

**Den svenska versionen av
Resilience Scale (RS) skattad av
vuxna habiliteringspatienter
- Ett psykoterapeutiskt perspektiv**

Marika Ehrenkrona



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutet
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Sektionen för psykiatri
Psykoterapeutprogrammet, 2017
Handledare: Pernilla Juth

Sammanfattning

Hur klarar människor att ta sig igenom stora svårigheter? Den frågan ställs i forskningen om resiliens. Även om det inte finns en gemensam definition av resiliens, görs flera ansatser att beskriva och mäta resiliens, exempelvis genom Resilience Scale, RS, som översatts till svenska. I denna studie testades den svenska versionen av RS i ett kliniskt urval vuxna habiliteringspatienter ($n = 33$) vid en habiliteringsenhet i södra Sverige som ett led i verksamhetens kvalitetssäkring. Ett oberoende t -test visade att Habiliteringspatienterna (Habgruppen) skattade signifikant lägre resiliens än en jämförande Normgrupp, effekten var stor, Cohen's $d = 1$. En oberoende ANOVA visade ingen signifikant skillnad mellan kön. Högst skattade habiliteringspatienterna på delskalan ensamhet och lägst på delskalan jämnmod/sinnesro. Resultatet har betydelse för att utveckla den kognitiva beteendeterapi för patienter med varaktiga funktionsnedsättningar. Resiliens ses inte som en statisk egenskap, utan som en process som involverar beteenden och tankar, vilka är möjliga att lära in och arbeta med i en psykoterapi. Den svenska versionen av RS kan vara ett verktyg för att kartlägga och utvärdera resiliens, men ytterligare forskning krävs för att anpassa skalan till habiliteringens alla patientgrupper. Även behovet av fortsatt forskning för att identifiera resilienta beteenden och förhållningssätt lyfts fram.

Keywords: resiliens, kognitiv beteendeterapi, psykoterapi, habilitering, resiliensskala

Abstract

How do people manage great challenges and misfortune of life? The question stands in focus of the resilience research. Even though there is no common definition of resilience, there is no lack of attempts to describe and assess resilience, for instance the Resilience Scale (RS), which is translated into Swedish. In this study the Swedish version of RS was tested in a clinical sample of adult patients ($n = 33$) at a habilitation center in the south of Sweden as a part of a quality assurance process at the center. An independent t -test indicated that the patients (Hab Group) estimated a significant lower resilience compared to the reference group. The effect size was high, Cohen's $d = 1$. An independent ANOVA did not show significant gender differences, in consistency with previous studies. The Hab Group estimated as highest on the subscale aloneness and as lowest on the subscale equanimity. The results contribute to the development of the cognitive behavioral therapy for patients with inherent or early acquired lifelong disabilities. Resilience is not considered as a static trait, but a process involving a number of behaviors and thoughts, which are possible to learn and consequently be elaborated in psychotherapy. The Swedish translation of the RS could be applied in a therapeutically mapping procedure and in order to assess resilience progress in therapy. However further research is required to adapt the scale to all subgroups of habilitation patients. The need of further research in order to identify resilient behaviors and thoughts is highlighted.

Keywords: resilience, cognitive behavioral therapy, psychotherapy, habilitation, Resilience Scale

Resiliens har utvecklats till ett alltmer intressant och omfattande forskningsområde¹. Ordet resiliens är en direktöversättning av engelskans resilience, som består av två delar: förledet ”re”, som betyder ”åter” och huvudordet ”silience”, som kan härledas från latinska ”salire”, som betyder att stiga, gå upp. En etymologisk tolkning är alltså att ordet beskriver någon/något som ”åter stiger upp” (Online Etymology Dictionary).

Resiliensbegreppet används inom flera vetenskapliga fält. År 1973 publicerade den kanadensiske ekologen och forskaren C. S. Holling (1973) en artikel om resiliens i ekosystem. Vid Stockholms Universitet bildades år 2007 Stockholm Resilience Center (2017) med utbildning och forskning i såväl naturvetenskapliga som socioekonomiska fält. En definition som Stockholm Resilience Center använder är: ”Resiliens är kapaciteten hos ett system, vare sig det är en skog, en stad eller en ekonomi, att hantera förändringar och fortsätta att utvecklas.” (Moberg & Simonsen, 2017, s. 3).

Resiliens kan förstås utifrån komplexitetsteorin och beskrivningen av dynamiska system (Cilliers, 1998; Gleick, 1988). Med dynamiskt system menas att ingående variabler påverkar varandra, till skillnad från statiska system där förändringar adderas. När en variabel förändras i ett dynamiskt system sker en omvandling i hela systemet, eftersom andra variabler i systemet också påverkas. Komplexitetsteorin fångar upp detta genom att beskriva de processer som förändringarna i dynamiska system genomgår (Cilliers, 1998; Gleick, 1988). Människan är i sig ett komplext dynamiskt system och hon befinner sig i ständig interaktion med sin omvärld, som också består av komplexa dynamiska system (Cilliers, 1998; Gleick, 1988). Mot denna bakgrund antas att resiliens är ett relevant begrepp för psykoterapiforskningen. Såväl människans komplexitet som hennes dynamiska samspel med omgivningen, som också består av dynamiska system, öppnar för möjligheten att skapa positiva

¹ Vid en sökning för ämnesordet resilience i Karolinska Institutets Universitetsbiblioteks databas konstaterades 1 568 träffar för tioårsperioden 1997-04-24 – 2007-04-24. För tioårsperioden 2007-04-24 – 2017-04-24 var motsvarande antal träffar 10 489, varav 7 733 under de senaste fem åren (2012-04-24 – 2017-04-24).

förändringar hos patienten i en psykoterapi. Skulle allt vara statistiskt och orubbligt hade det varit svårt att hitta något att arbeta med i en terapi (Southwick & Charney, 2012).

Trots att resiliens har blivit ett alltmer använt begrepp finns ingen enhetlig, allmänt accepterad definition, även om de olika definitionerna som förekommer ändå ligger nära varandra. En diskussion är om resiliens kan betraktas som ett personlighetsdrag (trait) eller en process (hos individ och omgivning), alternativt en kombination av dessa (Southwick & Charney, 2012). I denna uppsats används definitionen som formulerats av American Psychological Association, APA (2017). APA betonar att psykologisk resiliens inte är en egenskap, utan en process för anpassning och att den innehåller beteenden och tankar som vem som helst kan lära sig att utveckla:

Resilience is the process of adapting well in the face of adversity, trauma, tragedy, threats or significant sources of stress - such as family and relationship problems, serious health problems or workplace and financial stressors. It means "bouncing back" from difficult experiences. Research has shown that resilience is ordinary, not extraordinary. (...) Emotional pain and sadness are common in people who have suffered major adversity or trauma in their lives. In fact, the road to resilience is likely to involve considerable emotional distress. Resilience is not a trait that people either have or do not have. It involves behaviors, thoughts and actions that can be learned and developed in anyone. (APA, 2017, What is resilience?)

Mot denna bakgrund framstår kognitiv beteendeterapi (KBT) som en adekvat behandlingsmetod, då KBT har fokus på att identifiera och förändra just beteenden genom beteendeterapi (Ramnerö & Törneke, 2006) och tankemönster genom den kognitiva terapin (Beck, 1995; Beck, 2007; Wells, 2009). Vid psykoterapeutisk behandling av posttraumatiskt stressyndrom är resiliensbegreppet användbart och utgör det teoretiska konstruktet bakom posttraumatisk utveckling (posttraumatic growth) (Weiss & Berger, 2010), som innebär att terapeuten stärker patientens förmåga till läkning och utveckling efter en traumatisk händelse.

Även inom utvecklingspsykologin har resiliensbegreppet använts länge för att beskriva vissa barns oväntat positiva utveckling, trots svåra uppväxtförhållanden (Helmen Borge, 2005). Introduktionen av begreppet resiliens i utvecklingspsykologin uppstod delvis i polemik med begreppet ”maskrosbarn”, som ansågs vara ett mer statiskt sätt att se på barn, antingen var ett barn ”maskrosbarn” eller inte (Helmen Borge, 2005). Resiliens blev därför en utgångspunkt för att söka förstå hur det var möjligt att fånga upp den process hos såväl barn som omgivning som kunde främjas i en terapi för att skapa en positiv utveckling, trots svårigheter och motgångar (Helmen Borge, 2005). Resiliens anknyter också till hälsopsykologin med sitt fokus på att identifiera och stärka salutogena faktorer (friskfaktorer), till exempel känsla av sammanhang (KASAM) (Antonovsky, 1987).

I flera studier har framkommit ett samband mellan ålder och resiliens, på så vis att resiliens tycks öka med åldern (Lundman, Strandberg, Eismann, Gustafson & Brulin, 2007), vilket indikerar att resiliens är något föränderligt som kan utvecklas över tid. Däremot tyder flera studier på att resiliens inte skiljer sig signifikant mellan kvinnor och män (Lundman m fl., 2007; Wagnild, 2009). I en studie (Choowattanapakorn, Aléx, Lundman, Norberg & Nygren, 2010) med kvinnor och män över 60 år i Sverige ($n = 422$) respektive Thailand ($n = 200$) fanns ingen signifikant skillnad i skattad resiliens, vare sig mellan den svenska och thailändska gruppen eller mellan män och kvinnor i de båda grupperna. I en studie i Nigeria fann Abiola och Udofia (2011) dock att kvinnor i snitt skattade 126.52 och män 132.04 på resiliensskalan Resilience Scale (RS), vilket var signifikant lägre resiliens för kvinnor.

De flesta studier om resiliens har varit inriktade på barn och unga (Lundman m fl., 2007). Samtidigt görs nu allt fler studier om resiliens i kliniska urval vuxna. I en studie undersöktes resiliens i ett urval av 226 svårt traumatiserade individer (Wingo, Fani, Bradley & Ressler, 2010), som samtidigt undersöktes med neuropsykiatriska test. Wingo m fl. (2010) fann att graden av resiliens varierade i gruppen och att svår uppväxt, missbruk och fler

tidigare trauman bidrog till lägre resiliens, samt att icke-verbalt minne korrelerade positivt med resiliens. I en aktuell studie (Bonfiglio, Renati, Hjemdal & Friberg, 2016) undersöktes resiliens i två grupper: en klinisk grupp (substansmissbrukare) och en icke-klinisk grupp, där den kliniska gruppen skattade signifikant lägre resiliens. Bonfiglio m fl. (2016) lyfter fram behovet av att utveckla behandlingsprogram med fokus på att stärka patienternas resiliens och copingstrategier. Det finns alltså behov av fler kliniska resiliensstudier för att skapa underlag för psykoterapeuter och övrig vårdpersonal i arbetet med att stödja patienters utveckling.

När det gäller svensk habilitering utgör kombinationen resiliens-funktionsnedsättning närmast en forskningslucka². Samtidigt skulle ett resiliensperspektiv vara motiverat i det kliniska arbetet, inte minst i det psykoterapeutiska mötet med habiliteringspatienter, där funktionsnedsättningen är livslång och relativt stabil, medan resilienta beteenden kan antas vara möjliga att lära in och utveckla.

Flera svårigheter blir dock uppenbara för den som önskar genomföra en studie om resiliens i ett svenskt kliniskt urval. Att det inte finns någon enhetlig definition av begreppet är ett givet problem, men därtill kommer svårigheten att operationalisera resiliens. Om nu resiliens inte är en egenskap, utan beskrivning av en process hos såväl individen som omgivningen uppstår metodproblem. Vad är det som ska mätas och i så fall hur? Det handlar framför allt om instrumentens (skalornas) validitet, om de mäter det som de är avsedda att mäta (Borg & Westerlund, 2012), vilket försvåras av att resiliens inte är tydligt definierat: vilka beteenden och tankar är egentligen resilienta? Och hur vet vi det?

Ett antal ansatser har gjorts för att skapa en resiliensskala med god reliabilitet och validitet. Wagnild och Young (1990; 1993) konstruerade Resilience Scale (RS) redan på 1990-talet. I början av 2000-talet lanserade Connor och Davidson (2003) en ny resiliensskala, Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Senare kom Resiliency Scale (Prince-

² Inga träffar för resiliens i kombination med habilitering eller funktionsnedsättning i den svenska forskningsbasen Diva-portal.org (2017-04-24).

Embury, 2011) och Brief Resilience Scale (Smith, m fl., 2008). Därutöver finns en rad kortversioner och översättningar av de olika skalorna. Till exempel har Brief Resilience Scale översatts till holländska och spanska för inhemska studier (Rodríguez-Rey, Alonso-Tapia & Hernansaiz-Garrido, 2016). Det förekommer också anpassningar av skalor till barn och unga (Lundman m fl., 2007) och till specifika grupper, som smärtpatienter; Resilience Scale adapted to chronic pain, (RS-18) (Ruiz-Párraga, López-Martínez, Esteve, Ramírez-Maestre & Wagnild, 2015). RS har även använts utanför västvärlden, till exempel av Abiola och Udofia (2011) i studien i Nigeria och av Choowattanapakorn m fl., (2010) i Thailand (se ovan).

För denna studie valdes Resilience Scale (RS) i sin fullständiga version (Wagnild & Young, 1993) som undersökningsinstrument. RS är en av de mest beforskade skalorna och såväl reliabilitet som validitet har överlag bedömts tillfredsställande (Lundman m fl., 2007). Till exempel beskrev Ahern, Kiehl, Sole och Byers (2006) RS som den mest lämpade skalan för att studera resiliens i en tonårspopulation. I en analys av tolv studier med RS konstaterades att Cronbach's *alfa*-koefficienten varierade mellan .74 och .94, vilket indikerar en intern konsistent reliabilitet (Wagnild, 2009). Även validiteten undersöktes i de tolv studierna varvid konstaterades att konstruktvaliditeten för RS var god (Wagnild, 2009). Slutsatsen var: "The Resilience Scale has performed as a reliable and valid tool to measure resilience and has been used with a wide range of study populations." (Wagnild, 2009, s. 105). Reliabiliteten för RS har även undersökts i senare studier. I en metaanalys (review) av reliabilitet för ett antal resiliensskalor tillhörde RS en av de fyra skalorna som hade starkast reliabilitet, även om studien också pekade på brister i samtliga undersökta skalor (Windle, Bennett & Noyes, 2011). I en finsk undersökning i en icke-klinisk population ($n = 243$) var den interna reliabiliteten .90 (Losoi m fl., 2013). RS korrelerar också med flera andra konstrukt: hög skattning på RS korrelerar positivt med upplevelsen av mening med/i livet (purpose of life), förmågan att överträffa sig själv fysiskt och mentalt, självtranscendens (self-transcendence),

förståelsen av sig själv i ett sammanhang (sense of coherence) och psykisk hälsa (mental health) (Nygren, Björkman-Randström, Lejonklou & Lundman, 2004).

En styrka är att RS står på en empirisk grund. Skalan bygger på de intervjuer som Wagnild och Young (1990) gjorde med 24 äldre kvinnor som bedömdes ha god psykisk hälsa, trots erfarenheter av stora negativa livshändelser. I materialet identifierade Wagnild och Young (1990) påståenden/items och därefter faktorer/delskalor som sedan fick bilda underlag för RS. De fem delskalorna³ är meningsfullhet (meaning), jämnmod/sinnesro (equanimity), självtillit (self-reliance), uthållighet/ihärdighet (perseverance) och ensamhet/klara sig själv (aloneness) (Wagnild & Young, 1993). Även om den interna reliabiliteten och validitet överlag har varit hög i flera studier för helskalan RS, ger resultaten för delskalorna en något mer sammansatt bild. I den svenska studien (Lundman m fl, 2007) bekräftades de fem delskalorna från Wagnild och Young (1993). Däremot framkom inte motsvarande faktorer/delskalor i den finska studien (Losoi m fl., 2013).

En fördel för uppsatsens undersökning var att RS redan var översatt till svenska (genom en translation-translation-back⁴ procedur). Det fanns åtta svenska undersökningar genomförda med den svenska versionen av RS, främst i norra Sverige, med ett totalt urval på 1719 vuxna. (Lundman m fl., 2007). Den svenska versionen av skalan har också provats för test-retest reliabilitet (stabilitet över tid) med uppföljning en månad efter första testningen. Resultatet gav en test-retest reliabilitet på .78 (Lundman, m fl., 2007). Mot denna bakgrund bedömdes den svenska versionen av RS var lämplig att använda för denna undersöknings urval patienter inom habiliteringen. Resultaten som Lundman m fl. (2007) redovisat för det totala urvalet 1719 vuxna fick utgöra grund för en jämförande normgrupp.

Den fanns dock en demografisk skillnad vad avser ålder mellan deltagarna i denna undersökning och deltagarna i det sammanlagda urvalet i Lundman m fl. (2007). Eftersom

³ Uppsatsförfattarens översättning till svenska.

⁴ Metoden innebär att först görs en översättning (i det här fallet från engelska till svenska). Sedan gör en oberoende översättare en tillbakaöversättning till engelskan (Lundman m fl., 2007).

resiliens tycks öka med åldern (Lundman m fl., 2007; Wagnild & Young, 1993) var det en viktig omständighet att medelåldern var betydligt lägre i undersökningens urval habiliteringspatienter än hos Lundman m fl. (2007). Det väckte naturligen frågan om ålder kunde vara en bakomliggande variabel om det skulle visa sig att habiliteringspatienterna skattade signifikant lägre resiliens. Detta förhållande motiverade en fördjupad analys.

Syftet var således att undersöka skattad resiliens enligt den svenska versionen av Resilience Scale (RS) i en habiliteringspopulation och jämföra med tillgängliga data från det större urvalet hos Lundman m fl. (2007).

Frågeställningarna var:

1. Skiljer sig skattad resiliens mellan vuxna habiliteringspatienter och en normgrupp?
2. Skiljer sig skattad resiliens mellan män och kvinnor hos habiliteringspatienterna?
3. Hur skattar habiliteringspatienter för resiliensskalans (RS) fem delskalor?
4. Hur är den interna reliabiliteten för habiliteringspatienternas skattningar på resiliensskalan (RS) och de fem delskalorna?
5. Kan ålder vara en bakomliggande variabel som förklarar en skillnad i skattningar?

Metod

Design

Undersökningen designades som en tvärsnittsstudie (Denscombe, 2016) där skattad resiliens undersöktes hos habiliteringspatienter vid ett tillfälle under en avgränsad period. Resiliens operationaliserades som självskattning på den svenska versionen av Resilience Scale (RS) (Wagnild & Young, 1993; Lundman m fl., 2007). Den oberoende variabeln i studien var habiliteringspatient eller icke habiliteringspatient (ja/nej). Den beroende variabeln var utfallet i skattade poäng (medelvärde på skalans intervall 25 - 175 poäng) på den svenska versionen av RS (Lundman m fl., 2007; Wagnild & Young, 1990; 1993).

Deltagare

Deltagare i studien var 33 patienter vid en habiliteringsenhet i södra Sverige. De utgör vad som fortsatt benämns som Habgruppen i denna studie. Habiliteringspatient definierades som vuxen med en funktionsnedsättning som klassades som habiliteringsdiagnos. Vuxen definierades som individ ≥ 18 år (kronologisk ålder). Habiliteringspatienten skulle också ha pågående habiliteringsinsatser vid den aktuella habiliteringsenheten i södra Sverige. Beskrivning av demografiska data (ålder och kön) för Habgruppen framgår av tabellerna 1-2 nedan. Deltagarnas diagnoser beskrivs i tabell 3 nedan.

Tabell 1

Deltagarnas åldersfördelning

	<i>(Vb)</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Ålder (år)	19-57 (38)	30.4	9.5

Tabell 2

Deltagarnas könsfördelning

	<i>n (%)</i>
Kvinnor	17 (52)
Män	16(48)

Tabell 3

Deltagarnas fördelning utifrån huvuddiagnos inom habiliteringen

	<i>n (%)</i>
Intellektuell funktionsnedsättning (IF), lindrig eller medelsvår	5 (15)
Autismspektrumtillstånd (utan IF)	27 (82)
Fysisk flerfunktionsnedsättning	1 (3)

Urval

Urvalet av undersökningsdeltagare var ett tillgänglighetsurval som gjordes vid den aktuella habiliteringsenheten i södra Sverige - som ett led i verksamhetens kvalitetssä-

ringsarbete. Inklusionskriterier för att ingå i urvalet till denna studie var således ålder ≥ 18 år och en pågående vårdkontakt med vuxenteamet vid den aktuella habiliteringen. Exklusionskriterier var grav utvecklingsstörning, alternativt andra fysiska eller psykiska nedsättningar av den grad att RS (i svensk översättning) inte var möjlig att administrera. Nybesök (patienten som tidigare inte hade haft kontakt med habiliteringen) var också grund för exklusion.

Den aktuella habiliteringen är en enhet inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Det är en offentligägdd och offentligfinansierad verksamhet med sedvanlig demokratisk insyn och styrning. Habiliteringen är teamuppbyggd och vänder sig till människor med ärftliga eller tidigt förvärvade funktionsnedsättningar. Teamen består av såväl psykosociala yrkesgrupper (psykolog och kurator) som medicinska (sjukgymnast, arbetsterapeut och logoped). Däremot finns ingen habiliteringsläkare vid denna habiliteringsenhet, utan patienterna hänvisas till sin ordinarie läkarkontakt i primärvård eller psykiatri. Vuxenteamet tar emot patienter som är 18 år och äldre. I första hand vänder sig teamet till patienter som är i behov av teamsammansatta insatser (både psykosocialt och medicinskt) till följd av funktionsnedsättningen. I likhet med övriga habiliteringar har den aktuella enheten i södra Sverige under de senaste åren haft ett stort inflöde remisser med patienter med autismspektrumtillstånd (till exempel Aspergers syndrom, atypisk autism och högfungerande autism). I den nytillkomna autismspektrumgruppen förekommer inte sällan samsjuklighet med psykiatriska diagnoser. Under ett år får ca 350-400 vuxna insatser från den aktuella habiliteringen. Eftersom inflödet av patienter med autismspektrumtillstånd (utan IF) har varit stort är nu denna grupp den största inom habiliteringen. Mer än hälften av vuxenteamets patienter har autismspektrumtillstånd⁵.

Undersökningens upplägg och urvalsprocess fick godkännande av enhetschefen i förväg och var förankrat i vuxenteamet. Urvalet av deltagare till studien gjordes därefter av uppsatsförfattaren under perioden augusti-december 2015. I ett fall genomfördes urval och adminis-

⁵ Personlig kommunikation enhetschefen vid den aktuella habiliteringen (2016).

tration av en annan yrkesgrupp i teamet – i samråd med uppsatsförfattaren. Genom tillgänglighetsurvalet valdes 34 deltagare ut för studien. En deltagares svar uteslöts på grund av att hen hade skrivit om och strukit över frågeformuleringarna i en sådan omfattning att resultatet blev otydligt och inte jämförbart med övriga deltagares svar. Denna deltagares enkät, inklusive kommentarerna, togs ändå tillvara kvalitativt i samband med analysen av och diskussionen om skalans tillgänglighet för målgruppen.

Deltagarnas huvuddiagnos inom habiliteringsområdet noterades. En bedömning gjordes av hur denna diagnos bäst kunde kategoriseras och redovisas utifrån undersökningens syfte. I studiens design är den oberoende variabeln habiliteringspatient/icke habiliteringspatient. Därför blir det inte intressant – eller motiverat etiskt – att undersöka skattningarnas fördelning över olika diagnoser. Däremot är det viktigt att redovisa att urvalet är noga kontrollerat så att samtliga deltagare uppfyller kravet på att ha en diagnos (som satts efter utredning av behörig hälso- och sjukvård) som ger rätt till habilitering. Det som DSM-5 (APA, 2013) beskriver som intellektuell funktionsnedsättning, IF används här som begrepp för tidigare satta diagnoser som beskriver mental retardation eller intellektuell utvecklingsstörning. Diagnoser som Aspergers syndrom, atypisk autism och högfungerande autism (MINI-D IV, 2002) inordnas i den övergripande kategorin Autismspektrumtillstånd.

Procedur

Ett brev med information om studien togs fram i samråd med enhetschefen vid den aktuella habiliteringen (bilaga 1). Brevet delades ut till deltagarna i samband med förfrågan om att delta i undersökningen. En enkät i pappersform togs fram, baserad på den svenska översättningen av RS (Lundman, m fl., 2007) (bilaga 2). Proceduren innebar att deltagarna för varje påstående (item) med en penna markerade ett kryss eller en ring på en sjugradig Likertskala hur de förhöll sig till påståendet (instämmer inte alls = 1, instämmer helt = 7).

Deltagarna i studien hade vårdkontakt eller återkommande telefonkontakt med uppsatsförfattaren (i ett fall med annan behandlare), som också var behandlare och ingick i vuxenteamet under perioden augusti-december 2015. I samband med besök eller vid telefonkontakt tillfrågades de av uppsatsförfattaren (eller i ett fall av annan behandlare) om de ville delta i enkäten. De informerades då muntligen om enkätens syfte och fick även den skriftliga informationen (1). De hade även möjlighet att ställa frågor och framföra önskemål. Samtliga tillfrågade tackade ja till att delta och kunde därefter välja mellan att fylla i enkäten direkt på mottagningen med uppsatsförfattaren närvarande i rummet – eller ta med den hem och skicka den tillbaka (i ett frankerat kuvert). I ett fall delades enkäten ut i samband med hembesök (och fylldes i med annan behandlare närvarande). De flesta valde att fylla i enkäten direkt. Ca en fjärdedel valde att ta hem den, eller att få den hemskickad – för att sedan skicka svaret i ett frankerat kuvert, som var märkt så att det var möjligt att bocka av det mot en lista.

I de fall då deltagarna valde att fylla i enkäten på mottagningen förhöll sig uppsatsförfattaren passivt närvarande i rummet. Då gavs möjlighet för deltagarna att ställa frågor om vad ett visst ord betydde eller framförde kommentarer om skalans utformning. Uppsatsförfattaren svarade på frågor om ords betydelse, men begränsade informationen till detta.

Viss kvalitativ information samlades in i samband med att deltagarna fyllde i och lämnade tillbaka sina enkäter då uppsatsförfattaren var närvarande i rummet. De kunde då ha frågor eller synpunkter som fångades upp spontant för en bedömning av hur väl RS kan tänkas fungera för en klinisk population inom habiliteringen. Den enkät som uteslöts ur den statistiska bearbetningen inordnades i stället i detta kvalitativa underlag då deltagarens skrivna kommentarer om skalan noterades. I samband med ifyllandet av enkäten fanns möjlighet för samtliga deltagare att framföra önskemål om att få ta del av den färdiga uppsatsen.

Proceduren efter att uppsatsen har godkänts består i återkoppling till vuxenteam och chef vid den aktuella habiliteringen, som ett led i kvalitetssäkringen av verksamheten. Där-

utöver skickas den i pappersform hem till deltagare som önskat detta. Den blir också tillgänglig (pappersform och/eller elektroniskt) för andra deltagare och besökare på enheten.

Mätinstrument/material

Det mätinstrument som användes i studien var Resilience Scale, RS (Wagnild & Young, 1993) i svensk översättning av Lundman m fl. (2007) (bilaga 2). RS består av 25 påståenden/items som skattas i heltalsintervallet 1 - 7 poäng (Likertskala). Skalan är utformad så att 1 = instämmer inte alls och 7 = instämmer helt. Det innebär att den lägsta möjliga summan för hela skalan är 25 poäng och den högsta möjliga summan är 175 poäng. Ju högre poäng desto större resiliens. Samtliga påståenden/items är utformade så att 1 är innebär lägst skattad resiliens och 7 innebär högst skattad resiliens (Wagnild & Young, 1993). För RS finns en normering enligt Wagnild & Young (1990;1993), där låg resiliens definieras som ≤ 120 poäng på helskalan och hög resiliens som ≥ 147 poäng på helskalan.

Blanketten för den svenska versionen av RS som Lundman, m fl. (2007) använde i sina studier fanns inte att tillgå, däremot redovisade Lundman m fl. (2007) samtliga 25 påståenden/items i RS i svensk översättning. Det gjorde det möjligt för uppsatsförfattaren att skriva in frågorna på nytt i ett word-dokument och utforma en enkät i pappersform med den aktuella Likertskalans sju steg. Inskrivningen kontrollerades noga för att säkra att det inte uppstod korrekturfel. Även om formuleringarna i samtliga påståenden var exakt desamma (som hos Lundman m fl., 2007) kan det hållas för troligt att utformningen av enkäten i denna studie skilde sig något rent grafiskt från den enkät som Lundman m fl. (2007) använde. Ändå gjordes bedömningen att detta inte skulle ha så stor negativ inverkan på undersökningen att det äventyrade en jämförande analys.

Lundman m fl. (2007) har översatt RS och använt den svenska översättningen i åtta svenska studier vid Umeå Universitet, med sammanlagt 1719 deltagare. De åtta studierna gjordes under perioden 2000-2003 i främst norra Sverige och urvalen bestod bland annat av

hälsovårdspersonal, vuxna (19 - 90 år) i en stad i Norrland, äldre (studien Umeå 85+) och hjärtpatienter. I Lundman m fl. (2007) redovisas ett sammanslaget resultat för de 1719 deltagarna, där 1248 är kvinnor och 471 är män. I studien (Lundman m fl., 2007) finns medelvärde (141 poäng för helskalan RS) och standardavvikelse (17.70 poäng för helskalan RS) redovisade, vilket gjorde det möjligt att använda i uppsatsens studie - som jämförelsematerial till Habgruppens skattningar på RS. För denna jämförande analys definierades Normgruppen, som det sammanlagda urvalet ($n = 1719$) i Lundman m fl. (2007). Den interna reliabiliteten (Cronbach's *alfa*) för Normgruppens skattningar, fördelade på de fem delskalorna i RS i Lundman m fl. (2007), var meningsfullhet (.78), jämnmod/sinnesro (.77), självtillit (.78), uthållighet/ihärdighet (.45) och ensamhet/klara sig själv (.55).

Statistisk analys

Val av analysmetoder. Uppsatsens syfte genererade fem frågeställningar som uppsatsförfattaren analyserade i statistikprogrammet Statistical Package for the Social Sciences, SPSS 22. Svaren från de 33 enkäterna (skattningar på RS) i Habgruppen matades in och analyserades såväl deskriptivt som inferentiellt. Eftersom det fanns uppgifter tillgängliga om medelvärden och standard-avvikelser för Normgruppens skattningar (Lundgren m fl., 2007) var det möjligt att göra en jämförelse mellan grupperna (Habgruppen - Normgruppen) genom *t*-test för oberoende mätningar, olika stickprovsurval och olika varians (frågeställning 1 och 5). Därefter utfördes en beräkning av effektstorleken genom Cohen's *d* för den del av undersökningen som gällde frågeställning 1. För att studera variabeln kön (frågeställning 2) för Habgruppens skattningar gjordes en beräkning med oberoende envägs variansanalys (ANOVA) med kön som oberoende variabel och skattad resiliens som beroende variabel. En efterföljande ANOVA-analys med kön som oberoende variabel genomfördes också för de fem delskalorna. Vid analyserna med *t*-test och ANOVA gjordes tvåsidiga prövningar med signifikansnivån $\alpha = .05$. För att analysera hur delskalorna skattades i Habgruppen utfördes en

deskriptiv analys (frågeställning 3). För att undersöka reliabiliteten i Habgruppens svar på helskalan och de fem delskalorna genomfördes analys med Cronbach's *alfa* (frågeställning 4).

Överväganden vid val av analysmetoder. Ett *t*-test för oberoende mätningar kunde motiveras mot bakgrund av att mätningarna antogs vara oberoende av varandra då ingen deltagare i Habgruppen rimligen kan ha ingått i Normgruppen och det fanns tillgängliga uppgifter om medelvärden och standardavvikelse i båda grupperna. Därutöver konstaterades att grupperna var olika stora och inte hade samma varians. Sammantaget motiverade detta valet av analysmetoden *t*-test för oberoende mätningar, med olika stora stickprovsurval och olika varianser (independent *t*-test, unequal sample sizes and unequal variances).

Vid *t*-test antas den undersökta variabeln vara normalfördelad i populationen (Borg & Westerlund, 2012). Därför gjordes ett histogram över hur skattningarna fördelades på den sjugradiga skalan för varje fråga (sammanlagt 25 påståenden/items) i Habgruppen och i Normgruppen. Vid en visuell bedömning konstaterades att svaren visserligen avvek från normalfördelningen, men inte i sådan omfattning att ett *t*-test bedömdes olämpligt att genomföra. Borg och Westerlund (2012) för ett resonemang om detta förhållande vid *t*-test. De konstaterar att *t*-testet har visat sig vara robust och drar slutsatsen att det i allmänhet går att lita på ett *t*-test, även om variabeln skulle vara ordentligt snedfördelad i populationen.

Ytterligare ett antagande bakom *t*-test för oberoende mätningar är homogena populationsvarianser och lika stora stickprovsurval. Variansen skiljer sig visserligen mellan Habgruppen och Normgruppen, men skillnaden bedömdes inte vara så stor att den utesluter valet av *t*-test för oberoende mätningar. Däremot var skillnaderna i stickproven stora (Habgruppen, $n = 33$, Normgruppen, $n = 1719$). Borg och Westerlund (2012) resonerar även om dessa antaganden bakom *t*-test och konstaterar att datasimuleringar har visat att det är möjligt att bryta mot ganska många krav som tidigare ansågs hårda, även om det naturligtvis också finns gränser för detta.

Sammantaget – med ovan reservationer övervägda – gjordes därför bedömningen att ett *t*-test var en lämplig analysmetod för undersökningens material och frågeställningar (1 och 5). Eftersom frågeställningarna var öppna (resiliensskattningen i Habgruppen kunde vara såväl högre som lägre än i Normgruppen) valdes en tvåsidig prövning med signifikansnivån $\alpha = .05$ och de skilda varianserna hanterades genom poolad varians.

Då Lundman m fl. (2007) inte kunde styrka någon signifikant skillnad mellan män och kvinnor i skattad resiliens var det intressant att undersöka om det gällde även för Habgruppen. Därför gjordes en oberoende envägs variansanalys (ANOVA) med kön som oberoende variabel och skattad resiliens som beroende variabel för att besvara frågeställning 2.

I denna studies design var den oberoende variabeln habpatient/icke habpatient. För att säkra att en skillnad inte skulle bero på en annan variabel (ålder) som bättre hade förklarat skillnaden, tillkom en femte frågeställning och en kompletterande analys. I denna analys jämfördes hela Habgruppen mot Normgruppens intervall 30-39 år (Lundman m fl., 2007). Åldersklassen 30-39 år valdes för att den hade ett av de lägsta medelvärdena på RS totalskala i Normgruppen och samtidigt var tillräckligt stor, samt avspeglade skattningarna i en avgränsad yngre grupp (Lundman m fl., 2007). Ett kompletterande *t*-test för oberoende mätningar, olika stickprovsurval och olika varians gjordes därför för att jämföra dessa två grupper. Om en sådan initial analys skulle stärka misstanken om att ålder var en bakomliggande variabel öppnades för möjligheten att överväga ytterligare analyser, till exempel där Habgruppens skattningar i klassen 30-39 år hade jämförts med Normgruppens 30-39 år.

Överväganden gjordes även när det gäller valet av analysmetod (deskriptiv metod) för habiliteringspatienternas skattningar fördelade över de fem delskalorna i RS (frågeställning 3). Lundman m fl. (2007) genomförde en faktoranalys för Normgruppens skattningar som bekräftade de fem faktorerna/delskalorna hos Wagnild och Young (1990; 1993; Wagnild, 2009). Faktoranalys är normalt en datakrävande metod och ställer krav på åtminstone 150-300

individer för att vara meningsfull (Borg & Westerlund, 2012). Faktoranalys var därför ingen lämplig metod för att analysera Habgruppens ($n = 33$) skattningar på delskalorna i denna undersökning. Däremot var det intressant att beskriva hur Habgruppens skattningar föll ut i de fem faktorerna/delskalorna. Detta var möjligt att göra då uppgifter om vilka påståenden/items som ingick i varje faktor/delskala fanns tillgängliga genom redovisningen i Lundman m fl., (2007). Med deskriptiv metod räknades medelvärden för samtliga påståenden/items i Habgruppen fram och sammanställdes i ett samlat medelvärde för respektive faktor/delskala.

Den interna reliabiliteten i Habgruppens skattningar på helskalan och delskalorna undersöktes med Cronbachs *alfa* (Cronbach, 1951). Metoden valdes eftersom den har stor spridning i vetenskaplig litteratur och möjliggör jämförelse med andra studiers reliabilitets-skattningar (Lundman m fl., 2007; Wagnild, 2009).

En effektanalys motiverades av att den beskriver avståndet i medelvärden mellan två grupper och därmed styrkan i en signifikant skillnad (Borg & Westerlund, 2012; Cohen, 1988; Durlak, 2009). För att analysera effektstyrkan för resultatet i den första frågeställningen (RS totalskala) valdes effektmåttet Cohen's *d* enligt Cohens kategorisering, där liten effekt ≤ 0.2 , mellan effekt ≤ 0.5 och stor effekt ≤ 0.8 (Borg & Westerlund, 2012; Cohen, 1988; Durlak, 2009). Populationens standardavvikelse σ uppskattades från de två stickprovens standardavvikelser genom den poolade variansen (Borg & Westerlund, 2012; Cohen, 1988).

Etik

Forskningen syftar till att öka kunskapen, vilket är en positiv drivkraft. Samtidigt måste priset för denna kunskapsökning vara rimligt utifrån en samlad bedömning där den enskilda individens intressen väger tungt. Inom det psykoterapeutiska området är det ofrånkomligt att forskningen handlar om enskilda människors tankar, beteenden, upplevelser och svårigheter. I många fall möter forskaren dessutom människor i ett utsatt läge eller med nedsatt psykisk funktion. Det ställer om möjligt än högre krav på att ett etiskt förhållningssätt präglar samtliga

led i forskningsarbetet. I arbetet med denna uppsats har etiska överväganden hållits levande från planering, design och genomförande av undersökningen, till bearbetning av materialet och presentation av resultatet. Individskyddet har särskilt beaktats. Vetenskapsrådet (2002) definierar det grundläggande individskyddet i fyra huvudkrav på forskningen: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Informationskravet. I ett tidigt skede på planeringsstadiet togs kontakt med den aktuella habiliteringens enhetschef för att stämma av på vilket sätt undersökningens syfte och frågeställningar skulle kunna komma vuxenhabiliteringen till del som ett led i verksamhetens kvalitetsarbete. Gensvaret var positivt. Forskningsfrågorna ansågs relevanta för att öka kunskapen om behoven och önskemålen hos patienter/brukare för att därigenom utveckla habiliteringens metoder och öka kvaliteten i insatserna. Tillsammans med habiliteringens enhetschef utformades informationsbrevet till deltagarna i undersökningen (bilaga 1). I brevet betonades att enkäten var anonym, frivillig och att materialet förstörs efter bearbetningen. Det fanns också information om att undersökningen gjordes inom ramen för ett examensarbete på psykoterapeutprogrammet vid Karolinska Institutet, samt aktuella kontaktuppgifter för den som hade ytterligare frågor eller ville framföra synpunkter. Samtliga deltagare fick brevet personligen samt muntlig information med samma innehåll.

Samtyckeskravet. Efter att ha fått information om undersökningen gavs utrymme för att tacka nej eller ja till deltagande i undersökningen. Det var också möjligt att avbryta deltagandet även om enkäten hade påbörjats – eller att dra tillbaka den direkt efter att den var klar. Samtliga deltagare fullföljde enkäten, ingen avbröt deltagandet eller återkallade den ifyllda enkäten. Enkäten var inte heller på något sätt kopplad till pågående eller kommande vård. Det fanns inga explicita eller implicita negativa/positiva konsekvenser till följd av deltagarnas beslut, vare sig de beslutade sig för att delta eller avstå från att delta i enkäten. Detta var särskilt viktigt då patienter/brukare vid en habilitering kan tänkas befinna sig i ett

utsatt läge och en beroendesituation i förhållande till vårdgivaren. Naturligtvis journalfördes inte heller enkäten.

Konfidentialitetskravet. Anonymiteten skyddades genom att undersökningsledaren arkiverade enkäten utan att titta närmare på resultaten eller på annat sätt koppla individ till enkäten. Endast ålder och kön noterades av undersökningsledaren på enkäten. Namnen på deltagarna noterades på en separat lista som förvarades inlåst och skilt från de besvarade enkäterna, som hölls inlåsta på ett annat ställe. På så vis ökade säkerheten kring materialet, vilket stärkte konfidentialiteten. Det var därmed praktiskt omöjligt för utomstående att komma åt namnuppgifterna. Namnlistan förvarades hos undersökningsledaren så länge undersökningen pågick för att säkra att ingen deltagare av misstag skulle fylla i enkäten vid två eller flera tillfällen. Efter den statistiska bearbetningen av materialet strimlades såväl namnlistan som samtliga enkäter. Inga enskilda personer eller svar kan urskiljas i resultatredovisningen, som görs på gruppnivå.

Nyttjandekravet. Uppgifterna som samlades in i undersökningen har endast använts för den aktuella undersökningen och därefter strimlats. Det är därmed omöjligt att uppgifterna skulle komma att användas för kommersiella eller icke-vetenskapliga syften. De som har medverkat i undersökningen får möjlighet att ta del av den färdiga uppsatsen utan kostnad och har informerats om att den kommer att användas i habiliteringens kvalitetssäkringsarbete.

I vissa fall finns även begräsningar i vetenskaplig användning av insamlat material. Detta är tillämpligt i detta fall. Eftersom undersökningen utfördes som ett led i ett kvalitets-säkrande arbete vid den aktuella habiliteringen, inom ramen för ett examensarbete vid Karolinska Institutet, är det inte möjligt att efteråt använda materialet på nytt i annat vetenskapligt sammanhang, till exempel för att publicera en artikel i en vetenskaplig tidskrift.

Resultat

Frågeställning 1

Habgruppens skattningar på svenska versionen av helskalan RS, jämfört med Normgruppen (Lundman m fl., 2007), framgår av tabell 4 nedan.

Tabell 4

Habgruppens och Normgruppens skattningar på hela RS

Grupp	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Habgruppen	33	123	22.02
Normgruppen	1719	141	17.70

Analysen av frågeställning 1 gav resultatet $t(1750) = 5.76, p < .001$. Det fanns alltså en signifikant skillnad i skattad resiliens mellan grupperna. Habgruppen skattade signifikant lägre än Normgruppen.

Effektstyrka. För att undersöka hur stor denna skillnad var gjordes en analys av effektstyrkan, enligt Cohen's d (Borg & Westerlund, 2012; Cohen, 1988; Durlak, 2009). Populationens standardavvikelse σ uppskattades från de två stickprovens (Habgruppen och Normgruppen) standardavvikelser genom den poolade variansen (Borg & Westerlund, 2012; Cohen, 1988). Resultatet visade att den uppskattade effektstyrkan i undersökningen var $d = 1.01$. Det bedöms som en stor effektstyrka, enligt Cohens kategorisering (Borg & Westerlund, 2012; Cohen, 1988).

Frågeställning 2

En oberoende envägs variansanalys (ANOVA) med kön som oberoende variabel och skattad resiliens som beroende variabel av genomfördes. Analysen av frågeställning 2 gav resultatet, $F(32) = 2.34, p > .136$. Det fanns alltså ingen signifikant skillnad i skattad resiliens beroende på kön i Habgruppen. Vid en följande ANOVA-analys av Habgruppens skattningar - fördelade på de fem delskalorna - erhöles ett signifikant resultat för könsskillnad för del-

skalan meningsfullhet, $F(32) = 4.897, p < .035$. Men för övriga fyra skalor fanns ingen signifikant skillnad mellan kvinnor och män.

Frågeställning 3

Analysen av frågeställning 3 redovisas i tabell 5 nedan.

Tabell 5

Habgruppens skattningar fördelade över de fem faktorerna/delskalorna i RS

Faktor/Delskala	<i>M</i>	<i>SD</i>
Meningsfullhet	5.01	1.22
Jämnmod/sinnesro	4.47	1.16
Självttillit	4.75	1.18
Uthållighet/ihärdighet	5.36	1.20
Ensamhet/klara sig själv	5.66	0.79

Notera. Eftersom det ingår olika antal påståenden/items i de fem delskalorna presenteras här resultatet på item/påstående-nivå för att underlätta en jämförelse.

Frågeställning 4

Analysen av frågeställning 4 redovisas i tabell 6 nedan.

Tabell 6

Den interna reliabiliteten för Habgruppens skattningar på hela RS och de fem faktorerna/delskalorna

Skala	Cronbach's <i>alfa</i>
Helskalan RS	.88
Meningsfullhet	.79
Jämnmod/sinnesro	.70
Självttillit	.73
Uthållighet/ihärdighet	.59
Ensamhet/Klara sig själv	.67

Frågeställning 5

Analysen av frågeställning 5 gav resultatet $t(235) = 3.50, p < .001$. Det fanns alltså en signifikant skillnad i skattad resiliens även mellan (hela) Habgruppen och Normgruppens

delgrupp i intervallet 30-39 år. Habgruppen (hela) skattade signifikant lägre resiliens än delgruppen 30-39 år i Normgruppen. Resultatet indikerade att det inte fanns stöd för att ålder skulle vara en bakomliggande variabel som bättre hade förklarat skillnaden i skattad resiliens mellan grupperna.

Kvalitativa resultat: skalans användbarhet

Det samlade resultatet av de observationer som uppsatsförfattaren gjorde då deltagarna fyllde i enkäten indikerade att Habgruppen i denna undersökning klarade att läsa skalan utan problem (notera dock exklusionskriterierna under metod). Men det framkom några konkreta svårigheter med förståelsen. Ordet ”beslutsam” i påstående/item 10 och ordet ”befinner” i påstående/item 23 var uppenbart svåra att förstå innebörden av för några deltagare med IF.

Den allvarligaste kritiken från deltagarna var dock den komplicerade konstruktionen av påståenden som formuleras med ”inte” (påstående/item 22 och 25) och ”sällan” (påstående/item 11), vilket var komplicerat att tänka kring för att sedan instämma eller inte i på en skala 1-7. Det blev för många tankeled, beskrev en deltagare. Meningen ”Jag grubblar sällan över vad som är meningen med allt” (11) innebär att den som grubblar lite ska skatta högt, men detta kräver en viss kognitiv process att komma fram till.

Diskussion

Resultatdiskussion

Resultatet tyder på att habiliteringspatienter skattar lägre resiliens än icke-habiliteringspatienter (frågeställning 1). Resultatet för helskalan kan förstås mot bakgrund av de normer som Wagnild och Young (1990:1993) beskriver för RS. Utifrån dessa normer kan här definieras en mittenzon (intervallet 121-146), där poängen varken är låga eller höga, enligt Wagnild och Young (1990:1993). Såväl Habgruppens som Normgruppens skattningar låg inom denna mittenzon. Samtidigt var det tydligt att Habgruppens resultat låg i mittenzonens nedre del och Normgruppen i mittenzonens övre del. Trots att Habgruppen skattade

signifikant lägre (123 poäng) än Normgruppen (141 poäng) i denna undersökning låg resultatet ändå inom mittenzonen (gränsen för låg resiliens ≤ 120 poäng). Generellt hamnar skattningarna relativt högt på RS i olika studier (Lundman m fl., 2007), men det förekommer även låga skattningar. Hemlösa tonåringar i Texas skattade i snitt 112 poäng i resiliens på RS i slutet av 90-talet (Rew, Taylor-Seehafer, Thomas & Yockey, 2001).

En tolkning är att habiliteringspatienter har lägre skattad resiliens än den övriga befolkningen. Samtidigt är skattad resiliens inte så låg att psykoterapi skulle diskvalificeras som förstahandsvalet som insats vid en habiliteringsenhet. Även om det förstås alltid är möjligt att arbeta psykoterapeutiskt med resilienta processer hos en individ kan det i första hand vara mer aktuellt med andra interventioner, som att lösa bostadsfrågan eller komma till rätta med gravt missbruk innan en terapi påbörjas.

I habiliteringens uppdrag och vision (Föreningen Sveriges Habiliteringschefer) står naturligen funktionsnedsättningen i fokus. Kravet för att få insatser från habiliteringen är en medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning som är beständig över tid. En viktig insats i det psykosociala arbetet på habiliteringen är att öka funktionsmedvetandet för att patienten bättre ska förstå vad hen klarar av och vad hen behöver hjälp med. Samtidigt finns en risk med att låta funktionsnedsättningen, som av definition är stadigvarande livslång, vara det enda fokuset i insatserna. Det gäller att se längre än funktionsnedsättningen. Psykoterapeutiskt är det givande att bredda perspektivet och se till livskvalitet i stort så att patienten inte blir ett med sin funktionsnedsättning. I en terapi kan det handla om att öka beteenden som fungerar bra i livet. Det ansluter till tankegångarna inom Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Hayes & Smith, 2005). Exempelvis har psykologen och forskaren Richard Wicksell (2014) visat hur smärtpatienter kan dra nytta av att inte bara fokusera på problemet (smärtan), utan att fortsätta leva sina liv – med smärtan.

Ingen signifikant skillnad mellan män och kvinnor i skattad resiliens på helskalan (frågeställning 2) kunde konstateras i denna studie, vilket ligger i linje med flera tidigare studier (Lundman m fl., 2007; Portzky, Wagnild, De Bacquer & Audenaert, 2010). Att det inte fanns en skillnad mellan kvinnor och män är intressant mot bakgrund av att RS utformades utifrån intervjuer med äldre kvinnor och att det därmed kanske skulle föreligga en könsbias i skalan (Wagnild & Young, 1990). Resultatet i denna studie tyder på att det är möjligt att använda RS även för manliga habiliteringspatienter i Sverige.

Habgruppens skattningar fördelade på de fem faktorerna/delskalorna i RS (frågeställning 3) blir intressant utifrån ett psykoterapeutiskt perspektiv. Resultatet visade att Habgruppen skattade lägst inom delskalan jämnmod/sinnesro och högst inom ensamhet/klara sig själv. Det skulle kunna vara fokus för en psykoterapi att öka patientens jämnmod och sinnesro, till exempel genom att arbeta med de konkreta delfrågor som faktorn/delskalan är sammansatt av. Även om ensamhet skattades högst i Habgruppen kanske det inte enbart ska ses som en resiliensfaktor. För människor som är fullt delaktiga i samhället och har ett fungerande liv med arbete, studier, familj, vänner och aktiv fritid kan det kanske vara en styrka att klara att också vara ensam ("egentid") ibland. Men det är inte säkert att ensamheten har samma innebörd för patienterna inom Habgruppen.

Den interna reliabiliteten för Habgruppens skattningar bedöms god (frågeställning 4). Resultatet för helskalan (RS) i denna studie (.88) ligger i linje med de resultat som Wagnild (2009) fann (mellan .74 och .94) i sin översikt över flera studier (Wagnild, 2009). På de fem delskalorna följer den interna reliabiliteten för Habgruppen i stort Normgruppen, d. v. s. meningsfullhet, jämnmod/sinnesro och självförtroende har högst intern reliabilitet, medan delskalorna uthållighet/ihärdighet och ensamhet/klara sig själv ligger lägre.

Även när Normgruppens åldersgrupp 30-39 år ställdes mot hela Habgruppen skattade Normgruppen signifikant lägre resiliens. Det tyder på att ålder inte var en bakomliggande

variabel som bättre hade förklarat skillnaden (frågeställning 5). Samtidigt skulle det ha varit möjligt att gå vidare i denna analys och till exempel extrahera skattningarna för åldersgruppen 30-39 år i Habgruppen och jämföra med motsvarande åldersgrupp i Normgruppen för att ytterligare undersöka frågeställningen. Detta måste dock ställas mot forskningsetiken där personlig integritet ska vägas mot forskningsnyttan. Eftersom det totala urvalet i Habgruppen var 33 deltagare i åldern 19-57 år var det en relativt liten delgrupp som föll inom åldersspannet 30-39 år. Om just denna grupp hade tagits ut och analyserats i en jämförelse hade deltagarna kunnat känna sig utpekade. När forskningsnyttan ställdes mot skyddet av deltagarnas personliga integritet gjordes därför bedömningen att det inte fanns tillräckligt starka skäl att gå vidare i denna analys.

Metoddiskussion

Trots att RS har dokumenterad reliabilitet och intern validitet (Lundman m fl., 2007; Wagnild, 2009) kan den externa validiteten diskuteras. RS består av 25 påståenden/items som respondenterna skattar på en skala 1-7. Ifyllandet går relativt snabbt, varje påstående/item tar kanske 30 sekunder att tänka över. Om nu resiliens betraktas som ett komplext fenomen som innefattar en rad tankar och beteenden som utvecklas över tid – hur skulle då denna resiliens kunna fastslås på kort tid i ett självskattningsformulär med 25 påståenden över allmänt positiva beteenden och tankar? Självklart kan detta sättas ifråga.

Skalstegen i resiliensskalans svarsskala är också svårtydda. Vad betyder det att en respondent exempelvis skattar 3 i stället för 5, är det verkligen en skillnad i resiliens? Och vilket samband finns mellan självskattningen och patientens dokumenterade förmåga att i praktiken klara motgångar längre fram i livet? Det vet vi inte med dagens forskning om resiliens. En nackdel med skalans (RS) utformning är också att samtliga 25 påståenden/items skattas i samma riktning (1 är alltid lägst och 7 är alltid högst). Det gör det svårt att upptäcka dem som fyller i skalan slarvigt utan att läsa påståendena ordentligt. Om formuleringarna

skulle blandas så att ett lågt resultat var “det rätta” (reversed) i några fall hade det hjälpt till att identifiera dem som snabbt bara vill bli klara med skalan utan närmare reflektion. Dessa påståenden/svar måste sedan självklart reverseras vid beräkning av råpoängen. Å andra sidan hade detta ökat komplexiteten i skalans utformning, vilken minskat användbarheten.

RS mäter ett antal åsikter i självskattningsform. Men den säger ingenting om den process hos individens interaktion med sin omgivning som förekommer i APA:s (2007) definition om resiliens. I resiliensskalan reduceras resiliens till påståenden om allmänt dugliga beteenden och tankar, som möjligen mer mäter den kulturella förståelseramen, än faktiska beteenden. Det anses allmänt i många kulturer, men särskilt i den västerländska, vara bra att visa sig beslutsam, genomföra sina planer, klara sig själv, vara stolt och lita mer till sig själv än någon annan. Det som inte undersöks är exempelvis ödmjukhet, samarbete och tilltro till andra. Inrymmer inte dessa begrepp såväl tankar som beteenden som skulle kunna tänkas vara till glädje och nytta för att möta svårigheter i livet? Det behöver undersökas mer.

En omständighet att beakta är att undersökningen gjordes av uppsatsförfattaren bland patienter som var aktuella vid habiliteringsenheten. Ett obundet, slumpmässigt urval hade ökat kvaliteten i undersökningen. Om enkäten dessutom hade administrerats av en utomstående undersökningsledare, som inte hade kännedom om patienterna, skulle det ha minskat risken för ett snedvridet urval. Resultatet måste tolkas mot bakgrund av dessa begränsningar.

Användbarhet

Hur användbar är RS i svensk version för habiliteringspatienter? Undersökningen indikerade att skalan fungerade relativt väl för den utvalda Habgruppen. Även om skalans interna reliabilitet i Habgruppen befanns god (.88) var det en svaghet att patientgruppen med svår IF inte ingick i studien. Inte heller patienter som av andra skäl hade svårt att förstå eller kommunicera skalan hade inkluderats, vilket minskar användbarheten inom habiliteringen. Urvalet i den aktuella Habgruppen har även en övervikt av patienter med autismspektrum-

tillstånd och en undervikt av patienter med flerfunktionsnedsättning i förhållande till det kliniska underlaget.

Det framkom också i det kvalitativa resultatet att skalan var onödigt krångligt formulerad med ett par svåra ord. Skulle den svenska versionen av resiliensskalan (RS) användas brett inom habiliteringen finns skäl att anpassa den något i språk och konstruktion. För grupperna med stora funktionsnedsättningar, intellektuellt och kommunikativt, skulle det krävas en mer omfattande förändring av skalan. Frågan är om det därför inte skulle vara mer motiverat att utveckla en ny, specialutformad resiliensskala för dessa grupper, där ”skalan” bygger på bilder och alternativa kommunikationsmetoder.

På vilket sätt kan habiliteringspatienter ha glädje och nytta av resultatet? Och hur kan resultatet användas i det psykoterapeutiska arbetet för KBT-psykologer och KBT-psykoterapeuter inom habiliteringar i Sverige? En övergripande reflexion, som studien inspirerar till, är att det viktigaste är att såväl psykoterapeut som patient kan göra resiliensbegreppet till en gemensam förståelseram att arbeta utifrån. I terapin kartläggs och utvecklas de resilienta processerna i enlighet med det synsätt som kommer fram i APA:s (2017) definition av resiliens. Denna studie beskriver resultat för de olika delskalorna, vilket kan ge inspiration till att sätta upp behandlingsmål utifrån patientens behov och önskemål, till exempel genom att konkret arbeta med underskotts beteenden som förknippas med jämnmod/sinnesro. Processen i en KBT-terapi kan bestå i att först kartlägga resilienta beteenden och därefter i kollaborativt stödja patientens strävan att öka dessa beteenden i intensitet, duration och frekvens. I detta gemensamma arbete i psykoterapin är den svenska resiliensskalan (i nuvarande form eller i bearbetad form) användbar i flera skeden i den terapeutiska processen. Hela skalan – eller utvald delskala – kan användas i kartläggningsfasen, men också för före-efter-mätningar, d.v.s. innan terapin börjar och efteråt som utvärdering. För att underlätta denna process kan resiliens läggas in som sökord i journalmallar och vårdplaner.

RS kan även vara ett instrument för kvalitetssäkring av verksamheten inom hälso- och sjukvård, samt vid screening av patienter för att till exempel identifiera riskgrupper. Men det viktigaste är att RS sätts i sitt sammanhang och inte ges en överdriven betydelse. RS kan aldrig “fastslå resiliens hos en individ”, utan ger en indikation om patientens resurser som går att utveckla. RS kan användas som en del i en samlad bedömning för att upptäcka de resilienta processerna och stödja patienternas förmåga att klara att möta utmaningarna i sitt liv.

Generaliserbarhet

Undersökningens resultat tyder på att patienterna vid den undersökta habiliteringsenheten skattar lägre resiliens än en normgrupp, men resultatet kan inte utan vidare generaliseras till att gälla alla habiliteringspatienter i landet eller andra patientgrupper. De ovan beskrivna svagheterna och begränsningarna i undersökningens utformning och omfattning minskar dess generaliserbarhet. Samtidigt är det en styrka att undersökningen är utförd i en svensk patientpopulation, som speglar relativt väl den kliniska vardagen på många habiliteringar, vilket ökar den kliniska relevansen. Det är exempelvis möjligt för andra habiliteringsenheter i Sverige att genomföra motsvarande undersökning bland sina patienter. De kan då få större möjligheter att tolka och förstå de egna resultat när de kan sätta dem i relation till resultaten i denna undersökning.

Även om patienter med grav IF och stora kommunikationssvårigheter har exkluderats i denna studie är det värt att notera att patienter med lindrig eller medelsvår IF inkluderades (15% av deltagarna i urvalet), vilket torde öka den kliniska relevansen. Denna grupp riskerar annars att exkluderas i kliniska studier på grund av de kognitiva svårigheterna att genomföra enkäter, men i vardagen på en habiliteringsenhet är de ändå en relativt stor grupp. I denna studie fick deltagarna med lindrig eller måttlig IF möjlighet att fråga om svåra ord och stöd att förstå skalans utformning, vilket bidrog till att de kunde inkluderas.

Fortsatt forskning

Det finns behov av ytterligare forskning om kartläggning av resiliens i kliniska grupper i Sverige för att psykologer och psykoterapeuter ska få ökad kunskap om de resilienta processerna hos patienterna. Det behövs också fler studier med inriktning på den praktiska tillämpningen i vården i allmänhet och det psykoterapeutiska arbetet i synnerhet.

För det första bör RS testas i fler populationer inom habiliteringen och i andra kliniska grupper inom exempelvis psykiatri och missbruksvård. Skalan kan även behöva testas i andra populationer och bättre anpassas för att nå de grupper som exkluderats i denna studie; patienter med svår IF, stora kommunikationsproblem eller andra nedsättningar som gör att RS i dess nuvarande utformning är omöjlig att administrera. I ett bredare upplagt forskningsprojekt med ett betydligt större urval habiliteringspatienter hade det också varit etiskt försvarbart att analysera delgrupper, till exempel hur skattad resiliens förhåller sig till olika diagnosgrupper, komorbiditet med psykisk ohälsa och skattningar på andra skalor. Det hade då också varit försvarbart att göra analyser av olika åldersgrupper och exempelvis jämfört en grupp inom åldersspannet 30-39 år med motsvarande åldersgrupp i Lundman m fl. (2007).

För det andra bör forskningen breddas så att resiliens inte bara handlar om skattningar på en självskattningsskala. Det behövs även andra metoder och angreppssätt i forskningen om resiliens. Denna uppsats studie har en tvärsnittsdesign, vilket var motiverat utifrån syfte, frågeställningar och det jämförande materialet. Men även studier med annan forskningsdesign och andra metoder att undersöka resiliens skulle ge värdefulla forskningsbidrag, till exempel longitudinella studier, registerstudier och djupintervjuer. En central fråga är: Vilka konkreta beteenden bidrar till resiliens över tid? Även om vi söker mäta eller beskriva resilienta processer återstår nästa steg, att utforma vårdprogram och behandlingsmetoder som stödjer patientens resilienta utveckling. Resiliens inspirerar alltså till många framtida forskningsfrågor, särskilt utifrån ett psykoterapeutiskt perspektiv.

Referenser

- Abiola, T., & Udofia, O. (2011). Psychometric assessment of the Wagnhild and Young's Resilience Scale in Kano, Nigeria. *BioMed Central Research Notes*, 4, 509.
- Ahern, N. R., Kiehl, E. M., Sole, M. L., & Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 103-125.
- American Psychiatric Association, APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5:e uppl.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, APA. (2017). *What is resilience?* Nedladdad 2017-04-24. <https://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. London, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and beyond*. New York, London: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2007). *Kognitiv terapi för mer komplexa problem: När vanliga metoder inte fungerar*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.
- Bonfiglio, N. S., Renati, R., Hjemdal, O., & Friborg, O. (2016). The Resilience Scale for adults in Italy: A validation study comparing clinical substance abusers with a nonclinical sample. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30, 509-515.
- Borg, E., & Westerlund, J. (2012). *Statistik för beteendevetare: Faktabok*. (3:e uppl.). Malmö: Liber.
- Choowattanapakorn, T., Aléx, L., Lundman, B., Norberg, A., & Nygren, B. (2010). Resilience among women and men aged 60 years and over in Sweden and in Thailand. *Nursing and Health Sciences*, 12, 329-335.
- Cilliers, P. (1998). *Complexity & Postmodernism – understanding complex system*. New York: Routledge.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 76-82.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika, 16*, 297–334.
- Denscombe, M. (2016). *Forskningshandboken: För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskapen*. (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Durlak, J. A. (2009). How to select, calculate, and interpret effect sizes. *Journal of Pediatric Psychology, 34*, 917-928.
- Föreningen Sveriges Habiliteringschefer. *Vision 2022 för specialistområdet habilitering*.
Nedladdad 2017-04-24. <http://habiliteringsverige.se/vision.html>
- Gleick, J. (1988). *Kaos: Vetenskap på nya vägar*. Stockholm: Bonniers.
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Helmen Borge, A. I. (2005). *Resiliens – risk och sund utveckling*. Lund: Studentlitteratur.
- Holling, C. S. (1973). Resilience and stability of ecological systems. *Annual Review of Ecology and Systematics, 4*, 1-23.
- Karolinska Institutets Universitetsbibliotek. Sökning ”resilience” som ämnesord. Nedladdad 2017-04-24. <https://kib.ki.se/>
- Losoi, H., Turunen, S., Wäljas, M., Helminen, M., Öhman, J. Julkunen, J., & Rosti-Otajärvi, E. (2013). Psychometric properties of the Finnish version of the Resilience Scale and its short version. *Psychology, Community & Health, 2*, 1-10.

- Lundman, B., Strandberg G., Eismann, M., Gustafson, Y., & Brulin C. (2007). Psychometric properties of the Swedish version of the Resilience Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 21*, 229-237.
- MINI-D IV. 2002. *Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Moberg, F., & Simonsen, S. (2017). *Vad är resiliens?* Stockholm: Stockholm Resilience Center.
- Nygren, B., Björkman-Randström, K., Lejonklou AK., & Lundman, B. (2004). Reliability and validity of a Swedish language version of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement, 12*, 169-178.
- Online Etymology Dictionary. *Resilience*. Nedladdad 2017-04-24.
<http://www.etymonline.com/index.php?term=resilience>
- Portzky, M., Wagnild, G., De Bacquer, D., & Audenaert, K. (2010). Psychometric evaluation of the Dutch Resiliens Scale-RS-nl on 3265 healthy participants: a confirmation of the association between age and resilience found with the Swedish version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 24*, 86-92.
- Prince-Embury, S., (2011). Assessing personal resiliency in the context of school settings: Using the Resiliency Scale for children and adolescents. *Psychology in the Schools, 48*, 672-685.
- Ramnerö, J., & Törneke, N. (2006). *Beteendets ABC: En introduktion till behavioristisk psykoterapi*. Lund: Studentlitteratur.
- Rew, L., Taylor-Seehafer, M., Thomas, N. Y., & Yockey, R. D. (2001). Correlates of resilience in homeless adolescents. *Journal of Nursing Scholarship, 33*, 33-40.
- Rodríguez-Rey, R., Alonso-Tapia, J., Hernansaiz-Garrido, H. (2016). Reliability and validity of the Brief Resilience Scale (BRS) Spanish version. *Psychological Assessment, 28*, 101-110.

- Ruiz-Párraga, G. T., López-Martínez, A. E., Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & Wagnild, G. (2015). A confirmatory factor analysis of the Resilience Scale adapted to chronic pain (RS-18): New empirical evidence of the protective role of resilience on pain adjustment. *Quality of Life Research*, 24, 1245-1253.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194-200.
- Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stockholm Resilience Center (2017). Nedladdad 2017-04-24.
<http://www.stockholmresilience.org/>
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Nedladdad 2017-04-22.
http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf
- Wagnild, G. (2009). A Review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17, 105-113.
- Wagnild, G. M., Young, H. M. (1990). Resilience among older women. *Image Journal of Nursing Science* 22, 252-255.
- Wagnild, G. M., Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Weiss, T., & Berger, R. (2010). *Posttraumatic Growth and cultural competent practice: Lessons learned from around the globe*. New York: Wiley.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York, London: Guilford Press.
- Wicksell, R. (2014). *Att leva med smärta: ACT som livsstrategi*. Stockholm: Natur & Kultur.

Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes, 9*:8.

Wingo, A. P., Fani, N., Bradley, B., & Ressler, K. J. (2010). Psychological resilience and neurocognitive performance in a traumatized community sample. *Depression and Anxiety, 27*, 768-774.

Information till dig som deltar i vår undersökning

Vi erbjuder ett urval av våra vuxna brukare en enkät med 25 frågor. Enkäten ska hjälpa oss att bli bättre på att förstå och möta våra brukare. Den ingår i Habiliteringens kvalitetsarbete under hösten 2015 och redovisas inom ramen för ett examensarbete i psykoterapeutprogrammet vid Karolinska Institutet (KI) under vårterminen 2016.

Viktigt att veta:

Enkäten är **anonym**. Det innebär att vi inte vet vad just du har svarat – och den kommer inte heller journalföras.

Enkäten är **frivillig**. Det innebär att du kan tacka nej till att delta. Har du börjat fylla i enkäten och sedan ändrar dig och vill "hoppa av" är det också okej.

Enkäten **förstörs efter bearbetning**. Alla svarsblanketter kommer att förstöras efter att de har bearbetats statistiskt.

Har du frågor eller önskar mer information om undersökningen är vi tacksamma om du hör av dig till oss.

Med varma hälsningar

Marika Ehrenkrona
Leg psykolog
Student Psykoterapeutprogrammet KI
Mailadress
Telefonuppgifter

Namn Namn
Enhetschef /Habiliteringen
Mailadress
Telefonuppgifter

Resilience Scale (RS)

den svenska översättningen 25 påståenden/items (Lundman m fl., 2007).

Till varje påstående/item hör en sjugradig Likertskala,

1 = "nej instämmer inte"

7 = "ja, instämmer helt"

Respondenten kryssar för/ringar in i vad mån hon/han instämmer i påståendet. Ju högre poäng, desto mer "stämmer det in".

1	2	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---

1. När jag planerat något så genomför jag det också.
2. Vanligtvis brukar jag klara mig på ett eller annat sätt.
3. Jag litar mer till mig själv än till någon annan.
4. Att vara intresserad av olika saker är viktigt för mig.
5. Jag kan vara ensam om jag måste.
6. Jag känner mig stolt över att ha åstadkommit något i mitt liv.
7. Vanligtvis tar jag saker och ting som de kommer.
8. Jag är vän med mig själv.
9. Jag känner att jag kan hålla "många bollar i luften" samtidigt.
10. Jag är beslutsam.
11. Jag grubblar sällan över vad som är meningen med allt.
12. Jag tar en dag i sänder.
13. Jag kan klara av svåra tider därför att jag har upplevt svårigheter tidigare.
14. Jag har självdisciplin.

15. Jag är nyfiken på vad som händer och sker.
16. Jag finner vanligtvis något att glädjas åt.
17. Min tro på mig själv hjälper mig genom svårigheter.
18. I en nödsituation är jag en person som folk brukar kunna lita på.
19. Vanligtvis kan jag se på en situation på många olika sätt.
20. Ibland tvingar jag mig själv att göra saker vare sig jag vill eller inte.
21. Mitt liv känns meningsfullt.
22. Jag grubblar inte över saker som jag inte kan göra något åt.
23. När jag befinner mig i en svår situation hittar jag vanligtvis en lösning.
24. Jag har tillräckligt med energi för att göra det jag måste.
25. Jag kan acceptera att inte vara omtyckt av alla.