

ÖREBRO UNIVERSITET

Institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete

Socialt arbete som vetenskapsområde och forskningsfält, 30 högskolepoäng

D-uppsats, 15 högskolepoäng

Vt 2013

Sorgbearbetning

En longitudinell interventionsstudie av metoden Sorgbearbetning

Nils Rygaard
Handledare: Pia Aronsson
Daniel Lindberg

If you are not working with the emotions, you aren't where the action is.

Aaron T. Beck

Sorgbearbetning - En longitudinell interventionsstudie av metoden Sorgbearbetning
Rygaard, Nils
Örebro universitet
Institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete
Socialt arbete som vetenskapsområde och forskningsfält, 30 högskolepoäng
D-uppsats, 15 högskolepoäng
Vt 2013

Sammanfattning

Sorg är en företeelse som drabbar oss alla i livet och sorgreaktioner kan leda till stort personligt lidande. Frekvent förekommande reaktionerna på sorg är depression och ångest. Olika sorgebehandlingsmetoder finns, men evidens saknas för metodernas styrkor och svagheter. Syftet med studien är att undersöka eventuella förändringar i patienternas sorg, allmänna mående, graden av depression och ångestnivå före och efter interventionen med metoden **Sorgbearbetning**. Frågeställningarna berör faktorer i interventionen som kan påvisas generativa i sorgbearbetning. I undersökningen operationaliserades psykisk ohälsa med Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) och General Health Questionnaire (GHQ-12). Enkätsvaren analyserades med statistikprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). 95 procent av patienterna som ingick i studien visade på förbättrad psykisk hälsa efter sex månader. Studien visar att resultaten kvarstår över tid. Resultaten visar även en komplexitet i hur sorgeutvecklingen ser ut hos patienterna och svårigheten att på förhand bestämma hur en patients sorgereaktion och utveckling kommer te sig. En svaghet med studien är att den saknar en kontrollgrupp vilket påverkar studiens trovärdighet, därför används skuggkontroll istället. Andra svagheter i studien som påverkar resultatets generalisering är bortfall och att studien baseras på en population om max 34 deltagare och att resultaten därför bör tolkas med försiktighet.

Nyckelord: Sorg, sorgbearbetning, sorgereaktioner, ångest, depression.

Grief Recovery - A longitudinal intervention study of the method Grief Recovery
Rygaard, Nils
Örebro University
School of Law, Psychology and Social work
Social Work as Science and Research Fields, Second Level
D-essay, 15 points
Spring term 2013

Abstract

Grief is a phenomenon that affects us all and grief reactions can lead to great personal suffering. Frequent reactions to grief are depression and anxiety. Various grief treatment methods do exist, but scientific evidence for effectiveness are lacking. The aim of this research is to study changes of patient's grief, general wellbeing, level of depression and anxiety before and after the intervention of the method *Sorgbearbetning* (Grief recovery). These questions concern factors during the intervention that can be demonstrated generative in grief recovery. Mental illness were screened by Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) and General Health Questionnaire (GHQ-12). Survey responses were analyzed using SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). 95 percent of the patients showed improved mental health after six months. The study shows that the results persist over time. The results show a complexity in grief development and visualize the difficulty to decide in advance how patient's grief reaction and development will appear. A weakness is the absence of a control group which affects the credibility of this research, therefore a shadow control were used. Another weakness is the falling off by patients and the population of maximum 34 participants, the results should therefore be interpreted with caution.

Keyword: Grief, grief recovery, grief reactions, anxiety, depression.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	1
Inledning.....	1
Förförståelse	2
Syfte och frågeställningar.....	3
Definition av sorg.....	4
2. TIDIGARE FORSKNING OM SORG	6
Forskning om sorg.....	6
Sorgreaktioner	7
Forskning om metoden Sorgbearbetning	8
3. VETENSKAPLIGA UTGÅNGSPUNKTER	11
Kritisk realism	11
Interaktions- och emotionsteori.....	11
Programteori.....	13
Påverkande faktorer.....	16
4. METOD.....	18
Metodval.....	18
Urval.....	20
Genomförande av studien.....	21
Självskattningsverktyg	22
Kontrollgrupp, jämförelsegrupp och skuggkontroll.....	22
Statistik, evidens, reliabilitet och validitet	24
Bortfall.....	25
Etiska överväganden.....	25
5. RESULTAT	27
Aggregerad nivå	28
Individuell nivå.....	31
De öppna frågorna	34
Några exempel.....	36
6. ANALYS.....	39
Påverkande faktorer, mätbara inom interventionen	39
Sammanfattning påverkande faktorer	42
7. DISKUSSION	47
Resultaten	47
Sammanfattning.....	51
Metoddiskussion.....	51
Förslag till vidare forskning	52
REFERENSER.....	54
BILAGA 1 Beskrivning av metoden Sorgbearbetning	
BILAGA 2 Patientsvar på de öppna frågorna	
BILAGA 3 Självskattningsformulären GHQ-12 och HAD	
BILAGA 4 Mejlförfrågan till James W. Pennebaker.....	

1. INLEDNING

Inledning

Sorg är en naturlig del av livet som drabbar oss alla i olika skepnader. Den kommer i form av förluster som dödsfall av närstående personer och djur, flytt, separationer och skilsmässor för att nämna några exempel. Förluster eller oönskade negativa händelser som förändrar ett välbekant livsmönster kan skapa sorgereaktioner, en känslomässig smärta som påverkar, begränsar och styr möjligheterna till att finna lycka och välmående. Altmaier (2011) beskriver de tänkbara förödande konsekvenserna av förluster. ”However common it may be, loss causes significant individual grieving, which in turn can impair emotional, cognitive, and behavioral functioning.” Vanliga sorgreaktioner är att uppleva håglöshet, energiförlust, koncentrationssvårigheter, nedstämdhet och ångest. I kurativa samtal med patienter har flertalet upplevt att de tror att det är något fel på dem, att de är sjuka, när de drabbats av en naturlig sorgereaktion. Patienter har berättat för mig att läkaren sjukskriver dem och de får antidepressiv medicin men upplever sig inte få någon egentlig hjälp.

Denna studie är avsedd att utgöra praktisk forskning. Dellgran och Höjer (2003) tar upp att det saknas praktisk forskning inom socialt arbete. Jag ser socialt arbete som en praktik, ett undervisningsämne och som en vetenskap. Som kurator befinner jag mig i det sociala arbetets praktik. Att jag genomför denna studie är dels utifrån evidensdebatten men även för att jag arbetar inom det medicinska paradigmet där evidensbaserad medicin är etablerat. I socialt arbete befinner sig kuratorn inom den psykosociala diskursen. Ett område som berör både det sociala sammanhanget och det psykiska måendet. Sorg kan lätt betraktas som en isolerad händelse, en diagnos (DMS-IV), men jag vill anföra tanken att det även är ett samhällsfenomen. Sorg kan innefatta, vilket denna studie visar, mycket mer händelser än bara dödsfall. Dessa händelser eller förluster kan ha stor påverkan på de sörjandes hela livssituation, det vill säga det egna måendet, familjen, det sociala livet, arbetslivet och samhällsintegrationen. I Rönmark (1999:8) framgår hur sorgen har större konsekvenser än bara för individen, även om det inte är syftet med hans avhandling. Då sörjande blir dysfunktionella på grund av sina sorgereaktioner så drabbar det samhället, då kuggar i det samhälleliga maskineriet inte längre fungerar som avsett och kostnader inom sjukförsäkringen ökar på grund av psykisk ohälsa genererad av sorg.

Sorgereaktioner kan bli komplicerade när sorgen förblir obearbetad över lång tid, när flera förluster inträffar samtidigt eller när nya förluster inträffar innan bearbetning av tidigare sorg är klar. Ett vanligt beteende är att förtränga sorgen och smärtan och gå vidare. Sorger ackumuleras lätt och blir då mer svårbearbetade och sorgereaktionerna kan bli än kraftigare. Forskning har påvisat att tillbakahållna känslor och obearbetad sorg kan påverka både vår fysiska och psykiska hälsa negativt, vilket hämmar individer, i familjelivet, i arbetslivet och i sociala sammanhang (Pennebaker, 1997, Walter och McCoyd, 2009).

En svårighet är att finna vetenskapliga bevis för att behandlingsmetodernas effekt, så kallad evidens, eller vad som genererar effekten. Eriksson och Jarl (2010) nämner tre studier av behandlingsmetoder som ” har gett en signifikant förbättring men det finns inget i studierna som tar upp vad det är som ger denna effekt” (ibid. s. 5). Det finns en mängd olika metoder i sorgehantering som innefattar behandlings- och stödgrupper, individuell behandling och familjebehandling, alla grundande på olika teorier (Nolen-Hoeksema & Larson, 1999, Isaksson, 2001). Altmaier (2011) försöker besvara frågan om vilken behandling som är bäst och kommer fram till att det beror dels på definitionen med bäst, det vill säga vad man avser och dels om metoden ens går att bevisa effektiv på grund av en mängd påverkande faktorer.

En metod att hjälpa sörjande med är Sorgbearbetning som har sin teoretiska grund i vikten av att uttrycka sin sorg känslomässigt och att sorg har sin grund i interaktioner, eller relationer. Denna metod är något som jag personligen arbetat med som professionell kurator inom primärvården under senaste åren. På liknande sätt som med merparten behandlingsmetoder saknas det även evidens för denna metods effekter på kort och lång sikt. Metodens anspråk på effekt, det vill säga att om metoden följs ge läkning och låta individen finna lycka igen, samt en tydlig struktur gör denna metod intressant och lämplig att studera.

Människor i sorg är en av primärvårdskuratorns normala patientgrupper och jag utbildades i metoden Sorgbearbetning sommaren 2011. Metoden Sorgbearbetning är ett strukturerat och manualbaserat program framtaget för att hjälpa sörjande att hantera och bearbeta den känslomässiga smärtan och lösa de oönskade sorgreaktioner som uppstår vid sorg eller vid förluster. Metoden har sitt ursprung vid The Grief Recovery Institute i USA och det finns institut för sorgbearbetning i Kanada, Sverige, England och nu senast Mexiko, och metoden sprids vartefter kurslitteraturen översätts till fler språk (The Grief REcovery Institute, u.å.).

Problemområdet kan vidare beskrivas på följande sätt, Sorgbearbetning är en behandlingsmetod som fått allt större spridning inom socialt arbete i Nord- och Sydamerika samt i Europa. Användningen av behandlingsmetoder som saknar vetenskaplig evidens kan vara minst sagt problematiskt. Studier visar att insatser trots goda intentioner visar dåliga resultat (Altmaier, 2011). Mot denna bakgrund är det därför intressant att studera Sorgbearbetning mer systematiskt. Patienterna som genomgick programmet upplevde ett bättre mående samt beskrev att de fick sin sorg bearbetad. Denna subjektiva upplevelse räckte inte som kvalitetsunderlag för att bedriva metoden. Om metoden skulle tillämpas inom primärvården behövde mer vedertagna bedömningsverktyg användas och behovet av en utvärdering aktualiserades.

Förförståelse

Förkunskap har en viktig roll i all forskning för att utan kunskap om ämnet saknas även kunskap om vad som ska studeras, vilken kunskap som eftersöks eller hur man ska få kunskapen. Denna förkunskap är förutsättningar för våra observationer och bestämmer vad som är förståeligt och oförståeligt. Hans-Georg Gadamer (Gilje och Grimen, 2007) kallade detta för förförståelse. Gilje och Grimen (2007) förklarar på vilket sätt förförståelse är ett nödvändigt villkor för förståelse:

När vi ska tolka en text eller ett annat meningsfullt fenomen måste vi börja med vissa idéer om vad vi ska se efter. Utan sådana idéer skulle våra undersökningar inte ha någon *riktning*. Vi skulle inte kunna veta *vad* vi ska rikta vår uppmärksamhet mot. (s. 179)

Fangen (Fangen och Dellerberg, 2011) säger att

Det är omöjligt att gå in på ett fält utan någon förkunskap över huvud taget, som vore det ett tabula rasa. Poängen bör därför vara att klargöra vad ens förkunskap består i, snarare än att tro att man helt saknar en sådan. (s. 43).

Interventioner och fenomen kan alltså inte observeras förutsättningslöst eller objektivt, utan föregås av någon slags kunskap. Gilje och Grimen (2007) hävdar att det är teorin och våra förväntningar som ger oss kunskap om vad som är viktigt och relevant i forskningen, att teorin styr vilka observationer som behöver göras och vart vi ska rikta uppmärksamheten. Popper (Gilje och Grimen, 2007) hävdar att alla observationer är teoriimpregnerade, innehåller ett teoretiskt antagande och förförståelse, när han säger att ”En observation är alltid selektiv. Den

kräver ett urval av objekt, en bestämd uppgift, ett intresse, ett perspektiv, ett problem.” (Gilje och Grimen, s. 87)

Popper talar om en förväntningshorisont, en slags referensram, som innehåller våra förväntningar, teorier, hypoteser och all vår kunskap som förkommer forskningen. Förväntningshorisonten kan vara omedveten eller medveten, men alla har den. Sedan kan de nya observationerna befästa eller undergräva en given förväntningshorisont.

Vid förståelse av det som undersöks görs detta utifrån en viss kunskap. Observationer kan inte göras av fenomen vi inte vet eller förstår något om, det finns en kunskap om ämnet redan innan vi börjar observera enligt Gadamer och Popper (Gilje och Grimen, 2007).

Fangen menar att förkunskapen är en källa till information som forskaren har nytta av bland annat genom att kunna ställa relevanta frågor etc. Men, varnar hon, att för mycket kunskap kan göra att man låser in sig vid vissa föreställningar och eventuella fördomar, och tappar sin upptäckarförmåga. Förkunskapen ska hjälpa till att upptäcka vad fältet vill berätta och ge öppenhet för ny kunskap. ”Det betyder dock inte att man måste vara neutral inför det man ser och hör, och inte heller att man ska utplåna sig själv.” (Fangen och Dellerberg, 2001, s. 44)

Min förförståelse eller förväntningshorisont grundar sig i att jag i mitt yrke är utbildad socio-nom och mött barn och vuxna i sorg eller med sorgreaktioner, vilket skapat ett intresse för ämnet. Jag är utbildad i metoden Sorgbearbetning, genomför kurser i metoden och dagligen möter patienter med denna problematik, vilket har lagt grunden till intresset för denna studie. Min förförståelse och mitt arbete med sorgbearbetning kan såklart riskera att påverka min tolkning av resultaten och min opartiskhet i studien. Jag förväntar mig ett resultat då jag sett patienternas förändringar, och jag är medveten om min subjektivitet och förhåller mig till den i studien för att minimera riskerna med att bara leta positiva resultat.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka om metoden Sorgbearbetning ger någon effekt i utfall, om patienterna upplever läkning i sin sorg. Ytterligare ett syfte är att undersöka om det skett någon förändring av sorgepatienters allmänna mående, graden av depression och ångestnivå före, tre veckor, sex månader och ett år efter insats. Studien omfattar patienter som sökt vård vid en vårdcentral i en medelstor kommun i Sverige. För att besvara studiens syfte har följande frågeställningar utformats.

- Hur ter sig den initiala problematiken avseende allmänt mående, grad av depression och ångestnivå både på individ- och gruppnivå?
- Hur ter sig den initiala problematiken avseende allmänt mående, grad av depression och ångestnivå efter tre veckor, sex månader och ett år både på individ- och gruppnivå?
- Om förändring sker, vilka faktorer i interventionen kan påvisas generativa för att hjälpa patienterna i sorg med eventuell därpå följande dålig psykisk ohälsa?
- Kvarstår förändring över tid, till exempel efter sex månader?

Definition av sorg

Det finns idag olika sätt att beskriva och urskilja olika typer av sorg samt en mängd olika definitioner på olika slags sorg av Shear och Shair, Prigerson, Horowitz (i Kristjanson et al 2006), Grimby och Johansson (2005), James et al 2007, Svensk Ordlista 1986. Denna studies förståelse för sorg grundas även på följande tre begrepp.

Enkel sorg: Endast en förlust som är förknippad med endast en relation, till exempel *en* skilsmässa eller *ett* dödsfall.

Komplex sorg: En förlust som innefattar en händelse eller situation med *många* olika inblandade personer, relationer och händelser, till exempel mobbning eller en missbruksperiod.

Multipel eller multipla sorger: *Flera* förluster ackumulerade plötsligt eller över tid. Kan vara *flera* enkla sorger och/eller *flera* komplexa sorger samtidigt. Kübler–Ross och Kessler (2007) tar upp multipla förluster, men förhåller sig bara till förlusten dödsfall, antingen dör flera personer samtidigt eller ytterligare en person som dör innan individen sörjt det första dödsfallet. Men de påtalar att problemen blir mycket större, chocken håller i sig längre och sorgkänslorna är starkare och i vassa fall är det svårt för individen att veta vem eller vad hon sörjer. ”The losses all naturally meld together on their own.” (ibid, s. 172).

Definitionen av sorg som används i denna studie inbegriper normal sorg¹, komplicerad sorg och andra definitioner av sorg. Begreppen enkel, komplex och multipel sorg innefattas i definitionen av sorg i denna studie. Ingen särskiljning eller indelning av patienterna sorg har gjorts med hänseende olika typer av sorg utan populationen är olika sorger, normal sorg och komplicerad sorg. Vad som framgår i studien är dock att majoriteten av patienterna uppvisar komplicerad sorg. I studien är orsaken till sorgen mer styrande i definitionen än vilken typ av sorg det är, det vill säga hur själva förlusten/händelsen ser ut är viktigast, då metoden Sorgbearbetning gör anspråk på att hjälpa oavsett orsaken till sorgen.

Förklaring av andra centrala begrepp

I denna studie förekommer andra begrepp som kan vara bra att förtydliga.

Utfall i effekt (Vedung, 2009). Ett begrepp som används för att beskriva effekten av en intervention och interventionens påverkan på resultatet, det vill säga utfallet.

Effekt. Med effekt avses i studien påverkan som någonting har haft på något annat, det vill säga gett effekt eller gett en förändring.. Effekt ska inte, i denna studie, kopplas ihop med kontrollgrupp.

Förändring. När något ändras från sitt ursprung till det bättre, sämre eller till någonting annat än det ursprungliga.

Metoden Sorgbearbetning

Metoden Sorgbearbetning innebär att patienterna anmäls eller remitteras till programledaren. Patienter deltar i individuellt program eller grupprogram om åtta träffar under åtta veckor.

¹ Sorg eller normal sorg som den även refereras till i forskning om komplicerad sorg. För att särskilja sorg från komplicerad sorg använder många forskare (Kristjanson et al, 2006) begreppet normal sorg för det som inte är komplicerad sorg.

Programmet leds av mig som kurator på vårdcentralen i ett samtalsrum eller grupprum. Individuella träffar är cirka en timme långa medan programträffarna är två timmar. Patienterna betalar patientavgift för varje träff samt kursbok.

För att få bli certifierad handledare i metoden och leda egna sorgkurser så krävs ingen speciell akademisk utbildning. Utbildning till kursledare hålls av Svenska Institutet för Sorgbearbetning i Stockholm. Handledaren får kursmanual som ska följas för att denne ska få representera metoden samt även få annan praktisk hjälp av Svenska Institutet för Sorgbearbetning. (se bilaga 1 om mer information beträffande metoden Sorgbearbetning)

2 TIDIGARE FORSKNING OM SORG

Forskning om sorg

Förluster

Sorg är en reaktion på förluster (James och Friedman, 2007, Grimby, 2007). Walter och McCoyd (2009) beskriver förhållandet till förluster:

Loss is at the heart of life and growth. This seems a bit paradoxical, but the reality is that new life, change, and forward movement only come as a result of losing (changing) a prior lifestyle, behavior pattern, or other functioning of the status quo. As practitioners who strive to assist clients in their growth, we must be aware that change and maturation, even toward a more positive state of functioning, also involve losses that are often unrecognized, but felt nonetheless. (s. 1)

Även om förluster vanligtvis förknippas med dödsfall behöver detta inte vara fallet. Grimby (2007) beskriver förluster i samband med sorg:

Sorg är förknippad med många typer av förluster, t.ex. när en relation tar slut, när man flyttar, förlorar jobbet, hälsan eller roller i livet. Sorg kan vara förknippat med något som man värderat högt, något som man kanske drömt om att bli, äga eller utträta. I förlustens och sorgens fotspår följer ofta andra, sekundära, förluster såsom försämrade ekonomi, förändrade familjeroller, boende eller framtidsplaner. Varje sådan enskild förlust sätter igång sitt eget sörjande.

När människan börjar sörja, har hon kommit till insikt om vad som förändrat tillvaron. Samtidigt pågår ett arbete med att finna vägar, så att tillvaron kan bli så hel som möjligt igen. Den tid som går åt till detta reparationsarbete tar olika lång tid och hänger samman med den betydelse som det förlorade haft i ens liv. (s. 2)

Machin (2009) är också uppmärksam på att det finns fler förluster och orsaker till sorg än dödsfall till exempel handikapp, fattigdom, förlorad barndom med mera. Klart framgår att förluster, det vill säga grunden till sorg kan vara mycket mer än bara dödsfall och att uppmärksamhet behöver riktas på dessa andra förluster också även om det inte finns mycket forskning gällande sorg vid dessa förluster.

Normal sorg

Shear och Shair (I Kristjanson et al, 2006) har beskrivit skillnaden mellan normal sorg och komplicerad sorg. Med normal sorg avses sorg, eller all sorg som inte är CG. Normal sorg beskrivs som det tillstånd som uppstår när människor "are deeply saddened by the death of an attachment figure during a period of weeks or months of acute grief." (s. 20). Författarna beskriver att sorgreaktionerna vid normal sorg avtar och att dessa symtom *inte kvarstår över tid*. "painful feelings lessen and thoughts of the loved one cease to dominate the mind of the bereaved (ibid, s.20)." Sorgereaktionen avtar, intresse och engagemang i dagliga aktiviteter förnyas och förlusten integreras i den sörjandes liv, smärtorna minskar och upphör att dominera den sörjande. Normal sorg är sorgreaktioner som inte kvarstår över tid.

Komplicerad sorg, hädanefter refererad till som CG

Kristjanson et al (2006) visar i en omfattande litteraturstudie beträffande CG att det finns 262 abstracts som identifierades potentiellt relevanta beträffande CG. Av dessa ingick 705 i urvalet varav 88 ingick i den slutliga granskningen. Litteraturgranskningen visar att för en minoritet, ca 10 till 20 procent, av den som drabbats av en förlust av en närstående avtar inte sorgereaktionerna och sorgen utvecklas till en CG. Vad som framgår av olika studier utifrån Kristjanson et al och deras omfattande litteraturstudie är att den största skillnaden mellan

normal sorg och CG är tiden. Prigerson nämner tidsaspekt när han säger följande om patologisering av CG

the issue is not whether the symptoms sort themselves into seemingly pathological versus seemingly normal symptom clusters, but that the set of CG symptoms identified is persistent (beyond six months post-death) and severe (marked intensity or frequency, such as several times daily) and predict many negative outcomes distinguishing them from normal grief symptoms. (Kristjanson et al, 2006, s. 21)

Prigerson anger en tidsgräns om minst sex månader efter dödsfall då symptomen ska vara ihållande för uppfyllande av CG. Det finns ett begrepp som ofta används, patologisk sorg, som av sjukvården definieras som sorg med fysiska och/eller psykiska effekter som inte gått över inom ett år. Patologisk sorg kan lika gärna benämnas CG, då beskrivningen är samma beträffande problembild men med en tidsgräns på ett år. Horowitz (I Kristjanson et al, 2006) sätter tidskriteriet för Complicated Grief Disorder (en diagnosbenämning av CG) som följande: "Bereavement (Loss of spouse, other relative or intimate partner) at least 14 months ago (to avoid anniversary)" (I Kristjanson et al, 2006, s. 26). Det vill säga ett tidskriterium om minst 14 månader (för att undvika årsdagen). Den avgörande skillnaden mellan normal sorg och CG är tiden, minst 6 månader (Prigerson) eller 14 månader (Horowitz) under vilka symptomen varit allvarliga samt att det går att förutsäga en negativ utveckling, detta är förenklat skillnaden mellan vanlig sorg och CG.

Sorgreaktioner

I Kristjansson et al (2006) nämns olika sorgreaktioner, bland annat påträngande minnen, svåra kval, plågsamt stark saknad, stark tomhetskänsla och ensamhet, överdriven isolering, ovanliga nivåer av sömnproblem, samt ointresse för arbete, sociala sammanhang, omvårdnad, fritidsaktiviteter till en maladaptiv grad. Andra vanliga reaktioner är ilska, bitterhet, intensiv längtan. I en sammanställning av aktuell forskning och praktik vid förluster av närstående visar Grimby et al (2005) att ångest och depression uppträder som sorgereaktioner.

Komplicerad, olöst eller frusen sorg/.../Ångest- och panikattacker förekommer också som inslag.

Till skillnad från okomplicerad sorg, utmärks komplicerad sorg oftare av tidigare (i livet) depressiva syndrom, depressioner i familjen, förekomst av antidepressiv behandling, känslor av värdelöshet, suicidtankar, dålig hälsa, bristande trivsel i arbetet. (s. 45)

Grimby et al (ibid) tydliggör utmärkandet av att CG är förekommande med komplikationer såsom ångest och depression. Machin (2009) nämner både ångest och depression som känslomässiga symptom redan på normal sorg. I Kristjanson et al (2006) diskuteras tidigare forskares syn på samband mellan sorg och depression. Det framgår tydligt att ångest respektive depression har ett nära samband både med normal sorg och CG och att det finns en samsjuklighet samt att det är möjligt att särskilja CG från ångest respektive depression. Det finns en fara med att missa sambandet och Nordlund (2004) förklarar att det är viktigt att patienter får adekvat hjälp för att personer lätt kan reagera med ångest en kortare eller längre tid efter traumatiska händelser som förluster av olika slag och om personerna inte får adekvat hjälp med dessa ångestreaktioner kan dessa bli bestående för resten av livet. Ångestreaktionerna är enligt Nordlunds resonemang en sorgereaktion, vilken blir viktig att beakta och att förstå sambandet och för att kunna upptäcka sorg och ge adekvat hjälp. Slutsatsen är att sorg och till exempel ångest respektive depression (men även andra symptom som Posttraumatic Stress Disorder, PTSD) endast är delvis överlappande och samtida fenomen, och att man behöver överväga att undersöka sorgen och andra symptom tillsammans.

Forskning om metoden Sorgbearbetning.

Två studier har hittats som utgår från metoden Sorgbearbetning. Den ena studien är från St. Thomas Hospital i USA 2003 till 2004 (Klimo, Henderson, Varley, Engel och Pethtel, 2004), och den andra är en D-uppsats (Ihrmark, 2007) vars resultat publicerats som en artikel i tidskriften OMEGA. Tidigare forskning om sorg omfattar annars i princip två områden, (1) forskning utifrån dödsfall såsom Rönmarks avhandling Fallna löv (1999:8) om föräldrars reaktion kring spädbarnsdöd eller, (2) forskning utifrån begreppen sorg och komplicerad sorg (Kristjanson, Lobb, Aoun & Monterosso, 2006). Forskning utifrån ett vidare sorgbegrepp är därför intressant för denna studie kontra tidigare forsknings smala studier, det vill säga studier som begränsas till enbart sorg vid dödsfall. Rönmark (1999:8) har i sin avhandling i socialt arbete gjort en kvalitativ studie som visar på att det sociala och kulturella perspektivet kompletterar det psykologiska. Han lyfter även fram det sociala stödet som mycket viktigt för de sörjande, att sorg är ett psykosocialt fenomen.

Klimo, Henderson, Varley, Engel och Pethtel (2004) redovisar en kvalitativ studie gjord på åtta slumpmässigt utvalda deltagare av totalt 312 personer som deltog i metoden Sorgbearbetning 1999-2003. Syftet med studien var bland annat att förstå deltagarnas erfarenhet av metoden och gruppprocessen och förändringarna deltagarna upplevde. Intervjuerna var cirka en timme långa med ifyllande av demografiska formulär och en intervju. Klimo et al (2004) redovisar ett positivt resultat.

The results showed 100% (8 out of 8) of the interviewees reported an overall positive effect, that they would recommend the group, they use things they learned in the group elsewhere in their lives and they all felt some type of change had occurred. Also 100% reported a history of emotional abuse in childhood./.../The entire sample felt that reading out loud their assignments was a significant factor in their change. They were all able to report a variety of ways they had experienced this change as well as what aspects of the group they found most and least helpful. No one found anything unhelpful. (ibid. s. 1.)

De faktorer som beskrevs av deltagarna som möjliga påverkande faktorer var trygghet i gruppen och att processen att läsa uppgifterna högt hade en signifikant effekt på helandeprocessen. Frågor väcktes också och svårigheten att jämföra metoden Sorgbearbetning med pronglonged exposure therapy då sorg, generellt handlar om förlust vid dödsfall, medan metoden Sorgbearbetning täcker in många fler förluster än dödsfall i sorgbegreppet. Klimo et al jämför med normal sorg, komplicerad sorg och trauma och frågor om vad metoden bearbetar, vad inbegrips i begreppet sorg med mera nämns men lämnas obesvarade. Vad som är tydligt av deras studie är ”It is clear that this group is helpful for many people, whatever form of grief they may be dealing with.” (ibid. s. 11.)

I studien av Ihrmark (2007) skickades enkäter till 513 personer som deltagit i kurser hos Svenska Institutet för Sorgbearbetning varav 308 svarade på enkäterna. Deltagandet var frivilligt och de försökte dela in deltagarna i grupper utefter hur långt efter förlusten de sökte sorgbearbetning, vilket resulterade i tre ungefär lika stora grupper: (1) under ett år, (2) ett till nio år, och (3) nio år eller längre. Enkäterna bestod av egentillverkade frågeformulär och inte beprövade självskattningsformulär.

Resultaten av Ihrmark, Hansen, Eklund och Stödberg (2011) visar överväldigande positivt resultat. Störst positiv effekt visas på patienter i grupp 3 med mer än nio år sedan förlusten, sämst för grupp 1 det vill säga upp till ett år och mellangruppen på ett till nio år visade ingen skillnad i motsats till de andra två grupperna, vilket jag tycker är konstigt då grupp 1 och grupp 3 visade olika resultat. Ihrmark et al (2011) förklarar inte vidare tolkningen av mellan-

gruppens resultat. Det fanns även vissa deltagare som hävdade att programmet hade negativ effekt på dem.

Syftet med studien enligt Ihrmark et al var inte att avgöra metoden Sorgbearbetnings effektivitet utan hellre identifiera vilka påverkande faktorer som kan ses som mest hjälpfulla i metoden. Där redovisade Ihrmark et al följande, i effektordning: (1) Brevet och sedan (2) förlust- och relationsdiagrammen. I D-uppsatsen (Ihrmark, 2007) beskriver hon de fem faktorerna i deltagarnas svar på vad som bidrog till det positiva resultatet, åter i denna ordning: (1) Metoden i sig, (2) deltagarnas egen insats, (3) gruppformatet, (4) kursledaren, och (5) miljön. Ihrmark (ibid) konstaterar även att

Sorgbearbetning har en positiv effekt och resultatet antyder att det oberoende av vilken orsaken till sorgen är. Främst är det metoden i sig som ger denna positiva effekt och då är det brevskrivande och uppläsandet av brevet som är det viktiga, men även stegen som leder fram till brevet såsom förlust- och relationsdiagrammen samt den ökade kunskapen om sorg som deltagarna fick i och med kursen har stor betydelse för bearbetningen. (s. 16)

Sorgbearbetning, en form av KBT?

Klimo et al (2004) gjorde en jämförelse av metoden Sorgbearbetning mot prolonged exposure therapy (en form av KBT-behandling). I och med det positiva utfallet och vad de intervjuade fann som det mest hjälpfulla och viktiga förändringarna i deras liv samt att likheterna mellan dessa två metoder är slående anser Klimo et al (2004) att metoden Sorgbearbetning faktiskt är en modifierad form av exposure therapy. En tolkning är att de därmed anser att metoden Sorgbearbetning skulle vara en form av KBT.

Båda studierna (Klimo et al, 2004 och Ihrmark, 2007) är baserade endast på eftermätningar, vilket är en svaghet, då det inte framgår hur deltagaren egentligen mådde före interventionen. Trovärdigheten över att interventionen gav effekt i utfall är osäker då utvärderingen endast grundas på deltagarnas uppfattning.

Svårigheter i forskningen

Några svårigheter och begränsningar inom forskning om sorg är, (1) att forskningen i huvudsak inriktar sig enbart på dödsfall, vilket kan göra delar av den irrelevant eller inte applicerbar på forskning med ett vidare begrepp på sorg som i denna studie, (2) att forskarna inte riktigt är överens i definitioner över sorg och CG och därför mäter lite olika, (3) att de nyare mätinstrumenten för sorg inte är tillräckligt beprövade och saknar reliabilitet, (4) att det i forskning av specifika behandlingsmetoder för sorg inte gjorts före- och eftermätningar och framför allt att det finns för lite forskning.

I denna studie blir det svårt att tillfullo utnyttja den forskning som finns. Dels är uppdelningen sorg – CG irrelevant då båda ingår i sorgbegreppet för metoden Sorgbearbetning. Dels är det svårt att hitta motsvarande forskning att jämföra med. Dels är mycket av forskningen gjord i andra länder och kanske inte jämförbara med svenska förhållanden eller svensk forskning. Men den svåraste utmaningen är det tunna forskningsmaterial kring sorg som finns i relation till denna studies syfte.

Ny kunskap i denna studie

Denna studie är intressant därför att den bidrar med ytterligare kunskap om en specifik metod, kunskap i form av påverkande faktorer i interventionen och om de kan visas påverka effekt i utfall. Studien har mätningar med vedertagna mätinstrument före interventionen jämfört med Klimo et al (2004) och Ihrmark (2007) där mätningar av deltagarnas mående gjordes i efter-

hand och i Ihrmarks studie baserat på Svenska Institutet för Sorgbearbetnings egen utvärdering. Klimo et al (2004) gjorde kvalitativa intervjuer.

Denna studie har ett mättillfälle före och tre mättillfällen efter interventionen för att studera eventuell förändring under interventionen och sedan följa hur förändringen ser ut över tid. Denna studie visar att kvantitativa studier går att göra beträffande sorg och försöker tillföra kunskap till eller stötta en dimension av forskning om sorg som är nästan obefintlig.

3 Vetenskapliga utgångspunkter

Kritisk realism

Kritisk realism beskriver verkligheten som objektivt existerande och att människans kunskap om densamma påverkas av sociala mekanismer. I kritisk realism ligger intresset i att förstå vilka mekanismer som verkar i förändringar, man vill förstå processen. Där andra teorier, till exempel empiriska, noterar att förändring har skett så vill kritisk realism förstå varför förändringen skett. Centrala begrepp inom kritisk realism är kausalitet och kausala krafter samt generativa mekanismer, vilka är ett slags krafter som existerar även om de inte är observerbara. Generativa mekanismer förklaras som påverkande krafter utifrån som genererar effekt på människor, saker och situationer. (Blom & Morén, 2011) Kritisk realism utgår från att förstå hur den objektiva verkligheten ser ut, att försöka förstå verkligheten utifrån mekanismer och kontexter som påverkar utfallet.

Denna interventionsstudie ämnar se vilken förändring som har skett genom interventionen Sorgbearbetning och vad som har påverkat eller genererat effekt i utfall. Efter formulerandet av denna studie och dess syften framgick det med tydlighet att den teoretiska utgångspunkten för denna studie var kritisk realism. Den genomsyrar även programteorin och till viss del interaktions- och emotionsteorin, vilka denna studie även använder sig av

Kritisk realism lämpar sig för både kvantitativa och kvalitativa studier. De kvantitativa studierna för att se förändringen och förstå vad som orsakade utfallet, för att därefter kunna gå in i djupare förståelsestudier, det vill säga kvalitativa studier av ett fåtal fall (Blom & Morén, 2011). En grundläggande modell i kritisk realism är händelsekedjan med struktur – mekanism (kraft) – kontext (sammanhang) – utfall, och att förstå hur detta är grunden för inriktningen. Denna händelsekedja är grunden i programteorin. Grunden i kritisk realism har underlättat valet av interaktions- och emotionsteorin och i synnerhet programteorin för denna studie.

Interaktions- och emotionsteori

Collins (2004) har utvecklat interaktions- och emotionsteorin i ett försök att beskriva vad som händer i interaktioner mellan människor. Collins inleder i boken på följande sätt.

A THEORY OF INTERACTION ritual is the key to microsociology, and microsociology is the key to much that is larger. The smallscale, the here-and-now of face-to-face interaction, is the scene of action and the site of social actors. If we are going to find the agency of social life, it will be here. Here reside the energy of movement and change, the glue of solidarity, and the conservatism of stasis. Here is where intentionality and consciousness find their places; here, too, is the site of the emotional and unconscious aspects of human interaction. (ibid. s. 3).

Thomas Brante (2007) förklarar om själva interaktionens betydelse i interaktionsteorin.

Själva relationen och interaktionen mellan (minst) två människor är således den grundläggande analysenheten. Social interaktion kan definieras som situationer där individer handlar på basis av ömsesidighet; handlingarna utförs åtminstone delvis på grund av en eller flera «motspelares» närvaro, som i sin tur handlar utifrån samma förutsättningar. Det betyder att all handling sker utifrån tolkningar och förväntningar av samtliga deltagares likartade överväganden, eller deras situationsbundet spontana reaktioner. (s. 165)

Agerande mellan människor i detta spel kallar Collins för interaktionsritualer. Brante beskriver Collins definition av begreppet ritual, som är av intresse för studien, enligt följande.

- Två eller fler människor i tillräcklig fysisk närhet så att de blir påverkade av den kroppsliga närvaron, även om de inte behöver vara helt medvetna om detta.
- Det finns gränser mot utomstående så att deltagarna är medvetna om vilka som deltar och vilka som inte gör det
- Gemensamt fokus på ett gemensamt objekt eller en aktivitet, och man visar detta fokus för varandra så att alla blir medvetna om alla andras uppmärksamhetsfokus.
- Gemensam känsloupplevelse. (Collins, 2004, s. 48-49)

Det intressantaste och mest relevanta begreppet i interaktionsteorin för denna studie och för metoden Sorgbearbetning är emotionell energi. Emotionell energi uppstår i ritualerna och kan klassas in i två grupper, nämligen positiv emotionell energi och negativ emotionell energi. Vad som påverkar den emotionella energin är vilka slags ritualer det är eller blir, lyckade eller misslyckade. Med lyckade ritualer menas enligt Brante (2007) till exempel när alla inblandade har samma fokus, engagemang, följer samma ömsesidiga regler, det vill säga man drar åt samma håll i händelsen, även känslomässigt. En ömsesidig positiv känsla uppstår. En misslyckad ritual kan vara när de inblandade har olika fokus eller mål, saknar engagemang eller att någon bryter mot reglerna. En konflikt uppstår eller att situationen inte blev som det var tänkt och negativa känslor uppstår. Detta är ett sätt att förklara hur emotioner uppstår. En misslyckad ritual kan sägas direkt innebära en förlust, det vill säga en händelse som skapar negativa känslor, smärtsamma emotioner. I metoden Sorgbearbetning kan förluster bland annat förstås som något som uppstår ur interaktioner mellan människor, interaktioner som på grund av en misslyckad ritual (Brante, 2007) skapar negativa känslor eller negativa emotioner. Men även en lyckad ritual kan innefattas i en förlust, om ritualen upphör, förändras eller förstörs, sett ur Sorgbearbetningens definition av sorg som en förändring i ett välbekant livsmönster (James och Friedman, 2007). Om denna förlust ska tolkas som att den lyckade ritualen blir en misslyckad ritual på grund av smärtsamma negativa emotioner framgår inte tydligt av interaktionsteorin.

I metoden Sorgbearbetning så avses med att bearbeta sorg att bearbeta en relation till en annan individ, och att göra sig av med den känslomässiga smärtan eller den negativa emotionella energin skapad i olika ritualer. Ursprunget till sorgreaktioner kan därför finna förklaring i interaktionsteorin.

Med emotionsteori avses i denna studie även den forskning som professor James W Pennebaker vid University of Texas i Austin har gjort. Pennebaker (1997) har forskat mycket om den helande kraften i att uttrycka emotioner, positiva som negativa, och förklarar att vi blir friskare genom att uttrycka våra emotioner i skrift, att skriva av oss men även att högt uttrycka dem. Pennebaker kallar det den helande kraften av att uttrycka emotioner. Pennebaker har gjort många studier där han låtit universitetsstudenter delta i att skriva om sitt värsta emotionella minne och sedan har han följt upp resultaten. Han förklarar om början av sin upptäckt:

I'll never forget the initial thrill of finding that writing about traumas affected physical health. But the thrill was tempered with a little anxiety. For every question that the experiment had answered, a dozen more questions appeared. Perhaps the most basic issue that haunted me concerned the trustworthiness of these findings. Were the effects real? Does writing about traumas really affect physical health? (s. 35)

Av Pennebakers resultat framgick att studenter som skrev om trauma besökte skolläkare mer sällan än de i kontrollgrupperna. I ett annat experiment mättes förändringen i immunförsvaret.

Han visar på kraften i språket och förmågan att uttrycka sina känslor, faktorer som enligt Pennebaker påverkar fysisk hälsa positivt. Alla tester som Pennebaker gjort visar på liknande positiva resultat. Han påtalar även att personer kan må psykiskt eller känslomässigt dåligt också som en följd av en förlust som till exempel skilsmässa:

These findings square with other large-scale projects indicating that a parent's leaving home because of divorce is more emotionally damaging to the children than a parent's death." (s. 20)

Ett problem, enligt Pennebaker, är inhibition, det vill säga att tillbakahålla emotioner. I hans forskning framkom att de som inhiberar inte får positiva resultat utan tvärtom sämre hälsa än de som uttrycker emotioner. Han beskriver även inhibition som ett hälsoproblem.

We are living in the age of inhibition. The 1960s and early 1970s were the years of letting go, doing your own thing in your own time, rolling with the flow, and being cool. (s. 12)

I ett modernt inhiberande samhälle finns det en massa förbud och sociala tabun och att vi har lärt oss att må bra genom olika aktiviteter och han ger även exempel på annan forskning rörande olika trauman eller förluster. Hur inhibitionen fungerar förklarar han genom att jämföra dödsfall med andra trauman:

There was a catch, however. Some childhood traumas are more likely to be disclosed than others. Across all our respondents, people are less likely to talk about parental divorce, sexual trauma, and violence than the death of a family member. Death appears to be "socially acceptable" and, thus, something that a child can talk about with others. (Pennebaker, 1997, s. 19)

Vi har lärt oss att inte prata om vissa saker, ämnen som inte är socialt accepterade. Det finns ämnen som vissa patienter upplever är tabubelagda och då håller vi tillbaka och pratar inte om det, vilket leder till inhibition och, enligt Pennebaker till ökad fysisk och psykisk ohälsa. Nolen-Hoeksema & Larson (1999) påtalar att patienter med en copingstrategi som förnekar sin sorg och som undviker tankar kring sorgen har en sämre återhämtning än de som inte har denna copingstrategi. Nordlund (2004) nämner något liknande angående ångest som han kallar *övermättad* och konstaterar att tvinga bort, det vill säga liknande inhibition, får oss att må sämre men när "man får tvinga sig att upprepa (en tanke)/.../så minskar problemens laddning. (s. 151)"

I metoden Sorgbearbetning finns den avgörande processen för läkning, nämligen brevläsningen, som görs högt med en annan levande människa som lyssnar. Brevläsningen handlar *de facto* om den helande kraften i att uttrycka emotioner och är *in facto* en lyckad ritual som skapar positiva emotioner det vill säga tar bort negativa emotioner, vilket upplevs positivt.

Programteori

Programteori används vid utvärderingsstudier. Vedungs programteori används främst för utvärdering inom statlig och kommunal förvaltning och här anpassas den till en separat intervention, en behandlingsinsats. Utvärdering är att "noggrant bedöma. Att bedöma innebär att fastställa värde. Utvärdering är att systematiskt skilja det värdefulla från det värdelösa." (Scriven, 1991, s.1 i Vedung 2009, s. 21) Utvärdering är ett vitt använt begrepp som kan innefatta mycket enligt Vedung med bland annat två huvudinriktningar, kvalificerad uppföljning respektive effektmätning. Den första är en processanalys med implementering och slutprestation i fokus medan den senare har utfallet i fokus. Vid effektmätningar blir kausalitetsfrågan ledande och vad den leder till. Vedung fortsätter.

Om utvärderingen avser interventionens konsekvenser på utfallsnivå och evalueringen fastställt läget, vill hon naturligtvis utreda om de är effekterna av interventionen eller något annat. Kausalitetsfrågan blir *effektanalys*. (ibid, 204)

En utvärdering har två utfallsbegrepp, *utfall* och *effekter i utfall* (Vedung, 2009). Utfall är mottagandet av metoden Sorgbearbetning av patienten. Effekter i utfall är hur patienten tar emot metoden och "slutmottagarnas attitydförändringar på grund av ingripandet och deras handlande på grund av ingripandet. Det rör sig också om effekter i omedelbara, mellanliggande och slutliga utfall på grund av slutmottagarnas handlande." (ibid. s. 27) Det som är intressant i denna interventionsstudie är effekter i utfallet. Svårigheterna med effektmätning är omgivningens påverkan, så kallade generativa mekanismer eller kontextberoende. Det uppstår ett så kallat isoleringsproblem där det gäller att isolera faktorer från kontexten så att förändringarna i resultatet verkligen kan tillskrivas interventionen. Detta är dessutom enligt Vedung "utomordentligt svårlöst" (ibid s. 215).

Funnel och Rogers (2011) förklarar programteori som att forskaren utvecklar en orsakmodell för att koppla ihop ett programs förutsättningar och åtgärder med en kedja av tänkta eller observerade utfall. Modellen återgers oftast i form av ett diagram och kallas då en logisk modell med ett orsakssamband. Funnel et al nämner fem kategorier som oftast används för att skapa dessa orsakssamband. De är förutsättningar, utfall, processer, effekter och påverkan.

Enligt Vedung (2009) kan programteori, eller interventionsteori som han kallar den, vara en schematisk struktur över interventionen, en tydlig linjär struktur med olika delar: Interventionens bärare – Interventionen – Mellanhänder – Slutpresentation – Mellanliggande slutmottagare – Utfall. Det finns även andra definitioner på programteori (Chen, Weiss, Rogers, Petrosino, Huebner & Hacs I Blom och Morén, 2007). De flesta programteorierna innehåller en *inverkansteori* av något slag, det vill säga en föreställning om att interventionen har en faktisk inverkan på det aktuella problemets orsaker, att de reduceras eller försvinner. Begreppen programteori och interventionsteori beskriver liknande processer och för att förenkla begreppsmässigt i denna studie kommer därför Vedungs beskrivning av programteori eller interventionsteori användas och begreppet interventionsteori.

Interventionsteorierna är en systemmodell som arbetar utifrån forskningens objekt, syfte och ändamål och konstrueras och rekonstrueras därefter. Blom och Morén (2007) framhåller att grundtanken med interventionsteori är "att den ska vara ett verktyg för att (1) utvärderaren ska kunna förstå och förklara (inte bara beskriva) ett program och dess utfall, samt för att (2) vägleda utvärderingen." (Blom och Morén, 2007, s. 35). Vedung (2009) förklarar att systemmodellen skapas av utvärderaren, den finns inte innan i form av några "råa teoriersonemang" (s. 52). En interventionsteori är i grunden en stomme, ett hjälpmedel, en byggnadsställning som utvärderaren sedan bygger på med olika delar som ger den schematiska strukturen enligt Vedungs modell. När tolkningar och strukturen tydliggörs förädlas interventionsteorin.

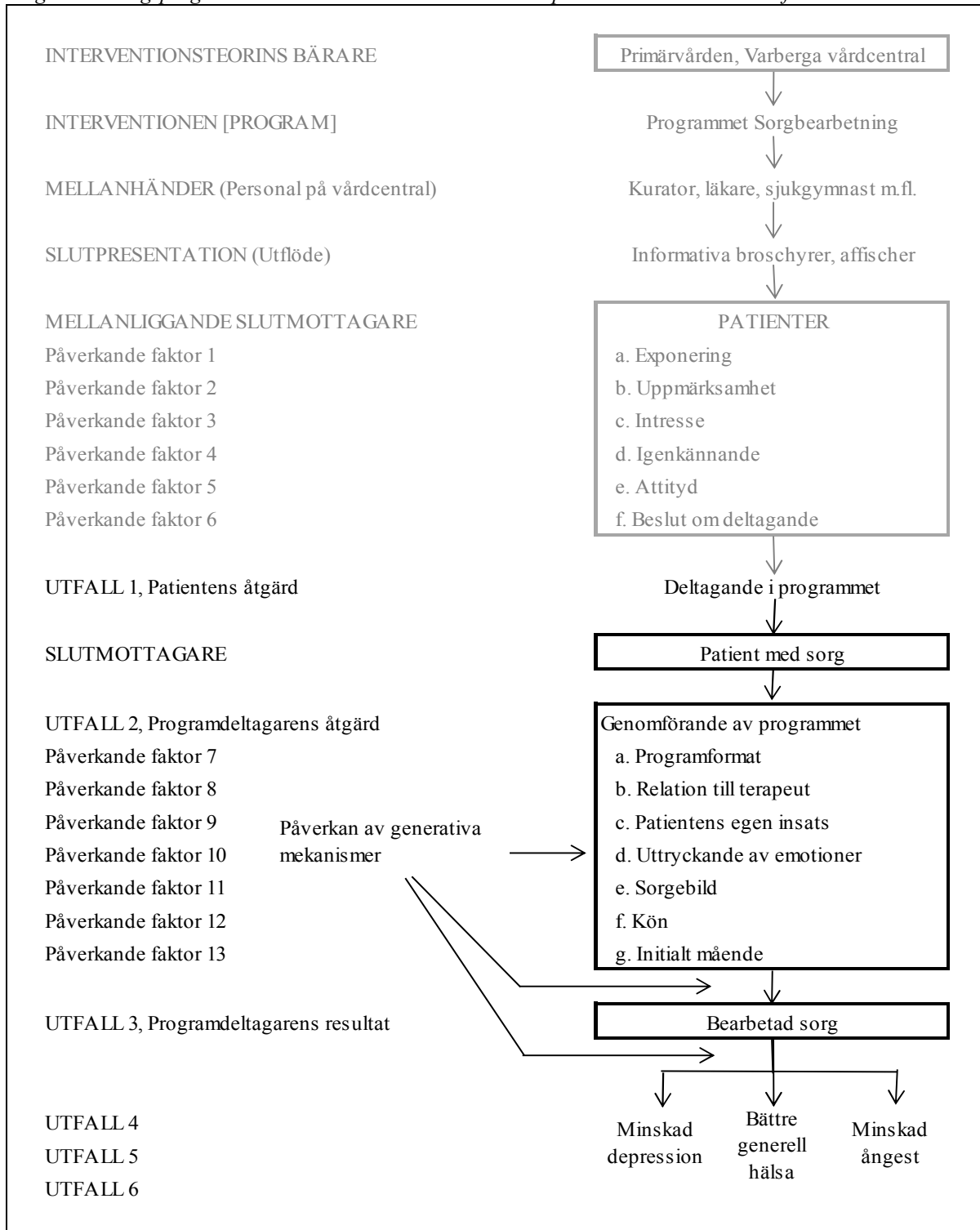
Systemmodellen är ett försök att se hela processen och beskriva händelseförloppet. Vedung (2009) beskriver alla kausala krafter som mekanismer, så kallade "generativa mekanismer". Blom och Morén (2007) förklarar att generativa mekanismer är "krafter i termer av orsaker och motiv som aktiveras av insatserna och som genererar klienteffekter" (s. 40). men för att tydliggöra skillnaden på krafter inom interventionen och krafter utanför interventionen delas i denna studie dessa upp i två kategorier: Påverkande faktorer, det vill säga krafter inom interventionen, och Generativa mekanismer, det vill säga krafter som ligger utanför interventionen. För att systemmodellen ska fungera behövs påverkande faktorer och generativa mekan-

ismer med kausalitet. Generativa faktorer är dessutom krafter som oftast inte kan observeras men som existerar.

I figur 3.1 är systemmodellen för interventionen sorgbearbetningen tolkad och strukturerad enligt Vedungs ”förädlade interventionsteori”.

Figur 3.1

Sorgbearbetningsprogrammets interventionsteori. Den del av processen som studien omfattar är med svart text.



Enligt Funnel och Rogers (2011) förklarar systemmodellen det övergripande syftet med en intervention och kan ge värdefull vägledning för genomförandet och val av utvärderingsvariabler. Författarna anser att man bör vara försiktig i användandet av modellen och inte tolka modellen bokstavligen då det finns en risk att den inte helt överensstämmer med verkligheten, det vill säga att det kan finnas andra faktorer och mekanismer som medvetet eller omedvetet utelämnats och att detta kan leda forskaren till att överskattar interventionens betydelse, vilket också gör modellen svår att få korrekt.

Denna studie är en effektstudie i form av en interventionsstudie och Vedungs programteori används som inspiration till att skapa förståelse utifrån utvärdering av effekt. Studien bygger på interventionsteorins delar och inriktar sig på den andra halvan av processen det vill säga genomförandet av programmet och effekter i utfall. Fördelen med att systematiskt göra en interventionsteori av metoden Sorgbearbetning är att enklare kunna överblicka hela processen, speciellt för att kunna välja ut vilka delar av interventionsteorin som ska undersökas och mer precist vilka delar som kan tänkas påverka processen.

Påverkande faktorer

Kön

Sörjer män och kvinnor olika och finns det en skillnad i kön beträffande sorgbearbetning? Det finns forskning som visar att män och kvinnor sörjer olika. Baum (2003) beskriver mäns sörjande vid skilsmässor och Levang (1998) förklarar om hur mäns sorg och sorgereaktioner ser ut. Både Baum och Levang kommer fram till att män sörjer lika mycket känslomässigt som kvinnor, men att mäns sorguttryck och reaktioner kan skilja sig mer från kvinnornas sätt.

Emotioner

Pennebaker (1997) förklarar att vi blir friskare genom att uttrycka våra känslor i skrift, att skriva av oss men även att högt säga det. Han redogör för kraften i språket och förmågan att uttrycka sina känslor. Liknande moment finns i metoden Sorgbearbetning med fullbordansbrevet där patienterna både skriver ner sina emotioner och sedan läser dem högt. Patienterna i metoden Sorgbearbetning upplever det ofta känslomässigt jobbigt att läsa brevet, att uttrycka sina känslor. De brukar samtidigt uttrycka att det är skönt att ha fått göra det. Ihrmark et al (2011) redovisar att deltagarna listat detta som den viktigaste insatsen, metoden, där brevläsningen ingår. Klimo et al (2004) redovisar att samtliga patienter i deras studie anser att den muntliga redovisningen av uppgifterna var en signifikant faktor för förändring.

En annan del av emotionsteorin är inhibition, som enligt Pennebaker är ett problem, kan även vara en faktor som påverkar patienternas utveckling i generell mående respektive ångest och depression. I hans forskning framkom att de som inhiberar, det vill säga håller tillbaka sina känslor, inte får positiva resultat utan mår sämre både fysiskt och psykiskt. Min personliga erfarenhet av patienter som inhiberar sina känslor är att desto starkare känslor de inhiberar desto sämre psykiskt dåligt mår de. Andra forskare (Nolen-Hoeksema & Larson, 1999 och Nordlund, 2004) tycks instämma i det negativa med att inte uttrycka tankar och emotioner. Inhibition vore dessutom en aspekt värd att beakta och att ta med vid ytterligare forskning i ämnet sorgbearbetning.

Relation till terapeuten

Norcross (I Duncan et al, 2010) hänvisar till olika studier som visar på att relationen mellan klient och terapeut är väldigt betydelsefull och ska inte underskattas. Duncan (2010) klargör att "...therapist effects account for six to nine times more impact on therapeutic change than models and technique." (s. 45). Norcross och Duncan är tydliga med att förklara att empatisk

förmåga, sammanhållning och allians är viktiga beståndsdelar i relationen till terapeuten. Om en klient ska uppvisa en förbättring behöver terapeuten vara skicklig i sig själv oavsett metoder, utbildning, egenterapi eller andra meriter. Relationen till terapeuten kan påverka från 50 procent upp till 80 procent enligt författarna. En annan viktig del enligt Duncan et al (2010) är terapeutens förmåga att se patienten och dennes förmåga att påverka utfallet av terapin och använda patientens förmåga. Ihrmark (2007) redovisar att deltagarna listat detta som den på fjärde plats viktigaste insatsen.

Patientens egen insats

Bohart och Tallman (I Duncan et al, 2010) påpekar att klienten är den vanligtvis försummade faktorn i samband med hur resultatet blir. Författarna hävdar att patientens aktiva engagemang är det som är avgörande för framgången i processen. De går så långt som att hävda att kvaliteten på patientens deltagande är det viktigaste avgörandet för utfallet. De listade tio andra variabler, tänkbara påverkande faktorer, viktiga för utfallet:

client suitability, client cooperation versus resistance, client experience of the therapeutic bond, client contribution to the bond, client interactive collaboration, client expressiveness, client affirmation of the therapist, client openness versus defensiveness, therapeutic realizations (client's in-session impact of therapy events), and treatment duration. (Duncan, Miller, Wampold och Hubble, 2010, s. 83).

Bohart och Tallman hänvisar till studier som visar att 90 procent av de individer som upplevt signifikanta hälsoproblem, känslomässiga, beroende eller livsstilsproblematik har hanterat detta utan professionell hjälp vilket ibland kallas självläkning. Den siffran stämmer ganska bra med vad forskning om CG (med avseende dödsfall) visat, att det finns ca 90 procent som hanterar det själv och 10 procent som inte klarar av det utan professionell hjälp. Författarna vill med detta understryka patientens roll som viktig. Ihrmark (2007) redovisar att deltagarna listat detta som den näst viktigaste insatsen efter metoden i sig själv.

Duncan et al (2010) nämner två viktiga möjligheter som terapier erbjuder. För det första, en stödjande interpersonell relation med någon som klienten kan tänka tillsammans med. För det andra, terapier möjliggör en god arbetsgrund då klienter kanske inte har tid, en plats eller ett känslomässigt säkert ställe att fokusera konstruktivt över sina problem på.

Generativa mekanismer

Ytterligare generativa mekanismer som inte behandlas i denna studie som kan påverka patienternas resultat kan vara medicinsk behandling, positiva eller negativa händelser i patientens privatliv. Med längre uppföljningstider i en studie desto större risk att det inträffar generativa mekanismer i patienternas liv (Vedung, 2009). Några patienter har redogjort för generativa mekanismer som mer eller mindre har drabbat dem under undersökningstiden (se patienters kommentarer, bilaga 2).

4 METOD

I studien ingick totalt 34 patienter, varav 29 kvinnor och 5 män som genomgått Sorgbearbetning på vårdcentralen under hösten 2011 till våren 2012. Patienterna var i åldrarna 18 till 72 år med olika etnisk bakgrund med en majoritet som var svenskfödda. Patienterna som deltar i programmet har alla olika grad av dåligt psykiskt mående. Majoriteten av patienterna (27) uppvisar enkla sorgbilder (både multipla och ej multipla), en patient uppvisade endast en komplex sorgbild och sex patienter med en kombination av enkel och komplex sorgbild.

Metodval

Anledningen till valet av en kvantitativ studie var dels att studera ett flertal patienters upplevda psykiska ohälsa och vilken effekt en specifik intervention har på patienternas mående. För att mäta förändringen hos patienterna valdes självskattningsformulär. Det första är General Health Questionnaire-12, här efter refererad till som GHQ-12, och den andra är Hospital Anxiety and Depression Scale, här efter refererad till som HAD. HAD är uppdelad i två delar som bedömer ångest och depression, här efter refererad till som HAD-A (ångest) respektive HAD-D (depression). En andra anledning till att välja en kvantitativ studie var att vid mätning med självskattningsenkäter, som kräver metoder som kan mäta detta i numeriska tal, ansågs en kvantitativ metod mer lämplig. Då studiens syfte är att bedöma metodens effekt samt att följa patienternas utveckling över tid för att se eventuell bestående effekt valdes en longitudinell interventionsstudie som bygger på ett flertal uppföljningar över tid. Enligt Bynner (2006) beskrivs en longitudinell studie som en forskning som innebär insamlande av en viss data från samma population över tid. Att observera förändringar i dessa individer ger en bättre grund för kausal slutledning än en tvärsnittsstudie. Longitudinella studier kan variera från upprepade mätningar av en behandlingsgrupp och en kontrollgrupp som mäts vid två tidpunkter i en experimentell design, till en storskalig långsiktig studie, som omfattar uppföljningar av samma urval av individer från till exempel födseln till vuxenlivet.

Denna studie designades för fyra uppföljningar över tid (T1, T2, T3 och T4). Populationen är densamma vid samtliga mättillfällen. Med interventionen avses metoden Sorgbearbetning samt individuellt och i grupp. T1 är självskattning innan intervention, T2 är självskattning ca tre veckor efter intervention, T3 är självskattning sex månader efter interventionen och T4 är ett år efter interventionen. I studien är enkäterna uppdelade i generellt mående, GHQ-12 samt ångest, HAD-A och depression, HAD-D. Denna studie saknar kontrollgrupp och skuggkontroll har använts i stället (se Skuggkontroll nedan samt kap 7, Skuggkontroll).

Avgränsningar

Avgränsningarna var tydliga från studiens börja med inriktningen på patienternas upplevelse av sorg och bearbetningen av densamma med hjälp av en specifik metod, Sorgbearbetning. Sorg är ett omfattande forskningsområde och behovet av ytterligare avgränsningar aktualiserades under studien beträffande forskning om definitioner av sorg, sorgreaktioner, sorgens faser, självskattningsformulär och olika behandlingsmetoder samt dess vetenskapliga teorier. Jag har även avgränsat mig från att använda utvärderingsmaterial från Svenska Institutet för Sorgbearbetning då studien omfattar egna enkätsvar från egna patienter. Avgränsningens primära syfte är att inte svälla ut och få en ohanterlig mängd av information och material att bearbeta statistiskt beträffande allt som har med upplevd sorg, sorgreaktioner och alla eventuellt påverkande eller icke-påverkande faktorer samt generativa mekanismer. Jag anser det ändå varit en svårighet, trots dessa avgränsningar, att begränsa studien till det absolut nödvändig-

aste för dess syfte och frågeställningar. Det finns mycket information som kan bedömas relevant för studiens syfte som nu är bortskalad.

Variabelvärden och mätnivå

Då studien är en kvantitativ studie baserad på kvalitativa variabler används medianansats för att korrekt tydliggöra utveckling på aggregerad nivå. Median ger exaktare värden som observerats i undersökningen jämfört med medelvärde. Medelvärden ger abstrakta värden som inte alltid förekommer i undersökningen (Djurfeldt, Larsson och Stjärnhagen, 2010) och som saknar en tolkningsbar innebörd och måste undvikas i statistiska utvärderingar av data från skattningsskalor och enkäter (Svensson, 2001). En styrka med medianansatsen är att den inte är känslig eller låter sig påverkas av extremvärden. En ytterligare fördel är att medianansatsen kan genereras ur kvalitativa variabler medan medelvärde genereras ur kvantitativa variabler. I denna studie används kvalitativa variabler och därmed även medianansatsen.

Variabelbearbetning

Öppna frågorna

Resultatet av de öppna frågorna har kategoriserats och sammanställts i positiva kommentarer där svaret har varit ”ja” på frågan och som negativt där svaret har varit ”nej”, ”vet inte” eller lämnats blankt. Viss felaktig tolkning kan därför uppstå, men i denna studie har uppdelningen gjorts efter kriteriet: *allt som inte är ett ja är ett nej*.

När det gäller upplevd förbättring eller försämring, från T2 till T3, vid de öppna frågorna har kategoriseringen gjorts enligt följande. Då det inte går att få sämre än två ”Nej” tolkas två ”Nej” vid T2 och två ”Nej” vid T3 för samma patient som en försämring. Två ”Ja” vid T2 och två ”Ja” vid T3 för samma patient räknas som bibehållen status. Detta kan ge en övervikt för en negativ tolkning av resultatet, men den kategoriseringen är vald.

Vidare har svaren grupperats i de olika förekommande kombinationerna, till exempel pos/pos för båda frågorna efter interventionen (till exempel T2) om svaren var ”ja” på båda frågorna och pos/neg om svaren var ”ja” på första och ”nej” på andra och så vidare. Det gäller alla svar vid de två uppföljningarna T2 och T3.

GHQ-12 och HAD

Vid bedömning av patienternas generella mående med GHQ-12 har indelningen gjorts och tröskelvärdet satts enligt 2/3-modellen. Det innebär att 0-11 poäng ger *ingen indikation* på psykisk ohälsa, 12-24 poäng ger *tydlig indikation* på psykisk ohälsa, och 25-36 poäng ger *hög grad av indikation* på psykisk ohälsa.

Med psykisk ohälsa menas här symtom, som av skaparna av enkäterna (Snaith, 2003, Goldberg et al, 1997) har bedömts, behöver utredas för att se om patienten behöver professionell hjälp och behandling för att bli fri från symtomen. *Ingen indikation* på psykisk ohälsa innebär att patienten inte har allvarliga symtom som patienten behöver professionell hjälp för att bli fri från, det vill säga att patienten mående är på en normal nivå.

Vid bedömning av måendet gällande HAD-A och HAD-D har indelningen gjorts enligt följande indelning. Det innebär att 0-8 poäng ger *ingen indikation* på antingen ångest eller depression, 9-15 poäng ger *tydlig indikation*, och 16-21 poäng ger *hög grad av indikation*. Enligt standardindelningen finns det ytterligare en indelning, 8-10. I denna studie har valts att lägga in den i *tydlig indikation* då bedömningen vid 8-10 poäng är eventuell närvaro av problem. Denna indelning är också för att få en större samstämmighet med GHQ-12.

Med *ingen indikation* på ångest eller depression avses att patientens ångest respektive depression är på en normal nivå, det vill säga patienten behöver inte professionell hjälp mot sin ångest eller depression.

Analysmetoder

Materialet i studien har analyserats med hjälp av dataprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Följande analysverktyg har använts i studien: Chi-2 test och Fisher's exact test, samt för att mäta effektstorlek på interventionen Cohen's d och Hedge's g.

Chi-2 test är ett test av oberoende i korstabeller, till exempel förhållandet mellan två kvalitativa variabler, där testet jämför de observerade frekvenserna med de förväntade för att se om det finns ett samband samt om sambandet beror på slumpen. För att testa sambandet utformas nollhypotes och mothypotes. Gränsen för signifikans ligger på $p > .05$, det vill säga p -värdet ska vara mindre än 5 procent för att räknas som signifikant.

Fisher's exact test är ett så kallat exakt test som används för fyrfältstabeller när urvalsstorlek och/eller det förväntade antalet observationer i cellerna är litet eller mindre än fem i en av beräkningscellerna. Fisher's exact test kan dessutom beräknas på medianer vilket säkerhetsställer en korrekt analys av kvalitativ data (SISA). Gränsen för signifikansen ligger på Fisher's exact test på $p > .05$.

Cohen's d är ett standardiserat mått på effektstorlek. För att mäta effekten på interventionen på kvalitativa data på ordinalskala används Cohen's d som mäter inomgruppskillnader. Värdet d är förhållandet mellan differensen mellan två medel dividerat med standardavvikelsen (how2stats.blogspot.se). Hedge's g utgick från Cohen's d och justerade felmarginalen, det vill säga bias.

Värdena enligt Cohen (how2stats.blogspot.se) ska tolkas enligt följande:

d = .20 ska tolkas som liten effekt

d = .50 ska tolkas som medel effekt

d > .80 ska tolkas som stor effekt

Urval

I Studien är urvalet ett icke-sannolikhetsurval. Med det menas enligt SCB (2008) att någon eller båda av de två grundprinciperna för sannolikhetsval har frångåtts, nämligen att (1) varje objekt i rampopulationen har positiv sannolikhet att bli utvald, och (2) för varje objekt i urvalet kan, åtminstone i princip, inklusionssannolikheten beräknas. Slumpen är borttagen som faktor och urvalet är mer målstyrt, det vill säga att urvalet är strategiskt (Bryman, 2011). I urvalet som tillämpats i denna studie är inklusionssannolikheten stor då alla patienter som ingår i populationen har lika stor möjlighet att delta i studien.

Urvalet i denna studie kan sägas vara ett målstyrt tillgänglighetsurval. Tillgänglighetsurval utgår från de patienter som finns tillgängliga på vårdcentralen och som söker kuratorskontakt under tidsperioden januari 2012 till mars 2013. Patienter med sorg och sorgeproblematik har remitterats av läkare och av annan personal på vårdcentralen men även själva tagit kontakt med kurator.

Enligt Bryman (2011) är ett målstyrt urval när problemformulering och frågeställningarna riktas mot en speciell (patient)grupp, nämligen de med olika tänkbara sorgreaktioner samt en

sorgeproblematik, och att undersökningsdeltagarna valdes utifrån deras anknytning till de forskningsfrågor som har formulerats. Detta påverkar graden av validitet i studien, det vill säga att forskaren identifierar eller mäter det som denne säger sig mäta, vilket ökar graden av validitet. Målstyrt urval innebär att reliabiliteten, det vill säga grad av generaliserbarhet, är låg. Detta innebär att det inte går att dra en generell slutsats som gäller för populationen i allmänhet.

Det finns kritik mot icke-sannolikhetsurval och den största är att den generella representationen påverkas negativt. Ett problem som minimeras jämfört med sannolikhetsurval är bortfallsproblematik som annars kan förstöra de planerade inklusionssannolikheterna enligt SCB (2008).

Kazdin (2003) förklarar att vid icke-randomiserade urval behöver forskaren reflektera över faran att vissa grupper inte blir representerade medan andra grupper blir överrepresenterade i urvalet. Det är av vikt att urvalet blir representativt för normalpopulationen och att målpopulationen är intressant för studiens syfte. Det som stärker den generalisering i denna studie är att målpopulationen utgör en blandning i ålder, kön, socioekonomisk och etnisk bakgrund vilket gör att studien kan anses vara representativ för normalpopulationen, det vill säga patienterna i studien representerar de som söker hjälp för sorg. Övriga urvalskriterier redovisas nedan.

Urvalskriterier:

Målstyrt urval

Endast de som är listade på den vårdcentral där programmet används erbjuds att delta. Undantag kan beviljas av verksamhetschefen om det finns synnerliga skäl.

Ålder.

Patienter över 18 år erbjuds delta, då patientunderlaget för kuratorsverksamheten på vårdcentralen är vuxna, det vill säga 18 år och uppåt.

Språk.

Endast patienter som bedöms kunna läsa, skriva och prata svenska tillräckligt bra eftersom allt material är på svenska.

Typ av sorg

Typ av sorg är inget urvalskriterie. Metoden Sorgbearbetning gör ingen åtskillnad på olika sorger eller förluster vad gäller för deltagande i programmet, det vill säga patienter med alla typer av sorg eller förluster kan genomgå programmet individuellt eller tillsammans i grupp.

Slutlig bedömning

Som certifierad programledare gör jag den slutliga bedömningen om vilka som ska erbjudas delta programmet. Detta görs vid ett individuellt möte med patienten. Detta för en sista bedömning att programmet kan vara till hjälp för patienten samt en bedömning om patienten kan delta i grupp eller behöver gå individuellt, men även för att bedöma om patienten är i sådant psykiskt-/fysiskt skick att patienten klarar av ett deltagande eller inte. Ett annat syfte med mötet är att försäkra mig om att patienten vet vad deltagande i programmet handlar om och innebär.

Genomförande av studien.

Första programmet i metoden Sorgbearbetning som startade hösten 2011 var i gruppformat och sedan började även individuellt format för patienterna. Under våren 2012 började effekt-

studien med hjälp självskattningsformulär. Patienterna fick fylla i en självskattning före programmet (T1), ca 3 veckor efter programmet (T2) och ca 6 månader efter programmet (T3), samt 12 månader efter programmet (T4).

Efter att patienterna använt GHQ-12 upptäcktes att formuläret inte fångade upp patientens ohälsa beträffande ångest och depression tydligt. Från hösten 2012 fick patienterna även fylla i HAD. Studien utfördes sedan med stöd av två självskattningsprotokoll.

Vid uppföljning 3 veckor och 6 månader efter insats tillkom två mer kvalitativa frågor för att fånga upp hur patienterna upplevde förändringen i förhållande till (a) personen eller relationen de sorgbearbetade, och (b) sorgen/smärtan, samt en kategori med en möjlighet att lämna kommentarer om upplevelsen av programmet.

Sex månader efter patienternas deltagande skapades en skuggkontroll (Vedung, 2009) på alla tre nivåerna.

Självskattningsverktyg

Vid forskning om sorg används vanligtvis skattningsformulär gjorda för sorg beträffande dödsfall som till exempel Texas Revised Inventory of Grief (TRIG), Grief Experience Inventory (GEI). Denna studie grundar sig inte på dessa enkäter av flera anledningar. Den främsta anledningen är att dessa formulär bedömdes olämpliga då de riktade sig specifikt mot sorg på grund av dödsfall. Metoden Sorgbearbetning har en bredare definition av sorg än bara dödsfall varför GHQ-12 valdes istället. En riktad sorgenkät skulle riskera att inte plocka upp den psykiska ohälsan från andra orsaker till sorg samt att patienterna som bearbetar annan sorg än dödsfall skulle uppleva enkäten som inte applicerbar på deras sorg. En annan anledning är att enligt Altmaier (2011) finns det validitetsproblem med TRIG, GEI och liknande, specifikt för sorg, framtagna enkäterna, samt att de är relativt oprövade. GHQ-12 är beprövad i sin förmåga att indikera allmän psykisk ohälsa. Enkäten finns i andra varianter med fler frågor, ursprungsformatet är GHQ-60, men GHQ-12 valdes för sin enkelhet och lämplighet för självskattning i sådana här studier och ändå med förmågan att ge indikationer. GHQ-12 har i studier visat sig ha god validitet och reliabilitet.

HAD valdes som tillägg då den är en vedertagen, accepterad och använd enkät inom hälso- och sjukvården med god validitet och reliabilitet. HAD är tvådelad och mäter indikationer på ångest (HAD-A) och depression (HAD-D), vilket gör den ytterligare användbar. En annan fördel med användandet av GHQ-12 och HAD är att det finns studier mellan HAD-D och GHQ-12 som visar på att de korrelerar bra (Bjelland, Dahl, Tangen och Neckelmann, 2002, McDowell, 2006).

Både GHQ-12 och HAD är självskattningsinstrument, där patienten själv uppskattar sitt mående genom att besvara på förhand bestämda frågor med fyra bestämda svarsalternativ på frågorna. Viktigt är även att notera att GHQ-12 och HAD inte är diagnosticeringsverktyg utan ett indikationsverktyg för att upptäcka misstanke om problem för vidare utredning och eventuell diagnosticering (Snaith, 2003, Goldberg et al, 1997). (GHQ-12 och HAD, se bilaga 3)

Kontrollgrupp, jämförelsegrupp och skuggkontroll

Kontrollgrupp

Kontrollgrupp fanns inte med när studien påbörjades. RCT-studier har hög trovärdighet men grundförutsättningen är att vi ”har tillgång till en experimentgrupp och en kontrollgrupp, som i alla avseenden är i princip lika (eller ”ekvivalenta” som fackuttrycket lyder).” (Vedung,

2009, s. 218). Sedan ska deltagarna väljas ut slumpmässigt. När idéerna kom om att skapa en kontrollgrupp kändes det moraliskt och etiskt oförsvarbart och inte i överensstämmelse med primärvårdens mål med verksamheten (då denna studie är gjord i tjänsten) att slumpmässigt välja ut patienter primärvården är skyldiga att hjälpa och låta de gå utan hjälp i ett år i en kontrollgrupp. Målgruppen för studien är inte heller stor och populationen för studien hade varit ännu mindre och resultatet hade, på grund av populationens storlek, varit mindre trovärdigt.

Jämförelsegrupp

Ihrmark (2007) studerar även en grupp omfattandes 15 studenter beträffande sorg, tid sedan sorg och vilken slags sorg deltagarna har. Medelvärde för hur lång tid som gått sedan sorgen var 6.3 år. En majoritet av deltagarna (73 procent) uppgav att de fortfarande kände sorg. Denna studie omfattar inte bara dödsfall då endast 53 procent hade en sorg relaterad till dödsfall. De övriga var fördelade på separationer (27 procent) och sjukdom (20 procent). Denna studie visar att sorg inte försvinner av sig själv över tid. De som i studien lyckades bearbeta sin sorg på något sätt gjorde det genom att tillämpa olika metoder som att glömma, prata med någon eller genom anpassning till den nya situationen. Studien saknar dock en uppföljning för att se om resultatet gav tillfällig lättnad eller bestående lättnad.

Skuggkontroll

Då en kontrollgrupp saknas i denna studie används istället en skuggkontroll som ett alternativ. Skuggkontroll innebär en uppskattning av ”hur det skulle ha blivit om interventionen inte hade funnits. (Vedung, 2009, s. 247). På detta sätt skapas ett kontrafaktiskt kontrollfall som det faktiska resultatet kan jämföras med. Skuggkontroller värderas lågt förklarar Vedung (ibid), oftast som sista utvägen och det enda som utvärderaren har att använda, men används i forskning trots detta. Skuggkontroll kan delas in i tre delar, expertkontroll, administratörskontroll och adressaterna. Expertkontroll är en sakkunning på området, ofta en professor. Administratörskunnig är en lokal personal, som är insatt i själva insatsen inom primärvården. Adressaterna är patienterna som genomgått interventionen, och resulterar i ett urval enligt Vedung (ibid) eftersom inte alla patienter kan tillfrågas.

Svårigheten med trovärdigheten och varför en skuggkontroll ofta förkastas förklarar Vedung (ibid).

Visst vet administratörer mest om verksamhetens genomförande och hur den fungerat ute på fältet, eftersom de i årtal på heltid arbetat just med detta. Men härigenom blir de också så engagerade, att de får svårt att göra en oväldig och kritisk bedömning av sina egna aktiviteter. Utgångspunkten i en vanlig effektmätning är att insatsen varit verkningslös. Att vänta sig samma skeptiska hållning från handläggarens sida vore naivt.

Skuggkontroller kan inte ge några säkra resultat. Men de bör inte dömas ut./.../Det är bättre att erhålla någon kunskap om det kontrafaktiska fallet än ingen alls. Även skuggkontroller kan ge en bild av vad interventionen åstadkommer. En viktig sak är att de kan ge kännedom om generativa mekanismer i form av intentioner och avsikter som förbinder programmet med utfallet. (s. 250)

I denna studie har därför skuggkontroll tillämpats på alla tre nivåer, expertkontroll, administratörskontroll och adressater, vilka redovisas i diskussionskapitlet. Ett mejl skickades till en expert på området emotioner, James W. Pennebaker, för dennes uppskattning utifrån sin kunskap och studiens resultat (Pennebaker, 2009). Den administratör som finns tillgänglig är jag själv, även om jag inte kan anses opartisk. På administratörsnivå skickade jag ut ett mejl till

17 slumpmässigt utvalda deltagare ungefär sex månader efter att deras deltagande i studien var avslutat.

Statistik, evidens, reliabilitet och validitet

Statistik spelar en avgörande roll i forskning baserad på socialt och folkhälsovetenskapligt förebyggande och behandlande insatser. En korrekt förståelse av den statistiska data som används i studien och hur den ska mätas och analyseras är av största vikt för att statistiken ska vara användbar (Svensson, 2002).

I början av en studie är det därför enligt Svensson grundläggande att tydligt formulera vilka frågor som är relevanta för studien, om det är orsakssamband eller resultat av interventionsstudier. Det är viktigt att vara öppen om vilken slags studie som är mest tillämplig utifrån studiens syfte och inte styras av lättillgängliga metoder eller vanligast förekommande i tron att det ger bättre evidens.

Man måste vara öppen och inte begränsa sökningen till att exempel enbart godkänna RCT. I vissa fall kan t.ex. longitudinella observationsstudier vara det bästa underlaget. Med andra ord: Man måste precisera sin frågeställning och det syfte man har. (Svensson, 2002, s. 27)

Svensson (ibid) poängterar vikten av att veta vilken kunskap man vill ha ut av studien en så kallad "kravspecifikation". Sedan behöver studiernas kvalitet, validitet och reliabilitet värderas genom att man frågar sig om och hur resultatet kan generaliseras och vara vägledande i beslut inom det område det förväntas användas.

När studiens data ska analyseras och tolkas behövs en medvetenhet om statistikens möjligheter och begränsningar samt kunskap om att kvalitativa data inte ska analyseras som kvantitativa data. Svensson (2001, 2002) tycker inte att kvalitativ data lämpar sig för summeringar och beräkningar då subjektiva graderingar i formulär (som GHQ-12 och HAD) inte har några matematiska eller numeriska egenskaper utan visar på ordningsföljd på ordinalskala, och därför ska analyseras med rätt metod. Vid beräkningar av en studie som denna, med graderingar i svarsalternativen, finner Svensson (2001) medianansats som lämplig metod för analys. Hon rekommenderar bland annat stolpdiagram och spridningsdiagram som lämpliga redovisningsmetoder av kvalitativ data. Svensson (2002) avslutar med att poängtera att

alla beslut som baseras på statistisk evidens utgår från en sannolikhet för att en behandling eller en åtgärd kan ha en effekt i det långa loppet för en grupp personer, alltså inte för en enskild individ. Sannolikhet är absolut inte liktydigt med sanning! (s. 28)

Denna studie har användandet av kvalitativ data samt analys och presentation använt sig av Svenssons rekommendationer för att kunna få fram och presentera ett så korrekt statistiskt resultat som möjligt med så hög trovärdighet som möjligt. Detta för att få en så stor evidens som möjligt trots brister i studien i form av bland annat avsaknad kontrollgrupp.

Reliabiliteten i studien är hög då självskattningsformulären har både hög validitet och reliabilitet, formulären har god kvalitet och studien mäter det den var avsedd att mäta. Reliabilitet i de öppna frågorna kan ifrågasättas på grund av deras ospecifika formuleringar.

Validiteten i studien är hög då studien använt korrekta metoder för bearbetning och analys av kvalitativ data. Studien kan därför redovisa trovärdiga resultat som avsetts med syfte och frågeställningar. Studiens resultat kan därför även ligga till grund för beslut inom berört område, i detta fall sjukvården och primärvården i synnerhet.

Bortfall

Det externa bortfallet uppgick till 19 procent, det vill säga 8 patienter fullföljde inte programmet och studien. Det interna bortfallet uppgick till 6 procent., det vill säga 2 patienter fullföljde inte samtliga utvärderingar.

60 patienter tillfrågades eller erbjöds under 2012 och våren 2013 att delta i programmet Sorgbearbetning. Av dessa ca 60 tackade 47 patienter ja till att gå programmet och 34 patienter fullgjorde programmet.

Fem patienter avbröt innan start och påbörjade aldrig programmet. Fyra patienter på grund av att de inte kunde få ledigt från arbete eller studier för att delta i grupprogrammet, och för en patient saknas information.

Åtta patienter har avbrutit under programmets gång. Över hälften avbryter innan träff fyra av nio. Tre patienter orkade inte fullfölja då det blev för känslomässigt jobbigt. För tre patienter saknas information om varför dessa avbröt. En patient avbröt på grund av att arbetet inte tillät. En patient avbröt på grund av barnsituation.

Tilläggas kan att tre patienter, inte inkluderade i bortfallssiffrorna, som avbröt senare gått om och gått klart. De andra som avbröt deltagandet på grund av personliga omständigheter gärna ville gå programmet senare om deras personliga omständigheter tillåter, men sex patienter gjorde inte det eller hade inte möjligheten innan studien tog slut.

Svårigheten med patienter som avbryter är att de oftast bara uteblir och är sedan svåra att nå för uppföljning samt att tid saknats för att vid upprepade tillfällen försöka kontakta dem.

Etiska överväganden

Vid all forskning är det viktigt att överväga de forskningsetiska principerna för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.

De forskningsetiska principerna/.../har till syfte att ge normer för förhållandet mellan forskare och undersökningsdeltagare/uppgiftslämnare så att vid konflikt en god avvägning kan ske mellan forskningskravet och individskyddskravet. Principerna utgör riktlinjer för etikkommitténs granskning av forskningsprojekt inom Ämnesrådet för humaniora och samhällsvetenskap. De är också avsedda att vägleda den enskilde forskaren vid planeringen av projekt. Principerna gör inte anspråk på fullständighet. Eftersom problemen kan variera avsevärt från fall till fall, har principerna medvetet mer givits karaktär av vägvisare än av detaljreglerande föreskrifter (Vetenskapsrådet, s. 6).

Det finns åtta regler inom fyra områden som skall tas i beaktan och värderas utifrån forskningsändamålen och patienternas integritet. De fyra områdena är:

Informationskravet

Forskaren skall informera de av forskningen berörda om den aktuella forskningsuppgiftens syfte.

Patienterna har enligt regel 1 (ibid. s. 8) blivit informerade om syftet med deltagandet i effektstudien och att deltagandet är frivilligt samt att de när som helst kan avbryta sin medverkan.

Samtyckeskravet

Deltagare i en undersökning har rätt att själva bestämma över sin medverkan.

Jag har enligt regel 2, 3 och 4 (ibid. s. 9ff) inhämtat patienternas samtycke. Patienterna har haft rätten att bestämma om sitt deltagande utan risk för negativa följder och patienterna har inte utsatts för påtryckningar. Jag har varit fullt medveten om patienternas beroendeställning till mig men kan inte utesluta att det kan ha förekommit någon eller några patienter som har känt sig tvungna att delta. Dock har en patient avstått deltagande i studien men fortsatt programmet. Ingen patient har förvägrats delta i sorgbearbetningen på grund av ovilja att delta i studien.

Konfidentialitetskravet

Uppgifter om alla i en undersökning ingående personer skall ges största möjliga konfidentialitet och personuppgifterna skall förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem.

Regel 5 (ibid. s. 12) nämner sekretesskydd för patienterna i forskningsprojektet. Jag omfattas av tystnadsplikt enligt hälso- och sjukvårdslagen angående all patientinformation vilket även omfattar all information om patienternas deltagande i studien, då studien är gjord inom min kuratorstjänst.

I överensstämmelse med regel 6 (ibid. s. 12) förvaras alla identifierbara uppgifter om patienterna i elektroniskt media skyddat av lösenord som endast jag har tillgång till. I uppsatsen är alla patienter avidentifierade så att de inte kan identifieras. Däremot kan ej uteslutas att patienter kan identifiera sig själva.

Nyttjandkravet

Uppgifter insamlade om enskilda personer får endast användas för forskningsändamål.

Uppgifterna om patienterna (det vill säga patienternas enkätsvar på GHQ-12 och HAD) är skyddade och inte tillgängliga för annat bruk än denna studie enligt regel 7 och 8. (ibid. s. 14) Uppgifterna är endast insamlade för forskningsändamål och har legat utanför patienternas sorgebehandling eller ordinarie behandling på vårdcentralen och har därför inte journalförts i patientens journal.

5 RESULTAT

I detta kapitel kommer först resultaten på aggregerad nivå, det vill säga på gruppnivå, patienterna som en grupp, att redovisas. På aggregerad nivå redovisas GHQ-12, HAD-A och HAD-D samt en effektmätning enligt Cohen's d.

Därefter presenteras resultaten på individuell nivå från GHQ-12. GHQ-12 valdes för individuella resultaten av två anledningar, (1) av resultaten på aggregerad nivå framkommer att GHQ-12 hade sämst utfall, (2) GHQ-12 har 34 patienter genomfört, den har alltså störst deltagarantal. På den individuella nivån visas patienternas individuella utveckling under studien.

Sedan presenteras de öppna frågorna och resultaten av dessa i förhållande till de individuella resultaten.

Kapitlet avslutas med några exempel på komplexiteten i patienternas mående, deras skattningar och svar.

I studien deltog 34 patienter i åldrarna 18 år till 72 år. Tabell 5.1 visar fördelningen enligt kön, ålder och programformat.

Tabell 5.1

Fördelning av patienterna efter kön, ålder och programformat

	18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	Grupp	Individuellt
Kvinnor	7	10	7	5	4	1	20	9
Män	-	3	-	2	-	-	3	2

Not. n = 34

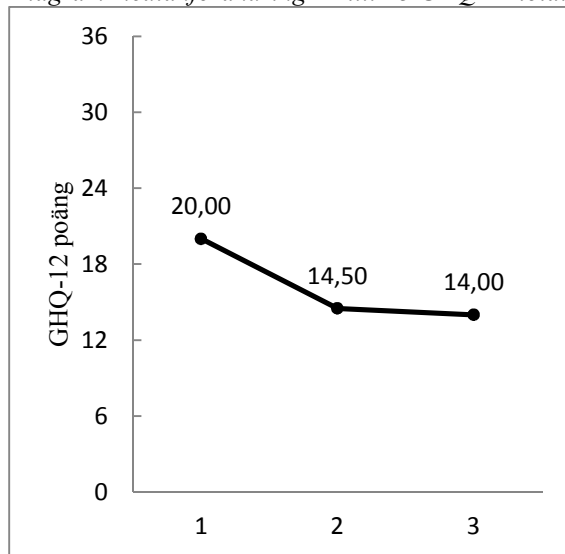
Aggregerad nivå

Av diagrammen i figur 5.1 och 5.2 framgår att från start och till tre veckor efter insats, det vill säga interventionen Sorgbearbetning, minskar upplevelsen av generell ohälsa, ångest och depression. Det är en tydlig förändring från före insats till tre veckor efter insats när det gäller patientens mående på en aggregerad nivå, det vill säga när samtliga individers värden summeras och jämförs.

Av figur 5.1 framgår att patienternas generella mående gått från den övre gränsen av *tydlig indikation på problem* till nedre gränsen av *tydlig indikation*.

Figur 5.1

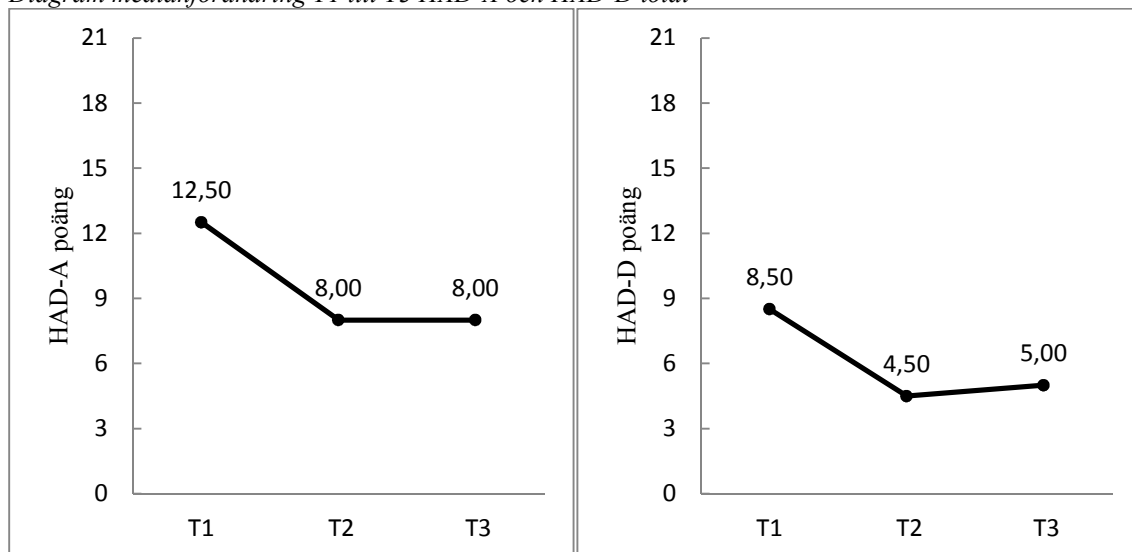
Diagram medianförändring T1 till T3 GHQ-12 total



Not. n (T1 & T2) = 34, n (T3) = 23. T1 (före), T2 (3 veckor efter), T3 (6 månader efter).

Figur 5.2

Diagram medianförändring T1 till T3 HAD-A och HAD-D total



Not. n (T1 & T2) = 20, n (T3) = 11. T1 (före), T2 (3 veckor efter), T3 (6 månader efter).

Av figur 5.2 framgår att ångest sjunkit från *tydlig indikation* på ångest till *ingen indikation*, det vill säga normalvärde. Depression har sjunkit från nedre gränsen av *tydlig indikation* på depression till *ingen indikation* på depression. På aggregerad nivå visar resultaten enhälligt att patienternas psykiska ohälsa har upphört beträffande ångest och depression. Beträffande det generella måendet visar patienterna som grupp fortfarande *tydlig indikation på* psykisk ohälsa fastän lägre än mätningen före insats.

Diagrammen i figur 5.1 och 5.2 visar även att resultatet på en aggregerad nivå kvarstår över tid, det vill säga sex månader. Vid sex månader bör dock beaktas att populationen (*n*) är mindre än vid mättillfälle T1 och T2 vilket kan antas ha en måttlig påverkan på resultatet. Detta beror till största delen på att det inte har hunnit gå sex månader av uppföljningstid sedan patienterna genomgått programmet till studien upphörde.

Utvecklingslinjerna för det generella måendet (GHQ-12) och depression (HAD-D) följer varandra som väntat, då dessa visat sig korrelera bra (Bjelland et al, 2001, McDowell, 2006). Både GHQ-12 och HAD-D fångar upp och mäter depressiva tendenser. GHQ-12 mäter inte ångest i den grad som HAD-A gör, vilket gör att dessa inte förväntas korrelera lika bra med varandra då de mäter olika saker. Vad som framgår i figur 5.1 och 5.2 är att även ångesten följer samma kurva som generellt mående och depression, därav kan slutsats dras att insatsen påverkar både ångest och depression positivt vid sorg.

Tabell 5.2 (nedan) visar hur patienternas mående har förändrats från före insats till sex månader efter insats utifrån GHQ-12, HAD-A och HAD-D med avseende de tre indikationsindelningarna på psykisk ohälsa: *ingen indikation*, *tydlig indikation* och *hög grad av indikation*.

Tabell 5.2

Tabell över differensen i graderingen av patienters mående, på aggregerad nivå, med avseende på GHQ-12, HAD-A & HAD-D vid T1 och T3. Plus innebär en ökning och minus en minskning.

Grad av indikation	antal T1	% T1	antal T3	% T3	diff T1/T3	diff% T1/T3
GHQ-12						
Hög grad av indikation	7	31	3	14	-4	-17
Tydlig indikation	15	65	10	43	-5	-22
Ingen indikation	1	4	10	43	+9	+39
HAD-A						
Hög grad av indikation	3	27	-	0	-3	-27
Tydlig indikation	7	64	5	45	-2	-18
Ingen indikation	1	9	6	55	+5	+46
HAD-D						
Hög grad av indikation	-	-	-	-	-	-
Tydlig indikation	6	55	-	0	-6	-55
Ingen indikation	5	45	11	100	+6	+55

Not. *n* (GHQ-12) = 23, *n* (HAD) = 11. T1 (före), T2 (3 veckor efter), T3 (6 månader efter).

Av tabell 5.2 framgår att det generella måendet har störst spridning med flest värden från *hög grad av indikation* på problem till *låg indikation på problem*.

27 procent, det vill säga 3 patienter, hade *hög grad av indikation* gällandes ångest (med lägsta poängen på den nivån) och ingen patient hade *hög grad av indikation* gällandes depression medan 7 patienter hade *hög grad av indikation* gällande generellt mående. Fördelningen i det generella måendet (GHQ-12) var 31 procent med *hög grad av indikation*, 65 procent med

tydlig indikation och 9 procent med *ingen indikation* före insats. Sex månader efter insats ökar kategorin *ingen indikation* med 39 procent. Tabell 5.2 visar på ett tydligt sätt hur patienternas mående som grupp förändras i positiv riktning med minskad psykisk ohälsa i form av förbättrad generellt mående, minskad ångest och depression hos patienterna i studien.

Utifrån de tre skattningarna framkommer att beträffande GHQ-12 upplevde 87 procent (T2) respektive 76 procent (T3) en förbättring, beträffande HAD-A upplevde 95 procent (T2) respektive 100 procent (T3) en förbättring, samt beträffande HAD-D var motsvarande 60 procent (T2) respektive 100 procent (T3).

För att veta om resultatet är genererat av slumpen eller av interventionen görs en effektmätning. En effektmätning med Cohen's d är ett standardiserat mått för att statistiskt beräkna effekt på inomgruppsmätningar (motsvarande signifikansen), med avseende kvalitativ data på ordinalskala i studier som denna. Cohen's d är dock belagd med ett positivt uppräknande bias på upp emot två procent. Hedge's g är ett mått som utgår från Cohen's d men tar hänsyn till bias. Tabell 5.3 visar resultaten av effektmätning med Cohen's d och Hedge's g.

Tabell 5.3

Beräkning av inomgruppseffekt T1 mot T2 med Cohen's d och Hedge's g.

	GHQ-12	HAD-A	HAD-D
Cohen's d	.90	1.00	.85
Hedge's g	.88	.98	.83

Not. n (GHQ-12) = 34, n (HAD) = 20.

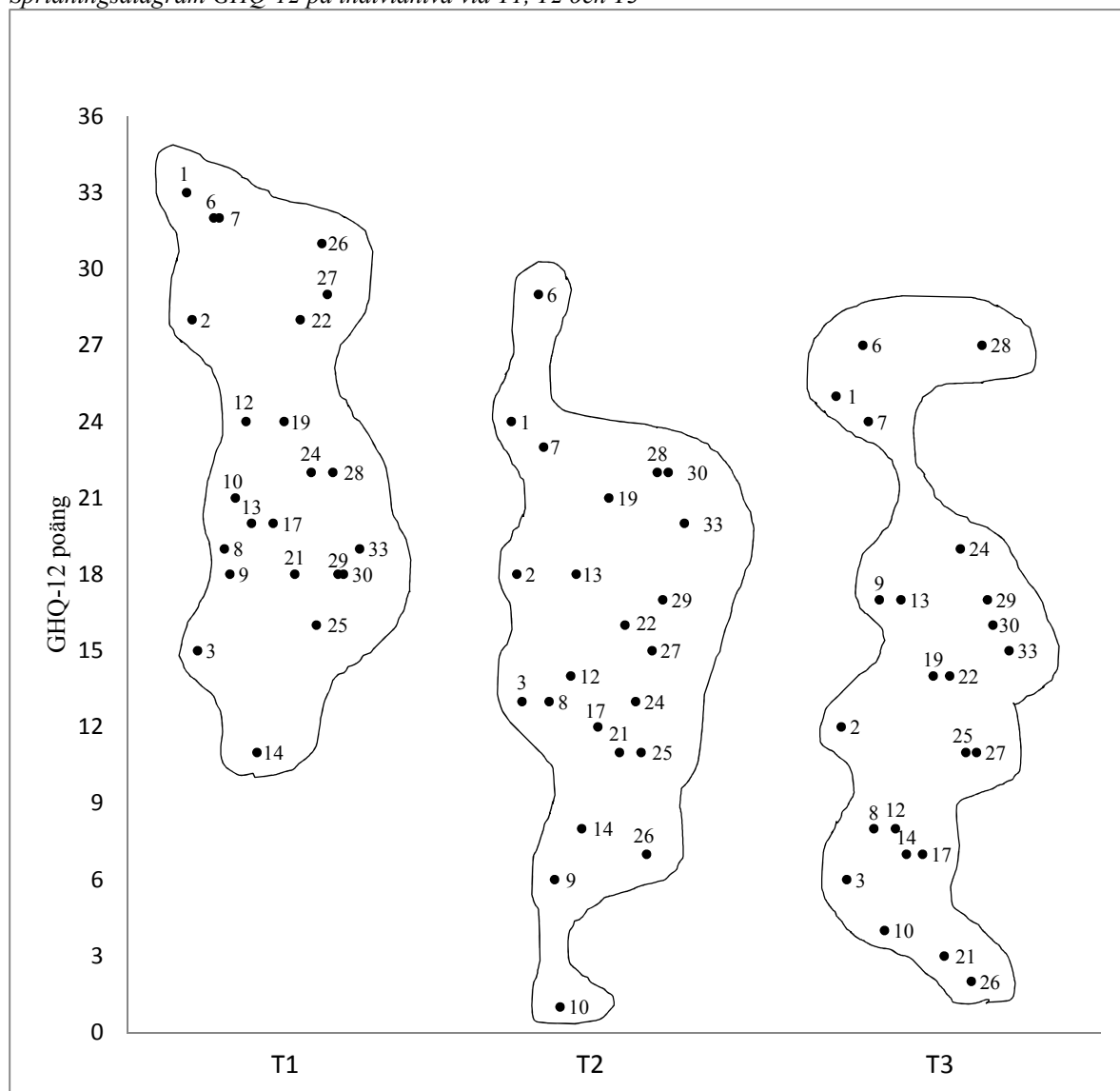
Resultaten visar på Cohen'd mellan .83 och 1.00 vilket är större än .80 som enligt Cohen är minimigräns för stor effekt. Det innebär, enligt Cohen, att då metoden Sorgbearbetning har ett värde större än 0.80 så har metoden haft en stor effekt på utfallet i resultatet. Effektmätningen visar att interventionen har en stor effekt som inte kan förklaras av slumpen och att resultatet är signifikant för interventionen. Även med Hedge's g så är värdena större än .80.

Individuell nivå (endast GHQ-12)

Då populationen vid HAD är mindre vid T3 ($n = 11$) valdes GHQ-12 för de individuella resultaten, samt att patienternas generella mående (som grupp) enligt figur 5.1 och 5.2 inte blev indikationsfritt, det vill säga att det visade på sämre resultat. På individuell nivå visar resultaten från det generella måendet en mer komplex bild av patienternas mående och utveckling över tid jämfört med den första aggregerade beskrivningen. Det förekommer avvikelser från den generella utvecklingslinjen vilken framgick av figur 5.1. Spridningsdiagrammet i figur 5.3 visar utvecklingen i gruppen över tid (T1, T2 och T3) avseende det generella måendet.

Figur 5.3

Spridningsdiagram GHQ-12 på individnivå vid T1, T2 och T3



Not $n = 23$. T1 (före), T2 (3 veckor efter), T3 (6 månader efter).

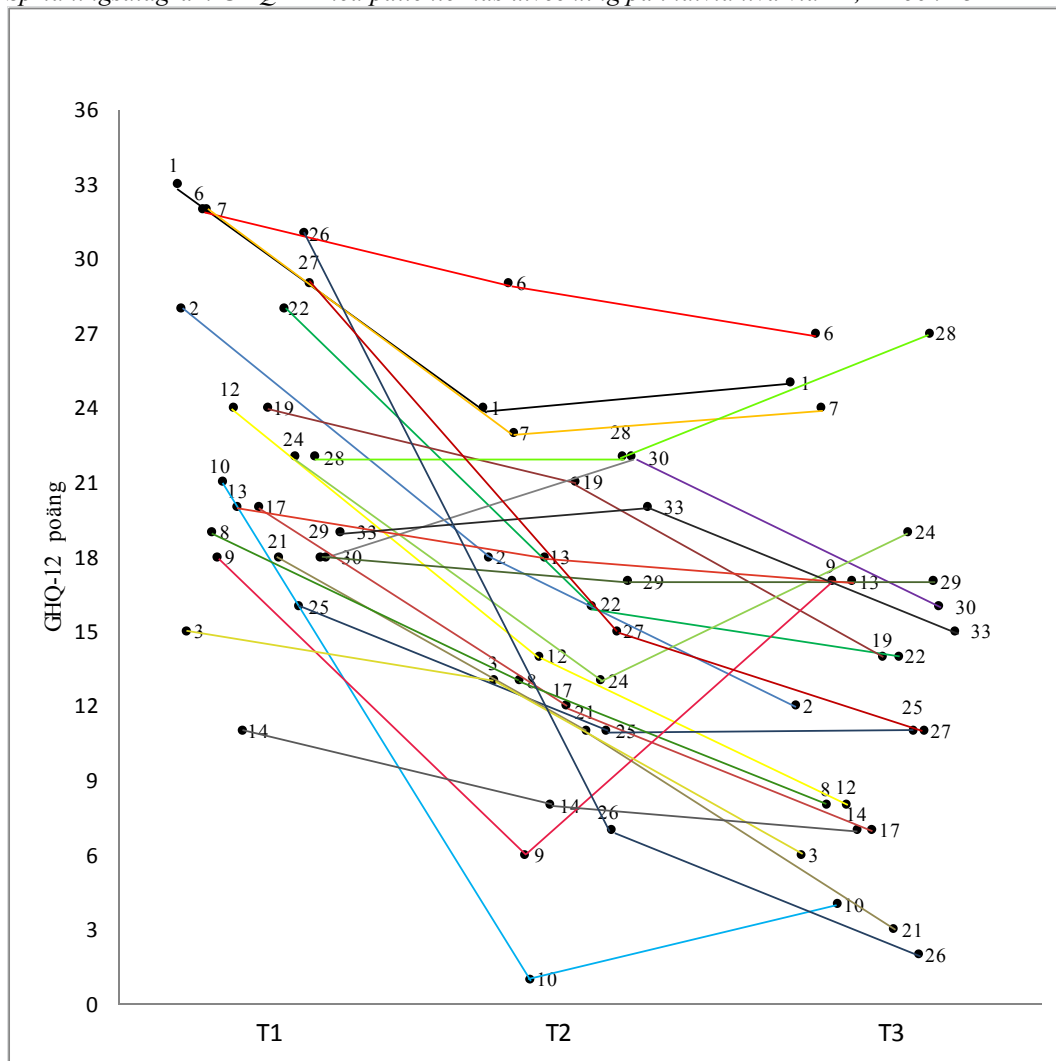
Vad som tydliggörs i diagrammet är att spridningen, det vill säga skillnaden mellan högsta och lägsta värdet, varierar över tid och att den minsta skillnaden mellan högst och lägst grad av ohälsa är som minst innan interventionen och som högst tre veckor efter genomgången program för att återigen sjunka sex månader efter insats. Detta indikerar att vissa svarar positivt på behandlingen medan andra inte svarar lika positivt på behandlingen. Spridningen i gruppen

börjar vid 22 vid start och ökar till 28 tre veckor efter interventionen och sjunker sedan till 25 vid 6 månader. Tydligt är att hela fältet rör sig mot lägre poäng vilket betyder ett bättre mående och att centrum för fältet, det vill säga de flesta patienterna, får lägre värden vid självskattningen vilket borde tolkas som att patienterna upplever sig må bättre eller inte lika dåligt som vid tidigare mätningar (T1 och T2).

Figur 5.4 visar tydligare hur komplex patienternas utveckling är i jämförelse med den aggregerade utvecklingen som framgick av figur 5.1. I figur 5.4 tydliggörs hur den individuella utvecklingen ter sig vad gäller generellt mående.

Figur 5.4

Spridningsdiagram GHQ-12 med patienternas utveckling på individnivå vid T1, T2 och T3



Not n = 21. T1 (före), T2 (3 veckor efter), T3 (6 månader efter).

Resultatet av patienternas utveckling visar att vissa patienter har en genomgående positiv utveckling över tid, medan andra patienter uppvisar en negativ utveckling. Samtliga patienter utom en, patient 28, uppvisar bättre resultat efter sex månader.

Tabell 5.4 (nästa sida) visar de fem olika utvecklingsvarianterna som finns hos patienterna i figur 5.3 och hur stor del av patienterna som fördelas på de olika varianterna.

Tabell 5.4

Fördelning över patienterna utveckling vid T1 till T2 och T2 till T3 i procent.

T1 - T2 - T3	Antal	Fördelning i %
startvärde - positiv - positiv	13	56%
startvärde - positiv - negativ	5	22%
startvärde - positiv - oförändrad	2	9%
startvärde - oförändrad - negativt	1	4%
startvärde - negativ - positiv	2	9%

Not. n = 23 T1 (före), T2 (3 veckor efter), T3 (6 månader efter).

Av tabell 5.4 framgår att 87 procent av patienterna upplever enligt självskattningen en förbättring tre veckor efter insats. 22 procent av patienterna upplever en förbättring tre veckor efter insats och en försämring vid sex månader. Totalt 74 procent upplevde en förbättring och 26 procent av patienterna upplevde en försämring vid sex månader jämfört med startvärdet. Tabellen visar inte hur stora förändringarna är vid de olika tillfällena, bara utvecklingen, om den blivit bättre eller sämre. Variationen på patienternas utveckling inom denna positiva grupp om 74 procent är också stor, vilket ytterligare försvårar förutsägbarheten angående patienterna mående på förhand på individuell nivå.

Fyra varianter avviker från majoriteten. (1) Startvärde – positiv – negativ, 22 procent, dessa patienter upplevde en försämring till skillnad från de som var enbart positiva. (2) Startvärde – oförändrad – negativ, innebär att patienten mår lika dåligt tre veckor efter programmet som före, och vid sex månader mår sämre än före vilket är en motsatt icke önskad effekt. (3) Startvärde – negativ – positiv, med en försämring tre veckor efter programmet och sedan en förbättring vid sex månader, av tabellen framgår inte om patienten vid T3 mår bättre än vid start.

Studeras det sistnämnda resultatet, där två patienter (patient 30 och 33) uppvisade startvärde – negativ – positiv, visar resultaten att sex månader efter insats har de ett bättre värde än vid start, det vill säga även dessa två patienter mår bättre efter sex månader. Vid sex månader efter insats ingår dessa därför i de andra positiva och de 72 procent som upplever sig få en bestående förbättring efter insats.

Utifrån patienternas kommentarer på de öppna frågorna kan information erhållas beträffande generativa mekanismer som inte kunde förutses i interventionens programteori som kan ha påverkat patienternas utveckling både positivt och negativt under undersökningstiden. Patient 28 som är den patient som har utvecklingslinjen startvärde – oförändrad – negativ och skriver i kommentarerna vid sex månader ”Det har hänt en del på sistone som gör att jag inte mår bra. Jag vet inte om jag gör din undersökning rättvisa.” (Pat 28, bilaga 2). I interventionsteorin nämndes generativa mekanismer som vi inte känner till som ligger utanför systemmodellen och dessa mekanismer kan vara en del i förklaringen till varför vissa patienter visar en avvikande utveckling som till exempel patient 28. Denna studie är i sin design av kvalitativa frågor inte utformad så att den klarar av att besvara alla dessa komplexiteter, det fodrar fler kvalitativa frågor för detta, något för eventuell framtida forskning.

Av tabell 5.5 (nästa sida) framgår utvecklingen av det generella måendet på de fyra patienter som hann delta i ettårsuppföljningen innan studien upphörde, för att se resultatets utveckling över ett år.

Tabell 5.5

Utveckling av psykisk ohälsa (GHQ-12) för fyra patienter med uppföljning över ett år.

Patient	T1	T2	T3	T4
2	28	18	12	8
8	19	13	8	7
17	20	12	7	6
29	18	17	17	12

Not. n = 4. T1(före), T2 (3 veckor efter), T3 (6 månader efter), T4 (ett år efter).

Av tabell 5.5 framgår att alla patienternas generella mående förbättrades ytterligare lite över tid, i detta fall ett år. För ingen av patienterna försämrades det generella måendet. Då det endast är fyra patienter bör detta resultat över ett år tolkas med försiktighet och snarare ses som en indikation på att förbättring sker eller kvarstår, och inte som ett generaliserbart resultat. Uteslutas kan inte att andra generativa mekanismer kan vara orsak till det ytterligare förbättrade resultatet över tid.

Det framgår att vissa patienters förändring är väldigt stor medan andra patienter har en minimal förändring. Diagrammet i figur 5.4 visar hur svårt det är att förutsäga hur resultatet blir för en enskild patient efter genomgången program. Diagrammet visar även på vissa mönster eller fem olika utvecklingsvarianter/kategorier som kan urskiljas.

De öppna frågorna

Två frågor lades till vid uppföljning tre veckor efter (T2) och vid sex månader (T3). Dessa två frågor syftar till att komplettera enkäterna och fånga upp patientens upplevelse av den faktiska sorgen, saknaden och/eller förändringen till den individ som sorgbearbetats samt patienten upplevelse av själva känslan av sorg och smärtan i sorgen.

1. Om patienten hade märkt av någon förändring i relationen som sorgbearbetades.
2. Om sorgen eller smärtan hos patienten har förändrats.

Tabell 5.6 visar om patienterna har upplevt någon slags förändring i förhållande till ovan ställda frågor. I kategorin ”Ingen förändring” ingår två svarsalternativ: Nej och Vet inte. I de andra kategorierna visande någon slags förändring ingår endast svarsalternativet: Ja.

Tabell 5.6

Antal som upplevt förändring vid T2 & T3 i öppna frågor

	Både relation och sorg/smärta	Bara i relation	Bara i sorg/smärta	Förändring totalt	Ingen förändring
T2, antal	25	2	4	31	3
T2, %	74	6	12	91	8
T3, antal	17	2	1	20	3
T3, %	74	9	4	87	13

Not. n (T2) = 34, n (T3) = 23. T2 (3 veckor efter) och T3 (6 månader efter).

Av tabell 5.6 (ovan) framgår att en klar majoritet, 92 procent av patienterna upplevde förändringar tre veckor efter och 87 procent av patienterna vid sex månader efter genomgått program. Tabellen visar bara att patienterna har upplevt förändring och inte hur stor den är, inte om förändringen är positiv eller negativ eller hur förändringen påverkat patienten. Tabellen visar att förändringsprocessen inte är statisk utan för alla patienter utom tre stycken fortsätter förändringarna över tid.

Tabell 5.7 visar hur patienternas upplevda förändring ser ut enligt svaren på frågorna, indelat i olika utvecklingskategorier.

Tabell 5.7

Varianter på utveckling av upplevd förändring vid T2 resp T3

svarsattityd T2 - T3	antal	%
positiv/positiv - positiv/positiv	14	60,9
positiv/positiv - positiv/negativ	2	8,8
positiv/positiv - negativ/negativ	1	4,3
positiv/negativ - positiv/positiv	1	4,3
positiv/negativ - negativ/negativ	1	4,3
negativ/positiv - positiv/positiv	2	8,8
negativ/positiv - negativ/positiv	1	4,3
negativ/negativ - negativ/negativ	1	4,3

Not. n = 23. I positiv ingår svarsalternativ "Ja" och i negativ ingår svarsalternativ "Nej" och "Vet ej" samt blankt svar.

Av Tabell 5.7 framgår åtta olika varianter på svar som speglar utvecklingen. Tre av kategorierna avspeglar positiva utvecklingar i olika varianter för totalt 74 procent av patienterna. De andra varianterna om 26 procent är alla mer eller mindre negativa utvecklingar då även en oförändrad utveckling är ett oönskat resultat och därmed räknas som en negativ utveckling. Negativa utvecklingar innefattas då av 8,6 procent oförändrad utveckling och 17,4 procent negativ utveckling.

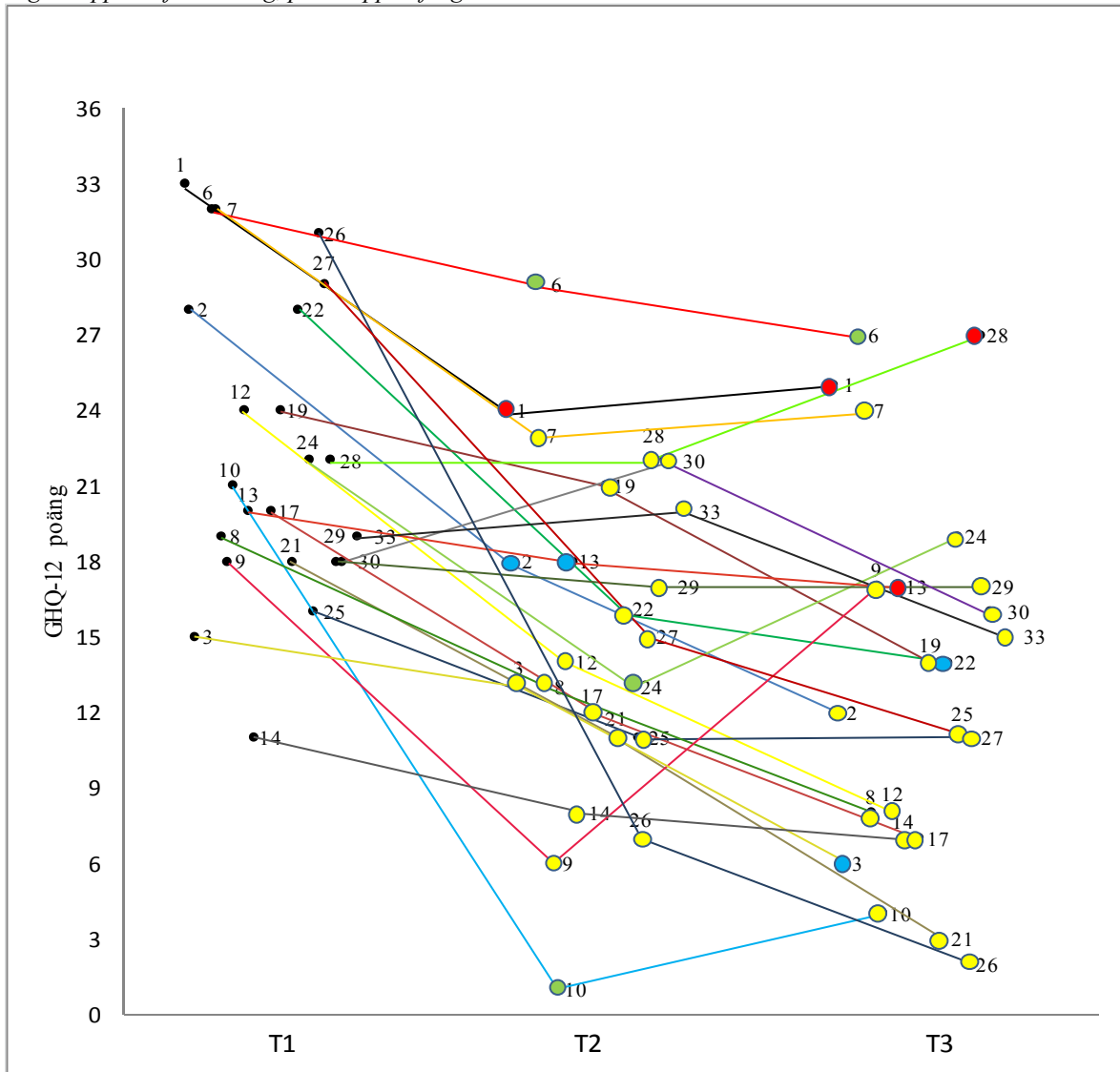
Av figur 5.5, nästa sida, framgår utvecklingen för varje patient tillsammans med upplevd förändring besvarad i de öppna frågorna. Resultatet visar då en ytterligare komplexitet i patienternas upplevelse. Utvecklingslinjerna visar fortfarande hur patienten skattade sig själv genom självskattningsformuläret.

Syftet med figur 5.5 (nästa sida) är att påvisa hur komplex bilden av förståelsen är gällande utvecklingen av patienternas mående i sorgbearbetningsprocessen och tiden efteråt (enkäterna) i kombination med patienternas upplevelser (frågorna). Hur sorgen visar sig och hur återhämtningen från sorg ser ut framstår som varierande individuellt. Även om majoriteten av patienterna följer en viss grundutveckling eller riktning i utvecklingslinjerna, kan variationerna vara många. Det är dessutom svårt att säga att en patient inte fått hjälp bara för att måendet inte har blivit bättre då patienten trots det kanske upplever en positiv förändring.

När patienten svarar på frågorna framgår att en negativ utvecklingslinje kan kombineras med en personlig upplevelse av positiv förändring. Måendet och upplevelsen av förändring nödvändigtvis inte korrelerar utan synes motsäga varandra. Detta kan vid första anblicken tolkas som ett problem, om patientens upplevda beskrivna förändring är korrekt eller om GHQ-12 är korrekt.

Figur 5.5

Spridningsdiagram GHQ-12 över patienternas utveckling i förhållande till svaren, kategoriserade i positiva eller negativupplevd förändring, på de öppna frågorna.



Not. $n = 23$. Gul indikerar pos/pos, blå indikerar pos/neg, grön indikerar neg/pos, röd indikerar neg/neg. T1 (före), T2 (3 veckor efter), T3 (6 månader efter).

Några exempel

Patient 9 i undersökningen mår vid T1 dåligt, en *tydlig indikation* på psykisk ohälsa, GHQ-12-värde om 19 poäng. Vid T2 mår patienten bättre och har ett GHQ-12-värde på 6 poäng, det vill säga *ingen indikation* på psykisk ohälsa för att sedan vid T3 uppleva sig må sämre igen, GHQ-12-värde på 17 poäng, det vill säga *tydlig indikation*. Patientens utveckling har i slutändan inte blivit det önskade utan ett negativt resultat från T2. Patienten svarar på de öppna frågorna, först om förhållandet till relationen till den sorgbearbetade och sedan förändringen av sorg/smärta. Patienten 9 upplever en positiv förändring vid T3 trots en mer negativ utveckling med GHQ-12 och besvarar frågorna.

1. Ja. Ser personen i fråga på ett lite annorlunda sätt - mer positivt
2. Ja. Smärtan har dämpats något (Pat 9, T3)

Patient 24 har vid T1 ett GHQ-12-värde på 22 poäng, det vill säga övre gränsen på en *tydlig indikation* på psykisk ohälsa. Vid T2 har måendet förbättrats till den lägre gränsen på *tydlig indikation* med GHQ-12-värde 13 poäng och vid T3 försämrats tillbaks till den övre gränsen på *tydlig indikation* med GHQ-12-värdet 19. Vid T2 och T3 svarar patienten följande.

1. Nej
2. Ja (Pat 24, T2)

1. Ja. Kan prata om personen utan att det gör ont eller att jag börjar gråta. Jag saknar naturligtvis men sorgen gör inte ont.
2. Ja. Samma som ovan (Pat 24, T3)

Patienten har en stor förbättring i måendet vid T2 men upplever inte så stor positiv förändring, medan vid T3 när patientens mående åter är problematiskt upplever hon en större positiv förändring.

Patient 1 med *hög grad av indikation* på psykisk ohälsa vid T1 med GHQ-12-värdet 33 (det högsta i undersökningen) och vid T2 sjunkit till *tydlig indikation* på psykisk ohälsa med GHQ-12-värdet 24 samt vid T3 en liten försämring till GHQ-12-värdet 25 som är lägsta värdet på *hög grad av indikation*. Patient 1 svarade blankt vid T1 vilket räknas som ett negativt svar. Vid T2 svarade patienten.

1. Nej. Har inte orkat med
2. Nej. Det finns för alltid mer eller mindre (Pat 1, T2)

Patienten har en något positiv utvecklingslinje gällande sitt mående men beskriver inga förändringar alls, en negativ upplevelse istället. Intressant är att notera att patienten skrev en kommentar vid T3 angående synpunkter, denna kommentar är positiv.

Det är bra att sorggruppen finns att prata i gruppen och lära sig nya saker hur andra känner är viktigt och nyttigt (Pat 1, T3)

Patient 1 har en något positiv utvecklingslinje, negativa upplevelser gällandes förändring men en positiv kommentar.

Vid fortsatt jämförelse med patienternas upplevelser vid frågorna med GHQ-12-svaren framgår att patient 1 är den enda som inte upplevde någon förändring vid vare sig T2 eller T3. Gällande patient 1 är det mycket troligt att det beror på att patienten inte bearbetade det traumatiska dödsfall som patienten sökte till programmet för att få hjälp med. Mellan T2 och T3 har det därför heller inte skett någon förändring av patientens upplevelse. Poängen för patient 1 vid T2 är 24 och vid T3 är den 25, ett mått på att patienten fortfarande mår mycket dåligt och ingen större förändring har skett. Det intressanta, som även visar på komplexiteten, är att enligt GHQ-12 skattar patienten sitt mående som bättre vid både T2 och T3 än vad patienten gjorde innan programmets början med en startpoäng på 33.

Patienterna som inte har ändrat sina svar mellan T2 och T3 har alla svarat Ja på båda frågorna. Hur ser deras faktiska upplevelse ut genom GHQ-12? Två patienter (25 och 29) visar på exakt samma poäng T2 och T3. En patient (9) visar på en kraftig försämring från poäng 6 (T2) till 17 (T3). Anledningen till denna ökning är troligtvis resultatet av en pågående separation, det vill säga generativa mekanismer utanför interventionen, då patienten efter T2 har separerat med eventuell skilsmässa som följd. Patienten har uppgett att hon mår mycket dåligt på grund av detta. Patientens lämnar följande kommentarer vid T2 och T3:

1. Ja. Jag har kunnat släppa fram min sorg och saknad efter den personen som egentligen betydligt väldigt mycket för mig. Sorgen efter personen är inte längre kantad av så mycket andra negativa känslor. På ett sätt känns det som en lättnad. (T2)

2. Ja. Relationen i sig har inte förändrats så mycket, men det beror nog mer på andra externa faktorer - nämligen att pat är demenssjuk så det finns nästan inget man kan kalla för "relation" längre. Dock känner jag mer empati för personen numera, på grund av sjukdomen. (T3)

Patienten beskriver här positiva förändringar av sorgbearbetningen, vilket stärker tolkningen att separationen är faktorn som påverkat måendet negativt vid T3. Alla övriga patienter som svarat Ja på båda frågorna (7, 8, 12, 14, 17, 19, 21 och 30) visar alla på en ytterligare förbättring T2 till T3 med en spridning om 1 till 8 poäng.

Dessa tre exempel, och det finns fler (Se bilaga 2), skulle kunna tolkas som att patienterna är ambivalenta, som att patienternas upplevelse på de öppna frågorna motsäger patienternas upplevelse vid självskattning med GHQ-12. Dessa tre exempel används för att tydliggöra komplexiteten som förstärks av svaren och kommentarer i de öppna frågorna.

Slutsatsen är att utvecklingslinjen, det vill säga patienternas upplevda generella mående i denna undersökning inte kan påvisa ett samband med upplevelserna av förändringen i den sorgbearbetade relationen och beträffande sorg/smärta. Det framgår tydligt att enkäterna mäter en sak och de öppna frågorna mäter en annan. Resultatet kan alltså även förstås som att sorg är en faktor i sig och måendet är en sak för sig. Båda kan förkomma samtidigt men inte nödvändigtvis.

Utifrån diagrammet i figur 5.5 framgår att vid T2 överensstämmer 61 procent av patienter helt mellan GHQ-12 och sina svar på de öppna frågorna, 22 procent överensstämmer delvis och 17 procent överensstämmer inte alls. Vid T3 är det 57 procent som överensstämmer helt mellan GHQ-12 och svaren på de öppna frågorna, 13 procent som överensstämmer delvis och 30 procent överensstämmer inte alls. Det inte samma patienter som överensstämmer vid T2 och T3 utan det skiftar vilket gör resultaten mer komplexa och svåra att analysera. Endast 35 procent överensstämmer både vid T2 och T3, 4 procent överensstämmer delvis och 61 procent överensstämmer inte alls vid både T2 och T3.

Det kan vara svårt att säga att en patient har fått hjälp bara för att måendet blivit bättre samtidigt som patienten trots allt upplever negativa förändringar. Dessa ovan nämnda exemplen är inte representativa för hela gruppen, men visar ändå på komplexiteten. De flesta patienterna, minst 70 procent, upplever positiva förändringar (öppna frågorna) i kombination med bättre generellt mående (GHQ-12).

Det första syftet med studien är att besvara frågan om patienterna upplever att metoden Sorgbearbetning ger läkning eller upplevd positiv effekt. Resultatet av de två öppna frågorna visar att majoriteten av patienterna upplever att genomförandet av metoden har påverkat deras sorg och mående positivt. Resultaten från enkäterna visar att majoriteten av patienterna beskriver genom självskattningsformulären att de upplever sig må bättre efter att ha genomfört metoden.

6. ANALYS

Att använda interventionsteorin underlättar analysen av interventionen. Från figur 3.1 framgår de olika delarna som kan antas ingå i interventionen. Figur 3.1 är en analys av interventionen vars ändamål är att underlätta och göra utvärderingar möjliga och lättare att genomföra korrekt. Analysen i figur 3.1 är inte heltäckande, då detta enligt Vedung (2009) inte är möjligt. I figur 3.1 är delar av processen gråfärgad och en del i svart. Studien omfattar den delen som är svart, det vill säga interventionen och utfall.

I detta kapitel granskas och analyseras de olika påverkande faktorerna i systemmodellen. Detta för att upptäcka vilka som faktiskt kan påvisas påverka, patienternas mående för att förstå vad som genererar utfallet.

En troligt försvårande faktor i studien är att begreppet sorg är brett och omfattar flertalet förluster, till exempel dödsfall, skilsmässor (både för barn och vuxna), konkurser, flyttar, sjukdomar etc. James och Friedman (2007) påstår att alla relationer är unika och det innebär att alla sorger också är unika. Att sorger blir unika förstås lätt genom interaktionsteorin (Collins, 2004) där till exempel negativa emotionell energi uppstår i olika individers handlingar gentemot varandra, misslyckade sociala ritualer (Brante, 2007). Dessa individer är unika och situationen, som genererar handlingen är unik, den negativa emotionella energin blir unik. Men som resultaten visat går det att förutsäga en generell sorgereaktion eller utveckling på gruppnivå (Svensson, 2002). Däremot innebär den unika sorgereaktionen att det inte går att förutsäga sorgereaktionen på individnivå eller för en specifik patient med stöd av resultaten. Sorgereaktionen kommer att variera då olika människor reagerar olika vid liknande förluster. Detta gäller även för patienternas utveckling i och under sorgprocessen.

Vidare så upphör inte patienterna att interagera med andra människor i det att de går i sorgbearbetning eller för att de har genomgått sorgbearbetning, patienterna träffar nya människor. Nya situationer, ritualer uppstår, några blir lyckade och skapar positiv emotionell energi och andra negativ emotionell energi (Brante, 2007). Denna process påverkar patienterna och deras psykiska ohälsa. Dessa processer kan kallas påverkande faktorer eller generativa mekanismer, som omtalats tidigare, men de påverkar patienterna. Patient 28 beskrev just detta, ”Det har hänt en del på sistone som gör att jag inte mår bra. Jag vet inte om jag gör din undersökning rättvisa.” (Pat 28, bilaga 2) Detta är en process som pågår ständigt i allas liv och som kan påverka resultaten på individuell nivå.

Påverkande faktorer, mätbara inom interventionen

Initialt mående

Kan patientens initiala mående ha betydelse för resultatet, det vill säga kan en patient som har en *hög grad av indikation* få en sämre eller bättre utveckling än en patient som har *ingen indikation*? Det framgår av diagrammen i figur 5.3 och 5.4 att vissa patienter har ett mycket högt ingångsvärde på GHQ-12 medan andra har ett lågt ingångsvärde.

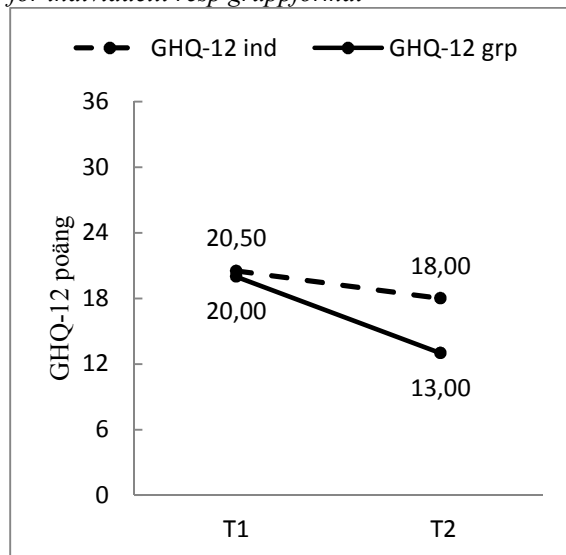
Ett Chi-2 test utfördes på patienternas utvecklingslinjer gällande GHQ-12, HAD-A och HAD-D vid T1/T2 och T1/T3 för att se om det initiala måendet kunde uppvisa betydelse för utvecklingen i patientens mående. Testet visade inte någon signifikans, det vill säga det initiala måendet kan inte påvisas påverka eller ha betydelse för utvecklingslinjen, vilket innebär att metoden kan ha lika effekt på en patient oavsett låg, medel eller hög skattning på det generella måendet, graden av depression eller ångest.

Grupp- eller individuellt format

Kan programformatet, det vill säga grupp- eller individuellt format ha betydelse för resultatet? Programmet finns i båda formaten. Vid en jämförelse mellan gruppformat och individuellt format framgår av figur 6.1 och 6.2 att oavsett format följer patienterna ungefär samma utveckling. I figur 6.1 och 6.2 framgår patienternas utveckling vid T1 och T2 i jämförelse grupp- respektive individuellt format. T3 har uteslutits då T2/T3 inte innebär någon förändring, se figur 5.1 och 5.2, då förändring är av intresse i jämförelsen. Av figur 6.2 framgår att ångest och depression följer ungefär liknande utveckling sinsemellan medan figur 6.1 visar en skillnad i det generella måendet till fördel för gruppformat, en brantare utveckling mot bättre generellt mående. I grupp deltog 23 patienter och individuellt deltog 11 patienter. Gruppernas storlekar varierade från fem till elva deltagare.

Figur 6.1

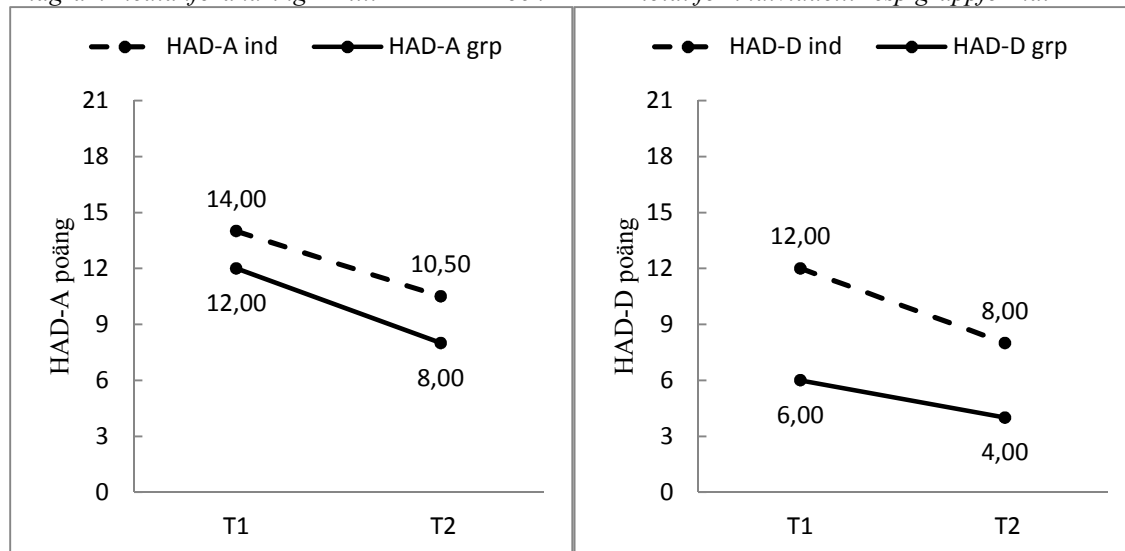
Diagram medianförändring T1 till T2 GHQ-12 total för individuellt resp gruppformat



Not. n (T1 & T2) = 18. T1 (före), T2 (3 veckor efter).

Figur 6.2

Diagram medianförändring T1 till T2 HAD-A och HAD-D total för individuellt resp gruppformat



Not. n (T1 & T2) = 18. T1 (före), T2 (3 veckor efter).

GHQ-12 hade största skillnaden varpå ett Chi-2 test utfördes för att upptäcka om formatet är en påverkande faktor beträffande det generella måendet. Vid testet på utvecklingen i förhållandet individuellt format och gruppformat visade resultaten att ingen signifikans finns, se tabell 6.1 (nästa sida), det vill säga utvecklingslinjerna i diagrammen ovan är oberoende av metodens format. Grupp- eller individuellt format är inte en faktor som kan påvisas ha påverkat resultatet och att resultatet kan förväntas detsamma oavsett om patienterna går grupp- eller individuellt format.

Tabell 6.1

Tabell. Jämförelse GHQ-12 total för individuellt resp gruppformat T1 till T2 vid Chi-2 test

		Förändring T1 till T2			
		Positiv	Negativ/ oförändrad	Total	
Grupp	Count	3	20	23	
	Expected Count	2	21	23	
Format	Individuellt	Count	0	11	11
		Expected Count	1	10	11
Totalt	Count	3	31	34	
	Expected Count	3	31	34	

Not. T1 (före), T2 (3 veckor efter).

Fisher's exact test utfördes då denna studie har liten urvalsstorlek men visade ingen signifikant skillnad mellan patienter i individuellt format jämfört med gruppformat (Exact Sig. 2 sided .535) vilket även framgår av tabellen ovan, där det beräknade värdet är lika med det observerade värdet.

Ihrmark et al (2011) redovisar att deltagarna listat gruppformatet som den tredje viktigaste insatsen för ett positivt resultat. Nolen-Hoeksema & Larson (1999) nämner att en av de viktigaste faktorerna med grupper gällandes sörjande är att gruppen normaliserar och bekräftar sörjandes upplevelser. Sörjande känner sig oftast mycket lättade över att upptäcka att deras erfarenheter är normala och lämpliga för situationen. Gruppens normaliserande kan vara förklaringen till det som patient 1 ändå upplevde som positivt med programmet med sin kommentar.

Det är bra att sorggruppen finns att prata i gruppen och lära sig nya saker hur andra känner är viktigt och nyttigt (Pat 1, T3)

Kön

Kan patienternas kön ha betydelse för utfallet? Tydligt i denna studie är att fler kvinnor söker hjälp för sorg. I studien ingår fem män och 29 kvinnor. Ett Chi-2 test utfördes avseende kön för att se om det är en påverkande faktor. Testet visade att även kön var en faktor som inte kunde påvisas påverka resultatet. Metoden Sorgbearbetning inriktar sig på att bearbeta den känslomässiga smärtan, vilket kan vara anledningen till att kön, då både män och kvinnors sorg är starkt känslomässig (Baum, 2003; Levang, 1998), inte tycks påverka resultaten. Men

gruppen män är för liten för att äta och få ett statistiskt värde. Med hänsyn till detta bör detta resultat, avseende könets betydelse i denna studie, tolkas med stor försiktighet.

Patientens sorgebild.

Kan patientens sorgebild, det vill säga har det betydelse för utfallet om patienterna har enkel, multipla eller komplexa sorger när patienten påbörjar sorgbearbetningen? Bedömningen av patientens sorgebild är gjord av mig utefter den kunskap jag har om patienternas sorg utifrån enkel, multipel eller komplex sorg. Patienterna har vid bland annat bedömningsamtal inför programdeltagande berättat om vilken sorg de söker hjälp för och även om andra sorger och förluster som har inträffat. Vissa patienter har jag haft i samtal innan interventionen och har en klarare bild av patienternas problematik än med andra patienter. Jag bedömer till stor del sorgebilderna vara korrekt uppskattad av mig även om patienter kan ha undanhållit förluster/sorger för mig.

Med kännedom om patientens sorgebild i kombination med enkätresultaten framgår att sorgebilderna kan påvisas ha effekt på det generella måendet, ångest och depression. En enkel sorg är mer lättbehandlad än en komplex sorg, eller om det handlar om att patienten har en multipel sorg. En multipel sorg kan även vara en kombination av enkla och komplexa sorger. Svårare och mer omfattande sorgebilder innebär ofta mer smärta som patienten kan upplever vilket kan ta längre tid och mer bearbetning att arbeta bort. Tabell 6.2 visar patienterna uppdelade efter sorgebilder. Det framgår att några patienter har en svårare sorgebild.

Tabell 6.2

Fördelning patienter efter sorgebild.

Sorgbild	Patient	antal	%
enkel (ej multipel)	3, 4, 8, 9, 10, 13, 14, 18, 19, 21, 22, 24, 26, 28, 32, 34	16	47
enkel (multipel)	2, 5, 12, 15, 16, 17, 20, 23, 25, 27, 31	11	32
komplex (ej multiple)	1	1	3
enkel & komplex (multipel)	6, 7, 11, 29, 30, 33	6	18

Av diagrammet in figur 5.5 framgår att patienterna 1, 6, 7, 11, 29, 30 och 33 har en sorgebild som visar på en större problematik. Kan detta vara en faktor som kan visas påverka patientutvecklingen vad gäller det generella mående samt ångest och depression.

I studien gjordes ett Chi-2 test med jämförelse de olika sorgebilderna emellan och resultatet visade ingen signifikans mellan sorgebilderna och patienternas utvecklingslinjer. Studien kan därför inte påvisa att sorgebilderna påverkar utvecklingen av patienternas mående även om erfarenheten med arbetet med patienter visar att mera komplexa och multipla sorgebilder kan försvåra och förlänga den positiva utvecklingen. Men som påverkande faktor kan inte sorgebilderna påvisas ha betydelse för resultatet det vill säga inte signifikant för resultatet.

Sammanfattning påverkande faktorer

Påverkande faktorer som graden av initialt mående, kön och programformat kan inte påvisas påverka slutresultatet av metoden. Skulle dessa resultat vara korrekta för metoden Sorgbearbetning innebär det större användbarhet och flexibilitet genom, (1) att metoden kan användas både i grupp och för individuell anpassning, (2) att hänsyn inte behöver tas till kön, (3) att ingen patient behöver ställas utanför interventionen på grund av för högt eller för lite psykisk ohälsa.

Programformat

Att programformat inte kunde påvisas vara en påverkande faktor i denna studie var lite förvånande då programformat i grupp är en faktor som gärna, speciellt inom sorgbearbetning, framställs som en positivt påverkande faktor och det därför finns sorgegrupper inom Svenska kyrkan, olika landsting och i andra sorgeterapier. Beträffande denna metod och de tester som utförts, kan formatet inte påvisas ha betydelse för patientens utveckling, vilket inte betyder att det saknar betydelse i andra sorgegrupper och sorgeterapier.

Emotioner

Av de påverkande faktorerna utanför interventionen visar studien att det finns belägg för att uttryckande av emotioner är en påverkande faktor. Pennebaker (1997) och hans forskningsresultat gör det troligt att uttryckandet av emotioner - fullbordansbrevet är ett sätt att uttrycka sina emotioner i skrift och verbalt - är en påverkande faktor i metoden Sorgbearbetning, som påverkar patienten hälsa positivt både fysiskt och psykiskt. I denna studie mäts endast psykisk hälsa. Då det i studien inte framkommit någon annan faktor inom interventionen som kan anses förklarar resultaten än uttryckandet av emotioner så anser jag Pennebaker vara övertygande i sitt resonemang om sina forskningsresultat och att det kan anses mycket troligt att det kan vara en påverkande faktor i sorgbearbetningen och att det även får stöd i annan forskning (Klimo et al, 2004; Nolen-Hoeksema & Larson, 1999 och Nordlund, 2004). Metoden sorgbearbetning bygger på att uttrycka känslor, vilket tycks vara, enligt denna studie, det som gör att metoden ger effekt i utfall.

Patientens egen insats och relationen till terapeuten

Patientens insats bör inte förringas, speciellt inte i metoden Sorgbearbetning, där förutsättningen för att få ett positivt resultat är patientens insats i att studera och göra uppgifterna. I metoden Sorgbearbetning är patientens insats en förutsättning mer än en påverkande faktor samtidigt som den är en påverkande faktor. Vid varje hemuppgift uppmanas patienten att ”Ta uppgiften på allvar. Det du får ut av kursen står i direkt proportion till den tid och energi du lägger ner (James et al, 2007).” Patientens egna insats har betydelse, troligtvis på effekt i utfall.

En bra relation till terapeuten kan tänkas vara gynnsam då patienten kan känna sig trygg och öppna upp samt skapa en allians etc (Duncan et al, 2010), grunden för att kunna uttrycka sina känslor. En bra relation till terapeuten kan göra att patienten tror på sig själv och interventionen och gör sitt bästa för att fullfölja. En dålig relation till terapeuten kan leda till att patienten avbryter interventionen eller på annat sätt inte fullföljer. Relationen till terapeuten kan anses påverkande men mest på att patienten genomför och kanske inte så mycket med själva effekten i utfall.

Dock har inte studier av dessa två faktorer rymts inom avgränsningen för studien och det framgår inte om eller vilken effekt dessa två kan ha i en intervention även om de kan antas ha stor betydelse.

Vissa påverkande faktorer kan uteslutas. Några är osäkra om de verkligen ger effekt i utfall. En påverkande faktor, uttryckande av emotioner, kan särskilt påvisas vara en påverkande faktor i resultatet av denna studie.

Skuggkontroll

Som tidigare nämnts så saknar studien en kontrollgrupp och därför har skuggkontroll använts istället på följande sätt.

Expertkontroll

James W. Pennebaker (En amerikansk socialpsykolog, professor och ordförande vid institutionen för psykologi vid University of Texas). Pennebaker har tillfrågats av mig personligen via mejl och fått del av resultaten. Pennebaker har gjort en uppskattning baserad på den kunskap han har beträffande effekterna av att uttrycka emotioner. Pennebaker fick följande fråga: *What is your estimation of how patients general mental health, anxiety, depression and grief would have been without partaking of a method in grief recovery that has its emphasis on expressing unresolved thoughts and emotions of grief in writing and reading it out loud?* Pennebaker svarade:

The big unknown is who your patients are. If these are people suffering from chronic grief and who have been suffering for many months or years before you treated them, then your method is impressive. However, if the sample is made up of people who have dealt with a death in the previous 1-4 months, then the results are probably comparable to no treatment. The problem is that my understanding of the literature is that most people get better over time. (se bilaga 4)

Tabell 6.3 visar patienterna indelade in i tre grupper efter tid från förlust till deltagande i programmet enligt tre tidsindelningar, vilka är gjorda efter de olika kriterierna för CG, som kan variera från efter sex månader till efter ett år.

Tabell 6.3

Tabell över fördelning av patienter i förhållande till tid mellan förlust till deltagande i metoden Sorgbearbetning

Tidsspänn	Patient	Antal	%
1 till 6 månader	26	1	3
6 till 12 månader	2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 24, 28,	17	50
12 månader eller mer	1, 6, 7, 11, 15, 19, 22, 23, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34	16	47

Not. n=34.

Utifrån Pennebakers bedömning (se bilaga 4), och majoriteten (97 procent) av patienterna tillhör indelningen sex månader eller mer, det vill säga att deras sorg kan klassas som CG, bör resultatet kunna tolkas som ”impressive”.

Majoriteten av patienterna visar sig ha burit sorgen en längre tid innan de går programmet. Detta beror vanligtvis på, enligt min egen erfarenhet, att patienter vanligtvis (1) försöker lösa problemet själv först, eller (2) väntar på självläkning eller att det ska bli bättre med tiden. När patienterna inte löser problemet själva eller upptäcker att det inte blir bättre över tid, då söker de hjälp och då har det oftast gått minst sex månader. Undantaget är patient 26 som sökte hjälp ganska snart på grund av kraftfulla sorgreaktioner som förstörde privatliv och arbetsliv.

Administratörskontroll

Min erfarenhet grundar sig på att ha arbetat med metoden sedan hösten 2011 och att jag har hjälpt över 70 patienter genom metoden. Min uppskattning av patienternas mående om de inte fått interventionen är att några patienter oavsett sorgbild förmodligen kunna påverkats av andra generativa mekanismer under en sexmånaders- eller ettårsperiod som hade fått patienterna att må något eller tillfälligt bättre. Att patienterna även över tid skulle få distans till sina förluster och de starkaste känslorna, det vill säga sorgreaktionerna skulle dämpas (självläkning) och patienten uppvisa bättre mående kan inte uteslutas. Patienter skulle även via inhibition kunna uppvisa tillfälligt bättre psykiskt mående. Men merparten av patienterna i studien

skulle förmodligen inte må signifikant bättre eller ens lika bra utan intervention som de gjorde efter interventionen.

Adressaten

Av deltagarna i studien valdes 17 patienter av 34 slumpmässigt och fick följande jämförelsefråga via mejl de skulle besvara:

Om jag aldrig deltagit i programmet Sorgbearbetning tror jag att:

1. Jag hade mått **mycket sämre**
2. Jag hade mått **sämre**
3. Jag hade mått **lika bra/dåligt**
4. Jag hade mått **bättre**
5. Jag hade mått **mycket bättre**
6. **Vet ej/kan inte uppskatta**

Tabell 6.4 visar resultaten av patienternas uppskattning. Tabellen visar att 85 procent anser att de skulle mått sämre, mer eller mindre, om de inte hade deltagit i metoden Sorgbearbetning.

Tabell 6.4

Uppskattning av patienternas mående om de inte hade deltagit i Sorgbearbetning

Uppskattat mående om ej sorgbearbetning	antal	%	Patient
Mått mycket sämre	3	23	26, 27, 29
Mått sämre	8	62	6, 12, 15, 16, 17, 23, 24, 30
Lika bra/dåligt	1	7.5	32
Mått bättre	-	-	-
Mått mycket bättre	-	-	-
Vet ej/kan inte uppskatta	1	7.5	7

Not n = 13. Av 17 tillfrågade patienter svarade 13, vilket ger ett bortfallet på 24 procent.

Hur stämmer då patienternas bedömning med tidigare skattningar? Patient 26 har dessutom inte CG och skulle enligt gängse uppfattning kunnat avvakta och fått samma resultat men uppskattningen stämmer väl överens med patientens utvecklingslinje. Patient 32 som bedömde att ingen skillnad inträffade, visar bättre mående vid T2 samt bedömer sig må bättre via de öppna frågorna. Patienterna 12 och 17 påvisar stor positiv förändring och patient 16 visar positiv förändring T1 till T2. Patient 7 hade mycket större traumatiska förluster som aktualiserats och inte alla bearbetades under programmet, även om självskattningen visade positiva resultat.

Adressaten i skuggkontrollen visar att utan intervention så skulle inte patienterna fått ett bättre mående. Detta anser jag även finner visst stöd i jämförelsegruppen i undersökningen av Ihrmark (2007), där det framgår att bara vänta ut sorgen inte fungerar, det blev inte bättre för 73 procent av deltagarna.

Skuggkontrollen ger ett stöd åt att metoden Sorgbearbetning fungerar, främst via expertkontrollen och adressaten. Även administratörkontrollen ger en positiv uppfattning, men då jag är administratören så bör min bedömning tas i beaktan av subjektivitet och min förförståelse.

Även utan den så är skuggkontrollen övertygande. Och även om den förkastas av många forskare, så är den bättre än inget alls (Vedung, 2009).

7. DISKUSSION

Resultaten

Resultaten från studien visar att majoriteten av patienter som fullföljt programmet Sorgbearbetning upplevt bättre mående med mindre depression och ångest samt fått hjälp med att bearbeta sin sorg. Studien visar att 94 procent av patienterna upplevt sig få hjälp med sin sorg tre veckor efter insats och 88 procent sex månader efter insats. Denna frågeställning besvarades genom de öppna frågorna. Svårigheten med resultatet på de öppna frågorna är just formuleringen av frågorna, det vill säga hur tydligt är det för patienterna vad de svarar på. På grund av otydligheten och tolkningsmöjligheten i frågorna ska svaren tolkas försiktigt men kan ändå antas ge en indikation på att metoden Sorgbearbetning kan påvisas effektiv i att bearbeta sorg. Procentandelen hjälpta i denna fråga är högre än resultatet från självskattningen, vilket kan bero på (1) att patienterna upplever sig fått läkning även om de inte skattar sitt mående bättre, eller (2) att frågornas formulering genererat ett större positivt resultat än vad som speglar verkligheten.

Graden av patienternas generella mående, ångest och depression visar en positiv förändring för patienterna som grupp, det vill säga på aggregerad nivå, när samtliga individers värden summeras och jämförts. Patienternas mående har gått från indikationer på psykisk ohälsa, gällande ångest och depression till normalvärden eller *ingen indikation* på problem. Det generella måendet sjönk från hög nivå på *tydlig indikation* till låg nivå på *tydlig indikation*, det vill säga på gränsen till *ingen indikation* eller normalnivå. Tabell 5.2 visade tydligt hur förändringen såg ut beträffande generellt mående, ångest och depression med en stor ökning av *ingen indikation* med 39 procent (GHQ-12), 46 procent (HAD-A) och 55 procent (HAD-D).

Det initiala måendet hos patienterna skiljer sig mycket från individ till individ. Noteras ska att de flesta av patienterna inte hade svår ångest eller svår depression vid start, då denna grupp av patienter med svåra besvär sällan ingår i primärvårdens patientpopulation. Däremot har flertalet patienter haft höga värden på generell mående, det vill säga *hög indikation* på psykisk ohälsa och även då den har förbättrats i motsvarande grad som ångest och depression, därför på grund av högre ingångsvärde blir det även ett högre slutvärde.

Det framgår tydligt av studien att förändringen av patienternas mående är som störst mellan före (T1) och till 3 veckor efter insats (T3). På grupp nivå är resultaten som bäst över tid med kvarstående positiv effekt. Individuellt varierar det mer. Intressant är att resultaten kvarstår över tid och även att det för vissa patienter ytterligare förbättras lite, men förbättringarna är dock blygsamma och kan bero på bearbetningsprocessen eller andra generativa mekanismer. Nu bör resultatet vid mättillfället vid ett år efter insats (T4) som tidigare sagts tolkas med försiktighet då populationen är endast fyra patienter. De fyra patienterna kan ses som representativa för studiepopulationen i det att de har olika ingångsvärden och representerar olika utvecklingslinjer, de fyra är ingen homogen grupp och dessutom för få för att ha ett statistiskt värde.

På grupp nivå påvisades bäst resultat, men även på individnivå är resultaten övervägande positiva. När resultaten läggs ihop från självskattningen och de öppna frågorna framstår en positiv helhetsbild, men även en förståelse för svårigheten med att uppskatta känslomässigt lidande och psykisk ohälsa av olika slag samt hur tolkningar av till synes motstridiga resultat ska förstås. En stor osäkerhetsfaktor i en longitudinell studie blir att vid längre uppföljningstider ökar risken för att andra generativa mekanismer, i form av nya förluster eller andra händelser, inträffar som påverkar resultatet.

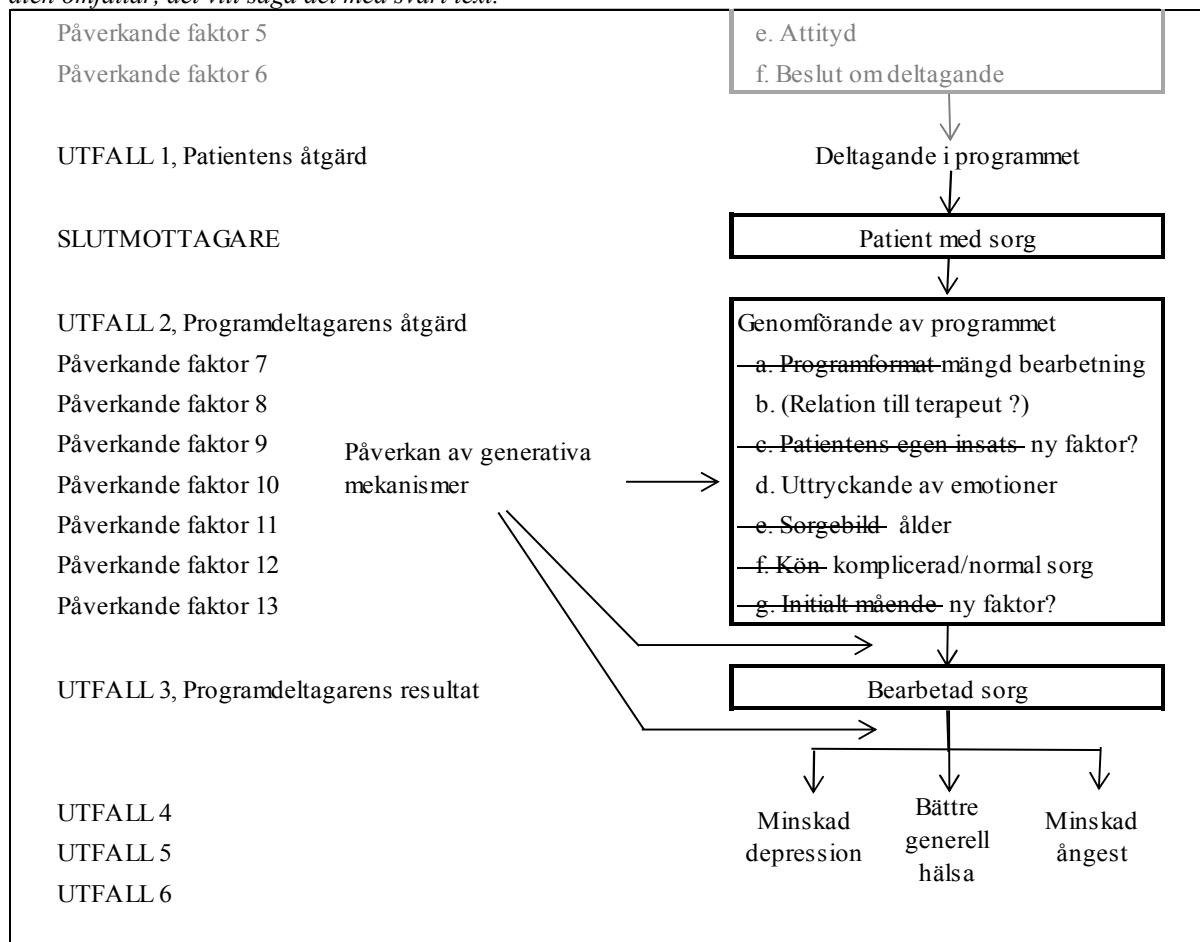
Påverkande faktorer

I denna studie har endast en faktor påvisats som påverkande faktor, det är att få uttrycka emotioner, det vill säga tankar och känslor. Uttryckande av emotioner (se emotionsteori, kap 3), som inte ingått i studien men som finner stöd i annan forskning, visar sig som den enskilt största påverkande faktorn som vetenskapligt kan bedömas ha genererat resultatet. Pennebakers forskning har visat att uttryckandet av känslor påverkar patienters hälsa både fysiskt och psykiskt. Två andra faktorer som inte heller ingick i studien såsom relationen till terapeuten och patientens egen insats kan inte uteslutas som påverkande faktorer även om studien eller annan forskning inte heller klart kan påvisa att de kan ha påverkat effekt på resultatet.

Studien visar att faktorer inom interventionsteorin såsom initialt mående, programformat, patientens kön eller patientens sorgebild inte kan påvisas påverka resultatet signifikant, det vill säga det påvisas ingen evidens för var och en av dessa utgör en påverkande faktor. Individuellt kan inte uteslutas att någon av dessa kan ha påverkat någon patients resultat. Kvar är patient 1 som visar på självskattning ett förbättrat psykiskt mående men upplever sig inte fått lindring i sin sorg eller sorgereaktion. Det framgår inte av studien tydligt vilken faktor eller mekanism som har påverkat patienten, vilket är en svaghet med kvantitativa studier och avsaknaden av kvalitativa korrekt utformade öppna frågor, eller brist på intervjuer av patienterna. Figur 3.1 skulle kunna revideras nu inför en ny studie. Då skulle interventionsteorin av metoden Sorgbearbetning (endast den svartmarkerade delen) kanske se ut som i figur 7.1

Figur 7.1

Sorgbearbetningsprogrammets interventionsteori, reviderad, med tyngdpunkt på den del av processen som studien omfattar, det vill säga det med svart text.



I figur 7.1 (ovan) framgår att några av de påverkande faktorerna är strukna och har ersatts av nya tänkbara påverkande faktorer. På detta sätt kan en interventionsteori omarbetas och omstruktureras för vidare forskning (Blom och Morén, 2007, Vedung, 2009).

Duncan et al (2010) listade de viktiga påverkande faktorer som behövs i en metod för att den ska fungera. Metoden ska gå ut på bland annat att patienten ska ha hög kvalitativ egen insats, metoden ska vara anpassad för klienten, att patienten samarbetar interaktivt, en relation eller en anknytning till kursledaren skapas och patienten bidrar själv till anknytningen, en öppenhet från patienten, en förståelse av effekterna hos patienten och en tydlig behandlingstid. Ihrmark (2007) kommer fram till liknande i sin studie.

I metoden Sorgbearbetning riktar man sig till alla med sorg, oavsett hur sorgen ser ut eller yttrar sig. Metoden bygger på några centrala teoretiska delar såsom förståelse för sorg och sorgprocessen, att uttrycka tankar och känslor, patientens aktiva deltagande. En annan viktig del är att programledaren själv har genomgått programmet och har personlig erfarenhet av metoden. Vidare genomförs metoden både i grupp- och individformat och det ska inte påverka resultatet. Jämför man delarna av metoden Sorgbearbetning med de viktiga delar som Duncan et al (2010) pekar ut som de viktigaste faktorerna för att en metod ska fungera kan fler påverkande faktorer tänkas påverka resultatet då metoden Sorgbearbetning är byggd på dessa viktiga delar. Den här studien omfattar inte delarna Duncan et al (2010) nämner men det kan inte uteslutas att de kan ha påverkat resultatet.

Om resultaten av de påverkande faktorerna tas in i förhållande till metoden Sorgbearbetning, framgår att programmet kan användas i grupp eller individuellt utan att patienternas resultat påverkas. Anspråket att alla med sorg kan få hjälp av metoden kan inte heller vederläggas då initialt mående och sorgbild inte påvisats som påverkande faktorer i studien. Emotionsteorin stärker metodens giltighet då det är en påverkande faktor som med störst sannolikhet kan ha påverkat resultatet av metoden hos patienterna. Programledarens egen erfarenhet och med detta en möjlighet till större empatisk förmåga är en faktor som kan vara gynnsam enligt forskning.

Utifrån studiens resultat och med hjälp av forskning inom olika områden visar resultaten att metoden Sorgbearbetnings resultat som är signifikanta och att metoden har stor effekt på patienter i sorg. Altmaier (2011) skulle, enligt mig, ställa sig tveksam till den enkla förklaringen. Hon poängterar svårigheten med att veta vad som har genererat resultatet? Är det interventionen, terapeutens kompetens, terapeut-klientrelationen eller patientens insats. Hon tar upp olika forskningar med olika teorier om vad som genererar resultat. Altmaier (2011) ger exempel på olika tillvägagångssätt vid bedömningar om vad som är "best practises" och hon förklarar att

best practices, a term borrowed from the business world, suggests that there is a particular technique, approach, or method that when used with a particular target is more effective (reaches its goals) and efficient (uses fewer resources) than other techniques, approaches, or methods. It also suggests that there are data available to influence the decision to use this particular technique. (ibid. s. 34)

Altmaier (2011) fortsätter med att när det gäller mental hälsa är det vanligaste exemplet det som kallas evidensbaserat. Andra tillvägagångssätt för att förstå de bästa metoderna är att fokusera på resultatdata samlade i kliniska prövningar av en viss behandling (empiriskt stödda behandlingar). Många anser att dessa studier är det bästa sättet på vilket man väljer en behandling. Ytterligare ett sätt är att utgå ifrån terapeutens kliniska erfarenheter. Men oavsett

vilket tillvägagångssätt man väljer finns det alltid tveksamheter om vad som genererat effekten. Jag anser att det finns en poäng med metoder som ger ett bra utfall i effekt eller resultatdata beaktas som effektiva, även om man inte kan helt klart påvisa vad som påverkade resultatet, och inte förkasta dessa metoder.

Kontrollgrupp

Resultaten är tydliga men kan ifrågasättas då en kontrollgrupp saknas. Frånvaron av en kontrollgrupp kan leda till att metoden inte kan antas vara bättre än ingen intervention till exempel självläkning, då det inte finns något att jämföra med. Avsaknad av kontrollgrupp är den största svagheten med denna studie. Att interventionen har effekt, att det sker en förbättring T1 till T2 och att det är interventionen som står för effekten har statistiskt bevisas genom effektutmätningen med Cohen's d, men om samma resultat kunnat uppnås i en kontrollgrupp kan heller inte utesluta. Vidare har en skuggkontroll gjorts, som inte kan väga upp avsaknaden av en kontrollgrupp men ändå tillföra en större tillförlitlighet till resultaten än inget alls.

Det som även kan tala för interventionen Sorgbearbetning är att effekt i utfall kom under perioden före (T1) och 3 veckor efter (T2), följt av ett vidmakthållande av resultatet vid 6 månader (T3). Resonemang och antaganden kan göras angående att påverkande faktorer och generativa mekanismer - som då i första stadiet skulle åstadkommit en effekt om .83 till 1.00 på aggregerad nivå - rimligen borde fortsatt påverka patienterna så att förändringen skulle fortgå även vid 6 månader (T3) och ett år (T4), vilket inte skett.

Populationens storlek

Populationen är inte stor, vilket kan vara ett trovärdighetsproblem då resultatet inte kan generaliseras, men ändå tillräckligt stor (GHQ-12) för att resultaten inte kan bortses ifrån. En faktor som kan påverka trovärdigheten är att populationen kan ses som representativ för allmänheten, det vill säga patienterna representerar människor i sorg som behöver hjälp, vilket innebär att alla sörjande skulle kunna få samma eller liknande resultat av interventionen.

De öppna frågorna

Antagandet att enkäternas resultat och de öppna frågorna motsäger varandra ska inte tolkas som att man inte kan lita på patienternas egen bedömning av sitt mående, eftersom enkäterna och de öppna frågorna mäter olika variabler och inte berör riktigt samma sak i fråga. Enkäterna berör den psykiska ohälsan/måendet och de öppna frågorna berör upplevelsen av den specifika sorgen, och försiktighet bör användas vid andra tolkningar. En svaghet med de öppna frågorna är formuleringen av frågorna, som kan innebära att svaren kan anses icke trovärdiga eller användbara. Frågor ska vara tydligt avgränsade till vad deltagaren svarar på och inte möjliggöra tolkningar av begrepp etc. De öppna frågorna i studien innehåller begrepp som inte klargörs tydligt nog för att ge bästa möjliga validitet.

En annan svaghet med de öppna frågorna och deras resultat är att huvudinriktningen med studien blir det generella måendet, ångest och depression, det vill säga resultaten från självskattningen, då denna del visar störst trovärdighet på grund av bättre vetenskapligt beprövade verktyg (GHQ-12 och HAD). Sorgen i den relation som förlusten innebar blir inte huvudtema i studien, den blir bara som ett komplement i de öppna frågorna. Vad som trots allt framgår av de öppna frågorna är att patienterna känt sig hjälpta i sin sorg.

Sammanfattning

Det som gör att metoden Sorgbearbetning kan antas ha effekt kan vara de påverkande faktorerna, främst uttryckande av emotioner, det vill säga känslor och tankar. Vad som sedan har genererat resultatet framgår inte men att det finns flera påverkande faktorer. Altmaier (2011) nämner att många forskare kritiserar sorgbearbetningsmetoder för att effektvärdena ligger mellan .11 och .43, det vill säga långt under .80. Med en effektfaktor mellan .83 till 1.00 går det inte att bortse ifrån att interventionen har en stor effekt och att interventionen har genererat effekt i utfall. Resultaten kan inte generaliseras utan ger mer en indikation, en tendens som ändå bör tas på allvar då det visat sig att det är interventionen som har gett effekten.

Mot trovärdigheten på grund av frånvaron av kontrollgrupp kan argumenteras utifrån Ihrmarks (2007) undersökning av en grupp studenter där det visade sig att sorgen inte självläkte för 73 procent av deltagarna. Dessutom visar skuggkontrollen att resultatet kan vara högst trovärdigt, både utifrån vad Pennebaker (se bilaga 4) anser och utifrån patienternas egna bedömningar.

Notera att förbättringen under elva veckor (åtta veckors program samt tre veckor innan uppföljning T2) kom som en effekt av interventionen Sorgbearbetning. Om självläkning skulle inträffat eller andra generativa mekanismer kan antas stå för resultatet, då borde även unna antas att patienternas positiva utveckling skulle fortsätta under de kommande månaderna respektive halvåret vilket inte är fallet, utan resultatet kvarstår. Detta antagande talar för att interventionen påverkat och utan intervention skulle det signifikanta förbättrade måendet utbli. Skuggkontrollen påvisar att trovärdigheten i att patienternas psykiska ohälsa skulle ha förbättras signifikant utan interventionen inte kan anses trovärdigt, speciellt inte för patienter vars sorg har hållit i sig minst sex månader.

Slutligen framgår att syfte och frågeställningarna med studien är uppfyllda. Det framgår av Cohen's d att interventionen har haft effekt i utfall på en signifikant nivå. Vidare visar studien en förändring av sorgepatienternas allmänna mående, depression och ångest över tid, speciellt mellan T1 och T2 men inga signifikanta förändringar därefter på aggregerad nivå. På individuell nivå varierar det betydligt mer från patient till patient även över tid. Den enda påverkande faktorn som i studien kan påvisas påverka var uttryckande av emotioner. Studien visar även att det finns antaganden om ytterligare eventuellt påverkande faktorer som inte kunnat bevisas påverka, samma gäller beträffande generativa mekanismer.

Metoddiskussion

Att välja att göra en kvantitativ studie kan alltid diskuteras när det handlar om att studera personliga upplevelser hos människor. Skattningen är dessutom inte lika för alla deltagare i undersökningen. Svartalernativet *ofta* kan variera mycket mellan olika deltagare. En longitudinell studie blir lättast att göra kvantitativ och en viktig del är att använda data på rätt sätt.

Hade en kvalitativ studie visat andra resultat? Svaret är att det vet vi inte, men ett kvantitativt metodval kan ifrågasättas då populationen är liten (34 patienter GHQ-12) och resultatet ändå inte generaliserbart, vilket hade varit önskvärt med en sådan studie. En kvalitativ studie av till exempel 6-8 patienter hade kanske gett ett mer användbart resultat även om inte generaliserbart. Svårigheten, etiskt och moraliskt, med en kontrollgrupp hade fortfarande kvarstått. Silverman (2013) säger att en forskare inte borde styras på förhand av en specifik forskningsmetod utan låta forskningen avgöra vilken metod som lämpar sig bäst för ändamålet. För denna studies syfte lämpar sig en kvantitativ bearbetning av kvalitativ data sig bäst. I studien finns även kvalitativa inslag genom de öppna frågorna, som även de till viss del kvantifieras. Sil-

verman förklarar att det även går att kombinera kvalitativ och kvantitativ metod i samma forskning.

En kvantitativ metod har enligt Silverman två mål, möjligheten att göra generaliseringar utifrån resultaten och visa att resultaten är representativa. Generalisering i denna studie måste göras försiktigt då populationen inte är stor, däremot kan resultatet ses som representativt för normalpopulationen som söker hjälp mot sorg. Att välja självskattningsenkäter är ett enkelt sätt att få en skattning, en överblickbar uppfattning av patienternas upplevelser - i denna studie - av sin psykiska ohälsa. Men gällande både GHQ-12 och HAD bör det noteras att det inte är diagnostiseringsverktyg utan bara indikationsverktyg. Behöver diagnos sättas eller utredas vidtas mer utredning än bara enkäterna (Snaith 2003).

Att göra en effektstudie kan vara lockande. A utsätts för B och blir resultat C. Logiken är enligt Vedung (2009) förförisk. I den perfekta av alla världar, där alla faktorer hålls under kontroll och mätningarna vore garanterat felfria, då, men endast då, ”skulle skillnaden utgöra effekten av insatsen.” (s. 216) Av denna anledning valdes programteorin i ett försök att få en tydlig schematisk bild av interventionen, det vill säga, hela processen och därmed försöka se och isolera påverkande faktorer och generativa mekanismer. En uppgift som visade sig lika svår som Vedung påstod men ändå ger en bättre förståelse av resultatet än att bara mäta en *effekt av utfall* och anta, med effektlogiken, att interventionen stod för resultatet.

Förslag för vidare forskning

Jag anser att det behövs mer praktisk forskning angående sorg, fler longitudinella interventionsstudier. Det är viktigt att forskningen är longitudinell med fler uppföljningar, gärna över längre tid än denna studie. Av lärdomarna från denna studie skulle jag rekommendera uppföljningar efter tre och sex veckor, två, fyra och sex månader, ett år och två år. Detta med beaktan att under denna tid kan händelser, positiva som negativa, inträffa som kraftigt kan påverka resultaten.

Det finns ett behov av kunskap om vad som hjälper vid sorg som använder både kvalitativa och kvantitativa ansatser. Då komplexiteten mellan enkäter och öppna frågor var stor, skulle en kompletterande ren kvalitativ intervjudel i studien kunna ge mer kunskap och förståelse för denna stundom motsägelsefulla komplexitet. Med avseende de generativa faktorerna skulle frågor inom dessa områden vara värdefulla att få belysta.

Denna studie är ett försök att göra en interventionsstudie, praktisk forskning, något som direkt kan vara till nytta gentemot patienter eller vårdgivare och terapeuter. Det finns väldigt mycket forskning beträffande begreppet sorg men näst intill obefintligt om vad som hjälper mot sorg.

Om möjlighet fanns skulle en jämförelsestudie med andra metoder för sorgbearbetning eller metoder som säger sig kunna vara behjälpliga vid sorg och förluster vara intressant och kanske ovärderlig.

En av de viktigaste delarna i framtida forskning anser jag är att forskningen även har en bredare definition på sorg, som denna studie har, för att min och andra forskares erfarenhet är att det är många förluster av olika slag utöver dödsfall som ger sorgreaktioner som drabbar oss. Det finns väldigt lite, om än alls, forskning gjord beträffande sorg utöver dödsfall.

Att ha en kontrollgrupp att jämföra med är en väsentlig del i forskningen för trovärdigheten. Även om det kan tyckas vara en självklarhet omnämner jag vikten av det. Även om resultatet i

denna studie visar på ett mycket positivt resultat och att interventionen har stor effekt kan inte uteslutas att patienter utan denna insats skulle ha uppvisat samma eller liknande resultat. En kontrollgrupp ger mer evidens åt forskningen, till exempel en RCT-studie, även om denna kan vara svår att genomföra på en sådan här kvalitativ interventionsstudie.

Vid ytterligare forskning skulle KASAM vara ett bra komplement till GHQ-12 för att kunna upptäcka om känslan av sammanhang kan vara en faktor som påverkar patienternas utveckling eller upplevda förändring.

REFERENSER

Altmaier, Elizabeth M. (2011). *Best Practices in Counseling Grief and Loss: Finding Benefits from Trauma*. Journal of Mental Health Counseling. 2011. Vol 33. Nr 1. Januari. S 33-45. [Elektronisk resurs]. Hämtad 21 oktober 2013 från

<http://www.docstoc.com/docs/71446644/Best-Practices-in-Counseling-Grief-and-Loss-Finding-Benefit-from-Trauma>

Baum, Nehami, PhD. (2003) *The Male Way of Mourning Divorce: When, What, and How*. Clinical Social Work Journal. 2003. vol 31. nr 1. s. 37-50. [Elektronisk resurs]. Hämtad den 2 april 2013 från

<http://link.springer.com.db.ub.oru.se/content/pdf/10.1023%2FA%3A1021462517875>

Bjelland, Ingvar, & Dahl, Alv A, & Tangen Haug, Tone, & Neckelmann, Dag (2002). *The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale : An updated literature review*. Journal of Psychosomatic Research. [Elektronisk resurs]. Hämtad den 20 mars 2013 från

http://pingpong.ki.se/public/pp/public_courses/course07397/published/1294674331157/resourceId/4002438/content/infoweb/node-3131690/hads_validering_rev.pdf

Blom, Björn, Morén, Stefan & Lennart Nygren, Lennart (red.), *Utvärdering i socialt arbete – utgångspunkter, modeller och användning* (s. 55-70). Stockholm: Natur & Kultur.

Blom, Björn & Morén, Stefan. (2007). *Insatser och resultat i socialt arbete*. Poland: Studentlitteratur.

Brante, Thomas (2005). *Några ord om realismen, Bhaskar och Laclau*, Fronesis. 2005. nr 19-20, ss.193-198. [Elektronisk artikel]. Hämtad 30 okt 2013 från

<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=701767&fileId=701844>

Brante, Thomas.(2007). *En Teori om interaktioner, ritualer och emotionell energi*. Sosiologisk tidskrift. Journal of Sociology. 2007. nr 2. s. 163-185. [Elektronisk resurs]. Hämtad den 21/10 2013 från

www.idunn.no/ts/st/2007/02/en-teori-om-interaktioner-ritualer-och-emotionell-energi

Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Bynner, John. (2006). *Longitudinal study*. The SAGE Dictionary of Social Research Methods (editor Jupp, Victor). [Elektronisk resurs] hämtad 6 augusti 2013 från

<http://srmo.sagepub.com>

Collins, Randall. (2004). *Interaction Ritual Chains*. Princeton: Princeton University Press.

Dellgran, Peter och Höjer, Staffan. (2003). *Forskning i praktiken. Om den seniora forskningens innehåll och socionomers forskningsorientering*. I Socialt arbete, en nationell genomlysning av ämnet. Högskoleverket rapportserie 2003:16 R.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5. (2013). American Psychiatric Association. Washington D.C.

Djurfeldt, Göran, Larsson, Rolf & Stjärnhagen, Ola. (2010). *Statistisk verktygslåda – samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur AB.

Duncan L. Barry. (2010). *On becoming a better therapist*. Psychotherapi In Australia (Vol 16/4). [Elektronisk resurs]. Hämtad 5 augusti 2013 från <https://heartandsoulofchange.com>

Duncan L. Barry, Miller D. Scott, Wampold E. Bruce & Hubble A. Mark, edited by (2010) *The Heart & soul of change (2:a upplagan)*. Washington: American Psychological Association.

Eriksson, Ida & Jarl, Johanna, 2010. *Komplicerad sorg – en studie om upplevelsen av gruppsykoterapeutisk sorgbehandling*. Örebro, Örebro universitet, Institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete. C-uppsats. [Elektronisk artikel]. Hämtad 19 april 2013 från <http://oru.diva-portal.org>

Fangen, Katrine & Sellerberg, Ann-Mari. (2011). *Många möjliga metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Funnel, Sue C., Rogers, Patricia J. (2011). *Purposeful Program Theory: Effective Use of Theories of Change and Logic Models*. San Francisco: Jossey-Bass.

Gilje, Nils & Grimen, Harald. (2007). *Samhällsvetenskapernas förutsättningar* (Tredje upplagan). Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB.

Grimby, Agneta & Johansson K. Åsa. (2005). OM SORG. *Om sorgen vid förlusten av närstående. Erfarenheter från aktuell forskning och praktik*. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset. [Elektronisk resurs]. Hämtad den 28 maj 2013 från <http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/Dokument/medinfo/om%20sorg.pdf>

Grimby, Agneta. (2007). *Sorg och efterlevandestöd. Erfarenheter från Änkeprojektet vid Sahlgrenska i Göteborg*. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Institutet för Vård – och Omsorgsvetenskap.

Golberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T.B., Piccinelli, M., Gureje, O. & Rutter, C. (1997). *The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care*. Psychological Medicine, 27, s.191-197. Cambridge University Press. [Elektronisk artikel]. Hämtad 4 mars 2013 från <http://mbh.hku.hk/icourse/documents/backup/MSBH7002%20-%20Goldberg%201997.pdf>

Ihrmark, Camilla. (2007). *Att uppleva och bearbeta sorg*. Mälardalens Högskola. Institutionen för Samhälls- och beteendevetenskap. D-uppsats. [Elektronisk artikel]. Hämtad 4/7 2013 från <http://www.yumpu.com/sv/document/view/8498046/att-uppleva-och-bearbeta-sorg-sorgse>

Ihrmark, C., Hansen, E. M., Eklund, J. & Stödberg, R.. (2011). *"You are weeping for That Which Has Been Your Delight": To Experience and Recover from Grief*. OMEGA Journal of death and dying. (Editor Kenneth J. Doka, PhD.) Vol 64, no 3, s 223-239. [Elektronisk resurs]. Hämtad 28/10 2013 från http://www.sorg.se/pressmaterial/pdfs/Omega_ToExperienceAndRecoverFromGrief.pdf

- Isaksson, Lotta. (2001). *Den öppna sorggruppen, med focus på interaktionen i gruppen och deltagarnas upplevelser av hjälp genom behandlingen*. Örebro: Örebro Universitet, Institutionen för Samhällsvetenskap. C-uppsats.
- James, John & Friedman, Russell. (2007). *The Grief Recovery Handbook, 20th Anniversary Expanded Edition*. New York: Harper Collins Publishers.
- Kazdin, Alan E. (2003). *Research design in clinical psychology (4:e upplagan)*. Boston: Pearson Education Company.
- Kristjanson, L., Lobb, E., Aoun, S. & Monterosso, L.. (2006). *A systematic review of the literature on complicated grief*. Australia, Cowan University, WA Centre for Cancer & Palliative Care. [Elektronisk resurs]. Hämtad 5 mars 2013 från <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/palliativecare-pubs-rsch-grief>
- Kübler-Ross, Elisabeth & Kessler, David. (2007). *On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Scribner.
- Levang, Elizabeth. (1998). *When Men Grieve: Why Men Grieve Differently and How You Can Help*. Minneapolis: Fairview Press.
- Klimo, L. M., Henderson, E., Varley, J., Engel, J. & Pethtel, L.. (2004). *A Grief Recovery Outreach Program: Qualitative Study of Process and Change (Comparison of Grief Recovery Outreach program and Prolonged Exposure Therapy)*. St. Thomas Hospital, USA. [Elektronisk resurs]. Hämtad 28/10 2013 från <http://www.griefrecoverycenter.org/Publications/GRKlimoQualitativeStudy.pdf>
- Machin, Linda. (2009). *Working with Loss & Grief*. New Dehli: SAGE Publication Ltd.
- McDowell, Ian (2006). *MEASURING HEALTH: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. (3:e upplagan). New York: Oxford University Press.
- Nolen-Hoeksema, Susan och Larson, Judith. (1999). *Coping with loss*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Nordlund, Christer L. (2004). *Ångest. Om orsaker, uttryck och vägen bort från den....* Örebro: Victus AB.
- Pennebaker, James W. (1997). *Opening Up. The Healing Power of Expressing Emotions*. New York: The Guilford Press.
- Rönmark, Lars (1999:8). *Fallna löv - om coping vid förlust av små barn*. Göteborg: Göteborgs universitet, Socialt arbete, Doktorsavhandling.
- Statistiska Centralbyrån. (2008) *Urval – från teori till praktik*. Handbook 2008:1. [Elektronisk resurs]. Hämtad den 8 augusti 2013 från http://www.scb.se/statistik/_publikationer/OV9999_2007A01_BR_X99BR0801.pdf
- Silverman, David (2013). *Doing qualitative research (4:e upplagan)*. London: SAGE Publication Ltd.

SISA. [Elektronisk resurs]. <http://quantitativeskills.com/sisa/statistics/fishrhlp.htm>

Svensk Ordlista (1986). Stockholm: Nordstedts Tryckeri.

Svensson, Elisabeth (2001). *Guidelines to statistical evaluation of data from rating scales and questionnaires*. J Rehab Med. Vol 33 pp 47-48.

Svensson, Elisabeth (2002). *Statistik som verktyg – från planering till tolkning av studier. Vikten av evidens. Värdet av förebyggande och behandlande insatser baserade på social och folkvetenskaplig forskning*. Konferensrapport 2002:32 pp s. 27-28. Statens Folkhälsoinstitut.

Snaith, R Philip (2003). *The Hospital Anxiety And Depression Scale*. BioMed Central. [Elektronisk resurs]. Hämtad 20 mars 2013 från <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1477-7525-1-29.pdf>

The Grief Recovery Institute (u.å.). *About us*. www.griefrecoverymethod.com/about-us

Walter, Carolyn Ambler och McCoyd, Judith L. M.. (2009). *Grief and Loss Across the Lifespan*. New York: Springer Publishing Company.

Vedung, Evert. (2009). *Utvärdering I politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. [Elektronisk resurs]. Hämtad 26 augusti 2013 från <http://www.codex.vr.se/>

BILAGA 1

En beskrivning av metoden Sorgbearbetning

The Grief Recovery Institute kom till efter John W. James hade återhämtat sig från att hans tre dagar gamla son dog 1977. Han skrev och självpublicerade The Greif Recovery Handbook. Den blivande kollegan, Russell Friedman, gick på en av John W James föreläsningar efter att både ha gått igenom en skilsmässa och en konkurs. Russell började vid The Greif Recovery Institute 1987, som ”volontären som stannade” och blev så småningom en fullvärdig partner och medförfattare till den reviderade upplagan av The Grief Recovery Handbook 1998, Boken har sedan kommit i reviderade upplagor med lite mer praktiska tillämpningsområden. Idag driver de tillsammans The Grief Recovery Institute sedan mer än 30 år tillbaka. Institut för sorgbearbetning finns i USA, Kanada, Sverige och sedan 2010 även i England, men metoden finns spridd över stora delar av världen, då kurslitteraturen är översatt till ett dussintal språk. (James & Friedman, 2003)

Författarna nämner eller redovisar ingenting om grundläggande teorier eller modeller etc bakom metoden. De redovisar inte heller för hur skapandet av metoden gick till. Det enda man finner är att i samband med John W. James sons död sökte han hjälp för att hantera de smärtor som gjorde livet outhärdligt. Men de professionella han kom i kontakt med hade ingen hjälp att ge. Han jagade då böcker, men de flesta var förstahands erfarenheter av författarnas egna sorger och hur de mådde. John visste redan hur smärtan kändes. Han behövde veta hur man övervinner smärtan och återfår viljan att leva och arbetade fram metoden Sorgbearbetning (Grief Recovery).

Svenska Institutet för Sorgbearbetning, en kort introduktion

I Sverige är det genom Svenska Institutet för Sorgbearbetning i Stockholm, som The Grief Recovery Institute representeras. På deras hemsida (sorg.se) står det bland annat:

- Svenska Institutet för Sorgbearbetning är ett utbildningsföretag vars verksamhetsidé är att ge människor tillgång till en metod för känslomässig läkning efter dödsfall, separationer och andra förluster.
- Vi grundades år 2001 med målsättningen att hjälpa så många sörjande som möjligt med sorgbearbetning.

Programmet Sorgbearbetning är en manualbaserad kurs och manualen ska följas, vilket är ett krav för att man ska få ha rätten att bedriva programmet. Kursen finns i lite olika upplägg beroende på grupp, individuellt etc, men egna varianter får inte förekomma då man hävdar att mer än 20 års erfarenhet visat att detta sätt fungerar.

Kortfattat beskrivning av metoden Sorgbearbetning

Metoden är ett program eller kurs i att lära sig hantera den känslomässiga reaktionen efter olika sorger eller förluster.

Programmet inleds med att förstå vad sorg är och hur den har påverkat och påverkar oss idag, samt hur den felaktiga informationen i samhället påverkar individen. Individen får sedan utforska sitt liv och alla förluster denna varit med om i ett förlustdiagram. Exempel på förluster är olika negativa förändringar i livssituationen. Alla förändringar av relationer till människor, platser och händelser som kan ge upphov till motstridiga känslor eller känslomässiga smärtor. Individen väljer sedan till exempel den relation som är mest ofullständig till att börja arbeta

med. På denna relation görs ett relationsdiagram där individen sätter ut alla minnen som denna har i denna relation. Därefter omvandlas alla minnen som kommit fram till läkande faktorer. Individen skriver därefter ett brev som är riktat till motparten, läser upp brevet (verbaliserar) och blir hörd av en annan levande människa samt avslutar med ett tydligt farväl. Att säga farväl innebär inte att individen glömmer personen ifråga utan att denna säger farväl till smärtan som förlusten orsakade. Det är i och med brevet och farvälet som individen fullbordar kommunikationen och får läkning.

Definition av begrepp inom Sorgbearbetning

Centrala begrepp som förekommer i metoden Sorgbearbetning. Begreppen är inte i bokstavsordning utan mer i förståelseordning, i den ordningsföljd de förekommer i boken och metoden.

Bearbetning:

I den engelska boken *The Grief Recovery Handbook* använder de ordet *recovery* som betyder återhämtning. *Grief recovery* skulle då bli mer direkt översatt till sorgåterhämtning eller återhämtning från sorg. I den svenska översättningen används ordet bearbetning istället. I metoden Sorgbearbetning likställs betydelsen *recovery* och bearbetning även om översättningen kan diskuteras.

Vad menar vi med bearbetning? Bearbetning innebär att må bättre. Bearbetning innebär att ta kontroll över effekterna av vad du varit med om istället för att låta vad du varit med om ta kontroll över dig och din lycka. Bearbetning innebär att finna en ny mening med att leva, utan att vara rädd för att bli sårad igen. Bearbetning innebär att ha tillgång till sina glada minnen, utan att de störs av ånger och samvetsqual. Bearbetning innebär att du tillåter dig att vara ledsen och prata om dina känslor, oavsett hur de runtomkring dig reagerar. Bearbetning innebär att kunna förlåta andra när de säger saker som beror på bristande kunskap om sorg. Bearbetning innebär att du en dag inser att det är normalt och hälsosamt att prata om de förluster du upplevt. (James & Friedman, 2003, s.6)

Sorg:

”Sorg är den naturliga känslomässiga reaktionen på en förlust av något slag.” Sorg kan även definieras som ”de motstridiga känslor som orsakas av en förändring eller vid ett slut på ett välkänt livsmönster.”

Sorgbearbetning:

”Sorgbearbetning handlar om fullbordan.” Att sorgbearbeta är att fullborda den känslomässiga kommunikationen.

Förluster:

Olika händelser i livet som upplevs som negativa. Exempel på förluster kan vara dödsfall (människor, husdjur), att flytta, mobbing, separationer, skilsmässa (egen eller föräldrars), övergrepp, misshandel, giftermål, sjukdomar (egen eller andras, psykisk eller fysisk), arbetslöshet etc. Det vill säga alla förändringar av en välbekant livssituation i form av relationer till människor, platser och händelser som kan ge upphov till negativa känslomässiga reaktioner.

Intellektuella kommentarer:

Det människor i välmening säger till sörjande för att trösta men som talar till vårt intellekt och inte är baserat på känslopråk utan mer till exempel faktabaserat, ”du kommer hitta en ny partner”. I metoden hävdas att det inte är hjärnan det är fel på hos oss sörjande utan det är

hjärtat som är brustet och att vi egentligen behöver känslomässig kommunikation. (James & Friedman, 2003)

Tillfälligt Energifrigörande Beteende:

Beteenden som tillfällig frigör oss från den känslomässigt negativa energin vi känner när vi mår dåligt vid till exempel sorg. Beteenden som vanligtvis är ganska ofarliga och vardagliga som används för att förändra vår sorg, känslomässiga smärta eller vårt dåliga mående för att må bättre eller annorlunda. Exempel på vanliga beteenden är mat, fantasier (böcker, tv, filmer), alkohol, arbete, träning, shopping, isolering, sex etc. När dessa används för att må annorlunda, som en slags självmedicinering, så kallas beteendet för Tillfälligt Energifrigörande Beteende.

Djupare beskrivning av metoden Sorgbearbetning

Programmet kan man dela upp i två delar.

1. Information och medvetenhet:

Som deltagare fås kunskap om vad sorg är och det för många nya begreppet *förluster*, och att sorg är mycket mer än bara dödsfall, samt att det är en process utan förvirrande stadier och steg. Deltagaren får sedan en medvetenhet och förståelse för vad denne ofta har lärt sig felaktigt om sorg och hur denna felaktiga förståelse har påverkat deltagaren samt hur obearbetad sorg påverkar deltagaren i vardagen.

Deltagaren får lära sig om myter om sorg, det vill säga socialiserade metoder om hur sorg ska hanteras, metoder som inte fungerar i verkligheten. Deltagaren lär sig om förståelse för intellektuella kommentarer, det vill säga de tröstande ord omgivningen säger som inte skänker någon egentlig tröst till de sörjande utan tvärtom kanske kränker och skadar. Vidare får deltagaren lära sig vikten av att ta ansvar över sorgen med grundtanken att det enda av det som hänt oss i livet som är påverkbart är reaktionen över det som hänt, till exempel sorg-reaktionen.

Man får sedan en vidare förståelse över hur obearbetad sorg medvetet eller omedvetet påverkar eller kan styra våra beteenden i form av att göra normala beteenden som mat, bokläsning, shopping, träning, arbete mm till potentiellt skadliga beteenden när vi använder beteenden till att döva eller ”medicinera” våra sorgreaktioner och dåliga mående. När man använder normala beteenden på detta sätt kallas det Tillfälliga Energifrigörande Beteenden (TEB), i det att endast är en tillfällig effekt av frigörelse från sorgen och smärtan.

2. Själva bearbetandeprocessen:

Bearbetningsdelen delas in i fyra moment; Förlustdiagram, relationsdiagram, Läkande faktorer, och Fullbordansbrev.

Förlustdiagrammet

Här får deltagaren lära sig att göra en förteckning över förluster som inträffat livet. Det är här den personliga sorgbearbetningen börjar. På en tidslinje markerar deltagaren ut alla förluster som varit mer eller mindre smärtsamma för en själv, endast negativa händelser. Deltagaren får även lära sig att förstå hur dessa förluster kan ha påverkat livet med avseende myter om sorg, tillfälligt energifrigörande beteenden, olyckor och sjukdomar.

Relationsdiagram

Utifrån förlustdiagrammet tydliggörs relationer till människor som är relaterade till händelserna i förlustdiagrammet, eller förlusterna. Man väljer sedan en relation från förlustdiagrammet att sorgbearbeta. Deltagaren gör en tidslinje över denna relation, till exempel en pappa eller en livskamrat. Tidslinjen börjar vid första kontakten eller medvetandet om den andra personen. Deltagaren markerar sedan ut alla händelser på diagrammet, på tidslinjen, som deltagaren och den andre personen har gjort, eller inte gjort, som har påverkat relationen positivt eller negativt. Deltagaren arbetar alltid med en relation i taget.

Läkande faktorer

I denna del omvandlar deltagaren händelserna i relationsdiagrammet till det som heter Läkande Faktorer. De Läkande Faktorerna är tre stycken: a. Ursäker, b. Förlåtelse, och c. Viktiga Känslomässiga Yttranden. Det kan ses som en kategorisering av händelserna i relationsdiagrammet och alla händelser i relationsdiagrammet ska placeras i minst en av de tre läkande faktorerna. Uppgiften handlar om att se sitt behov av att be om ursäkt för de negativa saker man själv har gjort; behovet av att förlåta den andre för de negativa som denna har gjort; behovet av att uttrycka positiva känslor, tacksamhet, det man aldrig fick uttrycka, brustna förhoppningar, önskingar om det som skulle varit bättre, mer av eller annorlunda. Består av tre kategorier, Ursäker, Förlåtelse och Viktiga Känslomässiga Yttranden (VKY).

Fullbordansbrev

Metoden påtalar att obearbetad sorg nästan alltid handlar om okommunicerade känslor, varför brevet inte heter avskedsbrev utan fullbordansbrev, då man fullbordar den känslomässiga kommunikationen. En viktig sak är att resultatet ska vara bestående och inte en tillfällig lättnad. Det finns tre viktiga faktorer som behövs för att kommunikationen ska bli bestående:

1. Verbalisering (av sin kommunikation) riktad till den person deltagaren sorgbearbetar.
2. Deltagaren behöver bli hörd av en annan levande människa, det vill säga ett vittne till att kommunikationen har ägt rum.
3. Ett tydligt avslut, ett farväl.
- 4.

Om någon av dessa saknas i processen riskeras att sorgbearbetningen förblir ofullbordad.

Brevet är på ett sätt en omskrivning av de läkande faktorerna, denna gång riktad till personen deltagaren sorgbearbetar, till exempel Pappa, jag ber om ursäkt för...; Pappa, jag förlåter dig för...; Pappa, jag vill du ska vet... etc. Men det är inte bara en omskrivning eftersom man i brevet har möjlighet att lägga till och ytterligare uttrycka känslor och tankar kring händelserna i relationen som man bearbetar. När brevet är klart avslutas processen genom att man läser upp brevet i enlighet med de ovan nämnda tre punkterna verbalisering etc. Därmed är processen klar eller fullbordad med den relationen deltagaren sorgbearbetade. Resultatet av sorgbearbetningen, att man "landar" i den känslomässiga läkningen, kan ta från 1 dag till 3 veckor, det är individuellt.

Fullbordad eller fullbordad kommunikation:

Dessa två begrepp innebär att högt uttala de outtalade känslomässiga budskapen och bli hörd av en annan levande människa. Det innebär också att avsluta kommunikationen med ett tydligt avslut. "Vi avslutar vårt fullbordansbrev med *farväl* för att signalera slutet på denna kommunikation." "Det är ordet "*farväl*" som fullbordar kommunikationen." (James & Friedman, 2003)

Fler sorger?

Vill deltagaren sorgbearbeta fler relationer repeteras de tre sista stegen, det vill säga relationsdiagram, läkande faktorer och fullbordansbrev. Denna process görs sedan om så länge deltagaren vill sorgbearbeta.

BILAGA 2

Resultat av de öppna frågorna:

Jag har delat in kommentarerna i kategorier beträffande relationer som sorgbearbetats, uppdelat i positiva och negativa kommentarer, samt smärtan/sorgen uppdelat i positiva och negativa kommentarer. Jag kommer även sortera vissa kommentarer i kategorin beträffande förändring i patientens utveckling, för de kommentarer som bättre passar in där. Jag har sist med kategorin för övriga kommentarer om programmet.

Sorgbearbetning är en subjektiv upplevelse och vår upplevelse påverkar hur vi tänker och påverkar hur vi mår. Därför är det en viktig del att få med patienternas kommentarer i en studie. I vissa kommentarer har jag valt att dölja information i det patienten berättar för att aidentifiera de som skulle kunna identifiera patienten, jag har gjort detta i texten med xxx.

Positiva kommentarer beträffande patientens sorgbearbetade relationer, först vid T2 och sedan T3 (där inte lika många kommenterade).

Vid T2:

De sista veckorna har det känns lite bättre. Fast jag tycker saknaden är värst (Pat 2)

Inte lika smärtsamt. Kan släppa taget bättre, kan möta personen lättare (Pat 3)

Har kunnat släppa personen jag arbetat med (Pat 5)

Självklart har något förändrats iom att jag för första gången talat om relationen öppet. (Pat 6)

Personen finns ju inte längre men har upptäckt att jag kan prata om och kring personen på annat sätt. Positivt (Pat 8)

Jag har kunnat släppa fram min sorg och saknad efter den personen som egentligen betytt väldigt mycket för mig. Sorgen efter personen är inte längre kantad av så mycket andra negativa känslor. På ett sätt känns det som en lättnad. (Pat 9)

Lättare att prata med vissa personer om vissa saker (Pat 11)

Förr kunde jag väldigt sällan prata med xxx, blev ofta påverkad av vad xxx sa till den grad att jag isolerade mig själv och fick ångest. Nu kan jag uppskatta xxx och riktigt känner att xxx har en liten del av mitt liv. (Pat 12)

Har ingen personlig kontakt m personen men har bestämt mig att inte lägga mer "krut" på att vara arg över ngt som tagit så lång tid och jag kan påverka så lite. (Pat 13)

Det känns bättre. Vissa saker har jag lämnat bakom mig (Pat 14)

Mina tankar kring den relationen/personen har minskat och jag kan mer leva här och nu. Det är skönt att tydligt ha fått ett avslut. (Pat 15)

Jag kan prata på ett annat sätt med personen, tror att jag gillar henne mera, kan vara mig själv med henne, känns som att vi är kompisar (Pat 16)

Det är lättare att fokusera på det som är bra, och inte relatera till det jobbiga hela tiden. (Pat 17)

Viss irritation borta. Bekräftelse/konstaterande (Pat 18)

Är inte lika ledsen som förut (Pat 19)

Känner inte samma ilska på samma sätt. (Pat 20)

Jag har en distans till honom. Känner att det inte gör lika ont i mig. (Pat 21)

Mina utbrott har minskat kring den personen jag sorgebearbetade (Pat 22)

Släppt sin makt över mig - jag är fri (Pat 23)

Tänker och känner att det gör mindre fysiskt ont. Jag börjar inte längre gråta varje gång jag pratar om honom. (Pat 25)

Börjar att tänka mer framåt, ältar inte så mycket längre nu det som varit. (Pat 26)

Mindre irritation över smågrejer. Lättare att gå vidare från konflikter. Mer kärlekskänslor. (Pat 27)

Jag mår inte längre lika dåligt när jag tänker på relationen. Jag behöver inte längre slösa energi på att älta relationen. Jag känner mig friare. (Pat 28)

Att relationen inte har fått så stor betydelse längre för mig, att den har neutraliserats. Jag känner inte några negativa känslor om den personen. Att jag kan lämna det gamla med gott samvete och gå vidare. Det känns positivt att personen inte belastar mig längre. (Pat 29)

Jag känner inte samma klump i halsen när det gäller xxx och kan prata om honom utan att känna dåliga känslor (Pat 30)

Tänker inte lika mycket på henne (Pat 32)

Tror att jag fått något mer distans till jobbiga saker som skett i relationen. (Pat 33)

Vid T3:

Kunnat släppa relationen. Fortfarande svårt att bli påmind om den. (Pat 3)

Ser personen i fråga på ett lite annorlunda sätt - mer positivt (Pat 9)

Det ligger inte massa gammalt kvar och tynger. (Pat 10)

Känns inte lika jobbigt känslomässigt att tänka på det förflutna med de relationerna. (Pat 12)

Rel 1. När jag ser personen på stan så "knyter" det inte hela mitt inre längre. Jag har fått mer distans. Rel 2. Jag tänker inte lika ofta på xxx. Rel 3. Dagligen tänker jag på xxx som dog sommaren xxx. Vi hade det mestadels väldigt bra. Men jag tillåter mig även att tänka på de dagar som inte var så bra. (Pat 21)

Kan prata om personen utan att det gör ont eller att jag börjar gråta. Jag saknar naturligtvis men sorgen gör inte ont. (Pat 25)

Mina tankar om de personerna har förändrats till det positiva. De är inte lika negativt laddade i mitt känsloliv. Förhållningsättet har blivit annorlunda, mera distans. (Pat 29)

Jag har mer tålamod i relationen/erna, läser av läget innan jag brusar upp eller går in i diskussion med personen. IBLAND funkar det inte men försöker. Relationerna är generellt mycket lugnare idag. (Pat 31)

Negativa kommentarer beträffande patientens sorgbearbetade relationer, T2 och T3.

Nej, inte någon förändring mellan oss på grund av att jag själv inte märkt med något annat under den här resan med mig själv (Pat 4, T2)

Men tyvärr får jag nya saker då och då som kanske skulle behöva jobbas mer på. (Pat 10, T3)

Nej. Det har hänt en del på sistone som gör att jag inte mår bra. Jag vet inte om jag gör din undersökning rättvisa. (Pat 28, T3)

Övriga kommentarer beträffande patientens sorgbearbetade relationer, T2 och T3.

Inte i själva relationen, däremot i mitt eget sätt! (att tänka och så vidare.) (Pat 10, T2)

Har fått en stabilare relation där jag har behandlat mina närmaste bättre. (Pat 12, T3)

Känner mig mer självständig och vågar säga ifrån utan att känna dåligt samvete eller att jag sårar.

Och att jag inte behöver vara "snäll" för att bli omtyckt. (Pat 17, T3)

Positiva kommentarer beträffande patientens smärta/sorg, först vid T2 och sedan T3 (där inte lika många kommenterade).

Vid T2

Smärtan har minskat (Pat 3)

Känner ingen sorg längre (Pat 5)

Ett kort tag efter fullbordansbrevet kändes det ännu värre. Tänkte väldigt mycket på xxx. Och hade jobbiga drömmar. Men nu har det lugnat ner sig. Har läst brevet igen, och det kändes helt ok. (Pat 6)

Inte samma smärta. Kan prata om och kring lättare och känner mera glädje åt minnena. (Pat 8)

När jag tänker på sådant som förut varit jobbigt känns det inte tungt längre - det är nu bara minnen - inte känslor. (Pat 10)

Man tänker inte lika mycket på det man har bearbetat men det finns fortfarande kvar en del (Pat 11)
När jag tänker på henne gör det inte ont. (Pat 12)
Den har lindrats. (Pat 14)
Jag upplever att jag mer nu kan acceptera att det blev som det blev (Pat 15)
Min ångest har minskat en aning efter kursen, känns som smärtan sakta men säkert försvinner. (Pat 16)
Det känns lättare, smärtan känns mindre (Pat 17)
Till största delen borta (Pat 18)
Den har minskat (Pat 19)
På ngt sätt så har smärtan minskat men fortfarande känns det som att relationen m personen jag sorgbearbetade inte är positiv. Fortfarande så är jag sårad av den personen. (Pat 22)
Tänker sällan på det. Mycket mildare än förut då jag gör det. (Pat 23)
Mindre intensiv (Pat 25)
Mindre ilska (Pat 27)
Som jag skrev ovan låter jag inte längre smärtan påverka mig. Jag känner mig helt enkelt friare. (Pat 28)
Personens åsikter (negativa) påverkar mig inte så mycket längre. Tänker inte på personen så mycket. (Pat 29)
Man kan väl säga det. Har inte självskadat på ungefär 4 veckor (Pat 32)
Känner mindre smärta, tror jag (Pat 33)

Vid T3

Smärtan har dämpats något (Pat 9)
Inte lika mycket att bära på! (Pat 10)
Den har minskat, vardagsproblem som dyker upp i min nuvarande livssituation relaterar/drar jag ej paralleller mellan och då. Det känns bättre inom mig. (Pat 12)
Lättare att prata om sorgerna det knyter sig inte lika mycket i hjärtrakten. (Pat 17)
Tar inte så allvarligt på det längre. (Pat 19)
Smärtan har övergått till sorg. Ett accepterande. Smärtan har minskat, det gäller alla de relationer jag sorgbearbetat. (Pat 21)
Samma som ovan [*se Pat 25 vid T2, förf anm*] (Pat 25, T3)
Ja, något bättre, även om det fortfarande finns smärta kvar och spänningar i kroppen. (Pat 29)
Jag låter smärtan och känslor komma istället för att försöka bromsa eller ta bort. (Pat 30)
Jag har inte ont i magen i samma grad som förut. Det känns lättare att möta dessa personer idag. Har (tror jag) släppt taget om en del som hänt i det förflutna (kanske förlåtit i sorgbearbetningen) (Pat 31)

Negativa kommentarer beträffande patientens smärta/sorg, T2 och T3.

Det finns för alltid mer eller mindre (Pat 1, T3)
Har känns rätt jobbigt för att det varit påsk. Man blir mer påmind. Och snart skulle hon ha fyllt år. (Pat 2, T2)
Ligger ytligare, har gråtit mkt senaste veckorna (Pat 7, T2)
Smärtan är mer intensiv och påtaglig nu. Grävt upp mycket tankar och funderingar. (Pat 20, T2)
Jag har inte märkt någon skillnad (Pat 28, T3)
Men jag har haft mer ont i kroppen, smärta som sitter i kroppen som jag har haft problem med. (Pat 29, T2)

Övriga kommentarer beträffande patientens smärta/sorg, T2 och T3.

Det har känns skönt att skriva sorgbrev. Har aldrig skrivit brev på så vis. Men det har hjälpt mig jättemycket. (Pat 2, T3)

Känner faktiskt att jag har förändrats inombords och att jag ser på mig själv och mina nära på ett annat sätt. Förstår saker och händelser bättre och varför jag reagerat som jag gjort (Pat 4, T2)
Ja, allt som jag förtryckt har kommit upp nära - jag går i terapi nu, ett absolut måste (Pat 7, T3)
Jag känner att jag fått redskap. Ett annat "tänk" (Pat 21, T2)
Har fått verktyg att hantera problem med vilket gör smärtan hanterbar (Pat 26, T2)

Vad säger patienterna i övrigt om erfarenheten av metoden Sorgbearbetning?

Det fanns efter frågorna 1 och 2 även möjlighet att lämna övriga kommentarer och synpunkter under rubriken ” Något övrigt du vill berätta om sorgbearbetningen?”. Många patienter gjorde det. Jag har valt att sammanställa deras svar här nedan då även detta uttrycker deras upplevelse av metoden Sorgbearbetning.

Övriga kommentarer riktat mot metoden Sorgbearbetning

Det är bra att sorggruppen finns att prata i gruppen och lära sig nya saker hur andra känner är viktigt och nyttigt (Pat 1, T3)
Kurs har varit bra. Man har kunnat prata om saker som man inte har sagt till någon förut. Det är någon som lyssnat. Det är jag inte van vid. (Pat 2, T2)
En otroligt nyttig men tuff kurs som jag är stolt över att ha klarat av. (Pat 4, T2)
Bra grejer (Pat 8, T2)
Funkade bra! Borde utövas mer frekvent i skolor el dyl. (Pat 10, T2)
Intressant o viktigt. (Pat 13, T2)
Skulle rekommendera kursen till alla, helt fantastiskt. Är så tacksam för allt jag lärt mig. Tack (Pat 16, T2)
Bra kurs, man får ett annat tänkande om saker och ting, till exempel om förlåtelse. (Pat 17, T2)
Mycket bra kurs, har haft många terapier som inte hjälpt lika mycket. Hoppas att många får del av den här kursen. (Pat 19, T2) Skulle nog hjälpa många (Pat 19, T3)
Jag tycker det har varit bra att träffa människor som har sorg av olika anledningar. Klokt påfunnen modell!! (Pat 21, T2)
Alla borde gå på sorgbearbetning då kanske saker o ting skulle underlättas. (Pat 22, T2)
En bra kurs som gav mig gott resultat. Jag är glad och tacksam att jag fick möjlighet att gå på kursen. (Pat 28, T2)
Jag tycker att det är ett bra och effektivt program att följa om man lägger ner arbete på det. Det hjälper att se relationer på ett djupare plan och man får en bättre översikt på hur det kan påverka negativt eller positivt. Man blir lättare fri från smärta o andra problem som energiförlust. (Pat 29, T2)
Att alla bör göra det. Ett perfekt ämne i skolan eller kurs. (Pat 30, T2)
Bra insikter som kan användas inom olika "områden" i livet. (Pat 33, T2)

Noterbart är att inga negativa kommentarer fanns angående programmet. Detta kan bero på att de som är kritiska väljer att inte kommentera. Nu är det troligen inte så eftersom till exempel patient 1 inte upplevde någon förändring men ändå uttryckte en positiv kommentar. Pat 2 och 28 har uttryckt att de upplevt försämring men uttrycker båda positiva kommentarer om programmet. Kan betyda att oavsett sorgbearbetningseffekt har de upplevt något som de känt varit positivt.

BILAGA 3

Självskattningsenkät, GHQ-12 och HAD

Formulär/utförande: Fil. Dr. Katarina Plugo FoU-Nordväst 2007 06 12 Tel. nr 08-62517e0

Några frågor om Ditt välbefinnande

	Stämmer helt	Stämmer bra	Stämmer delvis	Stämmer inte alls
Jag kan koncentrera mig på vad jag gör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårt att sova på grund av problem och svårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner att jag spelar en betydelsefull roll för andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig kapabel att fatta beslut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig väldigt pressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan inte klara av de dagliga problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan uppskatta det positiva i tillvaron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan ta itu med svårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig olycklig och nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har känt att mitt självförtroende har minskat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har tänkt på mig själv som en betydelselös person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har känt mig ganska lycklig på det hela taget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GHQ - 12 (General health Questionnaire) Goldberg, D. P. 1972 Oxford University press
svensk översättning: Scorfianzo, C. (1998) "Arbete och hälsa" - vetenskaplig skriftserie från
Arbetslivsinstitutet. ISSN 91-7045-433-0. <http://www.nial.se/oh/>

HAD SJÄLVSKATTNINGSFÖRMULÄR

Läs igenom varje påstående och sätt ett kryss i den ruta som bäst beskriver hur du har känt dig den senaste veckan. Fundera inte för länge över dina svar; din spontana reaktion inför varje påstående är förmodligen mer korrekt än ett svar som du tänkt på länge.

Namn	Datum

1. Jag känner mig spänd eller nervös:

- Mestadels
- Ofta
- Av och till
- Inte alls

5. Jag bekymrar mig över saker:

- Mestadels
- Ganska ofta
- Av och till
- Någon enstaka gång

2. Jag uppskattar fortfarande saker jag tidigare uppskattat:

- Definitivt lika mycket
- Inte lika mycket
- Endast delvis
- Nästan inte alls

6. Jag känner mig på gott humör:

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Mestadels

3. Jag har en känsla av att något hemskt kommer att hända:

- Mycket klart och obehagligt
- Inte så starkt nu
- Betydligt svagare nu
- Inte alls

7. Jag kan sitta stilla och känna mig avslappnad:

- Definitivt
- Vanligtvis
- Sällan
- Aldrig

4. Jag kan skratta och se det roliga i saker och ting:

- Lika ofta som tidigare
- Inte lika ofta nu
- Betydligt mer sällan nu
- Aldrig

8. Allting känns trögt:

- Nästan alltid
- Ofta
- Ibland
- Aldrig

9. Jag känner mig orolig, som om jag hade "fjärilar" i magen:

- Aldrig
- Ibland
- Ganska ofta
- Världigt ofta

10. Jag har tappat intresset för hur jag ser ut:

- Fullständigt
- Till stor del
- Delvis
- Inte alls

11. Jag känner mig rastlös:

- Världigt ofta
- Ganska ofta
- Sällan
- Inte alls

12. Jag ser med glädje fram emot saker och ting:

- Lika mycket som tidigare
- Mindre än tidigare
- Mycket mindre än tidigare
- Knappast alls

13. Jag får plötsliga panikkänslor:

- Världigt ofta
- Ganska ofta
- Sällan
- Aldrig

14. Jag kan uppskatta en god bok, ett TV- eller radioprogram:

- Ofta
- Ibland
- Sällan
- Mycket sällan

Depression

Ångest

BILAGA 4

Mejlförfrågan till James W. Pennebaker.

James W. Pennebaker (jwpennebaker@gmail.com)
2013-10-26

Till:Nils Rygaard

Nils--

I've skimmed over this very quickly. Unfortunately, I simply don't know enough about the natural remission of grief over time. However, based on work I've read by Margaret Stroebe and by Camille Wortman, your grief recovery method is probably producing effects similar to what one might expect if there was a no treatment control. It may be slightly better. The problem is that my understanding of the literature is that most people get better over time.

The big unknown is who your patients are. If these are people suffering from chronic grief and who have been suffering for many months or years before you treated them, then your method is impressive. However, if the sample is made up of people who have dealt with a death in the previous 1-4 months, then the results are probably comparable to no treatment.

I don't think this is what you wanted to hear. But it also explains why a good control group is so important.

Jamie Pennebaker

Nils Rygaard

2013-10-26
Till:Pennebaker@mail.utexas.edu

Hi Jamie.

It felt really good to receive an answer from you last time, and I appreciated it.

I'm on my final adjustments on my master essay.

I wonder if you'd be so kind as to help me as an expert on the subject on expressing emotions. Since I don't had the opportunity to have a control group in my study, I'm faced with the last option, it's called shadow controls.

I'd want you, from your expert view, to make some estimation that I could use in my essay.

My essay is upon grief recovery using a certain method, the Grief Recovery method. I've enclosed the abstract (the only part of the essay on English) and some more info (translated for you) to get a glance at the results in a PDF-file

The question I'd like you to answer by making an estimation on are the following:

What is your estimation of how patients general mental health, anxiety, depression and grief would have been without partaking of a method in grief recovery that has its emphasis on expressing unresolved thoughts and emotions of grief in writing and reading it out loud?

The answer does not have to be several pages preferably maximum of one page.

My other problem is that I don't have a lot of time, and I would love and appreciate to have your answer, if you decide or have the time to answer, at the latest Monday night your time.

If you can't, I totally understand, tho I asked for your help with a very short notice.

It'd be an honor to have your help in this and be able to quote you personally in my essay. And if I do an abbreviation of your text, I have to include the full text as an appendix.

Most sincerely, Nils

Efterföljande sidor bifogades som pdf-fil

Grief Recovery

A longitudinal intervention study of the method Grief Recovery

Nils Rygaard

Örebro University

The Institution of Law, Psychology and Social work

Social Work as Science and Research Fields, Second Level

D-essay

Spring term 2013

Abstract

Grief is a phenomenon that affects all of us in life and grief reactions can lead to great personal suffering that affect our quality of life. Among the more frequent reactions to grief are depression and anxiety. There are various treatment methods to process the grief, but what is missing is scientific evidence for methods' strengths and weaknesses. In those cases where scientific evidence is present the knowledge of what caused the effect is missing. The aim of this research is to study possible changes of patient's grief, general wellbeing, level of depression and anxiety levels before and after the intervention of the method *Sorgbearbetning* (Grief recovery). To allow for changes over time each patients fill in a self-assessment questionnaires before, three weeks, six months and one year after the intervention. These questions concern the factors during the intervention that can be demonstrated generative to help patients in grief. In the research anxiety and depression operation was formalized with Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) and general health with General Health Questionnaire (GHQ-12), two proven self-assessment questionnaires Survey responses were analyzed using SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). The results show that 95 percent of the patients included in the study showed improved mental health after six months and 72 percent of the patients described a positive perception of change of grief. The results over time shows that the positive results persist six months after the end of treatment but even after a year and that for some patients is further enhanced over time. The results show a complexity in how grief developments look in the patients and the difficulty to decide in advance how a patient's grief reaction and development will appear, which may explain the difficulty in measuring the operational significance. Further difficulties in assessing the results are the effect of other generative mechanisms outside the intervention that during this six months can affect patients health both positively and negatively, and also affect the interpretation of the patients' perceived change using the open questions. The greatest weakness of the study is the lack of a control group which affects the credibility of the results, and therefore uses shadow controls. Another weakness in the study that affect the result of generalization is the falling off by patients, the absence of a control group and that the study is based on a small population, and the results should therefore be interpreted with caution.

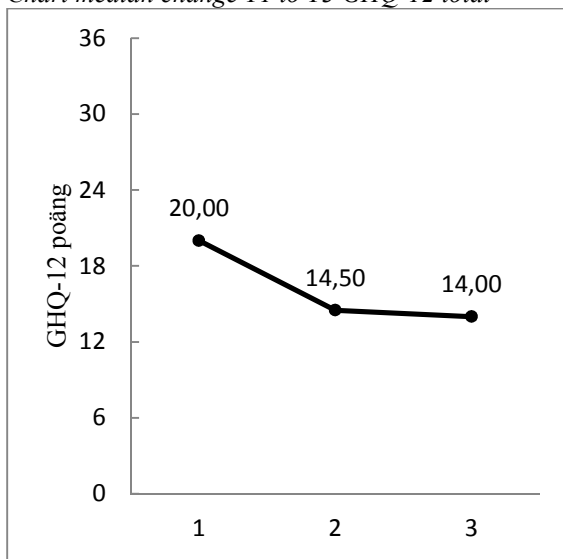
5 RESULTAT

Aggregated level

The diagrams in Figure 5.1 and 5.2 show that from the start and to three weeks after the intervention, that is, the method Grief Recovery, the perception of general health, anxiety and depression is reduced. There is a clear change from before to three weeks of action regarding the patient's wellbeing at an aggregated level, ie when all the individual values are summed and compared.

Figure 5.1

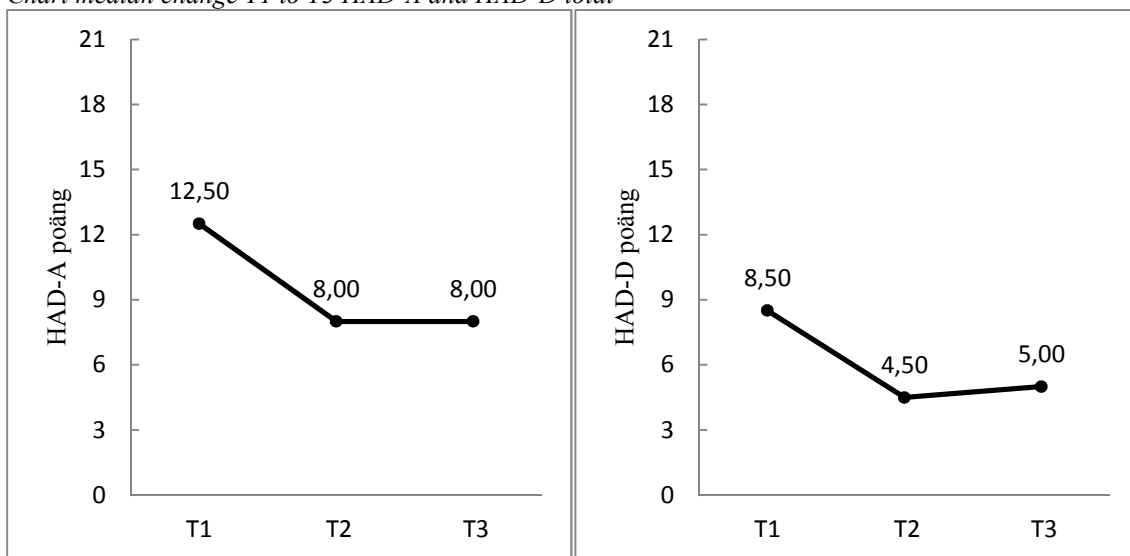
Chart median change T1 to T3 GHQ-12 total



Not. n (T1 & T2) = 34, n (T3) = 23. T1 (before), T2 (3 weeks after) & T3 (6 months after)

Figure 5.2

Chart median change T1 to T3 HAD-A and HAD-D total



Not. n (T1 & T2) = 20, n (T3) = 11. T1 (before), T2 (3 weeks after), T3 (6 months after)

Figure 5.1 (above) shows that the patients' general wellbeing has gone from the upper border of clear indication of the problems to the lower border of clear indication. From Figure 5.2 shows that anxiety dropped from clear indication of the anxiety to obtain no indication, namely normal value. Depression has been dropped from the lower limit of clear indication of depression for no indication of depression. At the aggregate level, the results show unanimously that patients' mental health has ceased for anxiety and depression. Regarding the general wellbeing shows patients

as a group still clear indication of mental illness, although lower than the measurement before operation.

Diagrams in Figure 5.1 and 5.2 also show that the result on an aggregated level persists over time, ie, six months, having a wellbeing and a lower degree of anxiety and depression. At six months should be considered that the population (n) is less than the measurement point T1 and T2 which are likely to have a moderate influence on the result. This is mostly due to that it has not had time to go six months of follow-up since the patients completed the program of study ceased.

Trend lines for the general wellbeing (GHQ-12) and depression (HAD-D) follow each other, as expected, since they found to correlate well (Bjelland et al, 2001, McDowell, 2006). Both the GHQ-12 and HAD-D capture and measure depressive tendencies. GHQ 12 does not measure anxiety in the degree HAD-A does, thus allowing these are not expected to correlate as well as they measure different things. As shown in Figure 5.1 and 5.2 is that even the anxiety follows the same curve as general wellbeing and depression, hence the conclusion can be drawn that the intervention affects both anxiety and depression positive concerning grief.

Table 5.2 shows how the patients' wellbeing has changed from before the intervention and six months after intervention by the GHQ-12, HAD-A and HAD-D with respect to the three division indication of mental illness: no indication, clear indication and high degree of indication.

Table 5.2

Table of difference in grading of patients well being at the aggregate level, with respect to GHQ-12, HAD-A and HAD-D at T1 and T3. Plus shows an increase and negative a reduction.

Level of indication	number, T1	% T1	number, T3	% T3	diff T1/T3	diff% T1/T3
GHQ-12						
High degree of indication	7	31	3	14	-4	-17
Clear indication	15	65	10	43	-5	-22
No indikation	1	4	10	43	+9	+39
HAD-A						
High degree of indication	3	27	-	0	-3	-27
Clear indication	7	64	5	45	-2	-18
No indikation	1	9	6	55	+5	+46
HAD-D						
High degree of indication	-	-	-	-	-	-
Clear indication	6	55	-	0	-6	-55
No indikation	5	45	11	100	+6	+55

Not. n (GHQ-12) = 23, n (HAD) = 11.

Table 5.2 shows that the general wellbeing has the largest distribution of values from the high degree of indication of trouble to no indication of problems.

27 per cent, ie, 3 patients show high degree of indication of anxiety (with the lowest score at that level) and no patient show high levels of indication of depression while 7 patients show high levels of indication regarding general wellbeing. The distribution of the general wellbeing (GHQ-12) was 31 percent with a high degree of indication, 65 percent with clear indication and 9 percent with no indication prior to operation. Six months after the operation increases the category no indication with 39 percent. Table 5.2 shows in a clear way how the patients' wellbeing as

a group changes in a positive direction with decreased psychological distress in the form of improved overall wellbeing, reduced anxiety and depression in the patients in the study.

In order to know if the result is generated by random chance or by the intervention, a power measurement was made. A power measurement using Cohen's d is a standardized measure to statistically calculate the effect on the group measurements (corresponding significance), with respect to qualitative data on an ordinal scale as in studies like this. Cohen's d is coated with a positive upward bias of up to two percent. Hedge's g is a measure based on Cohen's d but takes into account the bias. Table 5.3 shows the results of power measurement using Cohen's d and Hedge's g.

Tabell 5.3

Calculation of within-group effect T1 to T2 with Cohen's d and Hedge's g

	GHQ-12	HAD-A	HAD-D
Cohen's d	.90	1.00	.85
Hedge's g	.88	.98	.83

Not. n (GHQ-12) = 34, n (HAD) = 20.

The results show values between .83 and 1.00 which is greater than .80 which according to Cohen shows that the intervention has a great effect that cannot be explained by chance and that the results are significant for the intervention.