ratings Made by Clinical Psychiatric Staff. *Psychiatric Services* 56: 434 – 438.

Trost, J. 2012. *Kvalitativa intervjuer*. Studentlitteratur AB.

Van Dijk, T. A. 2005. *Elitdiskurser och institutionell rasism*. i De Los Reyes, P. & Kamali, M. (red.), *Bortom Vi och Dom - Teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering*. Stockholm: SOU 2005:41.

Vetenskapsrådet 2011: God forskningssed. Vetenskapsrådets rapportserie 1:2011.

Wik, A., Balk, M. & Julkunen, I. 2014. Psykisk sjukdom e aldrig enbart ett individuellt problem. Professionella diskuterar familjens och vänners roll i vårdprocessen. FSKC-rapporter 1/2014.

Yaffe, J., Montgomery, O., Hopewell, S. & Shepard, L D. 2012. Empty Reviews: A Description and Consideration of Cochrane Systematic Reviews with No Included Studies. *PLOS ONE: accelerating the publication of peer-reviewed science* 7(5).

Zubin, J. & Spring, B. 1977. Vulnerability: A New View on Schizophrenia *Journal of Abnormal Psychology* 86: 103-126

Zöller, M. E. T., Schütz, E., & Archer, T. 2016. Mood and Impulsiveness in Affective Deaf syndrome. *Journal of Psychiatry and Psychology Research: Well-being, Empowerment and Affective Profiles* 1(1)

Zöller, Madeleine. 2016. *Attributes Modulating Affective Profiles in Psychiatric Patients*. Diss., Göteborgs Universitet.

Øhre, B., Uthus, M. P., von Tetzchner, S., & Falkum, E. 2015. Traumatization in deaf and hard-of-hearing adult psychiatric outpatients. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* 20(3): 296–308.

Östman, M. & Björkman, T. 2014. People living in community with a severe mental illness: utilization and satisfaction with care and support. *Community Mental Health Journal* 50(8): 926-31.

BILAGA 1: Informations- och samtyckesbrev.

Vi vill tillfråga Dig som är patient på Psykiatrimottagning Centrum om Du vill delta i en studie som handlar om **Identitetsutveckling, dövkultur och traumatiska erfarenheter bland döva och hörselskadade patienter inom psykiatrin**

Bakgrund och syfte

Studien görs i ett samarbete mellan Göteborgs Universitet och Sahlgrenska Universitetssjukhuset. I planerad studie vill vi dels öka förståelsen för döva och hörselskadades patienters förhållande till dövsamhället och dels undersöka förekomsten och konsekvenser av traumatiska erfarenheter. Att förbättra den psykiatriska vården för patienter är viktigt för den enskilde. Vi utgår att studien kan bidra till en ökad förståelse för denna patientgrupps behov, samt peka ut ett potentiellt förbättringsområde för sjukvården vad gäller dessa patienter.

Förfrågan om deltagande

Patienter på mottagningen tillfrågas om deltagande.

Hur går studien till?

Du kommer att bli kontaktad per telefon och tillfrågas om att delta i studien. Information om studien kommer då att ges. Om du tackar ja till att delta i studien ber vi dig att besvara frågor från olika skattningsformulär. Eventuellt blir du också tillfrågad om att bli intervjuad under cirka trettio minuters tid.

Vilka är riskerna?

Eftersom studien kommer behandla frågor som är av känslig karaktär med inriktning mot trauma kan du vid behov erbjudas stöd och uppföljande samtal. Intervjuaren kommer att vara uppmärksam på eventuella reaktioner som kan uppkomma till följd av intervjun och kan då erbjuda dig att ta en paus eller att avbryta.

Finns det några fördelar?

Genom att undersöka patientperspektiv kan studien sätta fokus på förändringsmöjligheter för denna patientgrupp. Patientens egen erfarenhet kan bidra till att finna potentiella förbättringsområden för sjukvården.

Hantering av data och sekretess

Utförarstyrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset är ansvarig för behandlingen av personuppgifterna. Enligt Personuppgiftslagen (1998:204) har du rätt att ansöka om information om vilka personuppgifter som behandlas. Personuppgiftsombudet är den person som ansvarar för att dina personuppgifter behandlas på ett lagligt och korrekt sätt. Vid behov kan personuppgiftsombudet hjälpa till så att du kan få information om vad som registrerats och få eventuella rättelser genomförda. Sahlgrenskas personuppgiftsombud är för närvarande

Susan Lindahl. Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Informationssäkerhetsavdelningen, Röda stråket 8, plan 1413 45 Göteborg. Tel 031-343 27 15. Kvalitets- och patientsäkerhetsombud på Psykiatriska kliniken, Affektiva är Pernilla Malmros, Epost: pernilla.malmros@vgregion.se, SMS 0736-254596.

Alla svar behandlas konfidentiellt och hanteras enligt personuppgiftslagen (PUL). Dina svar och dina resultat sparas under 10 år och kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Ljudupptagning av intervjuerna kommer att förvaras i digitalt format samt skrivas ut till text. Utskriven text kommer benämnas "Intervju X" i syfte att tillförsäkra deltagarna konfidentialitet. Kodnyckel för deltagare förvaras inlåst i brandsäkert skåp.

Hur får jag information om studiens resultat?

Gruppsresultat kommer att redovisas på psykiatridagarna 2017. Resultat publiceras också i vetenskapliga publikationer.

Försäkring, ersättning

Den vanliga patientförsäkringen gäller.

Ansvariga

Forskare som är huvudansvarig för genomförandet av studien är Peter Sand, PhD och Enhetschef, Affektiva Kliniken, Psykiatriska mottagningen för döva och hörselskadade, tel 0700-816875. Ansvarig forskare i studien är Madeleine Zöller, Specialistläkare, PhD, Psykiatriska mottagningen för döva och hörselskadade, Psykiatri Affektiva, Stora Nygatan 171/2, 411 08 Göteborg.

Frivillighet

Deltagandet i forskningsprojektet är frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att behöva ge någon förklaring. Du kan ta tillbaka ditt samtycke om deltagande i studien och om du väljer att göra detta så kommer inte innehållet i din vård och behandling att påverkas.

Samtyckesformulär

Undertecknad har fått information om undersökningen ”**Identitetsutveckling, dövkultur och traumatiska erfarenheter bland döva och hörselskadade patienter inom psykiatri**”.

Jag lämnar frivilligt samtycke till att delta i undersökningen och vet att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande när jag önskar. Jag har fått tillfälle att ställa frågor och fått dem besvarade.

Plats.....

Datum.....

Namn.....

Ansvarig forskare Madeleine Zöller, Överläkare

Plats.....

Datum.....

Namn.....

BILAGA 2: Enkäten

Tack för att ni tar er tid att besvara dessa frågor!

Syftet med denna studie är att undersöka förekomsten av trauma hos personer med dövhet eller hörselskada och relationen mellan trauma och psykisk ohälsa i vuxen ålder.

Resultaten kommer att användas i syfte till att utveckla vårdplaner för psykiatriska mottagningen för döva och hörselskadade.

Sahlgrenska
Universitetssjukhuset
Område 2, Psykiatri Affektiva



Namn:.....

Nr:_____

Här kommer några frågor med anknytning till Din hälsa. Sätt ett kryss i den ruta som stämmer in just på Dig.

1. Kön?

- Man
- Kvinna

2. Hur gammal är Du?

_____år

3. Är du döv eller hörselskadad?

- Döv
- Hörselskadad

4. Ålder vid diagnos av dövhet/hörselskada?

_____år

5. Orsak till dövhet

- Vet inte
- Orsaken är _____

6. Har du tinnitus?

- Vänster sida
- Höger sida
- Båda sidorna

7. Dina föräldrars hörsel

- Ingen döv förälder
- En förälder döv
- Båda föräldrar döva

8. Hur många syskon har du?

_____st

9. Dina syskons hörsel

- Inget dövt syskon
- Ett dövt syskon
- Mer än ett dövt syskon

10. Dina övriga släktingars hörsel

- Ingen döv
- En döv
- Fler än en döv

11. Hur kommunicerar ni i din familj?

- Tal, skrift och/eller gester
- Lite teckenspråk
- Flytande teckenspråk
- Vet inte

12. Är Du:

- Ensamboende
- Samboende

13. Hur många barn ingår i Ditt hushåll?

- Inga barn
- ___ Antal barn under 18 år

14. Hur många års utbildning har Du efter grundskola?

___ år

15. Hur många cigaretter röker Du per dag?

___ st

16. Hur mycket alkohol dricker Du per vecka?

- ___ antal burkar mellanöl
- ___ antal burkar starköl
- ___ st glas vin
- ___ cl stark sprit

17. Hur ofta har Du, under det senaste året, upplevt värk/smärta i nacke, axlar, armar, mage eller huvud?

- Aldrig
- 1 gång/månad
- 1 gång/vecka
- 2-3 ggr/vecka
- Varje dag/natt

18. Hur ofta har Du, under det senaste året, haft sömnproblem?

- Aldrig
- 1 gång/månad
- 1 gång/vecka
- 2-3 ggr/vecka
- Varje natt

19. Hur ofta är Du fysisk aktiv, tex en halv timmes snabb promenad?

- Aldrig
- Någon gång per månad
- 1 gång/vecka
- 2-3 ggr/vecka
- 4 ggr/vecka eller fler

20. Hur ofta tittar Du på TV?

- Mer än 3 timmar/dag
- 2-3 timmar/dag
- 1-2 timmar/dag
- Mindre än 1 timma/dag

21. Hur stor del av din vardag är stillasittande?

1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 1 0

Inget

stillasittande
arbete

Helt

stillasittande
arbete

22. Hur bedömer Du ditt allmänna hälsotillstånd?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dåligt
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt

23. Äter Du någon ordinerad medicin mot smärta?

- Aldrig
- 1 gång/månad
- 1 gång/vecka
- 2-3 ggr/vecka
- Varje dag

24. Tar du receptfri medicin som alvedon/magnecyl?

- Vilken sort? _____
- Varför tar du den? _____
- Hur ofta? _____

25. Äter Du någon ordinerad medicin för att må psykiskt bättre?

- Aldrig
- 1 gång/månad
- 1 gång/vecka
- 2-3 ggr/vecka
- Varje dag

26: Längd: cm

27: Vikt: kg

28: Midjemått: cm

DSM-5 Självsfattning av aktuella symtom.

Namn:

Pnr:

Datum:

Dessa frågor handlar om hur mycket – eller hur ofta – du haft besvär. Ringa in en (1) siffra som svar.

	Hur mycket (eller hur ofta) har du besvärats av följande problem under de senaste två (2) veckorna?	Inget Inte alls	Obetydligt Sällan, högst 1-2 dagar	Lite Flera dagar	En hel del Mer än hälften av dagarna	Mycket Nästan varje dag	Högsta skattning (fills i av behandlaren)
I.	1) Haft väldigt lite intresse eller glädje av att göra saker och ting?	0	1	2	3	4	
	2) Känt dig nere, deprimerad eller hopplös till sinnes?	0	1	2	3	4	
II.	3) Känt dig mer irriterad, sur eller arg än vanligt?	0	1	2	3	4	
III.	4) Sovit mindre än vanligt, men ändå känt dig full av energi?	0	1	2	3	4	
	5) Startat många fler projekt än vanligt eller gjort fler riskfyllda saker än vanligt?	0	1	2	3	4	
IV.	6) Känt dig nervös, ängslig, rädd, orolig eller på helspänn?	0	1	2	3	4	
	7) Haft panikkänslor eller känt dig skräckslagen?	0	1	2	3	4	
	8) Undvikit situationer som oroat dig?	0	1	2	3	4	
V.	9) Haft värk och ont utan tydlig orsak (t ex ont i huvudet, ryggen, lederna, magen, benen)?	0	1	2	3	4	
	10) Känt att dina besvär inte tagits tillräckligt mycket på allvar?	0	1	2	3	4	
VI.	11) Haft tankar på att skada dig själv?	0	1	2	3	4	
VII.	12) Hört sådant som andra inte kunde höra, som t ex röster utan att det fanns någon annan där?	0	1	2	3	4	
	13) Känt det som om någon annan kunde höra dina tankar, eller att du själv kunde höra vad någon annan tänkte?	0	1	2	3	4	
VIII.	14) Sömnproblem av något slag?	0	1	2	3	4	
IX.	15) Problem med minnet (t ex att lära in något nytt) eller med orienteringen (t ex att hitta hem)?	0	1	2	3	4	
X.	16) Problem med obehagliga tankar, impulser eller bilder som gång på gång dyker upp i sinnet?	0	1	2	3	4	
	17) Känt dig manad att upprepa vissa beteenden eller tankar om och om igen?	0	1	2	3	4	

OBS! Var god vänd och fyll i andra sidan

Copyright © 2013 American Psychiatric Association. Svensk ensamrätt Pilgrim Press AB.
Svensk översättning: Jörgen Herlofson. Får kopieras fritt för bruk i forskning och klinisk patientverksamhet.

DSM-5 Självsfattning av aktuella symtom.

Namn:

Pnr:

Datum:

Dessa frågor handlar om hur mycket – eller hur ofta – du haft besvär. Ringa in en (1) siffra som svar.

	Hur mycket (eller hur ofta) har du besvärats av följande problem under de senaste två (2) veckorna?	Inget Inte alls	Obetydligt Sällan, högst 1-2 dagar	Lite Flera dagar	En hel del Mer än hälften av dagarna	Mycket Nästan varje dag	Högsta skattning (fylls i av behandlaren)
XI	18) Känt dig bortkopplad eller fjärran från dig själv, din kropp, din omgivning eller din egen livshistoria?	0	1	2	3	4	
XII	19) Inte vetat vem du egentligen är eller vad du vill ha ut av livet?	0	1	2	3	4	
	20) Inte kunnat känna närhet till andra, eller inte kunnat glädja dig åt dina relationer till andra?	0	1	2	3	4	
XIII	21) Druckit minst 4 glas alkohol under en och samma dag? (1 glas = 50 cl folköl, 33cl starköl, 1 glas vin, 1 litet glas starkvin eller 4 cl sprit)	0	1	2	3	4	
	22) Rökt cigaretter, cigarr, pipa, eller snusat eller använt tuggtobak?	0	1	2	3	4	
	23) Använt något av följande preparat PÅ EGET INITIATIV (dvs utan läkarordination, i större mängd eller under längre tid än föreskrivet), t.ex. värktabletter, stimulantia, sömmedel eller lugnande medel, eller tagit någon olaglig drog?	0	1	2	3	4	

Copyright © 2013 American Psychiatric Association. Svensk ensamrätt Pilgrim Press AB.

Svensk översättning: Jörgen Herlofson. Får kopieras fritt för bruk i forskning och klinisk patientverksamhet.

Här följer tillägsfrågor om påfrestningar du kan ha utsatts för som kan ha betydelse för ditt mående.

Har du under det senaste året varit utsatt för någon av följande påfrestningar?	Ingen/ inget	Obetydlig/ obetydligt	Måttlig/ måttligt	Stor/ stort	Mycket stor/ mycket stort	Högsta skattning (fylls i av behandlaren)
24) Belastning (t.ex. hög arbetsbelastning, många åtaganden i privatlivet, tagit ansvar för många problem på jobbet eller bland dina närstående)	0	1	2	3	4	
25) Allvarligt psykiskt eller fysiskt trauma (t.ex. blivit överfallen, bevittnat något hemskt, varit med om en naturkatastrof, råkat ut för en allvarlig olyckshändelse, utsatts för svår arbetsplatsmobbing)	0	1	2	3	4	
26) Svår personlig förlust (t.ex. närståendes dödsfall, blivit av med jobbet, gått i konkurs, genomgått skilsmässa, misslyckats med något mycket viktigt, drabbats av allvarlig sjukdom)	0	1	2	3	4	

HSCL-25

Kod: _____

Personnr/kön: _____

Datum: _____

Namn: _____

Här nedan följer en lista med problem som människor ibland kan ha. Kryssa för det svar som bäst stämmer med hur mycket besvär du har haft med just det problemet den senaste veckan.

	Inte alls	Lite grann	Ganska mycket	Extremt mycket
1. Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Skakningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Svimmingskänsla, yrsel eller matthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nervositet eller inre oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Plötslig rädsla utan anledning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Rädsla och ängslighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hjärtklappning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Känsla av spänning eller stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ångest eller panikattacker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Rastlös, kan inte sitta still	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Orkeslös, långsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Läger skulden på dig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nära till gråt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tankar på att ta ditt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dålig aptit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Svårt att somna eller sover dåligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Känsla av hopplöshet inför framtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Nedstämdhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Känsla av ensamhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tappat sexuellt intresse eller njutning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Känsla av att vara snärjd eller fångad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Bekymrar dig för mycket för saker och ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Brist på intresse för saker och ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Känsla av att allt är jobbigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Känsla av att vara värdelös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T. E. C.

Människor kan uppleva många olika traumatiska upplevelser under sitt liv. Vi skulle vilja veta tre saker: 1) om du har upplevt någon av de 29 följande händelserna, 2) hur gammal du var när de inträffade, och 3) hur stor påverkan dessa upplevelser hade på dig.

A) I den *första kolumnen* (dvs., Hände detta dig?), ange ifall du har varit med om var och en av de 29 upplevelserna genom att ringa in JA eller NEJ.

B) För varje upplevelse där du har ringat in JA, skriv i *den andra kolumnen* (dvs., Ålder) hur gammal du var när det hände.

Om det hände mer än en gång skriv hur gammal du var ALLA gånger när detta hände dig. [lista alla åldrar då det hände]

Om det hände under flera års tid (till exempel, från 7-12), skriv åldersspannet (det vill säga, 7-12).

C) I den *sista kolumnen* (det vill säga, hur stor påverkan hade detta på dig?), ange PÅVERKAN (genom att ringa in passande siffra): 1, 2, 3, 4 eller 5.

- 1= ingen
- 2= lite grann
- 3= medelstor
- 4= ganska stor
- 5= väldigt stor

Exempel:

	Hände detta dig?	Ålder	Hur stor påverkan hade detta på dig?
Du blev retad	nej ja	.....	1 2 3 4 5

Tack för din medhjälp.

	Hände detta dig?	Ålder	Hur stor påverkan hade detta på dig?
1. Vara tvungen att ta hand om dina föräldrar och/eller syskon när du var barn.	nej ja	.....	1 2 3 4 5
2. Familjeproblem (tex förälder med alkoholproblem eller psykiska problem, fattigdom).	nej ja	.....	1 2 3 4 5
3. Förlust av familjemedlem (bror, syster, förälder) när du var BARN.	nej ja	.....	1 2 3 4 5
4. Förlust av familjemedlem (barn eller partner) när du var VUXEN.	nej ja	.....	1 2 3 4 5
5. Allvarlig kroppsskada (t. ex. förlust av kroppsdel, lem-lästning, brännsår).	nej ja	.....	1 2 3 4 5
6. Livshotande sjukdom, operation eller olycka.	nej ja	.....	1 2 3 4 5
7. Dina föräldrars skilsmässa.	nej ja	.....	1 2 3 4 5
8. Din egen skilsmässa.	nej ja	.....	1 2 3 4 5
9. Hot mot livet från en annan person (t. ex. i samband med ett brott).	nej ja	.....	1 2 3 4 5
10. Stark smärta (t. ex. i samband med skada eller operation.)	nej ja	.....	1 2 3 4 5

© Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden Assen-Amsterdam-Leuven
Översatt till svenska 2006, Gerge, A., Gerge, T. & Sondergaard, H.P., KTC, Stockholm

	Hände detta dig?	Ålder	Hur stor påverkan hade detta på dig?
11. Krigsupplevelser (t. ex. att vara fängslad, att förlora släktingar, bli berövad allt, skada.	nej ja	.....	1 2 3 4 5
12. Andra generationens krigsoffer (föräldrar eller nära släktingar med krigsupplevelser).	nej ja	.....	1 2 3 4 5
13. Att vara vittne till när andra genomlider något traumatiskt.	nej ja	.....	1 2 3 4 5
14. Att bli känslomässigt försummad (t ex. att bli lämnad ensam, otillräcklig omsorg) av föräldrar eller syskon.	nej ja	.....	1 2 3 4 5
15. Att bli känslomässigt försummad av mer avlägsna familjemedlemmar (t. ex. farbröder, morbröder, mosttrar, fastrar, brorsbarn och systerbarn, mor-eller farföräldrar.)	nej ja	.....	1 2 3 4 5
16. Att bli känslomässigt försummad av personer utanför familjen (t. ex. grannar, vänner, styvföräldrar, lärare).	nej ja	.....	1 2 3 4 5
17. Känslomässig misshandel (t. ex. att bli illa behandlad, bli retad, bli kallad öknamn, bli verbalt hotad, eller orättvist bestraffad) av föräldrar eller syskon.	nej ja	.....	1 2 3 4 5

© Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden Assen-Amsterdam-Leuven
Översatt till svenska 2006, Gerge, A., Gerge, T. & Sondergaard, H.P., KTC, Stockholm

	Hände detta dig?	Ålder	Hur stor påverkan hade detta på dig?
18. Känslomässig misshandel av mer avlägsna familjemedlemmar.	nej ja	.....	1 2 3 4 5
19. Känslomässig misshandel av personer utanför familjen.	nej ja	.....	1 2 3 4 5
20. Fysisk misshandel (t. ex. att bli slagen, torterad eller skadad) av föräldrar eller syskon.	nej ja	.....	1 2 3 4 5
21. Fysisk misshandel av mer avlägsna medlemmar av familjen.	nej ja	.....	1 2 3 4 5
22. Fysisk misshandel av personer utanför familjen.	nej ja	.....	1 2 3 4 5
23. Bisarr bestraffning, om detta stämmer in, var vänlig beskriv:	nej ja	.....	1 2 3 4 5
24. Sexuella trakasserier (handlingar av sexuell natur som INTE involverar kroppskontakt) av föräldrar eller syskon.	nej ja	.....	1 2 3 4 5
25. Sexuella trakasserier av mer avlägsna familjemedlemmar.	nej ja	.....	1 2 3 4 5

	Hände detta dig?	Ålder	Hur stor påverkan hade detta på dig?
26. Sexuella trakasserier av personer utanför familjen.	nej ja	.....	1 2 3 4 5
27. Sexuella övergrepp (oönskade sexuella handlingar som inkluderar kroppskontakt) av föräldrar eller syskon.	nej ja	.....	1 2 3 4 5
28. Sexuella övergrepp av mer avlägsna familjemedlemmar.	nej ja	.....	1 2 3 4 5
29. Sexuella övergrepp av personer utanför familjen.	nej ja	.....	1 2 3 4 5

30. Om du blev felbehandlad eller utnyttjad, hur många människor utsatte dig för detta?

A) Känslomässig försummelse (om du svarade JA på någon av frågorna 14-19).
Antal personer:.....

B) Fysisk misshandel (om du svarade JA på någon av frågorna 20-23).
Antal personer:.....

C) Sexuella trakasserier (om du svarade JA på någon av frågorna 24-26).
Antal personer:.....

D) Sexuella övergrepp (om du svarade JA på någon av frågorna 27-29).
Antal personer:.....

31. Var vänlig beskriv din relation till alla personer du nämnt i svaret på fråga 30 (till exempel, pappa, bror, vän, lärare, främling, osv.), och lägg till om personen (personerna) var minst fyra år äldre än du vid den tidpunkt då du hade upplevelsen (upplevelserna). Till exempel, skriv "vän (-)" om den här vännen var mindre än fyra år äldre än du. Skriv "farbror/morbror (+)" om den här farbrodern eller morbrodern var mer än 4 år äldre än du.

A) Känslomässig försummelse.....

B) Känslomässig misshandel.....

C) Fysisk misshandel.....

© Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden Assen-Amsterdam-Leuven
Översatt till svenska 2006, Gerge, A., Gerge, T. & Sondergaard, H.P., KTC, Stockholm

D) Sexuella trakasserier.....
.....

E) Sexuella övergrepp.....
.....

32. Var vänlig beskriv eventuella ANDRA traumatiska upplevelser som har haft inflytande på dig.

.....
.....
.....

33. Om du har svarat JA på någon av frågorna 1-29, hur mycket stöd fick du efteråt? (ange numret på frågan och graden av stöd)

Numret på frågan	Grad av stöd (0= ingen, 1= liten, 2= stor)
.....
.....
.....
.....
.....

Frågorna handlar om din upplevelse av din pågående vård/ behandling.

Kryssa i den ruta du tycker stämmer bäst.

1. Känner du att du blir bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?

Svarsalternativ:

- Ja, helt och hållet
- Delvis
- Nej

2. Fick/får du information om din diagnos eller förklaring till dina besvär på ett sätt som du förstod?

Svarsalternativ:

- Ja, helt och hållet
- Delvis
- Nej
- Jag behövde ingen information
- Jag hade en diagnos sedan tidigare

3. Känner du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskar?

Svarsalternativ:

- Ja, helt och hållet
- Delvis
- Nej

4. Hur värderar du som helhet den vård/ behandling du får?

Svarsalternativ:

- Utmärkt
- Mycket bra
- Bra
- Någorlunda
- Dålig